

Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Martedì 27 aprile 2010

Audizione del presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

Desidero dare il benvenuto ai rappresentanti dell'Age.Na.S. ospiti della nostra Commissione: il professor Renato Balduzzi, presidente dell'Age.Na.S., il dottor Giovanni Caracci, dirigente della Sezione qualità e accreditamento, la dottoressa Barbara Labella, funzionario della Sezione qualità e accreditamento, la dottoressa Maria Donata Bellentani, dirigente della Sezione organizzazione dei servizi sanitari, e la dottoressa Leonilda Bugliari, della Sezione organizzazione dei servizi sanitari. Vogliamo ringraziare il presidente per la sua disponibilità e spiegare qual è il senso di questa audizione, che ha una doppia funzione: una rituale, nel senso che non potevamo, come Commissione che si occupa del Servizio sanitario nazionale, non avere un incontro con l'Age.Na.S.; una operativa, di lavoro, perché riteniamo che i compiti dell'Age.Na.S. siano esattamente in linea con quelli della nostra Commissione. Infatti, come ho già avuto occasione di accennare al presidente nel salutarlo, abbiamo come obiettivo la crescita della fiducia nel Servizio sanitario nazionale.

Tale crescita presuppone un linguaggio condiviso e se c'è una struttura che, direi quasi per missione, cerca di pervenire al punto estremo dell'orizzonte che è il linguaggio condiviso, è proprio l'Age.Na.S. Ogni regione può, infatti, avere il suo linguaggio, il Governo nazionale può avere un linguaggio che cambia a seconda dei momenti storici e politici, il Parlamento ha diversi linguaggi, dunque occorre che ci sia un soggetto che rappresenti il punto di riferimento della continuità, al di là delle differenze di tempi e di schieramenti. Credo che questo sia il senso della missione dell'Age.Na.S., che fornisce valutazioni e aiuta il raggiungimento di obiettivi di efficacia, efficienza e rispetto del diritto alla tutela della salute; per questo il suo ruolo si intreccia in maniera istituzionale con i compiti della Commissione.

Questa audizione rappresenta un primo passo rispetto a una successiva che organizzeremo, nella quale ascolteremo il nuovo coordinatore degli assessori regionali alla salute, che subentra al precedente, che abbiamo audito lo scorso anno. Credo che saranno necessari, inoltre, proprio per dare continuità a questa audizione, un nuovo incontro col Ministro della salute e uno col Ministro dell'economia, perché ritengo che sia opportuno che la Commissione si avvalga dei suggerimenti dell'Age.Na.S. e le comunichi i suggerimenti che eventualmente dovessero emergere nel corso del nostro dibattito e della nostra attività.

Auspico che si possa arrivare a un momento di incontro tra i due Ministri, la Commissione e i rappresentanti delle regioni insieme con l'Age.Na.S., perché vorremmo arrivare a un'indicazione di linguaggio condiviso, come stiamo facendo in tanti settori (i punti nascita, la salute nelle strutture carcerarie). Inoltre, non miriamo a una nuova riforma sanitaria, ma siamo molto più ambiziosi: vorremmo suggerire alcuni piccoli «bulloni» che possano servire a far funzionare le riforme che già altri hanno fatto. Non abbiamo la pretesa di riformare la sanità, anche perché credo che una riforma ogni dieci anni sia già troppo rispetto alla serietà della parola «riforma». Tuttavia, qualche «bullone» sicuramente lo proporremo.

Con questo chiarimento, ringrazio ancora il presidente Balduzzi e gli do la parola.

RENATO BALDUZZI, *Presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Age.Na.S.)*. Vi ringrazio a nome di Age.Na.S..Noi forse abbiamo più l'abitudine di pronunciare piana questa parola, ma anche sdrucchiola va bene. È un problema di linguaggio, anche questo, ma certamente minore rispetto a problemi di linguaggio ben più importanti.

Nel mio intervento introduttivo parlerò un po' di Age.Na.S., perché abbiamo verificato in più occasioni che si tratta di un ente che sta ancora insediandosi nel panorama istituzionale, tanto più in vista di una prosecuzione della collaborazione che, evidentemente, ci onora.

L'ente sorge fin dall'inizio come compartecipato tra Stato e regioni, inizialmente con compiti di supporto alle attività regionali e con un consiglio d'amministrazione che sin dall'origine vedeva, appunto, una composizione paritetica tra Ministero e regioni. È un ente che - cercherò di sintetizzare - ha maturato un progressivo accrescimento di compiti, favorito anche dalla circostanza che gli indirizzi sono emanati dalla Conferenza unificata. Si tratta, dunque, in qualche modo, del soggetto riassuntivo di tutti i livelli territoriali della nostra Repubblica.

Oggi l'Agenzia è organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale e svolge attività di ricerca e di supporto - è singolare la formula normativa - «nei confronti del Ministro della salute e delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano».

