

COMMISSIONI RIUNITE
BILANCIO, TESORO E PROGRAMMAZIONE (V)
- AFFARI SOCIALI (XII)

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

2.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 27 GIUGNO 2013

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA V COMMISSIONE **FRANCESCO BOCCIA**

INDI

DEL PRESIDENTE DELLA XII COMMISSIONE **PIERPAOLO VARGIU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		De Santis Paolo, <i>Responsabile area sanità Action Institute e partner di McKinsey</i>	4, 12
Boccia Francesco, <i>Presidente</i>	3	Gigli Gian Luigi (SCpI)	11
LA SFIDA DELLA TUTELA DELLA SALUTE TRA NUOVE ESIGENZE DEL SISTEMA SANITARIO E OBIETTIVI DI FINANZA PUBBLICA		Palese Rocco (PdL)	11
Audizione della Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di Action Institute:		Sorial Girgis Giorgio (M5S)	10
Boccia Francesco, <i>Presidente</i>	3	Audizione di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato:	
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	9, 11, 13	Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> ...	13, 16, 17, 18, 21
Baroni Massimo Enrico (M5S)	11	Aceti Tonino, <i>Responsabile del coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici di Cittadinanzattiva</i>	16, 18
Capelli Roberto (Misto-CD)	9	Biondelli Franca (PD)	17
Carnevali Elena (PD)	10	Capelli Roberto (Misto-CD)	18
De Franceschi Carlotta, <i>Presidente di Action Institute</i>	3	Gaudio Antonio, <i>Segretario generale di Cittadinanzattiva</i>	14, 20
		Gigli Gian Luigi (SCpI)	18

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; Movimento 5 Stelle: M5S; Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: PdL; Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Lega Nord e Autonomie: LNA; Fratelli d'Italia: FdI; Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI.

	PAG.		PAG.
Audizione della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO):		Audizione dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP):	
Boccia Francesco, <i>Presidente</i>	21	Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	30, 32, 33, 34
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	24, 27, 29	Monchiero Giovanni (SCpI)	33
Alberti Valerio Fabio, <i>Presidente Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO)</i>	21, 27	Pelissero Gabriele, <i>Presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP)</i>	30, 32, 33
Capelli Roberto (Misto-CD)	25	Audizione della Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI):	
Cecconi Andrea (M5S)	24	Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	34, 37, 39, 41
Di Gioia Lello (Misto-PSI-PLI)	26	Amato Maria (PD)	38
Lenzi Donata (PD)	25	Binetti Paola (SCpI)	38
Miotto Anna Margherita (PD)	27	Cecconi Andrea (M5S)	37
Palese Rocco (PdL)	27	Palese Rocco (PdL)	37
Pinelli Nicola, <i>Direttore della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO)</i>	29	Rocco Gennaro, <i>Vicepresidente della Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI)</i>	34, 39

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA V COMMISSIONE
FRANCESCO BOCCIA

La seduta comincia alle 11.10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso, la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione della Prof.ssa Carlotta De Franceschi, presidente di Action Institute.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica, l'audizione della professoressa Carlotta De Franceschi, presidente di *Action Institute*, e del professor Paolo De Santis, responsabile dell'Area sanità dell'*Action Institute* e partner di McKinsey, ai quali do il benvenuto da parte mia, del presidente della Commissione affari sociali, Pierpaolo Vargiu, e dei componenti delle Commissioni.

Do la parola ai nostri auditi per l'illustrazione delle loro relazioni.

CARLOTTA DE FRANCESCHI, *Presidente di Action Institute*. Innanzitutto vi ringraziamo per questa opportunità.

Noi siamo un *action tank* indipendente, un gruppo di professionisti di altissimo livello che mettono a disposizione la pro-

pria competenza *pro bono* e a titolo personale per trovare soluzioni pratiche, attuabili e di impatto in questo momento storico particolarmente difficile per il Paese.

Siamo tutti d'accordo che quello sanitario italiano sia un sistema d'eccellenza. In ogni caso, ci ha fatto molto piacere verificare che la Commissione bilancio e la Commissione affari sociali abbiano rilevato alcuni dei punti cruciali che stanno mettendo in discussione il nostro sistema sanitario, primo tra tutti un problema di equità, ossia la difficoltà che sta avendo il nostro sistema sanitario a tutelare le fasce della popolazione più deboli, definiamo quello che noi chiamiamo « protezione finanziaria ».

Nel 2009, 300 mila famiglie sono scese sotto la soglia della povertà per spese sanitarie cosiddette *out-of-pocket*, ossia di tasca propria, e quasi 700 mila hanno avuto delle spese cosiddette catastrofiche, ossia hanno impiegato più del 40 per cento del proprio reddito in spese sanitarie. Quello principale, dunque, è un problema di equità.

Il secondo problema giustamente da voi rilevato è di sostenibilità finanziaria, ossia la capacità del sistema di finanziarsi nel medio e lungo periodo. Noi abbiamo collegato tale problema a quello dello sviluppo. Non dobbiamo dimenticare, infatti, che la sanità rappresenta un sistema molto particolare di *welfare*, che genera PIL, e in un momento difficile come questo per il Paese non possiamo perdere l'opportunità di sfruttare la sanità come motore di sviluppo economico. Ma vedrete dai numeri che presenteremo che in questo senso il nostro Paese sta facendo peggio di altri Paesi d'Europa.

Infine, c'è il tema dell'universalità del servizio. Purtroppo, il nostro servizio è universale solo dal punto di vista nominale. Come vedete dalla *slide* che stiamo proiettando e come avete rilevato anche nel programma dell'indagine conoscitiva, si parla di un fallimento dell'universalità a livello sia di qualità del servizio, con una forte variabilità interregionale, sia di accesso, con riferimento ai tempi d'attesa e all'accesso ai farmaci, registrandosi sotto questi profili una situazione decisamente peggiore rispetto ad altri Paesi europei.

PAOLO DE SANTIS, *Responsabile dell'Area sanità dell'Action Institute*. Buon giorno e grazie dell'opportunità.

Come già anticipato dalla professoressa De Franceschi, fondamentalmente cercherò di trasmettere tre messaggi. In primo luogo, ancorché nominalmente garantite, riteniamo che allo stato attuale il sistema sanitario nazionale faccia fatica a garantire di fatto equità e universalità.

In secondo luogo, il sistema sanitario nazionale non dispiega tutto il suo potenziale di supporto allo sviluppo economico del Paese e, alla stregua di altri sistemi sanitari europei, presenta un forte problema sotto l'aspetto della sostenibilità economico-finanziaria nel medio e lungo periodo, che impone quindi, al di là della sacrosanta lotta agli sprechi di cui si parla quotidianamente, di affrontare in modo strutturale le modalità di erogazione dei servizi e di procedere ad una loro riorganizzazione al fine di tutelare, nel medio e nel lungo periodo, i valori fondanti di universalità e equità.

In terzo luogo, al fine di affrontare questi problemi proporrò le seguenti idee di riforma elaborate alla stregua di quanto sta succedendo in Europa: una maggiore capacità di governo e controllo del sistema dal centro, chiaramente preservando i poteri regionali in termini di organizzazione e di erogazione dei servizi, ma con una capacità di indirizzare la *performance* al centro; un chiaro contratto di *performance* che orienti chi eroga il servizio all'ottenimento di risultati di salute chiari; un associato sistema di finan-

ziamento che passi sempre più chiaramente dal coprire i costi del sistema all'incentivare risultati virtuosi; una maggiore trasparenza anche nei confronti dei cittadini, come si sta affermando fortemente in tutti i Paesi europei, sui risultati del sistema e sugli esiti clinici, in modo da generare una tensione positiva all'aumento della produttività del sistema stesso. Questi sono i messaggi fondamentali che cercherò di articolare nel tempo a mia disposizione.

Come illustrato dalla professoressa De Franceschi, noi viviamo in un Paese in cui lo stato di salute è molto buono. Come ben sapete, quest'ultimo è determinato da una serie di fattori che vanno — al di là dell'organizzazione del sistema sanitario — dall'aria che respiriamo fino al cibo che mangiamo e così via.

Abbiamo un problema di forte variabilità della qualità, in termini sia di esiti sia di processo, che verificheremo nell'analisi della situazione relativa alle diverse regioni. Abbiamo tempi d'attesa storicamente molto più ampi rispetto alla media europea, peraltro in peggioramento negli ultimi anni anche a causa del margine fiscale disponibile ridotto. Abbiamo, inoltre, uno storico problema di ritardi enormi nell'accesso a nuovi farmaci, collocandoci tra gli ultimi Paesi europei sotto quest'aspetto.

Come sottolineato con forza dalla professoressa De Franceschi, abbiamo il problema dell'impoverimento delle famiglie a causa di eventi sanitari avversi, di spese sanitarie, di *shock* sanitari a fronte dei quali le persone spendono di tasca propria. Un'indagine scioccante del Censis di un paio d'anni fa ha evidenziato che molti milioni di persone hanno dovuto rinunciare alla sanità. Non si tratterà di numeri elevatissimi, ma tendenzialmente sono il sintomo di un problema forte. Nel medio periodo, esiste altresì un problema forte di sostenibilità del sistema, con un limitato contributo allo sviluppo economico. Vedremo più nel dettaglio cosa ciò voglia dire.

Come anticipavamo, lo stato di salute è generalmente molto buono. Rispetto a due

indicatori — aspettativa di vita alla nascita e mortalità infantile — in un confronto tra cinque Paesi rappresentativi, inclusa l'Italia, risultiamo tra i migliori o il migliore. La qualità è molto variabile da regione a regione e, dato ancor più sorprendente, all'interno di ogni regione esiste una variabilità addirittura superiore a quella che si riscontra tra le diverse regioni, come potrete constatare anche attraverso le *slides* che procederò a illustrare e che metto a disposizione di tutti i deputati interessati.

Utilizzando un indicatore di esito, quale ad esempio la riammissione ospedaliera a 30 giorni per ictus, nella regione migliore, la Valle d'Aosta, si registra un valore pari a circa il doppio rispetto alla situazione peggiore, quella della provincia autonoma di Bolzano; la Lombardia si colloca circa a metà, con una variabilità enorme, nel senso che la migliore ASL della Lombardia è migliore della migliore regione e, al contempo, la peggiore ASL in Lombardia, in questo caso quella di Varese, presenta un tasso di riammissione in linea con la provincia autonoma di Bolzano. Quello della variabilità, dunque, non è soltanto un tema di variabilità tra regioni diverse ma anche all'interno delle stesse regioni e questo fenomeno si riscontra su «enne» indicatori di qualità.

Quanto ai tempi di attesa per l'accesso ai servizi sanitari, in Europa ci collochiamo al settimo posto. Assumendo, ad esempio, come indicatore quello di una TAC al capo entro 60 giorni, se la Valle d'Aosta fa registrare un valore del 100 per cento la Calabria ne fa registrare uno pari circa la metà, il 47 per cento. Ancora una volta, quindi, la variabilità è enorme.

L'enorme variabilità dell'accesso e il suo posizionamento molto arretrato rispetto all'Europa è ancor più manifesto nell'accesso ai nuovi farmaci. In Italia, ancorché questi siano dati di qualche anno fa — non ne esistono di più recenti — registriamo una media di 326 giorni dall'approvazione del farmaco a livello europeo all'effettiva disponibilità: laddove l'Au-

stria impiega 88 giorni e la Slovenia 255, noi impieghiamo invece quasi un anno, per la precisione undici mesi.

Peraltro, il processo in Italia risulta particolarmente complicato perché, una volta che i farmaci si rendono effettivamente disponibili a livello nazionale, bisogna che vengano poi inseriti nei prontuari regionali: la regione peggiore impiega altri 530 giorni, ovvero un anno e mezzo, la migliore 217. Evidentemente, anche questo è un problema da risolvere.

Veniamo al punto della protezione finanziaria. Un sistema sanitario universale ed equo dovrebbe garantire la protezione contro eventi avversi: se cioè si è vittima di uno *shock* sanitario, non ci si deve trovare nella condizione di spendere molto rispetto al proprio reddito complessivo per far fronte a questo evento.

In Italia questo genere di spesa di tasca propria rappresenta il 17,8 per cento, mentre in Inghilterra, che ha un sistema molto simile al nostro per struttura, rappresenta circa la metà, il 9,2 per cento. Questa voce di spesa *out-of-pocket* a fronte di uno *shock* sanitario è in tutto il mondo — personalmente, l'ho vista in Sud America, in una serie di Paesi emergenti dell'Asia, in Paesi sviluppati — una *proxy* dell'impoverimento delle famiglie. Chiaramente, quando la spesa è alta le famiglie ne soffrono.

Dati molto chiari su tale fenomeno, che risulta abbastanza difficile da rilevare, non esistono; tuttavia una recente indagine del CEIS, *Centre for economic and international studies* di Tor Vergata, stima per il 2009 300 mila famiglie impoverite a causa di questo fenomeno; stima, altresì, 675 mila famiglie che hanno speso più del 40 per cento del loro reddito che, voi lo sapete meglio di me, costituisce una misura imperfetta della ricchezza, ma ciononostante sono dati impressionanti. Un'indagine recente del Censis stima invece in 9 milioni il numero di coloro che dichiarano di aver dovuto rinunciare alle cure per problemi economici.

Chiaramente tutto questo incide sulla soddisfazione dei pazienti. In Italia, la percentuale di coloro che si dicono molto

soddisfatti della sanità è, come ci si può aspettare ragionevolmente, molto variabile: va dal 63,5 per cento dell'Emilia-Romagna al 19,2 per cento della Calabria. Questo è dunque il tema dell'assenza, nei fatti e nei risultati, dell'equità e della sfida all'universalità, in definitiva non tanto universale, al di là del nome, se è vero che molti dichiarano di dover rinunciare alla sanità per motivi economici.

Facciamo, inoltre, fatica a dispiegare appieno il sostegno allo sviluppo economico. In Italia la spesa pubblica sanitaria ammonta a circa 110 miliardi di euro ogni anno, cui si aggiungono circa 30 miliardi di spesa privata: essendo il PIL ormai sotto i 1.400 miliardi di euro, parliamo di circa il 9,5 per cento del PIL.

Emerge che in Italia il numero delle pubblicazioni scientifiche su temi legati alla sanità è all'incirca pari a quello registrato in Francia, 26.373 contro 27.314. La Francia tuttavia presenta un numero di brevetti su temi legati alla sanità pari a 488, mentre noi ne abbiamo circa un terzo, 156.

Come ciò non bastasse, in relazione a tutta la filiera produttiva la Francia fa segnare un valore di 43 miliardi di esportazioni legate alla sanità mentre noi solo 21, quindi circa la metà, in un quadro in cui la Germania fa registrare 85 miliardi di esportazioni, pari a quattro volte le nostre, e l'Inghilterra 40 miliardi. È, quindi, un sistema in cui si pubblica molto, che genera molte idee, ma che sostanzialmente fa fatica a convertire tutto ciò in termini industriali.

Veniamo al tema della sostenibilità. Negli ultimi anni, le misure di contenimento della spesa sono state assunte in modo draconiano, tagliando sostanzialmente i fondi sia rispetto al tendenziale sia rispetto al valore nominale dell'anno precedente, con un taglio dello 0,6 per cento dal 2010 al 2011. Il rapporto della spesa sanitaria sul PIL è rimasto costante negli ultimi anni, attorno al 7,1-7,2 per cento, sostanzialmente in linea con quello della Spagna ma inferiore rispetto a quello di altri Paesi europei. Nel tempo, questo valore naturalmente è salito molto: solo

per darvi un'idea, 10 anni fa la spesa sanitaria era di circa il 6,1 per cento in rapporto al PIL, quindi è un numero che sta salendo.

La domanda allora è: ma questo basta? Noi abbiamo esaminato due lavori dell'OCSE che proiettano la spesa sanitaria al 2025 per una serie di Paesi, dai quali sostanzialmente emerge che l'Italia presenta un *gap* atteso al 2025, tra i costi attesi del sistema e le risorse disponibili, tra i 50 e i 60 miliardi di euro in valori 2010.

Se la notizia è scioccante, non è comunque nuova. È scioccante perché il tasso di aumento di produttività annuo richiesto per far fronte a questa mancanza di fondi è tra il 2,5 e il 3 per cento, che sarebbe elevatissimo anche per il settore privato e che ovviamente è difficile da realizzare nel settore sanitario, che è *labour intensive*, presenta cioè un'elevata intensità di lavoro. D'altro canto, si tratta di un problema che stanno fronteggiando tutti i Paesi.

A fronte di questo, le scelte alternative sono molto chiare: o si tirano fuori più soldi o si mette più peso sui pazienti e i contribuenti o si riducono i servizi o si aumenta fortemente la produttività. Tralasciando le prime tre soluzioni e ragionando su come si può far aumentare il più possibile la produttività, è chiaro che un *gap* di questa dimensione rispetto ai 110 miliardi di euro attuali non si affronta soltanto tagliando gli sprechi al margine.

Con questa sola operazione, infatti, tagliando un po' di costi *cash* qui e lì le ASL ci diranno che non hanno i soldi per il pieno di benzina alla macchina, ciò che ogni tanto qualche direttore generale di ASL ci ha detto.

Aggiungo che l'attuale approccio alle regioni in difficoltà in Italia, fondato sui piani di rientro e sul commissariamento, ancorché abbia prodotto qualche risultato economico è fallimentare sul piano dei risultati di salute. Le regioni sottoposte a questo regime tipicamente peggiorano i risultati in salute, ma tutte quelle entrate in piano di rientro e in commissariamento sono rimaste in quella condizione per

tantissimi anni. Questo regime esiste dal 2008, da circa sei-sette anni, e un certo numero di regioni sono rimaste in quel regime per sei anni.

Se una qualsiasi azienda entra in una situazione di commissariamento, non rimane commissariata per sei anni: chiude o, dopo un periodo congruo di un anno, un anno e mezzo, due al massimo, riprende a vivere bene. Che l'applicazione di un certo tipo di regime metta per molto tempo in una situazione temporanea e molto difficile una regione significa che qualcosa deve essere rivisto.

Prima di passare alle proposte, vorrei brevemente rispondere alla questione che ci è stata posta circa le ragioni che storicamente hanno determinato — o pensiamo abbiano determinato — questa situazione. Ebbene, ne abbiamo riscontrate sostanzialmente quattro.

La prima consiste in un sistema con limitata trasparenza e scarsa responsabilizzazione degli operatori e in un sistema di incentivi distorto, con finanziamenti allocati storicamente in base ai costi sostenuti e non ai risultati. Benché ciò adesso sia cambiato e stia cambiando, storicamente è accaduto questo.

In secondo luogo, quella degli ultimi anni e quella dei prossimi tre-cinque anni è, ragionevolmente, la situazione di un margine fiscale ridotto o addirittura forse negativo, il che significa meno risorse fiscali. A questo punto, se si vuole continuare a garantire lo stesso sistema di tutele si deve radicalmente riorganizzare il modo in cui vengono erogati i servizi.