Tali compiti inizialmente erano limitati - si fa per dire - alla valutazione comparativa dei costi e dei rendimenti dei servizi, alla segnalazione delle disfunzioni e degli sprechi. Quindi, i compiti originari dell'Age.Na.S. sono molto vicini alla *mission* propria della Commissione parlamentare d'inchiesta. Nel tempo, si sono attivati nuovi compiti, in forza di tre canali: singoli atti legislativi, intese e accordi tra Stato e regioni e, infine, indirizzi della Conferenza unificata. Per fare una breve sintesi, in riferimento al primo canale, quello dei provvedimenti legislativi, la legge finanziaria per il 2010 prevede e conferma, in attuazione del patto per la salute, il ruolo dell'Age.Na.S. nell'elaborazione del piano di rientro, quando sia raggiunto o superato lo *standard* dimensionale di disavanzo sanitario strutturale. Rispetto al quadro originario, l'apporto dell'Agenzia diventa obbligatorio, al pari di quello dell'AIFA. Vorrei sottolineare, nell'attuazione del patto per la salute, la contestualità tra le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza e quelle di equilibrio di bilancio. Nella legge finanziaria per il 2005, da cui prende l'avvio tutta la vicenda dei cosiddetti piani di rientro, questi due profili erano tenuti in sequenza, ma separati; forse questo ha anche dato luogo a conseguenze applicative non completamente soddisfacenti, perché il profilo della riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi è rimasto un po' in ombra rispetto all'accordo per il piano di rientro.

Nel patto per la salute esiste - e viene ribadita nella legge finanziaria 2010 - una sorta di contestualità fra questi due momenti. Infatti, nel patto, accanto alla conferma di compiti precedenti, come il monitoraggio dei servizi sanitari regionali e dell'erogazione dei LEA, si prevede un forte coinvolgimento dell'Agenzia nel supporto della cosiddetta STMP - la struttura tecnica di monitoraggio paritetica, che è una novità del patto per la salute e le cui funzioni sono successivamente state recepite dalla legge finanziaria - oltre che, sempre come supporto per questa struttura, il compito di valutare la compatibilità di variazioni della riduzione dello *standard* di posti letto: è una funzione specifica, ma molto importante perché, come ho visto già agli atti di questa Commissione, la riduzione dei posti letto è un momento nodale, un punto critico per quanto riguarda il discorso sulle cause del disavanzo. Un'ulteriore novità, ancora contenuta nel patto per la salute, è quella della partecipazione dell'Agenzia al tavolo dell'assistenza farmaceutica.

Quanto agli indirizzi della Conferenza unificata, il terzo canale attraverso cui l'Age.Na.S. ha accresciuto i propri compiti, gli ultimi risalgono al settembre 2007. Tali indirizzi - lo dico un po' alla rinfusa, solo per dare l'idea - hanno aggiunto il supporto per le iniziative relative al rischio clinico e alla sicurezza del paziente, il supporto alle regioni, in accordo col ministero, per la promozione di attività stabili di HTA (*Health Technology Assessment*), ossia valutazione dell'impatto delle tecnologie sanitarie, di elaborazione dei modelli di strutturazione delle reti ospedaliere, di supporto alla Commissione nazionale per l'educazione continua in medicina, di supporto all'attività di *empowerment* dei pazienti e della collettività - questo è molto importante per

come l'Agenzia lo ha interpretato - per creare una sorta di clima di fiducia complessivo in materia sanitaria.

Le tre fonti richiamate - le leggi, gli indirizzi della Conferenza unificata, gli accordi tra Stato e regioni - sono, peraltro, in stretta correlazione perché, per esempio, all'indirizzo sul rischio clinico è poi seguita un'intesa Stato-regioni che ha assegnato una serie di funzioni all'Age.Na.S.. Cito, ad esempio, l'Osservatorio delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti - lo richiamo perché, evidentemente, sta nel cuore dell'attività della Commissione d'inchiesta - attraverso le periodiche *call for good practice* che hanno già registrato (anche i dati sono importanti) oltre 700 esperienze di buone pratiche in questo tema. Si tratta di attività partite da poco, ma che hanno già una base conoscitiva rilevante. Cito, ancora, l'Osservatorio nazionale sinistri e polizze assicurative, per censire i cosiddetti «eventi sentinella», cioè gli eventi avversi particolarmente significativi e gravi; alla raccolta dei dati di questo censimento è finalizzato uno strumento nuovo, il SIMES - gli acronimi si sprecano -, Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, istituito con decreto ministeriale dello scorso dicembre. L'Age.Na.S. ha un completo accesso a questo sistema per quanto riguarda le elaborazioni finalizzate al monitoraggio della denuncia dei sinistri.

Lo stesso è successo per l'educazione continua in medicina che, è l'unica competenza amministrativa propria ed esclusiva dell'Agenzia, mentre le altre sono di supporto. Al riguardo, c'è stato un accordo Stato-regioni, poi recepito in una legge finanziaria, e sono stati successivamente approntati strumenti convenzionali per il passaggio progressivo di questa partita all'Agenzia. A fronte di questi compiti, l'Agenzia ha visto crescere - fa piacere in questa sede sottolinearlo - un ruolo, in fondo, di autorità indipendente, anche se nessuno l'aveva scritto e se la sua conformazione è, più banalmente, quella di un ente non economico di diritto pubblico con personalità giuridica. Tuttavia, in realtà questo ruolo di terzietà dell'Agenzia si è progressivamente imposto, ma ciò - lo sottolineo perché mi sembra giusto constatarlo - non le ha fatto perdere la sua caratteristica di snellezza organizzativa. Basti pensare che il NICE (*National Institute of Clinical Excellence*) britannico, che svolge solo uno dei tanti compiti affidati all'Agenzia, ha un organico superiore a quello dell'Age.Na.S. Noi abbiamo 55 unità in pianta organica, di cui dieci dirigenti; abbiamo un certo numero di collaboratori occasionali per i progetti di ricerca; l'età media è comparativamente bassa, in linea con simili istituti stranieri e non in linea, invece, con la media italiana; c'è un'elevata presenza femminile, anche tra i dirigenti. In realtà, venendo qui si sottolineava il fatto che i direttori dell'Agenzia che si sono susseguiti nel tempo - il primo è stato il professor Guzzanti che avete avuto occasione di audire qualche mese fa - sono stati tutti maschi tranne una, ma la direttrice è quella che è durata in carica più a lungo. Attualmente il direttore è piemontese, come del resto il presidente, ma l'Agenzia è geograficamente ripartita.