Gli sviluppi attuali sono orientati verso la medicina personalizzata, l'industria digitale, l'industria delle comunicazioni, mentre il modo in cui eroghiamo sanità è quello di circa cinquanta anni fa, ovvero l'ufficio del medico e l'ospedale tradizionale. È un po' strano che, nonostante queste tre industrie e tutti i risultati da esse raggiunti negli ultimi dieci anni, questo sia ancora il modo in cui tipicamente eroghiamo sanità.

In terzo luogo, ci registrano un'influenza politica e una forte resistenza al cambiamento, come avviene in molti set-

tori. Ovviamente, non scopriamo ora che spesso i criteri di nomina dei vertici della sanità sono scarsamente trasparenti e non chiaramente orientati al merito.

Spesso la politica locale ha fatto fatica nel razionalizzare la sanità. Chiunque sia stato presidente di regione o assessore e abbia provato a chiudere ospedali piccoli, per esempio, si è trovato forse di fronte a qualche sindaco non troppo contento. Inoltre esiste, come spesso accade, una genuina resistenza al cambiamento da parte delle persone, con limitata flessibilità dei fattori produttivi nello spostare le risorse.

In quarto luogo, vi è la difficoltà di attrarre talenti, spesso sottaciuta. Soltanto il 23 per cento dei direttori generali — non dei direttori sanitari — che gestiscono aziende con centinaia di milioni di *budget* hanno una laurea in economia e commercio o una competenza manageriale. Questo non è un problema da poco.

Noi intendiamo proporre, come già detto, idee di riflessione fondate su quattro pilastri.

Il primo pilastro sposa molto quello che sta accadendo a livello europeo e anche negli Stati a struttura federale nei quali, ancorché ci sia una forte decentrazione nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi, si sta aumentando la capacità di controllo e indirizzo da parte del centro in termini di definizione degli *standard*, valutazione autonoma dei risultati e poteri di intervento.

A tale riguardo, bisogna anzitutto definire una volta per tutte, come sta succedendo in molti Paesi del mondo, i livelli essenziali di assistenza, che molto spesso risultano essere un po' vaghi, in modo misurabile. Uno di questi è costituito dal diritto a partorire. Rispetto alla scelta di partorire in una struttura adeguata o altrove, un bravo cittadino farebbe un po' fatica a capire se il suo diritto costituzionale alla salute è stato rispettato o meno a fronte della dicitura «diritto a partorire».

I livelli essenziali di assistenza andrebbero dunque riscritti, come sta avvenendo in molti Paesi, anche includendo degli

standard relativi alla qualità, ai tempi massimi d'attesa e — cosa forse un po' più difficile da realizzare — alla massima partecipazione finanziaria all'erogazione di questo servizio. Definiamo in modo chiaro, misurabile ed esigibile ciò che la Costituzione garantisce.

Inoltre un sistema sanitario ha varie funzioni, tra cui quella di regolamentare il servizio, ossia di definire a quali *standard* vogliamo obbedire ed associarci, con quali modalità di controllo e capacità di intervento. Si tratta della funzione di regolamentazione. Esiste poi quella dell'erogazione dei servizi.

Queste due funzioni sono spesso un po' sovrapposte. Abbiamo, infatti, una regolamentazione regionale molto forte, che ha le radici nella nostra storia e nelle riforme che abbiamo posto in essere, mentre molti Paesi stanno sempre più separando in modo molto netto la regolamentazione — che viene definita a livello centrale attraverso l'individuazione di *standard*, per cui si controlla e si interviene qualora non siano garantiti risultati di salute in equilibrio economico-finanziario — dall'erogazione, che è chiaramente rimessa al livello locale. Questa è la proposta che noi avanziamo e che giudichiamo fondante per definire in maniera soddisfacente i ruoli.

L'accentramento della regolamentazione aiuta, tipicamente, le regioni che fanno meno bene, perché le libera da un problema; d'altro canto, non si vuole penalizzare quelle che fanno molto bene e in Italia, come abbiamo visto, alcune regioni fanno benissimo e altre, oggettivamente, fanno peggio della media di Paesi emergenti, come la Turchia o altri.

La proposta di autonomia gestionale variabile in base ai risultati cerca di ovviare a questo problema: una regione che fa molto bene deve avere una certa flessibilità, guadagnata sul campo con l'ottenimento di determinati risultati, rispetto a regioni che fanno molto meno bene.

Inoltre, quanto al rafforzamento della capacità di governo anch'essa si sta imponendo in modo forte in Europa. Prima tra tutti, l'Inghilterra ha introdotto delle linee guida cliniche uniformi a livello na-

zionale, ovviamente con il forte coinvolgimento delle società scientifiche, basate sull'evidenza clinica.

Crediamo che questo aiuti molto a combattere il fenomeno dell'inappropriatezza — prescrittiva, terapeutica, di luogo, di cura — che rappresenta uno dei fattori che strutturalmente aumentano la domanda e quindi aumentano la base dei costi. Questo è il primo pilastro.

Il secondo pilastro è relativo alla chiara definizione di che tipo di *performance* vogliamo e come facciamo per garantirla. Anzitutto sono necessari chiari obiettivi di *performance*, intesi in termini di soddisfacimento dei LEA in condizioni di equilibrio economico-finanziario, per le regioni e le strutture sottostanti, ad esempio le aziende sanitarie.

In secondo luogo, bisogna valutare in modo sistematico la *performance* da parte di entità indipendenti dal potere politico e, sicuramente, dal potere politico locale, che la logica impone sia focalizzato sull'organizzazione dell'erogazione dei servizi.

Anche situazioni buone, ad esempio di regioni che si valutano da sole con l'università di turno locale, non va molto bene. Ci piacerebbe vedere un sistema di valutazione nettamente distinto dal potere politico locale, che organizza in modo efficiente ed efficace l'erogazione.

Venendo al terzo pilastro: cosa fare in caso di mancato raggiungimento dei risultati? A oggi, c'è una forte capacità di intervento in caso di mancato equilibrio economico-finanziario, attraverso l'adozione di possibili provvedimenti sui vertici politici. La *performance* andrebbe, però, valutata non solo in termini di equilibrio economico-finanziario, ma anche di soddisfacimento effettivo dei LEA, una volta che questi siano stati formulati in modo più chiaro e misurabile. Il potere di rimozione, inoltre, a nostro avviso dovrebbe agire non soltanto sui vertici politici in caso di fallimento, ma anche sui vertici tecnici.

Il quarto pilastro è dato dal sistema delle nomine. In proposito alcune regioni si muovono in ordine sparso e stanno compiendo dei passi in avanti, ma in

numerose altre regioni il sistema è molto grigio. Ci piacerebbe, ancora una volta, che fossero definiti dei requisiti di competenza — ne esiste già qualcuno — e anche attitudinali a dirigere e che i criteri di nomina fossero guidati da un'abilitazione unica, garantita da un'agenzia ancora una volta terza rispetto al potere politico.

Sempre in relazione al quadro di gestione della *performance*, come sapete recentemente si sono compiuti molti passi avanti attraverso, ad esempio, la previsione all'interno del Patto della salute o di altri accordi di *standard* in diminuzione con riferimento al numero dei posti letto. È un primo passo, talvolta un po' rozzo secondo qualcuno, ma resta sempre un primo passo.

Forse, a partire da lì, dobbiamo andare un po' avanti e chiedere un effettivo aumento di produttività nell'erogazione dei servizi, quindi non solo attraverso *standard* di *input* relativamente ai posti letto ma anche migliorando il modo di fare certe cose, ovvero ottimizzando la produttività degli ospedali e la distribuzione farmaceutica. Non è infrequente trovare nelle regioni 50-60 magazzini per la farmaceutica, fatto chiaramente inaccettabile. Se un'azienda industriale serve un continente con due magazzini, probabilmente; noi serviamo invece tutta Italia con almeno 500 magazzini farmaceutici.

Bisogna razionalizzare i laboratori, la piattaforma del 118, aiutare insomma le regioni a stabilire questi aumenti di produttività. Molte regioni non ne hanno le capacità. La Francia, ad esempio, sta fornendo un supporto operativo alle regioni con un forte nucleo che si chiama ANAP, *Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux*: dovremmo anche noi aiutare le regioni con un nucleo operativo che vada sul territorio e le aiuti a realizzare questi cambiamenti.

Grande evidenza scientifica è oramai riconosciuta al fatto che la trasparenza dei risultati migliora la *performance*, sia perché genera un meccanismo di cooperazione e competizione virtuose tra opera-

tori e medici, sia perché aumenta la pressione dei pazienti e dei cittadini. Non solo l'Inghilterra, ma ormai anche la Slovacchia e il Portogallo dispongono di chiari portali informativi dove, chi più chi meno, sono pubblicati i risultati delle procedure ospedaliere, i tempi d'attesa, talvolta i *curricula* dei medici. Forse è il caso che ci arriviamo anche noi. Del tema della certificazione esterna dei bilanci già si parla molto.

Concluderò con la revisione del modello di finanziamento. Una maggiore capacità di governo, la flessibilità gestionale, la definizione di obiettivi chiari e una trasparenza che aiuta i cittadini a mettere pressione sul sistema funzionano solo se il meccanismo di finanziamento è orientato ai risultati e non al ripiano dei costi.

A tale riguardo stiamo compiendo dei passi in avanti, ma siamo lungi dall'aver raggiunto l'obiettivo. Riteniamo cruciale che maggiori risorse siano allocate su specifici obiettivi di risultato. Ad esempio, si potrebbero aumentare le risorse degli obiettivi di piano e far fronte alla attuale difficoltà fiscale stimolando fonti di finanziamento strettamente integrative per ciò che è escluso dai livelli essenziali di assistenza.

Con le prospettive fiscali che abbiamo già esaminato, continuare a garantire i LEA correnti sarà già una sfida. In prospettiva e laddove possibile, dovremo cercare ricavi addizionali.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA XII COMMISSIONE
PIERPAOLO VARGIU

PRESIDENTE. Ringraziamo la professoressa De Franceschi e il professor De Santis.

Purtroppo siamo arrivati all'orario previsto per l'audizione successiva, ma credo che valga comunque la pena, se ci sono domande *flash* per i nostri ospiti, che queste siano loro rivolte.

ROBERTO CAPELLI. Innanzitutto, ringrazio gli auditi per l'esposizione molto

chiara e completa. Mi sembra, infatti, di aver capito che gran parte delle scelte politiche condizionano, come noi tutti sappiamo, la qualità della sanità e la spesa sanitaria.

Vorrei soltanto chiedere, per essere sintetico, a proposito del peso dell'appropriatezza nel determinare situazioni di iniquità, se è stato valutato quanto l'inappropriatezza farmaceutica o delle prestazioni richieste incide sui valori della spesa privata, sulle 675 mila famiglie che contribuiscono di tasca propria alle prestazioni.

Inoltre, a fronte dei nostri venti sistemi sanitari, abbiamo circa 600 sottolivelli. Oltre l'autonomia regionale, infatti, insiste anche l'autonomia gestionale delle singole ASL: quanto, in tutto questo, può essere rivisitato nella razionalizzazione dell'organizzazione sanitaria in termini di costi, direttamente collegata, come mi è sembrato di capire e come sono convinto io stesso, alle determinazioni politiche che generano tutto il percorso che ci è stato illustrato?

GIRGIS GIORGIO SORIAL. Anzitutto ringrazio per le *slides*, molto chiare e molto dirette. Avrei voluto avere più tempo per approfondire alcune questioni molto interessanti, soprattutto con riferimento alla parte concernente le motivazioni e i pilastri.

C'è una distinzione, ad esempio, tra le varie motivazioni, che tuttavia, a mio avviso, si riconducono in gran parte ad una in particolare, quella delle nomine politiche. Queste ultime, infatti, portano ad una gestione delle *performance* differente da quella aziendale, a un lavoro sui costi che non è produttivo e non è efficace, e a tutta una serie di questioni direttamente correlate a questa tipologia di nomine.

Per quanto riguarda, in particolar modo, la *slide* a pagina 13 si è parlato, rispetto agli attuali 110 miliardi di spesa totale, di un *gap* del 2,5-3 per cento, che non potrebbe essere garantito dal solo taglio dei costi marginali. Vorrei capire quale effettivamente potrebbe essere, rispetto a questo 2,5 per cento, la quanti-

ficazione del taglio dei costi marginali e, eventualmente, quali altri costi o quali altre profonde azioni potrebbero essere poste in essere per arrivare a questo 3 per cento.

Inoltre, visto che si è parlato anche di *governance* e di gestione delle *performance*, vorrei sapere se una parte delle risorse derivanti dal taglio dei costi non possa essere, dove possibile, riutilizzata, come avviene in molti altri Stati, soprattutto in Irlanda, per una gestione tecnologica dei dati del paziente attraverso strumenti quali l'*electronic medical record* o il *digital medical record*, che permettono di risparmiare nel momento in cui si fa un riscontro.

Ciò tanto più se si pone mente al fatto che in alcune regioni le prestazioni sono utilizzate in maniera differente o viene effettuata, in maniera molto più pesante rispetto ad altre regioni, tutta una serie di analisi o di diagnostiche.

ELENA CARNEVALI. Ringrazio moltissimo per l'esposizione delle relazioni, dal punto di vista - se mi si passa il paragone - sia della diagnosi della malattia del sistema sanitario nazionale sia dell'individuazione di possibili direttrici di cura.

La mia prima domanda riguarda la « fatica », di cui avete parlato, che il nostro Paese incontra nel tradurre il tutto in termini di sviluppo economico. Quali sono, secondo voi, le ragioni per cui non riusciamo a convertire in termini industriali? Dove risiede il limite? Questa incapacità, peraltro, forse si evidenzia non solo in riferimento al nostro sistema industriale nazionale, ma anche in rapporto ai sistemi industriali esterni al nostro Paese.

La seconda domanda nasce dal fatto che nella relazione non ho sentito trattare il tema, che pure mi sembra sia stato al centro dell'attenzione per lungo tempo, concernente la definizione dei fabbisogni e dei costi standard: questa direttrice, che è stata seguita per lungo tempo, non è, a vostro avviso, uno dei punti che dovrebbe essere preso in considerazione?

GIAN LUIGI GIGLI. Visti i tempi dell'audizione, rivolgerò solo due domande *flash*.

Lei ha citato con precisione il peso della politica nella scelta dei direttori generali. Vorrei chiederle se ha potuto fare una riflessione anche sul peso indiretto della politica attraverso la scelta fiduciaria dei direttori generali nella nomina dei direttori di struttura complessa, che poi sono i veri tecnici che si occupano della materia.

La seconda questione riguarda i costi della medicina difensiva, un tema di cui ci occuperemo anche in Commissione con riferimento alla responsabilità civile del sanitario e che, al di là dei costi assicurativi, sta portando tanti, troppi medici a una moltiplicazione anche indebita, forse inappropriata, di interventi diagnostici per cautelarsi contro possibili ricadute di carattere medico-legale, assicurativo, talvolta addirittura di contenzioso penale.

ROCCO PALESE. Mi associo ai ringraziamenti e all'apprezzamento per le informazioni ricchissime e per le tante conferme che i relatori ci hanno fornito questa mattina.

Vorrei però sapere se ritengono utile, soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro, introdurre sistemi di controllo. La spesa pubblica, quei 110 miliardi di euro richiamati dal professor De Santis, cui si aggiungono 30 o 40 miliardi di provenienza privata, sono infatti totalmente senza controllo.

Non ritengono altresì, alla luce della generazione, nel nostro Paese, di ventuno sistemi sanitari regionali diversi l'uno dall'altro, che abbia avuto una certa influenza la circostanza che nel contesto della sanità i centri decisionali sono troppi e ognuno va per conto proprio? Il Parlamento rivendica la sua autonomia e legifera sulla sanità, le regioni altrettanto e le direzioni generali lo stesso, come il collega che mi ha preceduto ha evidenziato, ma poi vi sono anche la Cassazione, la Corte costituzionale, i TAR, il Consiglio di Stato e chi

più ne ha più ne metta: che possibilità esiste, allora, di intervenire con strumenti correttivi?

Penso, ad esempio, senza giri di parole, che le regioni con piani di rientro vadano militarizzate. Non esiste speranza diversa; la corruzione, all'interno dei 60 miliardi individuati dalla Corte dei conti, riguarda quasi interamente la spesa sanitaria.

PRESIDENTE. Rilevo che forse molte delle domande hanno un filo conduttore, che peraltro avevo già riscontrato nella relazione introduttiva svolta dai rappresentanti di *Action Institute*.

MASSIMO ENRICO BARONI. Ho già rivolto la domanda che ora rivolgerò anche a voi ai quattro esperti che abbiamo ascoltato nel corso della precedente audizione del 17 giugno scorso, la quale attiene al discorso di una possibile ricentralizzazione, presente peraltro anche nel nostro programma.

Mi chiedo, inoltre, per quale ragione nelle sue *slides* non viene usato in maniera chiara il termine « assicurazioni »?

Immagino, infatti — ma posso anche sbagliarmi — che le assicurazioni rappresentino l'unica alternativa all'incentivazione dei fondi di finanziamento integrativi su prestazioni non incluse nei LEA. Da un punto di vista culturale, noi abbiamo comunque, nonostante in questo momento scricchioli e presenti tutte le difficoltà che conosciamo, una tradizione etica e del riconoscimento del mandato sociale delle professioni: è questo quello che manca.

L'anglicizzazione della cultura di *governance* va bene, ma alle culture anglofone, e io sono anche cittadino anglofono, è sottesa una forte etica di base. Noi, la cui cultura è latina, siamo molto più « negoziali » e non vorrei che, in questa negoziazione continua, dimenticassimo di chiamare le cose con i loro nomi. Se, nella sua visione, sta proponendo le assicurazioni, sicuramente non si tratta di un'idea nuova.

PRESIDENTE. Nel dare la parola ai nostri ospiti per la replica, chiederei, se

possibile, la massima sintesi nella risposta, tenendo conto che molte delle domande hanno dei punti in comune forti tra loro.

PAOLO DE SANTIS, *Responsabile area sanità Action Institute e partner di McKinsey*. Mi sembra che esista un filo conduttore comune a molte domande, costituito dalle opportunità o meno di avviare una centralizzazione e del livello cui collocare la stessa.

Anche nell'esperienza di Australia, Germania e Canada, tre Stati a forte decentralizzazione, non si rileva un'assenza altrettanto evidente a livello centrale per quanto riguarda la definizione degli *standard*, il controllo e la capacità di intervento. È dunque singolare che l'Italia, che non è uno Stato federale, presenti in sostanza una maggiore decentralizzazione rispetto ad altri Stati federali. Anche quei tre Paesi, infatti, stanno centralizzando in una certa misura *standard*, controllo e capacità di intervento. A mio avviso, questo è un *trend* storico chiarissimo, in Italia reso semmai ancora più urgente dai risultati fortemente difformi che si osservano tra le diverse regioni.

Quanto al peso dell'appropriatezza sulla spesa *out-of-pocket*, onestamente non dispongo di numeri. Chiaramente, essa incide tanto. Incide molto anche il tema dell'introduzione di linee guida comuni a livello nazionale; questa ovviamente potrebbe favorire, come del resto molte altre misure, un miglioramento dell'appropriatezza.

Quello delle nomine politiche e della capacità di incidere sui costi è un tema enorme. È infatti inaccettabile che in una regione con 15 ASL, ognuna abbia la propria organizzazione del personale: ciò è impensabile in un mondo in cui si è orientati all'efficienza.

Perché mai servire una regione di 4 milioni di abitanti con 15 ASL, ognuna delle quali con la propria organizzazione del personale? Perché mai avere 50 magazzini per la distribuzione farmaceutica?

Dico un'eresia: per la distribuzione farmaceutica, i magazzini si possono centralizzare a livello nazionale. È chiaro che, se

si devono conquistare i voti sul territorio, è difficile che si decida, in una piccola regione, di centralizzare la distribuzione farmaceutica a livello nazionale con qualche magazzino dislocato strategicamente sul territorio e qualche misura di *backup*. Questo è, a mio avviso, un tema fondamentale.

Quanto alle assicurazioni, esse rappresentano sicuramente una delle soluzioni ma chiaramente non l'unica. In Italia, i fondi integrativi e le casse aziendali sono molto più diffusi delle assicurazioni private. Iniziamo quindi, in ogni caso, a far leva su questi; eventualmente, se ci sarà un ruolo per le assicurazioni, bene, ma non necessariamente, dal momento che 11 milioni di italiani sono già coperti da fondi integrativi e casse aziendali.

Credo piuttosto che sarà difficile - ed è questo il tema fondamentale - mantenere l'attuale livello di LEA con questo margine fiscale ridotto. Bisogna cercare altri ricavi e far leva su risorse addizionali, a condizione però di regolamentare bene il sistema ed evitare che le assicurazioni spiazzino il presidio pubblico.

Sulle difficoltà dello sviluppo economico e sulle ragioni per cui quei 110 miliardi di euro l'anno non riescono a favorire una maggiore crescita del nostro Paese, mi vengono in mente un paio di considerazioni. In primo luogo, la nostra ricerca è notevole sotto il profilo della produttività e delle pubblicazioni, ma poi i brevetti con un minimo orientamento commerciale sono davvero pochi.

Esiste quindi un tema di trasferimento tecnologico tra università e impresa che sta iniziando ad essere indirizzato nel corso degli ultimi anni, ma tale sforzo è ancora lungi dall'essere sufficiente. Peraltro, all'interno dell'università sussiste tuttora un atteggiamento un po' discriminatorio per cui non è ben visto chi si occupa molto di queste cose.

In secondo luogo, abbiamo una storica difficoltà a far crescere le aziende. Uno dei motivi per cui esportiamo relativamente poco - dati i valori inerenti le pubblicazioni, i brevetti e quant'altro - rispetto a Francia, Germania e Inghilterra, è che

loro hanno un numero molto più elevato di grandi aziende, il che significa avere maggiore capacità di attrarre le grandi aziende e di far crescere quelle piccole, creando così posti di lavoro e sviluppo.

Della pluralità dei centri decisionali abbiamo invece già detto. In tema di controllo delle regioni in piano di rientro, si è parlato di militarizzazione. Nel mio ruolo non posso permettermi una affermazione del genere, ma le regioni che sono finite in piano di rientro o commissariate hanno dormito tutte; non hanno dormito soltanto i vertici della sanità ma ha dormito chi doveva effettuare i controlli e tante altre persone. In tali casi, occorre intervenire con un regime di piani di rientro e commissariamenti in modo tale che chi ha dormito venga rimosso, altrimenti facciamo un gioco che forse non genera i risultati attesi.

È dunque assolutamente necessario un forte presidio su quelle regioni. Il punto, su questo, è che non possiamo limitarci a pensare quelle regioni come unità economiche da rimettere in attivo: se da un lato esse sono unità economiche, dall'altro devono generare salute. Il presidio sui risultati di salute di queste regioni e delle relative ASL deve essere fortissimo.

Nella versione attuale dei piani di rientro una simile previsione non esiste, mentre a nostro avviso andrebbe posta con forza e allo stesso livello dell'equilibrio economico: senza equilibrio economico sostenibile non ci sono risultati di salute buoni, ma spendendo meno soldi andremo sì in attivo ma alla fine il risultato in termini di salute non ci sarà. Questo aspetto è dunque cruciale.

L'ultimo tema, molto complicato, è quello della medicina difensiva, che è stato sollevato. In tutto l'Occidente, in tutto il mondo, tale tema si sta progressivamente diffondendo e in alcuni Paesi si manifesta in forma anche più critica che da noi. A mio avviso, è importante anzitutto la trasparenza. In Italia si assiste ad un proliferare di informazione sregolata sulla sanità. Come il 40 per cento circa dei cittadini, mia madre, che ha 72 anni, naviga su *Internet* se, ad esempio, le fa

male il nervo trigemino, per cercare di capire di cosa si tratti, poi va dal medico e lo assilla finché non fa quello che dice lei.

In molti altri Paesi, a proposito di trasparenza, il competente ministero della salute ha dichiarato, giustamente, che non è possibile oscurare i siti *Internet* ma si è impegnato a creare una fonte autorevole di informazione a cura del ministero stesso, che non solo dia trasparenza sugli esiti ma fornisca anche informazione ai cittadini sulle condizioni di salute o sulla natura di certe patologie, cercando in qualche modo di educare il cittadino.

In Inghilterra, che destina 33 miliardi di sterline l'anno per un'operazione del genere, stimano molto elevato il risparmio generato a fronte di questo tipo di investimento, ed analoghe iniziative, come ho detto prima, sono state assunte anche in Slovacchia e in Portogallo.

Un ulteriore tema rilevante è quello della presenza di linee guida e protocolli chiari, così come occorrerà ragionare — cosa che in Italia onestamente non accade, salvo la norma prevista dal cosiddetto decreto Balduzzi — sul tipo di responsabilità e su chi abbia l'onere della prova nel caso in cui ci si attenga, in determinate circostanze, a linee guida o a protocolli prestabiliti. Ovviamente, si tratta di un tema delicato né so, onestamente, quanto esso incida sui numeri di cui vi ho parlato.

PRESIDENTE. Saluto e ringrazio, a nome di entrambe le Commissioni e del Presidente Boccia in particolare, la professoressa De Franceschi e il professor De Santis per i chiarimenti che hanno voluto fornire anche in sede di replica e per la disponibilità manifestata, che potrà eventualmente costituire oggetto di ulteriori occasioni di confronto.

Audizione di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno prevede ora l'audizione di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato.

Sono presenti il dottor Antonio Gaudio, segretario generale dell'organizzazione, e il dottor Tonino Aceti, responsabile del coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici, ai quali do il benvenuto da parte mia, del Presidente della Commissione bilancio, Francesco Boccia, e dei componenti delle due Commissioni.

Ringraziandoli in anticipo, vorrei chiedere ai nostri ospiti, per rispettare i tempi previsti per le audizioni, di concentrare entro un quarto d'ora il loro intervento introduttivo, in modo da consentire qualche domanda da parte dei colleghi componenti le Commissioni.

ANTONIO GAUDIOSO, *Segretario generale di Cittadinanzattiva*. Saluto e ringrazio i Presidenti e tutti i deputati presenti per l'invito. Cercheremo di contenere al massimo il nostro intervento e resteremo poi a disposizione per le domande che riterrete opportuno rivolgere.

Illustrerò una breve parte introduttiva per avere poi la possibilità, con il collega Tonino Aceti, che all'interno alla nostra organizzazione cura il coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici, di fornire qualche numero di dettaglio sulle evidenze che quotidianamente ci troviamo ad affrontare.

Cittadinanzattiva è un'organizzazione che quest'anno compie 35 anni e che, con la nostra organizzazione che si occupa di salute, il Tribunale per i diritti del malato, copre circa 350 sedi su tutto il territorio nazionale.

Anzitutto, una delle argomentazioni utilizzate tutte le volte che si parla di Servizio sanitario nazionale e che, a nostro avviso, finisce per limitare la discussione, è l'affermazione un po' difensiva per cui il Servizio sanitario nazionale italiano è, secondo tutte le classifiche, uno dei migliori del mondo.

Per entrare nel merito, bisogna dire che questo dipende da dove si abita. Esistono senza dubbio delle punte di eccellenza nel nostro Paese, ma anche delle sacche di enorme difficoltà. Immagino che le risposte a questo tipo di domanda saranno

diverse, a seconda che si abiti a Padova piuttosto che a Vibo Valentia. A fronte di questo, peraltro, esiste una serie di dati, che potremo illustrare, inerenti alle varie segnalazioni che ci arrivano.

In secondo luogo, il Servizio sanitario nazionale è una fonte enorme di sprechi. Questo è un altro punto nel merito del quale probabilmente bisognerà entrare fornendo delle indicazioni puntuali, considerato che uno dei problemi più importanti che ci troviamo ad affrontare tutte le volte che si parla del Servizio sanitario nazionale è l'idea che esista quasi una sorta di guerra di religione tra chi pensa che esso sia una specie di buco nero e chi, invece, lo ritiene un intoccabile Moloch. Molto più banalmente, bisogna guardare al merito delle cose e ragionare considerando le singole per parti di un insieme.

Ricordiamo che non più di otto mesi fa, a un'interessante interrogazione parlamentare rivolta al Ministro Giarda a proposito dei problemi collegati ai tagli alla scuola nel nostro Paese, questi rispose in Aula che purtroppo si investiva poco nella scuola perché si era investito troppo nella sanità negli anni precedenti. A prescindere dal fatto che il professor Giarda è una persona assolutamente stimabile, questo rende l'idea di una sorta di contrapposizione che rischia poi di diventare nel merito una lotta tra poveri.

Questo problema è emerso con particolare chiarezza quando lo scorso anno è stato avviato il percorso della *spending review*: che vi sia la necessità di razionalizzare le spese nel nostro Paese è senza dubbio un dato indefettibile, ma che razionalizzazione, riforme e risparmio siano sinonimi è altrettanto sbagliato.

Uno degli elementi di maggiore criticità negli scorsi mesi è stato dal nostro punto di vista, quello relativo all'idea che, a fronte di un'esigenza generale importante, si potesse intervenire nel merito con dei tagli lineari. Il taglio lineare, a prescindere da altri tipi di considerazione, non reca alcun tipo di valorizzazione nei confronti delle amministrazioni virtuose. Anche nel Servizio sanitario nazionale, infatti, esistono amministrazioni molto virtuose, di

grande valore, che non solo svolgono molto bene il proprio mestiere ma che risparmiano per investire nella qualità dei servizi; allo stesso modo, esistono amministrazioni scellerate che invece dovrebbero essere chiamate a rispondere del proprio operato.

Per darvi un esempio molto concreto, nel momento in cui partì l'operazione della *spending review* conducemmo una piccola ricerca parallela come Cittadinanzattiva concentrando l'attenzione su una singola regione, il Lazio, poiché non disponevamo delle risorse per svolgere un'azione di questo genere su tutto il territorio nazionale. Emersero così, nella sola regione Lazio, le seguenti circostanze: a fronte dei tagli messi in evidenza, il direttore generale dell'ASL di Rieti stava chiudendo un reparto e, contemporaneamente, aprendo un'unità operativa semplice di medicina orientale; a Roma risultavano presenti 34 emodinamiche a fronte di una media internazionale per popolazione enormemente più bassa, fonte di spreco gigantesca aggravata dal fatto che, nonostante le suddette 34 emodinamiche, non tutti i cittadini romani hanno la possibilità di accedere a questo servizio non essendo state allocate sul territorio secondo criteri di necessità. Contemporaneamente, nell'ospedale San Camillo di Roma nell'arco di due mesi circa 300 infermieri, ai quali veniva diagnosticata l'allergia al lattice, erano rimossi dalle corsie e destinati ai servizi amministrativi.

È evidente dunque che gli sprechi esistono, ma vanno colpiti puntualmente, identificandoli uno per uno e creando anche un'alleanza tra cittadini e istituzioni che permetta, attraverso il flusso di informazioni di coloro che svolgono quotidianamente attività di tutela, di colpire gli sprechi laddove vanno colpiti.

Emerge tuttavia in tutta la propria forza, in questo momento, un altro problema legato alla mancanza di risorse: l'accessibilità ai servizi nel nostro Paese non è più solo connessa alle differenze geografiche ma anche al periodo dell'anno in cui ci si ammala. Secondo i dati in nostro possesso e che vi illustreremo, si

tende a differire gli interventi programmati per i mesi di settembre-ottobre all'inizio dell'anno successivo, utilizzando vari tipi di pretesto ma banalmente perché non ci sono più risorse e quindi, spostandoli al mese di gennaio dell'anno successivo, detti interventi vanno a gravare sul bilancio dell'anno successivo e non su quello dell'anno in corso.

Dall'insieme di questi elementi, in relazione ai quali riporterò poi qualche altro esempio concreto, emerge in tutta la sua chiarezza un problema molto sentito, di capacità di rendere conto da parte del sistema, di trasparenza nei confronti dei cittadini.

Aggiungiamo un dato ulteriore che vi darà l'idea di questo scostamento sempre più evidente. Per quel che concerne l'assistenza farmaceutica, come sapete i livelli essenziali di assistenza, definiti come un pilastro fondamentale del nostro Paese, sono garantiti dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), la cui stessa composizione prevede, secondo la legge, la partecipazione delle regioni: quello che però accade operativamente è che, dal momento in cui l'AIFA conclude gli accordi di rimborsabilità con le aziende, definendo il prezzo, le modalità di accesso ai prodotti e la messa in rimborsabilità del Servizio sanitario nazionale, in talune regioni i prodotti entrano dopo poche settimane dalla rimborsabilità, in altre regioni invece trascorrono anche 7-9 mesi.

Immaginate farmaci che allungano l'età media di 7-8 mesi: nell'attesa, in particolare per i pazienti oncologici, che le regioni facciano meramente il proprio dovere, quindi prendano atto e mettano in rimborsabilità, una fascia importante della popolazione si trova senza tutele.

Giudichiamo fondamentali due ultime riflessioni. La prima riguarda la necessità di mantenere una coerenza tra l'approccio generale ovvero l'importanza che si ritiene di assegnare al Servizio sanitario nazionale e alla salute dei cittadini, e le scelte che si fanno concretamente. È evidente che uno dei fenomeni più distonici rispetto

a questo tipo di approccio è rappresentato dalla questione complessiva della gestione dei rapporti con il gioco d'azzardo.

È paradossale che, da una parte, si assiste ad un'amplissima liberalizzazione, in base ad una logica che, a nostro avviso, niente ha a che vedere con il tema e per la quale è meglio gestire che proibire — una cosa è gestire, altra è promuovere, dando la possibilità di installare in ogni bar una *slot machine* —, in ogni caso con degli introiti per lo Stato; dall'altra, che si inseriscano tra i livelli essenziali di assistenza le ludopatie. Per carità, è una giusta operazione ma credo che il saldo finale sia sempre negativo.

Veniamo, infine, al tema altrettanto rilevante della sostenibilità finanziaria delle famiglie, soprattutto dei malati cronici. Il sistema di tutela della cronicità nel nostro Paese non è elastico, non si adatta alle esigenze dei cittadini e di coloro che hanno questo problema, ma parte dalle esigenze e dalla disponibilità dell'amministrazione, e quindi dalle risorse a disposizione.

Tenete conto che, in particolare per le patologie di carattere neurodegenerativo — mi riferisco all'Alzheimer, ma non solo — l'incidenza del costo sulle famiglie di tutti i servizi non erogati arriva ad essere anche di dodici, tredici o quattordici mila euro l'anno. Ciò significa, in molti casi, anche essere costretti a vendere quello che si è acquistato grazie ai risparmi di una vita per garantire l'assistenza.

Davvero come ultima battuta, credo che dovremmo cambiare, almeno questa è una nostra proposta, due paradigmi. Il primo è quello del sistema di trasparenza. Un sistema moderno non può non vedere coinvolti i cittadini in operazioni di monitoraggio, di verifica degli standard di qualità e di valutazione dei servizi offerti. In secondo luogo, c'è l'idea del costo pubblico. Quando si parla di costo per il Servizio sanitario nazionale, si parla solo del costo a carico delle casse dell'erario. La nozione di costo pubblico dovrebbe, invece, ricomprendere quello che complessivamente, per una determinata patologia, è a carico della collettività.

È molto interessante indagare la differenza tra l'idea di pubblico nel sistema italiano e in quello anglosassone. Il termine « *public* » ha due significati completamente opposti: nel nostro Paese vuol dire « dello Stato », nell'accezione anglosassone indica la collettività. Immaginare che lo Stato realizzi dei risparmi ma poi non debba fare altro che traslare detti risparmi facendoli passare dalla tasca destra a quella sinistra, che è quella dei cittadini, soprattutto per le famiglie più indigenti, rende i servizi in molti casi davvero insostenibili.

Cedo ora la parola al mio collega Tonino Aceti affinché vi fornisca qualche elemento di dettaglio ulteriore in termini di numeri.

PRESIDENTE. Visti i tempi, chiederei la cortesia al dottor Aceti di svolgere un intervento *flash* per riprendere, eventualmente, il senso dell'intervento nelle risposte alle domande che senz'altro saranno formulate dai colleghi.

Le chiedo scusa e la ringrazio in anticipo per la disponibilità.

TONINO ACETI, *Responsabile del coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici di Cittadinanzattiva*. Buongiorno a tutti, sarò telegrafico. Suddividerei le principali problematiche che oggi attraversano il Servizio sanitario nazionale dal punto di vista dei cittadini in tre grandi blocchi, che abbiamo riportato nel documento che vi lasceremo insieme ad altri rapporti prodotti da Cittadinanzattiva che invieremo poi in formato elettronico.

Vi è, innanzitutto, la questione delle risorse economiche: quelle a disposizione del Servizio sanitario nazionale oggi preoccupano molto i cittadini perché in breve si è passati da una fase di razionalizzazione della spesa a una di vero e proprio definanziamento del fondo del Servizio sanitario nazionale. La differenza tra i due termini non è di poco conto e questo, ovviamente, preoccupa.

Per effetto della *spending review* e della successiva legge di stabilità, abbiamo per il 2013 un fondo per la prima volta inferiore,

in valori assoluti, all'anno precedente, mentre nel 2014 avremo comunque uno stanziamento inferiore a quello del 2012, nonostante sia di poco superiore a quello del 2013.

Questo dato, ovviamente, ci preoccupa fortemente perché al defianziamento si è aggiunto un aumento della compartecipazione ai *ticket* da parte dei cittadini, per cui si è spostato il costo dal servizio pubblico, dallo Stato, ai redditi dei cittadini, che hanno dovuto mettere più soldi di tasca propria e/o rinunciare direttamente alle cure. Questo dà l'idea della gravità della situazione. Oltretutto, il nostro Servizio sanitario nazionale spende molto meno rispetto ad altri Paesi europei.