Di questo ruolo di soggetto terzo è spia una singolare disposizione normativa che richiamo non solo per mia deformazione professionale, ma perché attende forse ancora in parte un'attuazione. Quando, nel 2001, si ricostituì il Ministero della salute, si modificò la norma del decreto legislativo attuativo delle leggi Bassanini, ovvero il decreto legislativo n. 300 del 1999, e si stabilì che il Ministero svolge funzioni di vigilanza sull'Agenzia per i servizi sanitari regionali - allora non si chiamava nazionale, ma lo era - ma questa funzione viene svolta con modalità definite d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Si tratta dell'unica circostanza, a nostra conoscenza, in cui un'attività di vigilanza propria del Ministero venga esercitata d'intesa con soggetti terzi, con enti territoriali diversi. Lo dico per sottolineare la natura particolarissima dell'Agenzia.

Il sistema regionale - per dare riscontro anche a un passaggio dell'intervento del presidente - ha imparato nel tempo a fidarsi dell'Age.Na.S. e, contemporaneamente, il mondo ministeriale ha imparato a vedere l'Agenzia come un'opportunità e una risorsa e non come un concorrente, come pure sarebbe potuto accadere. In questo momento, ciò consente effettivamente all'Agenzia - lo verificiamo sia io sia il direttore tutte le volte che partecipiamo ai tanti convegni nell'ambito sanitario - di diventare un po' l'incrocio tra l'autonomia regionale e le necessarie coerenze di sistema.

Esiste un problema di omogeneità metodologica, che parte anche dall'omogeneità linguistica,

rispetto alla quale l'unico metodo è quello che in Agenzia abbiamo cominciato a chiamare il metodo HTA (*Health Technology Assessment*), perché l'abbiamo sperimentato soprattutto a proposito della nuova competenza sulla valutazione delle tecnologie sanitarie. Non si tratta di sovrapporre un'attività di valutazione o di coordinamento alle attività regionali, ma di riuscire a collegare le attività regionali utilizzando anche tecniche di autocoordinamento regionale, che sono scritte nelle norme, ma che concretamente non si attuano o sono molto difficili da verificarsi nella realtà. Per quanto mi riguarda, posso parlare bene dell'Age.Na.S. senza timore di peccare di immodestia; il presidente, infatti, non ha molti compiti gestionali, quindi può parlare bene della gestione dell'Agenzia senza parlare bene di sé medesimo. Da parte dell'Age.Na.S. c'è uno sforzo di assicurare puntualità ed efficienza. Conseguo alla Commissione la relazione sull'attività svolta dall'Age.Na.S. - l'Agenzia per legge è tenuta a presentare ogni sei mesi sia al Ministero, sia alla Conferenza Stato-regioni una relazione sull'attività, svolta, che viene adottata dal consiglio di amministrazione - nel secondo semestre del 2009, adottata dal consiglio di amministrazione tra gennaio e febbraio. Essa costituisce forse la descrizione migliore dell'Agenzia e del suo operato. L'Age.Na.S. è un soggetto che cerca di essere affidabile, anche attraverso i suoi strumenti. Ricordo la rivista *Monitor* e il sito dell'Agenzia, perché spesso capita di sentire - forse è il complimento migliore - «ho letto su *Monitor*» oppure «ho letto sul sito», «ho visto un dato e l'ho utilizzato». Nel mondo degli operatori sanitari questa è una pratica molto diffusa. È stato necessario del tempo, evidentemente, perché queste cose non nascono dal nulla, però attualmente questo si sta verificando.

Dunque, si tratta di una terzietà che - andando verso la conclusione di questa mia introduzione - è verticale, se vogliamo usare questa metafora, nel senso che riguarda sia il Ministero sia le regioni, ma è anche orizzontale, perché sempre più, soprattutto a partire dalle competenze in materia di valutazione dell'impatto delle tecnologie e di educazione continua in medicina, l'Age.Na.S. incontra i gruppi di interesse. Rispetto a questi si pone, dunque, un problema non di terzietà verticale, ma orizzontale, che è un po' la sfida, credo, del prossimo futuro.

Termino questo intervento introduttivo e, rimanendo a disposizione della Commissione insieme ai dirigenti, formulo un auspicio: l'Age.Na.S. svolge queste funzioni nei confronti del Ministro e delle regioni, ma ritengo che possa essere un interlocutore certamente disponibile e forse anche utile e interessante per la Commissione di inchiesta.

Questo è anche il suggello del ringraziamento per l'invito in questa sede.