Altro tema molto importante, evidenziato qualche giorno fa anche dall'ultimo *Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica* della Corte dei conti, è che oggi abbiamo subito un taglio lineare che colpisce indistintamente tutte le regioni. A maggior ragione, questo taglio ha un effetto peggiore su quelle regioni che oggi sono in piano di rientro.

La Corte dei conti nel citato *Rapporto* afferma chiaramente, e questo ci preoccupa molto, che nonostante i piani di rientro abbiano sortito un effetto positivo sui conti, d'altro canto, per ciò che interessa la salute dei cittadini, ciò che costituisce il fine principale del Servizio sanitario nazionale in queste regioni è stato certificato che non sono stati garantiti i livelli essenziali di assistenza.

Da una parte, dunque, abbiamo garantito l'equilibrio economico, anche se ancora non del tutto, dall'altra, lo abbiamo fatto a un costo altissimo, ossia di non garantire i livelli essenziali di assistenza. Dal nostro punto di vista, in estrema sintesi, il messaggio è il seguente: il sistema sta privilegiando, tra gli obiettivi, quello di tipo economico e sta subordinando a questo l'obiettivo principale del Servizio sanitario nazionale, ossia produrre benessere e salute. Questo è, per noi, inaccettabile. È necessario compiere uno sforzo per mettere in equilibrio i due aspetti, altrimenti garantiremo un Servizio

sanitario nazionale che non guarda più al suo principale obiettivo, ma a tutt'altro.

Altre questioni andrebbero esaminate, ma lascerei la parola a voi per eventuali domande.

PRESIDENTE. Grazie soprattutto per la disponibilità alla sintesi, ma immagino che qualche argomento potrà essere ripreso per effetto delle domande dei colleghi, ai quali do ora la parola.

FRANCA BIONDELLI. Ringrazio i nostri ospiti per la loro presenza e per il lavoro che svolgono sul territorio. Voglio sottolineare le criticità emerse da questa relazione. Occorre a mio avviso sottolineare in particolare il fatto che per le patologie gravi certificate si debba avere una risposta entro un certo numero di giorni. A tale riguardo penso che le ASL e l'INPS debbano assolutamente dare una risposta, per quanto concerne l'ottenimento dei primi ausili e dell'accompagnamento.

A un malato di sclerosi laterale amiotrofica che si presenta presso una commissione non si può, siccome ha una diagnosi certa e deambula ancora, rispondere che deve tornare quando non deambula più: dopo tre o quattro mesi il paziente sarà deceduto. Non tutti i casi di sclerosi laterali amiotrofiche si sviluppano, infatti, in tempi lunghissimi.

Credo quindi che per le patologie certe, come quelle oncologiche di un certo rilievo, dobbiamo insistere tutti assieme, noi come Parlamento e voi come rappresentanti dei cittadini, affinché si ottengano risposte certe in un breve lasso di tempo. Ciò che, a mio parere, non ha fatto molto bene al nostro Paese, ed agli stessi invalidi e disabili, è la caccia forsennata ai falsi invalidi, che pure esistono.

PRESIDENTE. Chiedo scusa, onorevole Biondelli, ma la inviterei a formulare la domanda onde lasciare poi spazio alle repliche. Grazie.

FRANCA BIONDELLI. La questione che pongo è la seguente: cerchiamo al-

meno, visto che quello della disabilità e dell'accompagnamento è un mondo così complesso, di avere, rispetto ad alcune problematiche come quella della diagnosi certa, da parte vostra e nostra, un *iter* certo e sicuro, senza deroghe o rinvii.

Quanto ai falsi invalidi, che sono in tutto 1.000 e rappresentano solo lo 0,04 dei veri, aventi diritto, ribadisco che questa guerra reca danno anche agli invalidi veri. Si tratta, dunque, di un problema, ma sicuramente non del problema.

ROBERTO CAPELLI. Sarò velocissimo e rivolgerò una domanda su ciò di cui ho notizia più che su quanto ho sentito in questa sede. Si riferisce infatti che la sanità assorbe il 7,1 per cento del PIL, dato diverso da quello che abbiamo ascoltato poc'anzi nel corso della precedente audizione. A me interessa, tuttavia, sottolineare che la sanità produce altresì l'11 per cento del PIL, quindi con un saldo attivo del 4 per cento.

Non riesco, sinceramente, a capire a cosa si riferisca questa produzione di PIL.

GIAN LUIGI GIGLI. Vi ringrazio per l'accento posto sul problema delle patologie croniche, in particolare di quelle degenerative. Vorrei chiedere se, a vostro avviso, non sia necessaria da questo punto di vista una correzione di rotta a 360 gradi, o almeno a 180, del sistema sanitario nazionale.

Quest'ultimo continua ad essere fondamentalmente ancora orientato in senso chirurgico, talvolta con eccessi di interventismo che producono solo risultati marginali, mentre trascura, anche senza arrivare a patologie come quelle da lei richiamate, su cui interverrò brevissimamente, la medicina che non dà grandi effetti e grandi soddisfazioni come può essere quella, appunto, delle malattie croniche, e in particolare quella delle malattie degenerative. Mi richiamo inoltre a quella degenerazione che lei sottolineava.

La medicina orientale attivata a Rieti ne è un esempio, ma abbiamo avuto modo di affrontare nelle settimane scorse anche il problema delle staminali mesenchimali a

Brescia. Evidentemente alcuni settori della sanità pubblica, in maniera totalmente scoordinata e del tutto incentrata su interessi particolari del luogo, finiscono per prendere strade in qualche modo non in linea con le attese di salute della popolazione.

Nella mia regione — che pure sul piano della sanità può dirsi virtuosa, forse anzi una delle migliori d'Italia — è più difficile accedere a farmaci nuovi per il Parkinson che farsi mettere in testa un elettrostimolatore per il Parkinson: non dico che ciò sia una misura inutile, ma è comunque una soluzione di nicchia. Ovvero può essere più frequente, ad esempio, ottenere un intervento per la modificazione del sesso a Trieste che cure adeguate per l'*ictus* su tutto il territorio regionale. Da questo punto di vista, forse, il sistema dovrebbe essere diversamente orientato.

Inoltre, considerato che da questo punto di vista Cittadinanzattiva è particolarmente attiva, chiedo se non sarebbe il caso di ridurre il contenzioso con la classe medica. In particolare, in tema di modificazione del codice deontologico degli avvocati, che ha portato a far sì che l'avvocato fosse cointeressato e andasse a procacciarsi il cliente — mi dispiace dirlo, ma alcuni casi purtroppo hanno a che fare con la vostra organizzazione — questo sistema non dovrebbe forse trovare una forma di temperamento per poter ridurre, appunto, i costi della sanità?

PRESIDENTE. Do la parola agli auditi per la replica.

TONINO ACETI, *Responsabile del coordinamento nazionale delle associazioni di malati cronici di Cittadinanzattiva*. Esiste sicuramente l'urgenza di risposte in termini di politiche sociosanitarie alle patologie croniche. All'interno di Cittadinanzattiva, come ha ricordato il dottor Gaudio, coordino un *network* di 95 associazioni nazionali di pazienti affetti da patologie croniche e rare e ogni anno produciamo un rapporto nazionale sulle politiche della cronicità.

Circa il 70-80 per cento delle associazioni denuncia ogni anno un problema di

accesso a diagnosi tempestive, che è la diretta conseguenza, dal nostro punto di vista, della mancata programmazione in materia di politiche della cronicità. Oggi le patologie croniche e rare hanno un'importanza di nicchia nella programmazione sociosanitaria nazionale.

Citerò un esempio su tutti. L'ultima bozza di Piano sanitario nazionale 2011-2013 del Ministero della salute, che non ha mai visto la luce, per cui siamo ancora a quello del 2006-2008 — è un dato allarmante che non si faccia più programmazione a livello nazionale da molti anni e che, oltre al Piano sanitario nazionale, non abbiamo neppure un Patto per la salute già da circa un anno — contiene una serie di capitoli e paragrafi, con un ultimo « paragrafetto » sulle patologie rilevanti relative ad otto categorie: questo è un modo per dire che alcune sono importanti e altre no.

È quindi necessario recuperare e mettere la programmazione sanitaria al centro delle politiche sociosanitarie in materia di patologie croniche, eventualmente lavorando, secondo il nostro giudizio, a un piano nazionale sulle patologie croniche e rare. Solo affrontandole in quest'ottica, infatti, riusciremo a fornire alle patologie croniche risposte in termini di politiche. Diversamente, ognuno andrà per conto suo e le realtà più virtuose garantiranno diagnosi tempestive, altre meno.

Per tutte le grandi categorie di patologie — patologie reumatiche, epatiti, diabete, per il quale esiste un piano nazionale, patologie neurodegenerative o oncologiche — è necessario che il Ministero della salute a livello nazionale lavori su percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) che diano certezza circa i passaggi, gli attori, l'integrazione tra i vari professionisti e le varie strutture, tra il sociale e il sanitario, tali da garantire appropriatezza delle prestazioni e tempestività di accesso alle prestazioni. Disegnare un PDTA è fondamentale per le patologie croniche e rare.

È necessaria una cornice inserita nella programmazione nazionale, che deve essere utilizzata dalle regioni per declinare

quel modello nazionale all'interno dei propri servizi sanitari regionali con le proprie organizzazioni.

Ovviamente, oltre a ciò vi è anche il fatto che siamo in presenza di una delega totale dell'assistenza — questo il dato che emerge dall'ultimo rapporto che si è incentrato sugli anziani cronici — alle famiglie. Oggi la famiglia è il vero paracadute e va supportata. Circa 5 ore al giorno di una famiglia sono dedicate all'assistenza del proprio familiare anziano affetto da patologie croniche.

In moltissimi casi, ciò sta comportando ripercussioni sul piano del rapporto di lavoro e talvolta riceviamo segnalazioni di persone che sono state licenziate perché si sono dedicate all'assistenza dei propri familiari malati. Un malato affetto da SLA, da distrofia muscolare di Duchenne e Becker, da Parkinson o da Alzheimer assorbe totalmente le risorse alla famiglia. Non si può non tenere conto, oggi, del dato fondamentale della mancata presa in carico di queste persone, in particolare gli anziani affetti da patologie croniche e rare, ma anche dei giovani, riconducibile alla mancanza di assistenza sul territorio.

Abbiamo vissuto e stiamo vivendo un momento di taglio di posti letto ospedalieri, una deospedalizzazione forte con la promessa, che pure ci è stata fatta, di riconversione e potenziamento del territorio. Oggi la realtà è che non abbiamo un ospedale come lo avevamo prima, probabilmente a ragione dal momento che era fonte anche di inappropriatelyzza, sprechi e via dicendo, ma neppure abbiamo l'altra fetta di assistenza, per cui il cittadino ed il malato cronico si ritrovano in mezzo a un vuoto assistenziale.

Cito un dato su tutti: per l'assistenza territoriale degli anziani malati cronici, passiamo dall'1,5 per cento di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) della regione Sicilia all'11,6 della regione Emilia-Romagna per la medesima categoria di soggetti. Questo dato è indicativo di un sistema che non regge e scarica tutto sui cittadini.

ANTONIO GAUDIOSO, *Segretario generale di Cittadinanzattiva*. La domanda dell'onorevole Capelli si riferisce al fatto che nel nostro Paese, storicamente, il Servizio sanitario nazionale ha finanziato non solo la salute e la crescita di questo Paese, ma indirettamente anche tutta l'attività di ricerca, in particolare in tutte le aziende farmaceutiche di *medical device*.

In Italia, ad esempio, alcune centinaia di siti produttivi hanno reso il nostro Paese, attraverso l'accessibilità a una serie di farmaci, uno dei maggiori esportatori netti a livello europeo anche di prodotti che provengono dall'area della salute.

Questo andrebbe discusso direttamente con le aziende che si occupano del settore — ma noi non siamo gli avvocati di questi soggetti appartenenti al mondo dell'impresa — però, solo per parlare dell'ambito farmaceutico, mi pare sia ancora positivo il saldo netto tra quanto le imprese ricevono dal Servizio sanitario e quanto immettono nel sistema, per circa un miliardo di euro, come si evince da una recente indagine di Farminindustria, anche se dopo gli ultimi tagli credo siano in corso pesanti disinvestimenti.

L'onorevole Gigli parlava, giustamente, di riorientamento del sistema. È paradossale che in questo Paese un dato che dovrebbe essere straordinario, come quello dell'aumento della vita media delle persone, anziché essere visto come positivo, sia visto come un elemento di fortissima preoccupazione e che, ancora oggi, qualche responsabile del nostro Servizio sanitario nazionale non sorrida davanti all'aumento dell'aspettativa di vita e della — in qualche modo conseguente — cronicizzazione delle patologie nel nostro Paese. Quindici anni fa, ad esempio, si moriva per AIDS molto più di quanto non accada oggi, quando le persone fortunatamente vivono molto di più.

A questo proposito, un problema fondamentale è rappresentato dal fatto che nel nostro Servizio sanitario nazionale non è possibile, dal momento che molto spesso viene utilizzato come un « bancomat » dal Governo, pensare in una logica di razionalizzazione e di reinvestimento. Per ca-

pirci, la mancanza di risorse è legata anche al fatto che, se si risparmiano 500 milioni di euro in un settore, questi non sono reinvestiti in quello stesso settore; il punto è proprio che le risorse eventualmente risparmiate sono utilizzate per asfaltare, ad esempio, la Salerno-Reggio Calabria. È evidente che quando capita una cosa del genere, tutti i soggetti depositari di quei fondi tendono a spenderli il prima possibile.

Per quello che ci riguarda, inoltre, abbiamo adottato e stiamo adottando un percorso legato alla conciliazione e soprattutto alla prevenzione dei rischi di *malpractice*. Stiamo lavorando anche in stretto contatto con Age.Na.S., facendoci parte attiva del lavoro sulla promozione dei cosiddetti indicatori di esito. Crediamo che un elemento fondamentale sia infatti quello legato alla prevenzione degli errori e della *malpractice*.

In molti casi infatti, onorevole Gigli, i problemi da lei richiamati non hanno niente a che fare con la *malpractice*, bensì con problemi strutturali delle aziende sanitarie, con disservizi organizzativi o, peggio ancora, con situazioni di scarsa umanizzazione dei servizi e di mancanza del consenso informato.

Nella percezione dei cittadini, tutto questo diventa un grande calderone e in molte occasioni ne derivano iniziative, anche temerarie, di soggetti che non si rivolgono alla nostra organizzazione ma a gruppi di avvocati nati negli ultimi due o tre anni con l'unico obiettivo di svolgere attività di carattere commerciale.

Al riguardo, due sono i parametri cui si attiene la nostra organizzazione. Il primo è un'estrema valutazione di ogni singolo caso che ci viene sottoposto; si tenga presente che, su cento casi di sospetta *malpractice*, diamo suggerimenti per la procedibilità in circa diciotto di essi.

In secondo luogo, abbiamo chiesto a tutti i soggetti che in qualche modo operano in quest'ambito, in particolare agli avvocati, di redigere carte dei servizi trasparenti che dimostrino che non si sta lucrando sulla pelle delle persone. Spesso, infatti, si tratta di azioni temerarie volte

solo a chiudere il prima possibile la partita sulla base di azioni transattive, contando sugli allungamenti dei tempi della giustizia nel nostro Paese.

Devo dire onestamente che le compagnie di assicurazione non svolgono un buon lavoro in quest'ambito. Spesso l'allungamento dei tempi nei casi di sospetta *malpractice* è determinato dal fatto che non si arriva ad una definizione del problema o ad una transazione, e ciò produce costi maggiori a carico del sistema ed un crescente livello di insoddisfazione da parte delle persone direttamente interessate dal problema.

PRESIDENTE. Credo che i contributi dati dai nostri ospiti siano stati estremamente interessanti sia nella fase dell'esposizione sia in quella di replica alle domande.

Saluto e ringrazio, dunque, per la loro disponibilità il dottor Gaudio e il dottor Aceti di Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato, a nome mio, del Presidente Boccia e di tutti i commissari.

Audizione della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO).

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA V COMMISSIONE
FRANCESCO BOCCIA

PRESIDENTE. L'ordine del giorno prevede ora l'audizione della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO).

Sono presenti il dottor Valerio Fabio Alberti, presidente, e il dottor Nicola Pinelli, direttore, ai quali do il benvenuto da parte delle due Commissioni, mio e del presidente della Commissione affari sociali, Pierpaolo Vargiu.

Do, quindi, la parola agli auditi per lo svolgimento delle relazioni.

VALERIO FABIO ALBERTI, Presidente della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO). Vi ringrazio, anzi-

tutto, per l'invito. Vorrei selezionare alcune questioni. Come federazione, raggruppiamo più di metà delle aziende sanitarie ospedaliere italiane, quindi ci occupiamo un po' di tutti i problemi della sanità, ma tra questi abbiamo considerato alcune problematiche di particolare rilievo che sono oggetto di quest'audizione.

Vorrei sottolineare che condividiamo molto, come federazione, l'approccio alla base dell'indagine conoscitiva in corso, che vede le due Commissioni, bilancio e affari sociali, insieme. Quello della sostenibilità del servizio sanitario nazionale è, infatti, un tema che non riguarda solo la dimensione economica, ma anche quella sociale. Questa è anche la nostra visione come federazione e riteniamo che il corretto equilibrio tra queste due dimensioni, economica e sociale, sia la chiave di volta per un servizio sanitario ben funzionante.

Oggi siamo sottoposti a fortissime pressione all'interno delle aziende sanitarie per i problemi a tutti noti. C'è la riduzione delle risorse disponibili, ma anche la continua richiesta non solo di mantenere i servizi, ma di migliorarli. Aumenta, infatti, all'interno della comunità, la prevalenza dei pazienti cronici pluripatologici e aumenta anche la dotazione di tecnologie efficaci che, però, sono ad alto costo. La sfida è, dunque, quella di poter rendere accessibili a tutti i cittadini queste tecnologie efficaci ad alto costo.

Siamo convinti che il servizio sanitario nazionale sia fondamentale come elemento centrale del sistema di tutela sociale. Un suo deterioramento porterebbe non solo danni alla salute dei cittadini, che è la cosa più importante, ma avrebbe anche riflessi economici pesanti. Ritroveremmo, infatti, i cittadini non assistiti come costo nel campo dell'assistenza sociale. Questa è l'esperienza di Paesi che hanno ridotto drasticamente i propri finanziamenti alla sanità come la Grecia e il Portogallo, come attestano alcune riflessioni svolte da parte di agenzie europee.

Riteniamo, in ogni caso, che, accanto al tema del finanziamento del servizio sanitario nazionale, ci sia anche quello, che

ovviamente riguarda molto anche noi, del miglior utilizzo possibile delle risorse disponibili.