PRESIDENTE. Ringrazio il presidente Balduzzi. Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Nel ringraziarla per la validissima ed esauriente esposizione sulla natura e le funzioni dell'Age.Na.S. (credo di avere pronunciato il nome così come lei ci ha suggerito), vorrei porre alcune domande ed esprimere alcune perplessità. Lei, nella sua illustrazione, ha parlato anche di difficoltà, immagino prevalentemente per le regioni meridionali, a cercare di ottemperare da un lato ai piani di rientro e dall'altro ai servizi che comunque l'utenza deve ricevere. Abbiamo audito presidenti e assessori di regioni meridionali che, con un'evidenza disarmante, hanno parlato delle condizioni disastrose dei bilanci. Io non posso non pensare al federalismo, non posso non pensare a ciò che potrà accadere quando passeremo dall'enunciazione dei principi alla pratica. Sono un forte sostenitore del federalismo fiscale, se non altro perché, così, si riuscirà a responsabilizzare i politici, i gestori e gli amministratori, però mi devo anche preoccupare, così come lei ha detto, che i piani di rientro non penalizzino - almeno così mi è sembrato si volesse intendere - i servizi, che comunque l'utenza, certo non responsabile di un bilancio disastroso, deve continuare a ricevere.

Avete condotto uno studio in questo settore? Quando passeremo dalla spesa storica alla spesa standard? Sono state ventilate penalizzazioni per le regioni meridionali che presentano una situazione di bilancio non certo florida. Considerato che è impensabile che i loro bilanci tornino non

dico in attivo, ma neanche in pareggio nel giro di pochissimo tempo, mi domando a cosa potranno andare incontro quelle regioni. Se ci sono enormi difficoltà, avete pensato anche a delle strategie per poter venire incontro alle necessità irrinunciabili dell'utenza?

PRESIDENTE. Richiamando le considerazioni esposte dall'onorevole Fucci, vorrei porre alcune domande sulla vostra attività. Nella documentazione per la rassegna stampa che viene curata per questa Commissione è riportata un'intervista rilasciata dal vostro direttore, Fulvio Moirano, il quale parla di un aumento dello scarto tra nord e sud, e, con un linguaggio non cauto - che è quello di cui abbiamo bisogno tutti, se serve a conoscere la verità - evidenzia questo scarto.

Pongo dunque alcune domande, che riguardano la vostra esperienza. Questo scarto tra nord e sud dipende dal fatto che in materia sanitaria c'è già il federalismo, oppure dal fatto che non c'è, ovvero ancora dal fatto che è un federalismo malato in materia sanitaria? E se è vera quest'ultima ipotesi, in che cosa questo federalismo è malato? Perché l'intuizione federalista sanitaria, che viene considerata la prima nel nostro Paese, in questo settore, fa aumentare lo scarto tra nord e sud e non provoca invece un effetto virtuoso?

Dalla vostra analisi, che ormai è certamente riferita all'intero territorio nazionale - credo che nessuno in Italia abbia i vostri elementi di valutazione sul campo, quindi siete interlocutori privilegiati - è possibile evincere che nel nord c'è cultura di impresa e cultura del dato, mentre nel sud mancano, nel settore sanitario? Oppure questa affermazione è troppo rozza e merita di essere diversamente congegnata?

Nell'ambito dei lavori della nostra Commissione abbiamo incontrato uno straordinario direttore regionale della sanità, che opera in quella che forse è la regione più disastata d'Italia sotto il profilo sanitario, la Calabria. La sensazione - assolutamente personale, perché la Commissione deve ancora discutere e approvare la relazione - è che, quando in un tessuto come quello calabrese, dove non c'è cultura di impresa e cultura del dato, viene calato un personaggio sicuramente di grande competenza proveniente dall'esterno, si assiste al fallimento totale, unito alla frustrazione e al fatto che il dirigente in questione lascia la Calabria e torna nella sua regione di provenienza. L'Age.Na.S. agisce per fare in modo che l'intuizione di un direttore regionale, o di un direttore generale di un'azienda sanitaria, sia supportata? E quali resistenze si incontrano rispetto a questa azione di promozione?

I vostri alunni non hanno la paura di essere bocciati da voi, quindi in qualche modo dovete contare sulla condivisione del discente rispetto agli insegnamenti del docente, altrimenti questi soggetti potrebbero ritenere di essere autonomi e prendere le distanze.

Vorrei sapere anche se la cultura del dato e la cultura di impresa sono più fortemente presenti nelle strutture sanitarie territoriali o in quelle ospedaliere. Voi, come portatori di una cultura positiva, avete più facilità di rapporti con le prime, con le seconde, oppure non si può fare una distinzione? Infine, esprimo un rovello assolutamente personale e che in quanto tale non può coinvolgere la Commissione: secondo voi, alla fine, i policlinici esisteranno ancora? L'alfabeto dell'accademia è alla lunga compatibile con l'alfabeto del Servizio sanitario nazionale?

Siccome il presidente è anche un cattedratico, sebbene non di medicina, mi posso permettere di avanzare questa provocazione.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Convengo con la considerazione principale che l'Age.Na.S. man mano è diventata quasi un'autorità indipendente, che opera con grande rigore rispetto alle attività che vengono svolte dalle regioni nella necessità di porre in equilibrio i livelli essenziali di assistenza e i piani economici di rientro. Guai se così non fosse! Se dovesse trattarsi, infatti, soltanto di un fatto ragionieristico, di una serie di tagli e di annullare i livelli essenziali di assistenza, ci troveremmo in gravi condizioni. Peraltro, come è chiaro, i piani di rientro riguardano le regioni del sud perché, fatta eccezione per l'Abruzzo e per il Lazio, il peso maggiore del debito è nel Mezzogiorno, in modo particolare in Calabria e in Sicilia.

Alcune regioni sono state commissariate, altre no. So che da parte della vostra struttura viene svolta

anche un'azione di accompagnamento, affinché queste regioni portino a buon fine i piani di rientro. A tale proposito, vorrei sapere se l'Age.Na.S. svolge questo lavoro continuo di verifica; lo chiedo perché, in base alla nostra esperienza, valutando attentamente il lavoro della Corte dei conti, ma anche alcuni dati che ci sono stati forniti, verificiamo che non sempre questi conti tornano. Da parte di alcune regioni in particolare si utilizzano artifici contabili che, però, nel tempo dimostreranno i propri limiti. Inoltre, si propongono piani di rimodulazione che concretamente non vengono attuati.

La mia richiesta è di capire qual è il percorso che viene portato avanti dalla vostra Agenzia e se questa effettua - come penso e spero - una verifica continua del lavoro che viene svolto dalle regioni.

PRESIDENTE. Riprendendo l'intervento dell'onorevole Burtone, vorrei essere ancora più esplicito. La premessa è che noi abbiamo grandissima fiducia nel vostro ruolo e nella vostra attività (diversamente non rivolgerei la domanda) e siamo consapevoli di quanto sia essenziale, in un mondo così torturato dalle divisioni politiche, la presenza di una struttura di garanzia professionale, che rappresenta un patrimonio per tutti. Devo dire che l'ambizione di questa Commissione è proprio riuscire ad essere, sul tema della sanità, un punto di riferimento.

Vorrei sapere: come si garantisce la vostra Agenzia, che noi stimiamo e apprezziamo per quello che fa e può fare, rispetto al rischio che alcune regioni «viziose» utilizzino il ricorso all'Age.Na.S. come un alibi per perseverare in vecchi vizi? Molte volte ci siamo sentiti dire da parte di rappresentanti di regioni non virtuose - non dico «viziose», non me lo posso permettere - che comunque si rivolgono all'Age.Na.S. Vorremmo capire, quindi, come fa la vostra Agenzia a tutelarsi rispetto alla possibilità che la propria buona considerazione sia utilizzata come copertura per qualche «vizio».

RENATO BALDUZZI, *Presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.)*. Ringrazio l'onorevole Fucci, l'onorevole Burtone e il presidente Orlando per le considerazioni - se posso permettermi - per la fiducia e anche per la franchezza delle domande. Cercherò di rispondere a tutte, a partire evidentemente dalla domanda *clou* sotto il profilo culturale posta dall'onorevole Fucci, riguardo al federalismo.

Per stare ai fatti, stiamo parlando dell'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, detto «federalismo fiscale». Per la verità, il federalismo fiscale c'era già dieci anni prima (nella legge n. 133 del 1999 e nel decreto n. 56 del 2000), ma nel settore della sanità era presente già in precedenza. Mi riferisco alla rubrica di un articolo introdotto nella riforma del 1999.

Approfitto per dire che personalmente credo molto nella saggezza, che mi pare ispirare i comportamenti della maggioranza e dell'opposizione in questo periodo, che tende ad arrestare la corsa all'innovazione normativa, poiché è un sistema che, tutto sommato, ha bisogno di stabilità e di tranquillità perché possa dare frutti. Questo è un aspetto importante.

Ciò di cui stiamo discutendo è un rafforzamento del regionalismo nella sua frontiera più avanzata, che certamente è quella della sanità. La spesa storica in sanità ce l'abbiamo già alle spalle, perché abbiamo avuto la quota capitaria ponderata; semmai, il problema è riuscire a ponderarla in un'Italia stretta e lunga, con tante divisioni, anche all'interno delle stesse regioni. Le divisioni territoriali, infatti, non sono solo quelle storiche, ma si trovano anche all'interno della stessa regione. Questo rende ancora più difficile un compito di valutazione e di intervento. Semmai si tratta di capire come modulare la prospettiva dei fabbisogni e dei costi standard aperta dalla legge n. 42 del 2009. Questa sarà la sfida scientifica, tecnica e anche politica, ovviamente, dei prossimi mesi.

In proposito, l'Age.Na.S. si sta attrezzando perché questo è strettamente collegato a un'attività che, specialmente in questi ultimi anni, le è stata conferita con forza: predisporre meccanismi e strumenti di valutazione dei sistemi e delle strutture sanitarie. Evidentemente, questa è l'altra faccia della medaglia del discorso sul fabbisogno e sul costo *standard*.

Noi stiamo lavorando e abbiamo già lavorato in questo ambito. È chiaro, però, che occorre che altri tasselli si compongano. La frontiera è quella di riuscire a immaginare linguaggi, metodologie e

tecniche che siano minimamente condivise, perché siano poi massimamente applicate.

Vengo alla domanda ulteriore posta dall'onorevole Fucci, riguardante le strategie. Nella relazione del secondo semestre 2009, quando l'attività di affiancamento delle regioni sottoposte al piano di rientro e/o commissariamento si è rafforzata, voi troverete non solo dati, ma implicitamente o esplicitamente anche alcune valutazioni sulla strategia. Certamente questo è il punto cruciale. L'esperienza dei piani di rientro è straordinariamente importante e fu, secondo me, il frutto di una illuminazione legislativa. Infatti, in un sistema regionalizzato dove il solo scambio di flussi, senza verificare cosa poi succede, poteva permettere pratiche opportunistiche o, senza immaginare chissà che cosa, certamente determinare incomprensioni, l'esperienza dei piani di rientro ha consentito una contestualità tra valutazione dell'erogazione dei livelli di assistenza e *pendant* finanziario. Peraltro, tale contestualità è presente nella nostra normativa: esiste il DPEF, ma anche la contestualità fra livelli e impegni finanziari. Non può che essere così anche nel quadro regionale, perché noi abbiamo verificato - è come scoprire l'acqua calda - che i contesti dove più si soffre sui livelli di assistenza sono anche quelli con il maggiore disavanzo.