Da questo punto di vista, vorrei innanzitutto sottolineare, sul tema della spesa, che il servizio sanitario nazionale non spende tanto per la sanità. La nostra spesa è inferiore a quella di altri Paesi europei, in particolare rispetto ai grandi Paesi industrializzati. Aggiungo che la crescita dei costi del servizio sanitario negli ultimi 10 anni è stata molto contenuta rispetto alla dinamica di crescita dei costi in tutti questi altri Paesi. Non solo, quindi, rileviamo che la spesa sanitaria non è fuori controllo, ma anche che gli indici, come l'aspettativa di vita, sono molto favorevoli per il nostro Paese, addirittura lusinghieri.

D'altro canto, ci rendiamo conto che, se il valore medio dell'aspettativa di vita o della qualità dei servizi sono mediamente alti nel nostro Paese, la nostra è una realtà variegata, con differenze a volte significative nelle realtà regionali per quanto riguarda la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

Fatta questa doverosa e generale premessa, vengo a un primo ragionamento sui sistemi di finanziamento del servizio sanitario. Siamo convinti che vadano distinti due livelli: il finanziamento dallo Stato alle regioni e la ripartizione all'interno delle regioni stesse.

L'equità del sistema di finanziamento è un aspetto chiave non solo per l'equità delle programmazioni dei servizi, ma anche per poter valutare la *performance* economica di una regione, o di un'azienda sanitaria, quando si tratta di riparto all'interno delle regioni, che è fondamentale. Se manca l'equità nel riparto, diventa difficile giudicare se si è lavorato bene in quel territorio o se sono stati utilizzati al meglio i fattori produttivi e le risorse messe a disposizione.

Sappiamo che in questo momento è in via di definizione la determinazione dei costi e del fabbisogno standard individuando — se non sbaglio — tre regioni campione: vedremo quale indicazione emergerà da questa definizione, ma ribadisco che, accanto a tale operazione si

pone anche il grande tema del riparto all'interno delle regioni, ai fini di valutazione delle singole aziende sanitarie. Questa è la prima riflessione sul sistema di finanziamento.

La seconda riflessione riguarda la *governance* del servizio sanitario nazionale. Dal nostro punto di vista, come direzioni delle aziende, rileviamo la necessità di rivedere e di riflettere sull'intera filiera decisionale del servizio sanitario nazionale.

Come operatori della sanità riteniamo, anzitutto, che un Ministero della salute forte sia importante per dialogare in equilibrio con un Ministero dell'economia che è, a sua volta, molto forte. Se la logica, anche a livello aziendale, è la qualità di un servizio sanitario e il raggiungimento di un punto di equilibrio tra dimensione economica e dimensione di servizi, quest'equilibrio bisognerebbe poterlo riprodurre anche agli altissimi livelli, quindi anche a livello di ministero.

Un'ulteriore riflessione è quella relativa alla Conferenza Stato-Regioni. In questo momento avvertiamo, come aziende sanitarie, la necessità di una regia che imprima maggiore unitarietà al sistema delle regole e che, appunto, svolga questa funzione in tutto il territorio nazionale. Avvertiamo fortemente questa esigenza e ci auguriamo che il nuovo patto della salute possa rappresentare questo nuovo riposizionamento dei rapporti.

L'ultima riflessione riguarda direttamente noi aziende sanitarie e ospedaliere. Pensiamo che oggi serva una riflessione sul rapporto tra azienda sanitaria e regioni. Veniamo da una storia molto antica: all'inizio dell'aziendalizzazione, le aziende sanitarie, erano un po' delle monadi isolate, autonome. Siamo poi passati a fenomeni di centralizzazione gestionale regionale che hanno in parte svuotato il concetto di autonomia e responsabilità delle aziende sanitarie. Non vogliamo difendere un modello tradizionale, ma a fronte della giusta esigenza di un sistema regionale responsabilizzato sul fronte della spesa e dei servizi, è comunque più efficace co-

niugare questo maggior ruolo regionale con una maggiore autonomia aziendale rispetto a quello che c'è.

Proprio oggi, in una situazione in cui mancano le risorse, è più importante che un *management* di qualità all'interno dell'azienda riesca a combinarle nel modo migliore possibile. Siamo spettatori, invece, di dosi massicce di vincoli all'interno delle aziende su tutti i fattori produttivi, tetti di spesa sul bene, sul servizio, sul personale. Ad esempio si fa fatica a risolvere il problema della necessità di un'autorizzazione per avere uno specialista esterno per 10 ore, se servono 4 mesi. Anche per tutta questa filiera, quindi, per questo riposizionamento puntiamo più sulla responsabilizzazione e sui risultati che sui vincoli.

Vorrei fare una riflessione sulla *spending review*: È un concetto importante, uno stimolo per rivedere cosa si fa. La FIASO, tuttavia, ha effettuato a dicembre 2012 uno studio con 45 aziende, più o meno il 20 per cento di quelle italiane, nel quale siamo andati a verificare, in particolare con riferimento all'articolo 15, comma 13, lettere *a)* e *b)*, del decreto-legge n. 95 del 2012, concernente la riduzione del 5 per cento e i prezzi di riferimento, che cosa succedeva all'interno delle aziende sanitarie. Abbiamo scoperto che questa riduzione non si verificava e che, in realtà, la reale riduzione era del 2 per cento, per 45 aziende sanitarie ospedaliere italiane, con una proiezione del 2,6 per cento per il 2013. L'effetto atteso, dunque, non era quello programmato. Anche sui prezzi di riferimento si presentano fortissime problematiche, evidenziatesi anche con l'incarico dato all'Age.Na.S. per l'individuazione delle categorie di dispositivi cui applicare i prezzi di riferimento: dunque, non riconoscibilità del prezzo di riferimento come strumento utile per le aziende sanitarie.

In generale, a proposito della *spending review*, siamo convinti che la riduzione lineare non sia efficace perché opera in egual misura su chi lavora bene e su chi chi lavora male. Può andare bene come indicazione generale, ma successivamente

va calata e articolata nei singoli territori, dando spazio alla responsabilità e alla managerialità sia del livello regionale che aziendale.

Questa è la chiave di volta per ridurre i costi senza creare problemi all'assistenza: ci può essere un tetto generale, all'interno del quale, però, bisogna entrare nel merito delle questioni esaminate, che sono diverse da un'azienda all'altra. Non si può applicare lo stesso valore anche se il risultato cui si tende è unitario. Di questo siamo fortemente convinti.

Vorrei rapidissimamente toccare il tema della certificazione dei bilanci, che è una grande opportunità per le aziende sanitarie. Esistono problematiche relative alle competenze all'interno delle aziende per questo importante progetto.

Tra le tante riflessioni possibili, sottolineerei il problema degli investimenti, ossia della manutenzione strutturale e delle tecnologie in dotazione alle aziende sanitarie. Oggi, quello degli investimenti è un tema strategico, rispetto al quale fondamentalmente ci teniamo quello che abbiamo, ossia una dotazione che si deteriora e, per il momento, non abbiamo gli strumenti finanziari per affrontare il tema degli investimenti e per mantenere la dotazione strutturale del servizio sanitario, sia sul fronte delle strutture che delle tecnologie.

Si evoca spesso, a questo proposito, anche la *partnership* pubblico-privato. Noi riteniamo che sarebbe utile fare un punto sulle sue varie modalità, dalle sperimentazioni gestionali alla finanza di progetto. Grande è l'incertezza nelle regioni e nelle aziende sul loro miglior uso e ci sono tanti pensieri diversi al riguardo. Forse sarebbe il caso di fare un qualificato approfondimento per ottimizzare questi strumenti, che potrebbero rappresentare una risorsa sul fronte degli investimenti, se ben gestiti, anche se non sempre hanno dato i risultati attesi.

Un'ultima riflessione in tema di *management*. Come dicevo, si riducono le risorse, ma si deve mantenere la qualità dei servizi: serve quindi un *management* più qualificato. In Italia, in questi anni è

emersa una comunità manageriale che ha portato anche dei risultati, ma oggi è abbastanza evidente che abbiamo bisogno di *manager* ancora più qualificati. È evidente che se con meno risorse vanno tenuti e migliorati i servizi, la logica conseguenza è questa.

La legge Balduzzi prevede delle procedure per la selezione dei direttori generali delle aziende. Per la FIASO, queste devono essere gestite con rigore perché è fondamentale garantire alla guida delle aziende *manager* con adeguato *curriculum*, adeguata esperienza, adeguata competenza e adeguate attitudini. In Italia, abbiamo questi profili, ma allo stato attuale bisogna rafforzarli. Collegato a quest'ultimo è il tema della valutazione dei risultati. Non sempre i risultati delle aziende o dei *manager* sono valutati con il dovuto rigore, per cui alla fine non si capisce se un'azienda o un *manager* hanno operato bene o male e si rischia di rinunciare a professionalità importanti e di confermare professionalità dubbie.

Ricordiamoci che, accanto al *top management*, ai direttori generali, va considerato anche il cosiddetto *middle management*: provveditori, capi uffici tecnici, direttori di ospedali. Una macchina complessa come la sanità funziona se ha anche tanti dirigenti qualificati.

Abbiamo evidenziato più di una volta la necessità di porsi l'obiettivo di costruire un vivaio di quadri in grado di gestire adeguatamente il livello di complessità delle aziende. Oggi, trovare dei bravi provveditori, dei bravi capi ufficio è difficile, eppure queste figure gestiscono milioni di euro. Da questo punto di vista, quindi, bisogna considerare che esistono il *top management*, i direttori generali, ma anche il *middle management*.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA XII COMMISSIONE
PIERPAOLO VARGIU

PRESIDENTE. Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano interve-

nire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ANDREA CECCONI. Vorrei avanzare due questioni. Lei ha fatto riferimento alla legge Balduzzi, che ha modificato la selezione per i direttori generali delle aziende sanitarie ospedaliere: vorrei sapere da voi se ritenete questa modifica sufficiente o se sia necessaria una selezione diversa da quella ivi prevista. Ci sono stati sicuramente dei miglioramenti rispetto alla normativa precedente, ma comunque le giunte regionali mantengono, a mio e a nostro giudizio, ancora un potere esagerato per la scelta dei direttori generali. Questo si ripercuote anche sulla nomina dei direttori di dipartimento, assunti sì per concorso, ma è ancora troppo spesso noto in anticipo chi sarà il nuovo primario di un reparto.

L'altra questione riguarda le aziende sanitarie le quali, a differenza di una qualsiasi altra azienda privata, non hanno l'obbligo di presentare un bilancio controllato da un ente terzo, come invece avviene per un'azienda quotata in borsa o una Srl, che comunque deve presentare dei bilanci certificati. Questo è previsto dalla legge, ma le aziende non lo fanno. Vorrei sapere da voi perché questo non avviene. Questo è un sistema di controllo che, tra l'altro, in Italia non esiste in quanto non c'è un ente terzo, anche fosse la Corte dei conti, che verifica questi bilanci: vorrei sapere se secondo voi questo è uno stimolo ulteriore affinché i dirigenti possano tenere in ordine i conti delle loro aziende.

Da ultimo vorrei affrontare la questione dei direttori di dipartimento, che si trovano a gestire una mole di denaro e di strutture importanti, i quali sono nominati generalmente tra i medici che afferiscono al dipartimento chirurgico o medico che non hanno una formazione su bilanci e *management*. Anche i direttori generali delle aziende, che pure sono obbligati ad avere dei titoli, non è detto che siano pienamente capaci di gestire un'azienda sanitaria, magari molto grossa. Non sarebbe, pertanto, necessaria una scuola ov-

vero un obbligo di una formazione aggiuntiva per queste figure?

ROBERTO CAPELLI. Prenderò un po' più di tempo, rispetto alle audizioni precedenti, per porre in evidenza alcune questioni ai rappresentanti della FIASO.

Si è ripetuto molto spesso che stiamo cercando di risparmiare sulla sanità e che è in corso una riduzione degli stanziamenti e una diminuzione dei costi. Mi permetto di fare una brevissima analisi di questo mondo della sanità, che è il mondo delle « mille caste ».

Ogni livello di gestione della sanità è un pianeta a sé stante fino a sentire, come poc'anzi ci è stato riferito, che sarebbe necessario avere una maggiore autonomia rispetto al livello di controllo superiore, in modo da arrivare fino alle micro autonomie delle aziende sanitarie rispetto alla regione e delle regioni rispetto al sistema di controllo nazionale, logica dalla quale rifuggo, per intenderci, nel senso che auspico, invece, una gestione maggiormente omogenea del sistema sanitario nazionale. Dico questo perché a mio avviso, il costo della sanità non si potrà abbassare, ma si potranno sicuramente razionalizzare i costi. Quante sono, ad esempio, le ASL in Italia e le aziende ospedaliere e qual è il rapporto tra territori e aziende ospedaliere in termini di densità di abitanti? Credo che avremo dei numeri molto interessanti da rivisitare. Tra l'altro, tra queste diverse centinaia di ASL, ci sono diverse centinaia di sistemi operativi — parlo di *software*, per esempio — che gran parte delle volte non dialogano tra loro neanche all'interno della stessa regione. Quindi abbiamo un centinaio di piccole aziende, che di aziendale hanno ben poco, che governano il sistema sanitario. La nostra, dunque, è una filiera di gestione di micro autonomie, che provano un certo fastidio nel rispondere ai livelli superiori.

Quali sono le proposte di razionalizzazione del sistema? Il decreto-legge cosiddetto Balduzzi interviene sì nello stabilire criteri, principi e regole per la nomina dei direttori generali, che ricordo poi essere legati da contratto privatistico; chi regola,

però, secondo i piani aziendali, l'istituzione delle strutture complesse? Molto spesso, in Italia ci troviamo e ci siamo trovati di fronte a situazioni di strutture complesse di alta specializzazione per l'intervento sull'alluce valgo del piede destro e, dirimpetto, il titolare della struttura complessa per la cura dell'alluce valgo del piede sinistro.

Credo che grandi responsabilità debbano essere proporzionalmente assegnate a tutti in una proposta di razionalizzazione, che non necessariamente deve coincidere con una richiesta di maggiore autonomia. Ma semplicemente essere l'anello di una catena organizzativa nazionale che deve portarci a una razionalizzazione di spesa, non necessariamente a una diminuzione di spesa, ma a un miglior utilizzo delle risorse, finalizzato alla richiesta di sanità che aumenta. Con gli stessi fondi, a mio avviso, si può garantire una maggiore e migliore risposta di sanità, fino a esaminare i costi *standard*, le centrali di acquisto, o una gestione del personale unificata. Da queste questioni molto spesso le aziende sanitarie e ospedaliere rifuggono, sempre nell'ottica di una maggiore autonomia.

DONATA LENZI. Provo a formulare una domanda *flash*. Il proliferare dei diversi sistemi regionali è stato il filo conduttore degli interventi dei colleghi e anche di molti dei nostri ospiti, assieme alle conseguenze negative che questo comporta. Nessuno di noi, però, banalmente ma utilmente, ha chiesto se FIASO ha paragonato i modelli organizzativi dei vari sistemi regionali in modo da vedere cosa funziona e cosa no, prima di avventurarsi su quelli che altrimenti sono orientamenti personali non motivati.

Ci sono state diverse regioni che hanno accorpato le ASL. Io sono stata assessore alla sanità e ne ho accorpate 3, ho anche chiuso 9 ospedali e non è morto nessuno, anzi si può andare in Parlamento lo stesso, dipende sempre da come si fanno le cose.

Questo comporta risparmi? Fino a un certo punto, perché dipende dalla congruità della dimensione che si viene a

dare, ma questo è l'esito di scelte prese 15 anni fa. Bisognerebbe paragonare i sistemi, indagare cosa è accaduto nelle regioni in cui certe scelte sono state prese: FIASO ha mai condotto un'indagine sui modelli organizzativi delle grandi scelte che si citavano?

Inoltre, in tema di bilanci, a me sembra che rimanga una vecchissima questione di fondo che il diritto amministrativo non ha mai voluto risolvere in modo definitivo: la questione è se siamo di fronte ad aziende che si muovono all'interno di una normativa a prevalenza civilistica, per cui il bilancio ha una certa tipologia — tra l'altro modificata anche recentemente — e quindi sono importanti i temi della certificazione, il ruolo dei revisori e così via, o se è solo una mia impressione che secondo la Corte dei conti questi sono bilanci completamente paragonabili, ad esempio, a quelli di un comune, quindi di impianto pubblico, che è un bilancio completamente diverso, che richiede requisiti legislativi molto puntuali, ma assolutamente orientato in una maniera, anche tecnicamente, completamente diversa. In fondo non rimane questo nodo? Se, infatti, sono riconosciute come aziende, l'autonomia è in sé; se, invece, si pensa che siano un pezzo dall'apparato amministrativo pubblico, allora l'autonomia è molto più limitata.

LELLO DI GIOIA. Tutti coloro che abbiamo audito fino adesso ci hanno parlato, in buona sostanza, della necessità, avendo diminuito il fondo nazionale, di aumentarlo. Credo che sia necessario, invece, razionalizzarlo, perché appunto vi sono moltissimi sprechi.

Sono d'accordo col fatto che si sottolinei l'opportunità di una maggiore equità nella ripartizione del fondo nazionale per le regioni. Mi pare, infatti, che la divisione avvenga in maniera e con sistemi diversi.

Inoltre, ci avete detto che è necessaria una maggiore autonomia da parte dei direttori generali. Sono profondamente convinto che vi sia un'incidenza forte della struttura regionale, sia essa politica in quanto tale, ma anche da un punto di vista burocratico. Mi chiedo se la legge Balduzzi

sia sufficiente o, per esempio, non sia necessario nominare un'autorità indipendente per fare in modo che la gestione dei concorsi per la nomina dei direttori generali sia totalmente estranea alle dipendenze «politiche» per la nomina degli stessi.

Ancora, vi è la necessità di migliorare la capacità professionale dei *manager* delle aziende sanitarie, ma a mio avviso in modo permanente. Esiste, da questo punto di vista, secondo il mio modesto parere, una disfunzione in virtù di quelli che possono essere i sistemi sanitari regionali, in cui le ASL, per esempio, non dovrebbero avere presidi ospedalieri, ma svolgere semplicemente ed esclusivamente attività di territorio. E in quest'attività di territorio, mi chiedo se sia necessario modificare la norma che riguarda l'influenza del comitato di programmazione dei sindaci per quanto riguarda le ASL e se sia necessario che questo comitato abbia più potere di programmazione, e quindi svincoli il rapporto tra struttura della ASL con la programmazione regionale in quanto tale. E quindi questo diventa un sistema forte per determinare una condizione di programmazione territoriale che incida sui costi, e che quindi dia più respiro alla medicina territoriale, eliminando, appunto, un dato che tutti quanti ormai abbiamo sotto gli occhi e che riguarda il costo dell'ospitalità.

Infine, a voi pare che non vi siano delle disfunzioni di carattere organizzativo e anche gerarchiche in quelle aziende in cui vi è la commistione tra università e ospedalieri?