Questo è il nodo di fondo, poiché evidentemente la sola tecnica degli incentivi finanziari può comportare che a chi non ha alla fine sarà tolto anche quello che ha. L'ordinamento è consapevole di questo, ma l'esperienza è stata molto importante: l'Age.Na.S. precedente ai piani di rientro era un'altra rispetto a quella successiva a questa esperienza. Vedo che i dirigenti annuiscono, perché hanno vissuto questo cambiamento nel corso della loro attività professionale. Un conto è scambiare dati, fare qualche riunione ogni tanto, magari a Roma; altro conto è avere una verifica continua. Secondo noi, per quanto cominciamo a capire, il nodo è come mettere insieme, in sequenza, politica, management e cultura. Occorre evidentemente che questi tre momenti siano uniti. La sfida è questa, perché se uno di questi tre momenti è deviante, non c'è struttura tecnica o buona intenzione che possa colmare il gap.

Non voglio fare esempi di realtà difficili, anche perché è un lavoro *in itinere* e non mi sembra questo il momento di farli. Comunque, non tutte le realtà meno «virtuose» sono poste sullo stesso piano. In alcune di queste realtà, politica, management e cultura si sono messi in linea e, dove questo è successo, i cambiamenti cominciano a verificarsi. Certo, lo scarto tra la situazione di alcune regioni e quella di alcune altre aumenta. Al riguardo, presidente, bisognerebbe forse fare una constatazione di buonsenso. Qualche volta si dice che, poiché non funziona in alcuni luoghi, è il sistema sanitario in generale che non funziona. Forse la considerazione dovrebbe essere un po' più precisa, cioè dovremmo vedere, nei luoghi dove sembra funzionare meno, come funziona comparativamente con altri settori. Se infatti c'è un contesto territoriale dove sembra che ben poco funzioni, non c'è ragione per pensare che debba funzionare il sistema della sanità.

La domanda che noi ci stiamo ponendo - a cui non può dare una risposta solo l'Age.Na.S., perché qui si tratta di fare una valutazione più ampia - è vedere se per caso, anche in quei contesti difficili, non sia ancora quello sanitario il comparto che funziona meglio. Vi assicuro che la prima risposta che stiamo dando, per quello che possiamo verificare, è in questa direzione. C'è infatti una situazione nazionale a macchia di leopardo, anche nei contesti territoriali meno virtuosi, dove però ci sono buone pratiche. Ci sono buone pratiche anche nelle regioni non virtuose. Cosa manca, allora, lì? Oltre alla sequenza di cui parlavo, evidentemente manca soprattutto la capacità di organizzare i fattori, di metterli in fila.

Probabilmente non è il regionalismo che è venuto meno, perché quando c'era meno regionalismo non c'era un funzionamento migliore; forse l'ottica dovrebbe essere quella, fatto un passo, di potenziare gli strumenti di monitoraggio e di raccordo per fare in modo che si attui quella sequenza di cui parlavo tra politica, cultura e management.

Sotto questo profilo, l'Agenzia mette a nudo i dati - la cultura del dato è la base - e se necessario li verifica e li valida; lo fa come può, evidentemente, considerando che qualche volta sui dati c'è discordanza un po' dappertutto, non soltanto nelle regioni meno virtuose. È normale che sia così, senza immaginare la patologia, in quanto il dato, come un nome, è collegato alla cosa; ed è proprio la cosa, qualche volta, a essere differente. Insomma, l'integrazione sociosanitaria, l'assistenza

domiciliare eccetera, non sono la stessa cosa in Veneto e in Puglia. Siccome il flusso, invece, inevitabilmente tende a coprire questa diversità, solo dai flussi non si riesce a capire cosa succede, quindi c'è una difficoltà oggettiva. Comunque, mettere a nudo il dato è già molto importante. Occorre, inoltre, affiancare, aiutare - mi riferisco alla domanda dell'onorevole Burtone - e non sovrapporsi. Il nostro sistema ha una logica costituzionale, secondo la quale il potere sostitutivo va esercitato in base a certe procedure. La Corte costituzionale, già da tempo e in tempi non sospetti, ha fornito un modello: non è il Ministro di settore che può esercitare il potere sostitutivo, ma l'organismo collegiale dell'ente, occorre il giusto procedimento e via dicendo. Si tratta di cose che sappiamo, che in fondo la modellistica dei piani di rientro ha recuperato. Da questo punto di vista, dunque, noi siamo avvantaggiati perché ci affianchiamo e aiutiamo dove possiamo, sulla base evidentemente della capacità che l'Agenzia riesce a sviluppare.

All'ultima domanda del presidente Orlando, circa il modo per garantirsi che l'Agenzia non sia una «coperta», un alibi, effettivamente si può rispondere solo in via di fatto. Noi abbiamo una tecnica di comportamento, che ho sintetizzato poco fa e che dovrà applicarsi - come si applica - in modo differente a seconda delle situazioni. Come ho detto poco fa, dove quei tre momenti sono stati messi in sequenza il cambiamento c'è stato, il che vuol dire che il cambiamento è possibile. E se è possibile, probabilmente è doveroso. Pertanto, il legislatore ha visto bene quando ha attivato questa tecnica.

In questo momento, non sono in grado - non so se lo è qualcuno dei dirigenti - di rispondere alla domanda se sia più aziendalizzata l'azienda sanitaria o l'ospedale. Bisognerebbe fare un discorso sul modello dei rapporti tra ASL e ospedali, che non è lo stesso su tutto il territorio. Evidentemente la domanda ha una risposta diversa a seconda del modello. In linea di massima, non vedrei una particolare differenziazione in ordine al grado di aziendalizzazione, a prescindere dal modello, che per il momento è unico in una regione - dunque possiamo parlare di un monomodello - mentre in tutti gli altri sistemi regionali abbiamo a che fare con aziende che hanno anche presidi e, dunque, ne conoscono i problemi. Di per sé la cultura dell'aziendalizzazione dovrebbe essere avanzata più nell'ospedale che nell'azienda territoriale, in linea teorica.

PRESIDENTE. *(fuori microfono)* È un po' più fabbrica...

RENATO BALDUZZI, *Presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.)*. Non dimentichiamo, però, che la contabilità separata, il pareggio di bilancio e tutti gli obblighi imposti anche ai presidi in una ASL fanno sì che le situazioni non siano poi così distanti. L'aziendalizzazione, tra l'altro, rappresenta una delle innovazioni della sanità. Non solo la regionalizzazione, ma anche l'aziendalizzazione, ossia introdurre nella pubblica amministrazione determinati standard di efficienza ed efficacia, rappresenta un altro dei momenti in cui la sanità, come sappiamo bene, è avanguardia.

Sui policlinici mi potrei limitare a una battuta: non esistono più, quindi non potranno più esistere, perché dal punto di vista normativo sono stati assorbiti nelle due ipotesi originarie del decreto legislativo n. 517 del 1999. Sappiamo bene, però, che non c'è nulla di più resistente di una struttura che ha una storia e una «vischiosità», dove si incontrano formazioni e storie diverse, come nell'intreccio tra università e sanità. Possiamo dire che dove ci sono problemi per mettere insieme politica, management e cultura, questi vengono a nudo molto bene nell'esperienza, laddove a questi problemi si sovrappone la necessità di intrecciare professionalità e storie che hanno percorso tradizionalmente sentieri differenti.

Credo che questi problemi, in un contesto di integrazione o mancata integrazione fra ricerca, didattica e assistenza, non si pongano in modo qualitativamente diverso rispetto al resto del comparto sanitario. C'è una specificità, ma in rapporto alle domande che sono state qui poste probabilmente l'ordine della risposta non è così differente.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Intervengo brevemente solo per ringraziare il presidente dell'Age.na.S. Lei non voleva sicuramente rivolgere un *j'accuse* alla classe politica, ma le sue parole, estremamente oneste, altro non sono che questo. Quando lei ha parlato, giustamente, di valutazione dell'aspetto politico, del management e della cultura, la mia mente - perdonatemi - è andata allo studio che stiamo facendo sui punti nascita e sulla validità o meno di determinati punti nascita.

Se nelle nostre regioni meridionali continuano ad esserci ancora punti nascita che non dovrebbero esistere, non è per carenza del management o solo della cultura. È colpa prevalentemente di una classe politica che non ha acculturato l'utenza a considerare la sanità e, nello specifico, il punto nascita, come un servizio che innanzitutto deve essere ottimale e assicurare garanzie, ma ha permesso che continuasse a vivere una cultura aberrante che, specialmente nelle nostre regioni meridionali (io sono pugliese), guarda alla sanità ancora come a un ufficio di collocamento, che consente situazioni ridicole e gravissime, che permettono che restino in piedi certe strutture. Questo avviene perché non c'è il coraggio politico: come ho detto in un altro incontro, si vincono e si perdono competizioni elettorali per aver chiuso o meno una struttura, per aver trasferito una professionalità da un ospedale a un altro. Mi sento, come politico, ancor più responsabilizzato su questi argomenti.

Se vogliamo guardare con maggior fiducia al federalismo, dobbiamo assumere *in primis* la responsabilità gestionale, unita a un cambiamento culturale che, come lei stesso ha detto, non può avvenire dall'oggi al domani, ma deve essere accompagnato. Solo questo potrà portare le nostre regioni, in particolare quelle meridionali, a offrire un servizio sanitario di gran lunga migliore di quello che attualmente offrono.

PRESIDENTE. Esprimo assoluta adesione alla posizione dell'onorevole Fucci. Mi ricorda un'espressione di un celebre studioso di diritto processuale civile: il rinvio dell'udienza è come una sigaretta, non si nega a nessuno. Utilizzando questo tipo di paradigma, un punto nascita e un ospedale non si negano a nessuno.

RENATO BALDUZZI, *Presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Age.Na.S.* Il problema è che non si nega neanche un parto cesareo.

PRESIDENTE. Esattamente. Se questo è vero, vorrei una parola di speranza, se è possibile. Nelle regioni che sono soggette al piano di rientro, la vostra azione di costruzione di un cambiamento di politica, management e cultura in chiave virtuosa forse è più facile. C'è motivo di sperare che, grazie alla sottoposizione al piano di rientro, alla fine queste regioni potranno essere virtuose come o più delle altre? In questi casi, infatti, la sigaretta non la si può offrire a tutti, la sala parto o l'ospedale non li si può concedere a tutti. Ci sono elementi virtuosi, in questi piani di rientro, o si tratta, invece, di semplici accorgimenti contabili, che non cambiano la cultura e la politica, oltre che ovviamente il management?