Credo che questo sia un problema importante da affrontare perché va nella direzione di determinare le disfunzioni che esistono all'interno delle aziende ospedaliere. Dovremmo rivedere un quadro generale complessivo del sistema sanitario nazionale perché, nel momento in cui abbiamo la capacità di riorganizzare il sistema, vi è anche la possibilità di determinare i costi e, sostanzialmente, di fare in modo che questi rispondano a rendere più efficiente la tutela della salute, ciò che i cittadini oggi si aspettano sempre di più.

ROCCO PALESE. Conosciamo i temi di tutte le relazioni svolte nella seduta precedente, così come in questa. A mio avviso, se immaginiamo di risolvere il problema della meritocrazia all'interno della sanità con le nuove modifiche apportate dal cosiddetto decreto-legge Balduzzi siamo proprio fuori strada. Non so se questo riguardi tutte le regioni, ma è comunque meglio di niente. Non si riesce a capire, però, perché, sia per la nomina dei direttori generali amministrativi e sanitari, sia per quelli di struttura complessa, non si debba bandire un concorso gestito da un'autorità esterna o da una commissione costituita secondo determinati criteri. Non è cambiato nulla. Sono aumentati solo i costi. Serve solo per prenderci in giro, cosa che non è più sostenibile. Vorrei sapere se loro hanno la stessa visione rispetto a quello che gestiscono direttamente.

Sono preoccupato, inoltre, per la situazione degli investimenti. La FIASO, a livello nazionale, sostiene che non ci sono più risorse per investimenti: vorrei sapere se si tratta solo dell'edilizia sanitaria, delle ristrutturazioni e così via o, in maniera ancora più grave, se non c'è più la possibilità di previsione di investimenti per le attrezzature diagnostiche e le professionalità che riguardano la medicina predittiva, la genetica molecolare, la medicina personalizzata e via discorrendo. Grazie.

ANNA MARGHERITA MIOTTO. Sembra importante il dato che è stato portato sull'inefficacia della norma della *spending review*, che ha diminuito per legge tutti i contratti. In realtà, non ha portato nessuna efficacia neanche sul piano finanziario, quindi sarà bene ritornare a valutare l'idea di una differenziazione, come avevamo chiesto, nell'adeguamento dei contratti ai prezzi di riferimento. Su questo, vorrei un parere del dottor Alberti.

In secondo luogo, una domanda sul tema delle dimensioni, che è stato più volte affrontato anche stamani: a lei, e quindi alla FIASO, risulta che esistano regioni in Italia che, a parità di popolazione, hanno un minor numero di aziende sanitarie — io le conosco, vengo da una di

queste — o che a parità di popolazione, con lo stesso numero di aziende sanitarie, una regione chiuda in pareggio e l'altra sia in regime di piano di rientro da almeno tre anni? Temo che il problema non riguardi il numero delle aziende. Una valutazione mi sembra utile. Avanzo, piuttosto, un'ipotesi sulla quale vorrei un piccolo confronto. Penso che la separazione del regolatore dal produttore sia stata, in verità, fonte di grandi disastri nel sistema sanitario. Le aziende più efficaci, che producono salute e creano integrazione e continuità di cura sono quelle con minori rotture tra regolatore e produttore, cioè le aziende in cui c'è un numero inferiore di produttori di prestazioni pagati sui DRG, con una conseguente gestione diretta degli ospedali. Queste sono le aziende più efficaci, quelle che io conosco. Sarebbe interessante metterle a confronto a livello nazionale.

PRESIDENTE. Mi sembra che le domande poste siano state ad ampio spettro. Confidiamo nella capacità di sintesi che solo un vero *manager* possiede e diamo la parola al dottor Alberti per la replica.

VALERIO FABIO ALBERTI, *Presidente della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO)*. I punti toccati, in effetti, sono davvero tantissimi. Vorrei, anzitutto, rispondere in merito all'autonomia: non si è trattato della prima domanda, ma è quella che mi preme di più. Se ho dato, infatti, l'idea che il direttore generale, chiedendo maggiore autonomia, chieda di essere meno controllato, mi sono espresso davvero male. Noi vogliamo essere controllati di più. Vogliamo essere selezionati meglio ed essere valutati di più. Quando parlo di maggiore autonomia, intendo che è la valutazione sul risultato che ci interessa. Vogliamo essere giudicati ferocemente sul risultato. Se saremo stati capaci di governare i costi e di migliorare la qualità dell'assistenza, saremo stati bravi. Mi riferivo a una maggiore autonomia manageriale di combinazione di fattori produttivi.

È emerso più volte, inoltre, il tema della selezione dei direttori generali. La

legge « Balduzzi » ha comunque introdotto una modalità che prevede questa commissione, per cui aiuta a individuare una selezione. È anche vero che poi una regione oggi può o meno applicare quanto previsto dalla predetta legge con il necessario rigore. Come evidenziavo, la meritocrazia, che non è un problema solo della sanità, ma anche un po' della cultura generale del Paese, non ci appartiene tantissimo. Chiediamo comunque selezione, esperienza, competenza, attitudini e *curriculum*. Questo è il prototipo della valutazione che serve per individuare un buon *manager*. Per questo, non a caso ho precisato che deve essere applicata rigorosamente, davvero. Saremmo anche per stringere maggiormente il vincolo per quanto riguarda la selezione del *manager*, dopodiché in ordine alla scelta c'è differenza tra discrezionalità e arbitrio. Se esiste una base di contenuto importante, può esserci una discrezionalità, ma questa deve poggiare su robuste basi di competenza.

Quello della comparabilità dei bilanci è un problema chiave. È vero che le aziende stentano, ma l'obiettivo è importante perché si fa fatica oggi a confrontare *performance* diverse. È una strada importante, un'opportunità importante. Come FIASO, certamente, da questo punto di vista spingiamo, per quello che possiamo fare come federazione, perché questo sia fatto all'interno delle aziende che fanno, ripeto, molta fatica in questo senso. Nel 2000 le aziende erano più di 600; oggi abbiamo 145 aziende sanitarie e 81 aziende ospedaliere. Sono state ridotte molto.

Quanto al discorso delle relazioni tra numero delle aziende ed equilibrio di bilancio e piani di rientro, una dimensione più grande delle aziende sanitarie può favorire delle economie di scala, però può anche creare difficoltà al governo delle aziende stesse. Come FIASO, allora, abbiamo concentrato l'attenzione su quelle che abbiamo definito razionalità tecnico-operative, razionalità gestionale e razionalità istituzionale, individuando nella provincia la dimensione ideale.

Non è la dimensione a fare la differenza. Dire che si fa economia di scala

colpendo le aziende è un'equazione che così non funziona, perché rischia di ingessare un sistema. In altri casi, però, può rappresentare un'opportunità. Dipende dal contesto in cui si opera, dalla capacità manageriale. Per un'azienda grande serve una decisionalità periferica sviluppata, per esempio dei distretti a fortissima capacità; in assenza, però, di risorse manageriali all'interno di un'azienda, non è possibile una gestionalità a livello capillare. Anche in questo caso, dunque, bisogna entrare nel merito.

I modelli sono come il pendolo: si accentra, si decentra, si riaccentra. Ne abbiamo viste tante negli anni. Il problema è sempre quello di entrare nel merito delle questioni. Non esiste una ricetta unica. Certo, dimensioni troppo grandi non permettono la governabilità, ma dimensioni troppo piccole sono disfunzionali. In uno specifico contesto, che vuol dire considerare l'identità e lo sviluppo di quei territori, la cultura organizzativa, serve la capacità di leggere quel territorio e trovare le soluzioni più idonee, che non sempre corrispondono all'assetto politico ed istituzionale, ad esempio, della provincia. Talvolta, sono anche diversi, ma questo discorso porta lontano.

Quanto ai diversi sistemi regionali e modelli, ogni regione ha sviluppato il suo, che da un certo punto di vista può essere una ricchezza, in quanto consente un confronto, verificando davvero quali sono le cose che hanno fatto la differenza e quando l'hanno fatta. Noi riteniamo, invece, che oggi, specialmente nelle regioni in piano di rientro, l'attenzione sia stata fortissima sui costi e poco sui livelli essenziali di assistenza. Come, però, ho ripetuto dall'inizio, la dimensione è di sostenibilità economica e sociale e i due aspetti non possono essere separati.

Sono d'accordo sul fatto che i direttori di dipartimento debbano avere una maggiore formazione gestionale, ma non devono svolgere il lavoro amministrativo, quanto piuttosto capire che le loro decisioni impegnano risorse, e quindi avere

una coscienza, una sensibilità da questo punto di vista. A ognuno poi il suo mestiere.

Quanto al blocco delle attrezzature, purtroppo, non esiste solo il problema degli investimenti nelle dotazioni strutturali del servizio sanitario, ma anche delle tecnologie, quindi intese come attrezzature. Sappiamo che c'è un rapporto tra il valore della dotazione di tecnologia e l'entità della spesa per fare una manutenzione già solo dell'esistente, si immagini con l'innovazione. Oggi le regioni incontrano gravi difficoltà per la manutenzione di questo patrimonio. Si tratta davvero di un tema appena sotto la superficie ma, come si suol dire, va preso il toro per le corna.

Per quanto riguarda il rapporto tra azienda ospedaliera e università, certo, abbiamo il modello dell'azienda integrata, che dal nostro punto di vista non ha garantito quanto prometteva, ossia l'aziendalizzazione anche delle aziende miste, quindi una maggiore aziendalizzazione anche dell'università. Andrebbe, dal nostro punto di vista, rivisto il modello del rapporto tra servizio sanitario regionale e università. A mio parere, si profila anche il tema relativo al sottoutilizzo dell'università, nel senso che sottoutilizziamo ricerca e reti formative, anche perché forse chiediamo poco come committenza. Quando parlo di committenza penso alla Conferenza Stato-regioni e alle regioni stesse. Il rapporto va rivisto riposizionandolo e valorizzandolo: sarebbe un vantaggio per il servizio sanitario regionale e credo anche per l'università, che alcune volte mostra incertezze nei suoi percorsi. Potrebbe essere utile portarla maggiormente su programmazioni regionali rispetto a quanto è stato fatto fino ad oggi.

Vengo alla conferenza dei sindaci. Oggi, senza l'integrazione socio-sanitaria, abbiamo un aumento di prevalenza di patologia cronica. Oggi abbiamo due grandissime sfide: la tecnologia ad alto costo, che bisogna rendere comunque accessibile a tutti i cittadini — i farmaci oncologici e reumatologici costano — e tanti pazienti cronici pluripatologici all'interno delle co-

munità da prendere in carico. Senza l'integrazione socio-sanitaria non ci si riuscirà mai, non solo in rapporto con le istituzioni comuni, ma anche con le risorse non istituzionali, come terzo settore e associazionismo, in una logica di *welfare* di comunità. Questo non è possibile senza un forte rapporto con la conferenza dei sindaci, rapporto preziosissimo, che corrisponde a una delle evoluzioni dell'aziendalizzazione. L'aziendalizzazione a nostro avviso non va buttata via, ma va migliorata nel rapporto con i professionisti e con le comunità, intese anche dal punto di vista istituzionale. Questi sono due elementi di grandissima evoluzione del servizio sanitario che ci servirebbero molto e sui quali bisognerebbe puntare.

NICOLA PINELLI, *Direttore della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO)*. Vorrei rispondere all'onorevole Cecconi sul tema del bilancio. Il bilancio rappresenta uno di quegli elementi nei cui confronti si è andati un po' in contrasto, procedendo con alcune logiche divergenti. Rispetto alla regionalizzazione, nel momento in cui sono stati istituiti i sistemi contabili nelle aziende sanitarie, non si è deciso di definire un unico modello, ma si è lasciata la libertà alle regioni di definire i propri piani dei conti. Chiaramente, questo è un processo sul quale *ex post* si è dovuto intervenire attraverso un percorso di certificabilità dei bilanci, che siamo ottimisti che avvenga nel modo migliore possibile. Certamente, però, ha rappresentato un problema proprio strutturale, anche banale per certi aspetti, ma comunque problematico.

Allo stesso modo, un altro aspetto problematico è costituito dall'esistenza di una logica finanziaria che vale per Stato e regioni e una, invece, economico-patrimoniale, che vale per le aziende sanitarie. Sono due modi anche di lettura diversi, sempre a prescindere dal fatto che la certificazione non è la panacea di tutti i mali, ma comunque rappresenta un punto importante.

PRESIDENTE. A questo punto, dobbiamo proseguire con le ultime due audi-

zioni. Probabilmente, anche il dottor Alberti e il dottor Pinelli ci metteranno a disposizione qualche contributo scritto. Immagino che vi sia la disponibilità da parte loro a eventuali ulteriori incontri e integrazioni.

Li saluto e li ringrazio, in ogni caso, a nome mio, del presidente Boccia e di tutti i commissari per la disponibilità offerta nella seduta odierna.

Audizione dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ora l'audizione dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP).

Do il benvenuto, a nome mio di tutti i commissari e del presidente della V Commissione, on. Boccia, al professor Gabriele Pelissero, presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata, AIOP, e al dottor Filippo Leonardi, direttore generale.

I nostri ospiti conoscono bene la nostra esigenza di sintesi legata ai tempi ancora a disposizione. Sicuro del fatto che ci aiuteranno in questo senso, do la parola agli auditi per lo svolgimento delle loro relazioni.

GABRIELE PELISSERO, Presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). Per cercare di essere estremamente sintetici, abbiamo fornito un contributo scritto, che immagino sia a disposizione di tutti i membri delle Commissioni.

Ci siamo anche permessi di fare avere un po' di materiale in più — non so se sia pervenuto a tutti — rappresentato dallo studio che abbiamo pubblicato recentemente con l'istituto Bruno Leoni. Si tratta di una ricerca non realizzata da AIOP, ma alla quale ho partecipato in qualità di modesto studioso della materia, sulla spesa sanitaria italiana, dove troverete moltissimi dati. Vi ho portato anche l'ultimo nostro volume, « Ospedali e salute », n. 10, relativo al 2012, che contiene moltissimi dati, mi permetto di segnalare soprattutto l'introduzione, che ho scritto

in modo forse un po' declamatorio, ma che contiene una serie di dati importanti.

Anzitutto, abbiamo voluto riportare un dato notissimo, ossia il confronto con la spesa sanitaria pubblica dei 15 Paesi dell'Unione europea sottolineando soprattutto il confronto tra l'Italia, la Francia e la Germania, che sicuramente oggi sono i Paesi di raffronto più diretto e immediato. La differenza di spesa, 1,5 punti di PIL, è talmente evidente, che ci ha indotto a osservare come il nostro Paese non stia provvedendo a un investimento sufficiente nello sviluppo del proprio sistema sanitario. Vorrei far notare che questo aspetto del problema porrà gravissime difficoltà competitive nei confronti degli altri principali Paesi europei se non sarà, in qualche modo, corretto, soprattutto in relazione all'attuazione delle direttive comunitarie, di cui la prima, sulla mobilità transfrontaliera, è già passata ed è quindi in vigore.

Abbiamo davanti il futuro di un'Europa che sarà aperta per quanto riguarda le frontiere sanitarie. La capacità di mantenere i propri cittadini e i propri pazienti all'interno dei sistemi dei singoli Paesi dipenderà dalla capacità di investimento e dalla quota di modernizzazione e qualità che sarà stato possibile porre all'interno dei sistemi sanitari, che rappresentano uno dei volani di sviluppo tecnologico più importanti in tutto il mondo.

Il *gap* che continua a separarci in modo così forte dagli altri Paesi europei costituisce, a nostro giudizio, un gravissimo *handicap* per il nostro Paese e una limitazione alla sua capacità di confrontarsi con gli altri Paesi, nonché un elemento di sottosviluppo anche per quanto riguarda la ricerca scientifica nel campo biomedico, lo sviluppo tecnologico e le occasioni di lavoro per i giovani.

Purtroppo, come abbiamo indicato più volte, le manovre cumulative per gli anni 2012, 2013 e 2014, che abbiamo riassunto, ma che naturalmente tutti i parlamentari conoscono perfettamente, negli ultimi 3 anni hanno portato a questa situazione — vedremo cosa accadrà per il 2014 — di un taglio complessivo di 14 miliardi e 250

milioni di euro. A fronte di questo, voglio solamente ricordare quanto è successo in Francia con la manovra realizzata da Hollande del 2013. Teniamo presente che la spesa pubblica francese vale 186 miliardi di euro, a fronte della spesa pubblica italiana, sempre 2011, che ne vale 116. Hollande ha generato un putiferio in Francia con un taglio di 2 miliardi all'anno; noi abbiamo un taglio triennale che si aggira intorno ai 4,5 miliardi. Su questo, le considerazioni si fanno da sole.

In quanto presidente dell'ospitalità privata italiana, ho voluto anche in tabella 3 riportare un piccolo promemoria rispetto al dimensionamento della rete ospedaliera che ho qui l'onore di rappresentare, estraendo dalla relazione generale, sulla situazione economica del Paese del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze del 2012, le 4 tabelline che ci consentono di posizionare esattamente i volumi di attività e i costi che noi rappresentiamo. Mi limito a far osservare come la quota di aziende ospedaliere di diritto privato complessivamente considerata nel sistema sanitario pubblico italiano ha erogato, nel 2010, il 24,4 per cento di tutte le prestazioni di ricovero e, nell'anno 2011 — qui abbiamo un dato un po' più aggiornato, ma certamente comparabile — è costata il 14,4 per cento della spesa ospedaliera.

Credo che questo dato dovrebbe far riflettere e, certamente, una riflessione di questo tipo è stata alla base di una serie di riforme sanitarie introdotte negli ultimi 7-8 anni in molti altri Paesi europei. Cito soltanto la Germania perché rappresenta un evento estremamente interessante ed emblematico. Il Governo federale, in stretto coordinamento con i *Länder*, ha avviato negli ultimi 6 anni una forte campagna di trasferimento del compito gestionale della rete ospedaliera dal gestore di diritto pubblico a quello di diritto privato.

Siamo piuttosto preoccupati per l'andamento della spesa sanitaria pubblica nel nostro Paese e abbiamo anche le prime segnalazioni di effetti negativi delle manovre economiche che cominciano a ripercuotersi sulla capacità di offrire ade-

quate risposte alla domanda di prestazioni sanitarie. Entro la fine di questo anno, ad esempio, completeremo il primo studio sull'evoluzione delle liste d'attesa nelle regioni italiane nel periodo 2012-2013 e, ovviamente, lo metteremo a disposizione di chiunque sia interessato.

Sulla base di queste e di moltissime altre considerazioni possibili — se ci saranno delle domande, sarò ben lieto, per quanto mi è possibile, di rispondere — abbiamo identificato delle possibili proposte per affrontare strutturalmente il problema, partendo dalla considerazione che quelli operati sulla sanità negli ultimi due anni e mezzo sono sostanzialmente interventi che agiscono sulla leva strettamente finanziaria, delle operazioni di cassa. A questo proposito, la nostra critica di fondo è che gli interventi di cassa sul sistema sanitario si traducano esclusivamente in una riduzione delle prestazioni. L'ipotesi di partenza, che nasce da una lettura a nostro giudizio superficiale ed errata della stessa relazione Giarda, secondo cui la riduzione dei trasferimenti di cassa comporta degli automatismi che generano aumenti di livelli di efficienza, è una cosa che assolutamente non esiste e, se non fosse un problema così serio per il Paese, genererebbe ilarità.

Sappiamo benissimo che, per incrementare i livelli di efficienza, prima di tutto è necessario investire e non, certamente, sottrarre risorse. Questo è un vicolo cieco dal quale non si esce. Sicuramente, è possibile tagliare, come è stato fatto, i fondi della sanità, ma il solo effetto è di aumentare l'inefficienza marginale e ridurre la quota di prestazioni erogate. La nostra sensazione è che stia avvenendo questo.

Riteniamo che sia necessario e indispensabile affrontare il nodo della sanità italiana, da un lato cessando col disinvestimento, che ci allontanerà in modo molto preoccupante dal resto dei Paesi europei sviluppati; in secondo luogo, riuscendo a guadagnare margini di efficienza rispetto a sprechi, che pure esistono, per consentire l'investimento per la qualificazione del sistema.

Inoltre, sono indispensabili alcuni interventi strutturali che, in estrema sintesi, abbiamo così indicato: è necessario innanzitutto il ripristino di un modello di pagamento fondato su criteri di razionalità. La riforma Amato del 1992-93 aveva varato, prima in Europa, un percorso di pagamento a prestazione estremamente razionale, che è cessato alla fine degli anni Novanta e a questo noi imputiamo una delle cause principali del dissesto e della disfunzionalità del sistema in moltissime regioni.

Non esiste, di conseguenza, una valorizzazione concreta e attuale dei livelli di qualità. Oggi, l'unico strumento reale effettivamente operante e che premia la qualità dei sistemi regionali è rappresentato dall'istituto della mobilità sanitaria. È l'unico strumento con cui, infatti, i cittadini possono, in concreto e non a parole, esprimere il loro apprezzamento o non apprezzamento per il modo in cui un sistema sanitario regionale è costruito. E non è casuale che la Commissione europea immagini che una mobilità interregionale fisiologica sia al 2 per cento e quella italiana da 12 anni superi l'8. Questo dovrebbe farci riflettere e, naturalmente, non nel senso di bloccarla con degli strumenti legislativi e normativi che limitano anche quest'ultimo residuo diritto dei cittadini, ma in quello di far funzionare i sistemi e renderli capaci di convincere i cittadini a utilizzarli.

Poi abbiamo due grandissimi problemi, che credo siano stati portati in discussione più volte. Il primo è rappresentato da un meccanismo gestionale fortemente anomalo per la componente di diritto pubblico: a partire dai bilanci, abbiamo questo straordinario paradosso per cui le aziende ospedaliere di diritto privato rendono pubblici i loro bilanci e le aziende ospedaliere di diritto pubblico tengono riservati i loro, circostanza che si commenta da sé.

Credo, oltretutto, che questo tema sia ritornato nella discussione. Basterebbero due norme a costo zero che, a nostro giudizio, potrebbero essere immediatamente applicate: bilancio civilistico, e non il caos nel quale ci troviamo oggi, e

immediata pubblicizzazione dei bilanci di tutte le ASL e le aziende ospedaliere pubbliche. Basta metterli in *Internet* e cominceremmo a lavorarci tutti.

Ultimo punto: la gravissima mancanza della cultura dei controlli in questo Paese, dove il sistema sanitario è nato secondo il principio del controllore che controlla se stesso. Oggi, le uniche aziende ospedaliere veramente controllate sono quelle di diritto privato, che sono controllate da soggetti che non dipendono dalla loro amministrazione. Le aziende di diritto pubblico si autocontrollano attraverso giri complessi e questo è molto grave perché toglie uno stimolo importante per il *management* delle aziende pubbliche. Non valorizzandole adeguatamente, si introduce opacità e alla fine tutto questo genera mancanza di tutela del cittadino e un sistema che non stimola il miglioramento della qualità.

Bisogna inventare un soggetto autenticamente terzo che controlli tutta la rete sanitaria con assoluta trasparenza e pubblicità, usando ancora una volta i meccanismi di comunicazione diffusissimi, e che metta immediatamente su *Internet* i risultati dei propri controlli. Probabilmente, anche da questa riforma molto poco costosa ricaveremmo un grande vantaggio nella qualità complessiva del nostro sistema sanitario.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere un chiarimento sulla tabella relativa alla spesa sanitaria. Sappiamo che il definanziamento del fondo sanitario nazionale dovrebbe essere, per il 2012, intorno ai 900 milioni di euro e, per il 2013, una cifra inferiore. Compagno, invece, per il 2013 cifre dell'ordine di 2.500 e 1.800 milioni di euro, che apparirebbero diverse e che sarebbero addirittura più significative per il 2014. Magari si tratta semplicemente di un'interpretazione dei numeri, che in seguito fornirà con maggiore chiarezza.

GABRIELE PELISSERO, *Presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP).* Ci siamo limitati a riportare, banalmente, le cifre appostate nella legge n. 111 del 2011, di conversione del decre-

to-legge n. 98 del 2011, e nella legge n. 135 del 2012, di conversione del decreto-legge n. 95 del 2012, un'operazione fotocopia. In effetti, abbiamo avuto la sensazione che su questi numeri l'anno scorso ci fosse un po' di « balletto ». Non vorrei citare Andreotti sul pensar male e mi fermo assolutamente, ma certamente la Camera è in grado di verificare se ci siamo sbagliati, nel qual caso correggeremo.

PRESIDENTE. Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

GIOVANNI MONCHIERO. Non rivolgerò la mia prima domanda al nostro interlocutore, ma al presidente. In quest'intervento e forse anche in uno dei precedenti, si è avanzata la tesi che negli ultimi tempi sia diminuito l'insieme delle prestazioni che abbiamo reso all'utenza. Questo è un dato politicamente non irrilevante rispetto a tutti i ragionamenti che si vorranno svolgere.

Poiché credo che l'ente che meglio disponga di dati in termini reali e che sia in grado di rappresentarci immediatamente sia Age.Na.S., chiederai che fosse audita e che ci portasse i dati dell'andamento della sanità non relativi al 2009, ma quelli relativi agli ultimi mesi del 2012.

Un altro elemento molto preoccupante, sottolineato anche nell'intervento del dottor Pelissero, è quello relativo alla competitività internazionale. Temo che quest'elemento potrebbe segnare la fine della sanità pubblica, e l'avvento della sanità privata, che postuliamo essere più rapida nell'adeguarsi alle modifiche di contesto di quanto non sia quella pubblica — ho una storia di dirigente pubblico, quindi sono affezionatissimo alla sanità pubblica, ma riconosco che il privato sia un po' più rapido nel cambiare le proprie strategie. Chiedo, pertanto, se le difficoltà attuali, in cui, leggendo i giornali, sembra versi anche essa, non possano essere una spinta per indurla a coprire intanto la prima trincea della nostra difformità rispetto agli altri Paesi europei. Se la mobilità, che non

potremo certamente frenare per legge, come ha invano tentato di fare la Campania, diventerà internazionale, dobbiamo assolutamente e in tempi brevissimi migliorare la qualità della nostra offerta ospedaliera.

Non dimentichiamo mai, infatti, che pur essendo tutti convinti che la sanità non debba essere ospedalocentrica, il 99 per cento delle osservazioni fatte questa mattina si riferiscono alla sanità ospedaliera.

PRESIDENTE. Do la parola al dottor Pelissero per la replica.

GABRIELE PELISSERO, Presidente dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP). La mia sarà una considerazione brevissima. Certamente, l'onorevole Monchiero ha segnalato un problema veramente molto grave. Se non investiremo nel rinnovamento tecnologico della sanità, perderemo la sfida con gli altri Paesi in Europa.

Questo non è semplicemente uno slogan, ma significa che in pochi anni rischiamo di trovarci nella situazione in cui eravamo 25-30 anni fa, per cui alcuni interventi chirurgici si potevano effettuare soltanto a Lione o a Parigi, altri in Germania, con un flusso verso Londra e si facevano collette per mandare le persone a Houston. Ricordiamoci che questo è il passato della sanità di questo Paese. Siamo riusciti a rimontare rispetto a questo. Oggi, non esistono ragioni vere per emigrare, dal punto di vista sanitario, dall'Italia. Esiste una mobilità interregionale, ma all'interno del nostro Paese è possibile garantire una risposta molto buona anche se stiamo generando una piccola attrattività internazionale in alcune regioni italiane.

Certamente, tuttavia, la caduta della spesa — questa è tutta spesa pubblica, ovviamente, perché tutti viviamo dentro un servizio sanitario nazionale — non può far altro che tagliare l'investimento nell'evoluzione tecnologica, mentre la medicina cresce in tutti i Paesi sviluppati del mondo realizzando centri di eccellenza e punte tecnologiche.

Inoltre, questa capacità di rispondere ai bisogni si allarga. Mi limito a citare il caso della storia della TAC, lo strumento diagnostico indispensabile che oggi diamo tutti per scontato: è partita 30 anni fa in pochissimi grandi centri ospedalieri, che erano in grado di acquistare un'apparecchiatura allora costosissima e di sviluppare una competenza medica per usarla, poi lentamente sono diminuiti i costi ed è cresciuta la professionalità e la TAC si è diffusa. Oggi, siamo in controtendenza rispetto a questo e il fenomeno ci preoccupa moltissimo.

Cosa può fare il sistema privato? Il sistema privato italiano lavora al 95 per cento nell'ambito dell'erogazione di servizi pubblici e produce il 25 per cento delle prestazioni, per cui è completamente agganciato alle dinamiche di spesa e di investimento del servizio sanitario nazionale. Ha una maggiore efficienza, ovviamente, perché costa solo il 15 per cento, ma se cala l'investimento pubblico, evidentemente calerà anche la situazione del privato.

Faccio un esempio: un ospedale di assoluta eccellenza internazionale come l'ospedale San Raffaele di Milano, nel salvataggio del quale sono personalmente impegnato — da un anno ne sono il vicepresidente — da un anno riceve 30 milioni di euro in meno. Confrontando il bilancio di quest'anno con quello del precedente, si rileva che il volume di prestazioni è aumentato, la richiesta di investimento interno c'è, ma la quantità di denaro concretamente arrivata è di 30 milioni in meno. Esistono tanti casi simili. Se andremo avanti in questo modo, temo che tra 2 o 3 anni ci troveremo tutti qui a piangere. Speriamo possa esserci almeno lo stop a questo disinvestimento, ma sicuramente questo Paese non riuscirà a camminare al passo degli altri grandi Paesi europei se non sarà capace di investire un po' di più nella sanità. Non c'è il minimo dubbio.

PRESIDENTE. Ringrazio, a nome mio, del presidente Boccia e di tutti i commissari, il professor Pelissero e il dottor

Leonardi per la loro presenza. Hanno introdotto elementi di riflessione forse aggiuntivi rispetto a quelli che avevamo sino a questo momento sentito. Ritengo che questo sia utile.

Rassicuro il collega Monchiero che, ovviamente, l'audizione di Age.Na.S. è già prevista nell'ambito del programma dell'indagine conoscitiva. Su proposta del presidente Boccia, abbiamo preferito prima sentire gli *stakeholder* territoriali e di categoria e, in seguito, ascolteremo quelli di carattere più strettamente istituzionale, credo, in ogni caso, che si stia andando avanti con un lavoro veramente proficuo.

Vi ringrazio ancora della vostra disponibilità.

Audizione della Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, a questo punto, l'audizione della Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI).

Ringraziamo il dottor Gennaro Rocco, vicepresidente della Federazione nazionale collegi infermieri, IPASVI. Anche il dottor Rocco sa bene che tipo di indagine stiamo conducendo, per cui gli darei direttamente la parola per lo svolgimento della sua relazione non prima di averlo ringraziato per la disponibilità, a nome mio, del Presidente Boccia e di tutti i commissari.

GENNARO ROCCO, *Vicepresidente della Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI)*. Ringrazio, da parte della nostra Federazione nazionale dei collegi infermieri tutti gli onorevoli e i Presidenti che hanno ritenuto utile ascoltarci su un tema così importante e delicato.

Abbiamo letto con molta attenzione il documento che ci è stato trasmesso e lo condividiamo profondamente, sia per le considerazioni di tipo generale sia per l'elencazione dei punti critici e problematici. Speriamo pertanto di offrire un piccolo contributo a quest'indagine con alcune considerazioni che vogliamo condividere con voi.

Innanzitutto, forse può essere utile fornire qualche dato sul nostro gruppo professionale. Siamo in Italia oltre 400 mila infermieri, che operano sia come infermieri generalisti sia come infermieri pediatrici; di questi, 393.221 sono infermieri generalisti e quasi 10.500 infermieri pediatrici.

Abbiamo anche un grosso numero anche di infermieri provenienti dai diversi Paesi del mondo, circa 27 mila, quindi una componente straordinariamente numerosa che presenta tanti elementi di ricchezza, in termini di scambio e di conoscenze tra culture diverse, ma anche tanti elementi di problematicità legati a storie e percorsi formativi a volte non proprio omogenei e non sempre allineati con quelli del nostro Paese in cui, come tutti voi sapete, si registrano ormai livelli molto elevati.

In Italia gli infermieri conseguono una laurea con l'acquisizione di 180 crediti formativi per esercitare e per essere abilitati. Sono però decine di migliaia gli infermieri che ogni anno sostengono anche il percorso di laurea specialistica, ovvero gli ulteriori due anni di corso di laurea dopo la laurea triennale, e altrettanti quelli che frequentano i *master* nelle varie aree disciplinari ricadenti soprattutto nell'area chirurgica medica, nella sanità pubblica, nell'area pediatrica e della salute mentale.

Ovviamente tutto questo bagaglio di competenze è obiettivamente utilizzato solo in parte nel nostro sistema, elemento questo su cui credo bisognerebbe riflettere. Noi abbiamo una potenzialità per offrire prestazioni e per partecipare in maniera attiva alla revisione, anche organizzativa, di modelli purtroppo generalmente considerati in termini non sempre positivi.

Si sente e si legge un po' dappertutto, infatti, che forse sono da rivedere la struttura e i modelli organizzativi dei nostri ospedali e della rete dei servizi territoriali, nonché è diffusa l'esigenza di portare verso il domicilio, e comunque nella prossimità delle persone, l'assistenza e le prestazioni.

Ovviamente gli ospedali, anche dal nostro punto di vista, devono diventare sempre di più luoghi di eccellenza in cui recarsi per una problematica acuta, dove è possibile trovare professionisti, medici, infermieri ed altri operatori sanitari altamente qualificati e specializzati, in grado di fornire una risposta alle esigenze diagnostiche e interventistiche.

Tuttavia una gran parte delle problematiche riguarda soprattutto la gestione della cronicità e delle multipatologie, per le quali è necessaria una gestione sul territorio, presso le strutture che si stanno realizzando in tante parti dell'Italia e, laddove possibile, mantenendo a casa le persone.

In quest'ambito, credo che gli infermieri possano offrire un contributo straordinario in rapporto alla parte prevalente dei bisogni delle persone, poiché conosciamo tutti le tendenze della demografia come anche dell'epidemiologia, con annessi invecchiamento della popolazione e presenza nello stesso soggetto di più malattie.

La stessa efficacia delle terapie porta a vivere a lungo le persone, le quali non hanno più tanto bisogno di diagnosi continue o di *check-up* costanti, quanto di qualcuno che si prenda cura di loro da un punto di vista globale, in relazione ai bisogni sociali, familiari, relazionali, oltre che ai compiti di assistenza diretta. Su questo credo che il contributo prestato dagli infermieri sia fattivo e vada nella logica dei modelli oggi più citati nei vari documenti che studiano quest'argomento.

Gli ospedali stanno vivendo una riorganizzazione interna molto importante ed alcune esperienze sono veramente eccezionali. Gli ospedali che hanno organizzato il loro funzionamento sul sistema che tiene conto più dei bisogni generali della persona che non dei modelli clinici storici, organizzati per intensità di cura o di complessità assistenziale, probabilmente ottimizzano l'uso delle risorse economiche e di quelle professionali. I processi e i percorsi di cura e di assistenza sono infatti orientati, in tal caso, ai reali bisogni della

persona e non soltanto alla malattia o alla patologia prevalente che ha condotto il paziente nella struttura.

Dove tale assetto è stato sperimentato, è stato possibile realizzare, oltre all'ottimizzazione delle cure e dell'assistenza, anche risparmi in termini economici e in questo senso gli infermieri hanno offerto un contributo notevole. Innanzitutto, si sono riorientati come professionisti nella presa in carico della persona e hanno costruito loro stessi dei modelli e dei percorsi di assistenza. In secondo luogo, una tale situazione motiva molto di più e quindi rende molto più operativo e attivo il professionista nel quadro delle attività che svolge.

Noi sosteniamo quindi questo tipo di sviluppo e questo modello e mettiamo a disposizione anche tutte le nostre strutture e le nostre risorse, laddove necessario, al fine di riorientare la formazione degli infermieri che operano in tali ambiti.

Se mi consentite, vorrei inoltre sottolineare un elemento di forte criticità cui avete, in qualche modo, già accennato in termini generali nel documento. Mi riferisco al grande dramma legato al blocco del *turnover* e, comunque, al blocco delle assunzioni del professionista infermiere.

Abbiamo presentato una piccola tabella che suddivide anche per fasce di età i nostri infermieri. Circa 16-17 mila sono ultrasessantenni e, di questi, più della metà sono addirittura ultrasessantaseienni, dunque presto lasceranno il servizio. Se si permarrà nella politica del blocco delle assunzioni, soprattutto nelle regioni sottoposte a piani di rientro, non si avrà pertanto nemmeno la garanzia di assicurare i contratti a chi è assunto con contratto a termine.

Credo sia evidente come questo produca degli effetti devastanti, che a breve termine sembra diano dei risparmi ma a medio e lungo termine non potranno che condizionare in maniera negativa anche i costi. Si finirà con il poter assistere sempre meno le persone che ne hanno necessità. Le circostanze si aggraveranno sempre più con la chiusura o l'accorpamento di tantissime strutture ospedaliere, che

ancora oggi rimangono intasate perché i cittadini non trovano risposte sul territorio.

Tantissimi studi dimostrano addirittura l'aumento del tasso di mortalità a fronte di un rapporto scadente tra infermieri e pazienti. Una ricerca inglese molto interessante, condotta in 400 ospedali sul rapporto insufficiente tra numero di infermieri e numero di pazienti, ha rivelato che un *range* di 1 a 8 è ancora tollerabile ma che, nei reparti di ospedale in cui un infermiere assiste più di 8 pazienti, la mortalità aumenta di oltre 20 pazienti in un anno.

Stiamo parlando della vita della gente e dunque, poiché si tratta di studi molto seri, ritengo che una qualche riflessione andrebbe fatta.