Vorrei che, al termine di questo percorso, la Calabria, la Sicilia, la Campania, la Puglia o il Lazio potessero affermare che, dopo un percorso fatto di tagli e di sacrifici, alla fine sono diventate regioni «normali». C'è questa prospettiva oppure c'è il rischio che rimangano le cento sale parto, i cento ospedali e, magari, per risparmiare non si assume personale e il servizio, anziché migliorare, peggiora?

RENATO BALDUZZI, *Presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Age.Na.S.* Non può che essere la solita risposta: «sì, se...». Il «se», però, non è soltanto da affidare come ipotesi ai comportamenti delle controparti in difficoltà, ma è l'insieme di comportamenti di tutti i soggetti in campo. Cerco di spiegarmi meglio.

Nel caso di un accordo relativo al piano di rientro, il programma di potenziamento, riorganizzazione e qualificazione connesso a questo può essere inteso, anche da parte ministeriale o delle regioni più

virtuose che si affiancano, come un insieme di adempimenti formali, di atti amministrativi da emanare, di provvedimenti nei quali determinare le regole da adottare.

Tutto ciò è necessario, ma se il compito di questa parte del tavolo si limita a questo, probabilmente si farà molta fatica a vincere la sfida. Ciò potrà accadere, invece, e in qualche situazione ciò comincia già a verificarsi, dove i tre fattori che ho richiamato vengono messi in sequenza, ma anche laddove dall'altra parte c'è stata l'attenzione a riempire di contenuti, sanitari ma anche di salute, gli adempimenti di questi meccanismi. In altre parole, una lettura non burocratica, non meramente amministrativa, degli adempimenti pur necessari, può facilitare il crearsi di quel circuito virtuoso. Ritorno al dialogo tra il presidente Orlando e l'onorevole Fucci. Non basta la sola politica, occorre un management all'altezza e in linea. La politica da sola, però, anche con un management in linea, non sarà capace di superare eventuali limiti o tentazioni se non c'è un contesto culturale che la sorregga. Non c'è un Paese legale istituzionalmente diverso dal Paese reale e viceversa. Ci possono essere disallineamenti in questa o in quella fase storica, ma tendenzialmente i Paesi si incontrano, o almeno in democrazia dovrebbe essere così. La virtuosità è una risultante di questo incontro felice. Noi possiamo metterci l'impegno e anche qualche *caveat*, qualche attenzione. Secondo me, dire a chi sta da questa parte del tavolo di mettere insieme contestualmente LEA e rientro, livelli essenziali o livelli di assistenza e conti economici è un *caveat* importante. So che, ai tavoli ai quali partecipano, il direttore e i dirigenti dell'Agenzia sottolineano questo aspetto con continuità. Del resto, lo ricaviamo anche dalla relazione semestrale.

PRESIDENTE. Sospendo brevemente la seduta.

(La seduta, sospesa alle 21.10, riprende alle 21.15)

PRESIDENTE. Riprendiamo i lavori.

RENATO BALDUZZI, *presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.)*. Rispondo a due quesiti postumi durante la sospensione della seduta. Riguardo all'aggiornamento dei dati relativi alla spesa sanitaria pubblicati sul sito dell'Agenzia, si sta risolvendo un problema procedurale che riguardava - uso l'imperfetto perché si sta risolvendo, anzi forse è già risolto - l'utilizzazione e l'accesso ai dati del nuovo sistema informativo sanitario da parte degli organi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale. Era un problema in parte tecnico e in parte forse di discrezionalità amministrativa che, però, lo ripeto, si sta risolvendo - o si è già risolto - e questo consentirà al tempo stesso l'aggiornamento del dato e anche una sua più tempestiva fruizione da parte di tutti. In particolare, la possibilità di un accesso diretto rende, per il futuro, più facile l'aggiornamento periodico. Questo non vuol dire che ci siano diverse velocità fra chi accede ai dati, ma che nel tempo l'Age.Na.S. ha sviluppato al suo interno professionalità tecniche tali per cui l'accesso autonomo al dato diventa un *must*, un vantaggio di posizione. Sulla questione della consulenza e dell'affiancamento nei confronti delle regioni, evidentemente il meccanismo è quello che sintetizzavo prima: l'Age.Na.S. affianca, risponde e tende a non sovrapporsi mai, perché altrimenti la partita sarebbe già perduta. Questi meccanismi devono concorrere a mettere - o rimettere - in circolazione un modello che abbia caratteristiche virtuose: può darsi che, per varie ragioni, un certo contesto territoriale non lo abbia mai sperimentato, in quanto ciò che è normale in altri contesti territoriali, può darsi che non lo sia in quello. Ciò va fatto anzitutto attraverso una reciproca fiducia, che non vuol dire da nessuna parte «candore», ma stabilire appunto condizioni di reciproca fiducia.

Potrebbe essere utilizzata anche un'altra modalità, più interventista, ma possiamo tranquillamente dire che, laddove è stata sperimentata, non ha dato esiti. La modalità attenta può darsi possa dare qualche esito. Pertanto, le diverse velocità di impatto dell'Age.Na.S. con le diverse regioni rappresentano semplicemente il risultato di una diversa intensità di dialogo con questo o quel sistema regionale.

PRESIDENTE. Ringraziamo il presidente Balduzzi per questa importante audizione, con l'auspicio che i tempi di maturazione delle regioni siano adeguati, in modo che quella interlocuzione non abbia tempi differenti nelle diverse parti del nostro Paese.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 21,20.