Come sapete l'Italia è il Paese col peggior rapporto infermieri/cittadini: per noi un *range* di 1 a 8 sarebbe già un risultato! Siamo, tra i Paesi dell'OCSE, collocati nella parte bassa della graduatoria, con 6 infermieri per 1.000 abitanti a fronte di una media europea intorno ai 10-12 infermieri per 1.000 abitanti. In alcuni Paesi, ci sono addirittura 14-16 infermieri per 1.000 abitanti. Comprendete che questo è un elemento sul quale riflettere anche in termini di prospettiva.

Consideriamo un ultimo dato: in Europa si stima che, nel giro di 15-20 anni, con il *trend* attuale mancherà più di un milione e mezzo di infermieri. In questo momento, stiamo vivendo il paradosso della disoccupazione degli infermieri e molti di quelli che ottengono la laurea poi non trovano lavoro. Ciò avviene non perché manchino i posti nelle strutture sanitarie, ma perché c'è il blocco delle assunzioni e manca quel ricambio che normalmente si è verificato nella nostra storia recente, al punto che qualcuno parla di ridurre ancora di più l'offerta formativa delle università.

Sarebbe veramente un dramma, un errore madornale, commesso da altri Paesi prima del nostro. Ricordiamo ancora una volta l'esempio dell'Inghilterra, stavolta negativo, che, per aver compiuto questa scelta qualche anno fa, si è ritrovata con

una carenza drammatica e adesso quasi il 70 per cento dei loro infermieri proviene da tutto il mondo. Hanno commesso quest'errore anche per i medici e credo non dovremmo commetterlo a nostra volta.

In questo momento di crisi occupazionale, che è grave e va affrontata sbloccando le assunzioni, il dato della disoccupazione tra gli infermieri non deve in alcun modo essere di stimolo all'idea di restringere l'ambito della formazione, estendendola semmai ad altre figure professionali ritenute allo stato più utili.

Desidero lasciare alla vostra attenzione un breve documento, che contiene alcune indicazioni molto sintetiche.

Vorrei sottoporre in particolare alla vostra riflessione i seguenti punti elencati: riempire i vuoti derivati dal blocco del *turnover* o dai tagli sul personale sanitario in generale e infermieristico in particolare; prepararsi a sostituire gli oltre 10 mila infermieri che, nel giro di pochissimi anni, usciranno dal sistema; ringiovanire le *équipe* assistenziali infermieristiche per mantenere alti i livelli di qualità assistenziale; riorganizzare i servizi assistenziali ospedalieri anche ridefinendo ruoli e responsabilità diverse per gli infermieri, superando la vecchia concezione dell'esclusiva centralità delle attività di diagnosi e terapia; implementare i servizi territoriali e, soprattutto, l'assistenza domiciliare infermieristica; muoversi nella logica della medicina di iniziativa, anche attivando in maniera omogenea in campo nazionale punti di presenza infermieristica sul territorio.

Esistono già delle bellissime esperienze: gli ambulatori infermieristici; gli studi associati tra infermieri che lavorano con i medici di medicina generale per dare risposte assistenziali sul territorio; gli infermieri che cooperano anche con le farmacie e con i farmacisti quando questi hanno attivato una serie di attività. Credo, quindi, che alcuni contributi possano essere da noi messi a vostra disposizione e siamo pronti per eventuali domande.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Rocco, il quale ha sicuramente sottoli-

neato alcune criticità che, tra l'altro, non appartengono alla sola professione infermieristica ma anche alle altre figure di operatori, medici e non, che operano nel sistema. Dovremmo tenerne dunque conto come elemento di riflessione.

Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ROCCO PALESE. Ringrazio il dottor Rocco per l'esposizione e per aver inserito nel documento distribuito i dati sul pensionamento nel prossimo futuro, in una misura pari a circa 20 mila unità, di questa componente fondamentale per l'assistenza sanitaria nel nostro Paese, rappresentata dagli infermieri. Mi chiedo se non sia, invece, il caso di aumentare, nonostante il blocco delle assunzioni, l'offerta attraverso un aumento del numero programmato, che purtroppo invece ogni anno diminuisce, come quello dei medici, per motivi finanziari per la parte che riguarda la formazione.

Quanto al *turnover*, riporto un dato che, sebbene non dappertutto, si riscontra tuttavia in alcune parti del nostro Paese e presso alcune ASL: noi abbiamo un blocco normativo del *turnover*, ma anche quando si aprono spazi del 10, del 20, del 30 o del 40 per cento, subentra un blocco finanziario in base al quale la spesa complessiva di tutto il personale non deve risultare superiore a quella sostenuta nel 2009, diminuita del 2,4 per cento per quello a tempo determinato.

Come organizzazione, ritenete utile l'esistenza di un vincolo rispetto al *turnover* specifico? I direttori generali si prendono il *plafond* finanziario e assumono chi vogliono: se vanno via cento infermieri, non tutti sono così responsabili da sostituirli tutti e cento. Ritenete che sia necessario un intervento normativo nazionale che tuteli l'assistenza sanitaria nel nostro Paese, cosa che non avviene, purtroppo, dappertutto?

ANDREA CECCONI. Premetto che sono un infermiere di professione. Vedo che il documento è firmato anche da Annalisa

Silvestro, che è la presidente della vostra Federazione, ma è anche una senatrice in quota PD: mi aspetto dunque che porterà tali contenuti all'attenzione anche di quel ramo del Parlamento.

A prescindere, in ogni caso, dal blocco del *turnover*, che comunque colpisce tanto gli infermieri quanto i medici, forse questi ultimi in maniera anche più pesante, purtroppo abbiamo — come è stato già ricordato prima da un collega — un blocco sia numerico sia economico. Vedremo se sarà possibile eventualmente pervenire ad uno sblocco di tale situazione dopo il 2014.

In Italia vi sono tante carenze rispetto ai sistemi di matrice anglosassone, ma con riferimento agli infermieri manca sicuramente la figura dell'infermiere di famiglia, assente nel nostro Paese, così come manca la libera professione infermieristica.

Mentre i medici sono comunemente liberi professionisti, nel senso che possono anche non essere dipendenti pubblici, in Italia la concentrazione di dipendenti pubblici infermieri è elevatissima e quelli che esercitano la libera professione sono veramente pochissimi.

Vorrei conoscere l'opinione della Federazione a questo riguardo e quali, eventualmente, le indicazioni per stimolare tanti colleghi che sono laureati ma che attualmente non hanno un'occupazione. Parliamo di circa 30 mila disoccupati. Ovviamente non è possibile bloccare i corsi di laurea perché pagheremmo questa scelta negli anni a seguire, ma anche quest'anno altri 10 mila infermieri prenderanno la laurea e non troveranno occupazione a causa del blocco del *turnover*. Identico discorso vale per i medici: non è certo possibile bloccare i corsi di laurea, ma così avremo medici neolaureati che non troveranno occupazione.

Inoltre, in relazione all'*upgrading* formativo risale alla passata legislatura un tavolo di lavoro del Ministero della salute e della Conferenza Stato-Regioni arrivato praticamente a conclusione, mancava soltanto la firma ma che — non si è capito bene per quali ragioni — si è poi fermato.

Esso prevedeva peraltro la realizzazione del 90 per cento degli impegni indicati tra i punti del vostro documento.

Pur avendo contattato la presidente Silvestro, non sono riuscito a capire quale problematica abbia determinato il blocco dei lavori del tavolo, tenuto peraltro conto che per quanto riguarda la categoria dei tecnici radiologi, invece, il percorso si è svolto in maniera celere ed è arrivato a compimento.

MARIA AMATO. Dell'ospedale abbiamo parlato tutti con estrema facilità, ma la vera sfida della sostenibilità della sanità è nella riorganizzazione della medicina sul territorio, dove le figure chiave sono i medici di medicina generale e, sicuramente, gli infermieri: l'IPASVI rileva criticità normative nell'attuale sistema per quello che riguarda il ruolo dell'infermiere nello sviluppo della medicina territoriale?

PAOLA BINETTI. Ringrazio Gennaro Rocco per la concretezza e la sinteticità con cui è venuto a esporre i problemi di una categoria di cui fanno parte 400 mila persone, cifra non da poco, e vorrei chiedere una precisazione su due aspetti.

In primo luogo, credo che potrebbe davvero esserci un ampio investimento di persone e di infermieri nell'ambito dell'ampio campo della cronicità, quindi non solo dell'assistenza domiciliare, ma anche, per esempio, dell'assistenza nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA): si tratta, come sappiamo, di spazi in cui la qualità della presenza infermieristica è ancora modesta per motivi che, evidentemente, non sono da attribuire a voi, ma di fatto è modesta. Come possiamo fare per creare l'esigenza di una presenza infermieristica in questi campi?

In secondo luogo, non ritiene che nei piani di formazione degli infermieri — mi riferisco agli anni della formazione universitaria — l'esperienza concreta di tirocinio, di acquisizione di competenze specifiche, sia molto scarsa e molto povera proprio in questi campi?

Credo che ancora più dei medici, gli infermieri svolgano prevalentemente la

loro pratica professionale all'interno degli ospedali, così mancando anche quella creatività intellettuale che porta a individuare opportunità di servizio.

Rispetto al tema dell'*upgrade* che qui viene sottolineato, ritengo che alcuni infermieri — questo sì che diventa un discorso esclusivamente di nicchia — potrebbero svolgere quel ruolo che in alcune università, prevalentemente americane, è svolto dagli infermieri di ricerca, persone quindi che collaborano direttamente a progetti avanzati di ricerca e che collaborano più direttamente anche negli ambiti della direzione generale.

Forse, infatti, proprio perché esiste una competenza specifica che riguarda la parte più numerosa del personale d'ospedale, nel cuore stesso della direzione pulsante dovrebbe essere prevista una presenza infermieristica e non solo un servizio in *staff*.

Non ritiene, infine, che anche a livello, per esempio, del Ministero della salute o dell'Istituto superiore di sanità, cioè di tutti quei luoghi che costituiscono un pensatoio della sanità, ci sia bisogno di avere delle presenze infermieristiche, dotate magari non solo di una laurea specialistica ma anche di un dottorato di ricerca o di un *master* di secondo livello? A me risulta, infatti, che persone preziose di questo tipo ci siano.

PRESIDENTE. Do la parola al dottor Rocco per la replica.

GENNARO ROCCO, *Vicepresidente della Federazione nazionale collegi infermieri (IPASVI)*. Vi ringrazio per le numerose domande e spero di riuscire a fare una sintesi di tutto ciò che mi è stato chiesto.

Quanto alla legge nazionale di tutela, il discorso del blocco del *turnover* colpisce tutte le professioni, non solo le professioni sanitarie. Personalmente conosco meglio il fenomeno degli infermieri, oggetto di contratti anomali, con le più variegate modalità, a volte fantasiose e surrettizie, nonché remunerati in maniera talvolta davvero scandalosa. Credo quindi che una regola-

mentazione delle eccezioni per queste categorie sarebbe auspicabile.

Il blocco del *turnover* deve tener conto dei bisogni minimi. Da una parte, parliamo di LEA, dall'altra, non diamo però le opportunità per garantirli: se dunque avrete la possibilità di sostenere un'iniziativa di questo genere, volta a stabilire forme di tutela o almeno ad indicare dei parametri e a prevedere delle eccezioni per queste professioni, penso che sarebbe cosa gradita non solo dai professionisti, ma soprattutto dai cittadini.

L'intervento dell'onorevole Cecconi è invece legato a quello che ho appena detto sul problema del *turnover*. Gli infermieri sono senz'altro le figure maggiormente colpite, in termini quantitativi, da questo fenomeno. In molte regioni d'Italia abbiamo infermieri precari nello stesso posto di lavoro da 22-23 anni: forse qualcosa non funziona. Se un operatore lavora in un determinato reparto di ospedale da vent'anni, forse sono davvero pochi gli elementi che giustificano ancora un contratto di quel tipo, con tutto quello che ne consegue.

Essendo gli infermieri una componente importante anche dal punto di vista numerico, come sottolineava l'onorevole Binetti, è evidente che per un direttore generale che debba risparmiare e fare tagli, quando scadono contemporaneamente i contratti a 100-120 infermieri non li rinnova: in tal modo realizzerà certo un bel risparmio, ma poi sappiamo cosa ciò comporti anche in termini di sprechi.

Come abbiamo visto anche recentemente nei servizi trasmessi dalla televisione, si assiste a blocchi operatori o servizi essenziali chiusi o non attivati proprio perché mancano gli infermieri: spesso l'intero organico medico è già pronto e remunerato, ma non si può procedere all'apertura semplicemente perché mancano 10-15 infermieri. Credo che quest'elemento dovrebbe far riflettere chi riveste determinate responsabilità.

Quanto agli infermieri di famiglia, anzitutto, bisogna sempre stare attenti a come si parla; recentemente abbiamo fatto degli interventi espliciti su questo tema e

quando ci siamo permessi di chiamarli infermieri di famiglia, c'è stata la rivoluzione di altre categorie che temevano si volessero in tal modo creare *lobby* o corporazioni.

Li si definisca pure come si vuole, essa è comunque la figura di quel professionista chiamato dalla famiglia quando ha bisogno di qualcuno che vada a controllare se quello che sta facendo il suo congiunto va bene, ad applicare una flebo a domicilio, a prestare adeguata assistenza respiratoria ad un paziente affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

Ribadisco, si chiami questa figura professionale come si vuole ma — e mi è piaciuto l'intervento dell'onorevole Cecconi — stimoliamo anche forme diverse di collaborazione o, comunque, di arruolamento di professionisti infermieri. Non necessariamente devono essere tutti dipendenti del distretto o dell'ASL; si possono studiare anche modelli — ne abbiamo già sperimentato qualcuno — diversi, alternativi, come gli studi associati o gruppi che si mettono a disposizione, sulla base eventualmente di apposite convenzioni.

Le possibili modalità applicative sono pertanto tante e diverse, ma l'importante è che finalmente si dia corpo a quello che da anni si proclama come un punto di svolta ma che poi non si realizza mai: erogare servizi di prossimità al cittadino. Oggi infatti i cittadini, in qualsiasi ora del giorno e della notte, ritornano in ospedale se hanno un problema da risolvere, certamente non si recano dal proprio medico di famiglia né si rivolgono alla guardia medica perché è al pronto soccorso che trova quanto necessario per una certa indagine o esame radiologico.

È chiaro, quindi, che va ripensato il sistema. A mio avviso dovremmo trovare insieme, e siamo pronti a farlo, modalità anche alternative e sperimentali di aggregazione di professionisti per offrire risposte adeguate. Con ciò mi riferisco anche ai liberi professionisti, il cui numero, in rapporto a quello totale degli infermieri, è in effetti relativamente basso.

La stragrande maggioranza degli infermieri lavora come personale dipendente in

strutture pubbliche o in strutture convenzionate o private. I numeri assoluti non sono, in ogni caso, così bassi perché parliamo di diverse decine di migliaia di infermieri che svolgono anche la libera professione, cifra che tuttavia, se rapportata al numero complessivo di 400 mila unità, non è molto elevata. Occorre tenere presente, però, che il fenomeno della libera professione, in questo campo, è abbastanza recente.

Mi pare sia stata l'onorevole Amato a segnalare la difficoltà registrata nell'attivare strutture e servizi al di fuori del sistema istituzionale della rete ospedaliera o della rete dei servizi. Tante regioni oppongono difficoltà enormi anche solo per consentire di rilasciare la licenza per l'apertura di ambulatori infermieristici dove si erogano solo prestazioni infermieristiche. Alcune regioni impongono invece l'obbligo del direttore sanitario medico, altrimenti non consentono neppure di aprire un ambulatorio nel quale poi si erogano comunque esclusivamente prestazioni non soggette a supervisione. Ovviamente l'infermiere opera, laddove necessario, sulla base della prescrizione del medico, ma la maggior parte delle prestazioni infermieristiche non necessitano né della sua presenza né della sua supervisione.

Questi sono elementi di natura anche normativa che andrebbero superati, in quanto determinano comunque un ostacolo rispetto a quelle politiche che dovrebbero, invece, favorire questo tipo di diffusione e di servizio. Immaginatevi di quali risparmi potrebbe godere la collettività se si potesse intercettare, ad esempio, la richiesta di un paziente per il malfunzionamento dell'elastomero per l'infusione della morfina: se non c'è nessuno in grado di verificare la presenza o meno di una pervietà, il familiare porterà il paziente in ospedale, con tutti i costi che ne conseguono.

Sono, dunque, senz'altro d'accordo sul discorso delle criticità della normativa: tali criticità esistono e devono essere affrontate, e sarebbe auspicabile poterlo fare a livello nazionale. Purtroppo però, talvolta

la concorrenza delle regioni non è d'aiuto, bensì rappresenta un ostacolo. Se ci fosse qualche linea di indirizzo, laddove possibile, da questo punto di vista saremmo straordinariamente felici.

Per quanto riguarda l'intervento dell'onorevole Binetti, sapete che investire sull'area della cronicità è sempre stato un « pallino » della federazione, così come gli orientamenti che abbiamo dato sulle aree di sviluppo — in tal modo rispondo anche all'altro argomento — e sull'ampliamento delle competenze, già oggetto di un tavolo di lavoro tra Conferenza Stato-Regioni e Ministero della salute.

Lo sviluppo di aree di competenza specialistica è un'altra delle nostre aspettative più immediate, in modo da valorizzare la competenza esperta in determinate aree in cui l'infermiere agisce. Noi abbiamo pensato anzitutto all'area della cronicità, poiché la popolazione degli anziani è quella che si presta molto di più, ma anche a tutte le altre aree della fragilità. Pensiamo alla fase terminale della vita, a quello cioè che può fare un infermiere nell'accompagnare alla morte una persona in quella determinata condizione. Sono tutte aree in cui abbiamo individuato, anche con la legge n. 43 del 2006, percorsi utili per offrire risposte coerenti alle esigenze emergenti della nostra popolazione.

Il documento è fermo nell'anticamera del dibattito e dell'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni. È stato ripulito rispetto alla prima versione, che conteneva taluni allegati non proprio coerenti con lo sviluppo che ha caratterizzato

la professione infermieristica in questi anni. Il documento è adesso molto più generale e tiene conto della legge n. 42 del 1999, della legge n. 251 del 2000 e della legge n. 43 del 2006, quindi risulta molto più moderno e coerente, con meno vincoli e laccioli. Da parte nostra, stiamo provando a utilizzare tutti i canali possibili e stiamo esercitando ogni sollecitazione affinché il suddetto documento sia approvato rapidamente, dal momento che c'è già un'intesa tra coloro che sono presenti nella commissione e che rappresentano le regioni e il Ministero della salute.

PRESIDENTE. Mi scuso infinitamente se non abbiamo potuto lasciare tutto il tempo necessario ai nostri ospiti, ma purtroppo lo spirito delle audizioni è di cercare di sentire nel più breve tempo possibile tutti coloro che pensiamo abbiano qualcosa di importante da comunicarci. Abbiamo trovato il suo contributo molto interessante, pertanto la ringrazio a nome del Presidente Boccia, mio personale e di tutti i commissari per il contributo che avete voluto darci.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.35.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 10 ottobre 2013.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 4,00



17STC000890