

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

*Mercoledì 14 luglio 2010*

**Audizione del Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute, dottor Filippo Palumbo.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute, dottor Filippo Palumbo. Desidero ringraziare il dottor Palumbo, che è accompagnato dalla dottoressa Lucia Lispi e dal dottor Claudio Seraschi.

Il senso di quest'audizione è evidente: abbiamo l'esigenza di verificare come funziona il rapporto tra centro e periferia nel settore sanitario cioè come in un sistema sostanzialmente federalista e a forte responsabilità delle realtà regionali interagisce la competenza del Ministero, il cui intervento ha lo scopo di evitare che la qualità della garanzia della tutela del diritto alla salute vari a seconda delle diverse regioni. Che essa vari nelle diverse regioni con riferimento a ciò che supera il livello essenziale di assistenza fa parte della diversità regionale, ma se ciò incide sui livelli essenziali di assistenza, cioè sul diritto di cittadinanza in senso lato, è evidente che non può essere accettato. La funzione del Ministero è, dunque, strategica rispetto alla garanzia dell'unità dell'ordinamento con riferimento al diritto alla salute. Il dottor Palumbo ha già partecipato a un'audizione di questa Commissione nella precedente legislatura, il 19 febbraio 2008. Sapete, però, questa che la Commissione nella precedente legislatura ebbe una vita molto breve. Successivamente, nel 2009, è stato ascoltato anche dalla Commissione d'inchiesta del Senato.

Mi permetterò di far avere a tutti i componenti della Commissione i resoconti stenografici delle audizioni del dottor Palumbo del 2008 e 2009 che rappresentano una *roadmap* per tutti noi: contengono, infatti, una chiarissima visione di tutti gli aspetti che riguardano il diritto alla salute, con una forte tensione al cambiamento, che si evidenzia in maniera decisa, sia pure nell'impostazione istituzionale che compete al dottor Palumbo. In particolare, fa riferimento a tutti gli aspetti di nostra competenza, compreso quello forse più importante, cioè come sia possibile coniugare severità e rigore nella gestione finanziaria con la garanzia del diritto alla salute. Se esiste un documento nel quale l'approccio ai piani di rientro non è contabile, è proprio quello del dottor Palumbo; non perché sottovaluti i dati contabili, ma perché ritiene che essi in sé non abbiano valore se non sono riferiti anche a come viene garantito il diritto alla salute. Vi figurano anche alcune sperimentazioni di rilievo; ad esempio, viene descritta l'esperienza veramente interessante del farmacista di dipartimento, sperimentato in alcune strutture ospedaliere, tra le quali il San Vincenzo di Taormina: ci piacerebbe sapere qualcosa di più in merito.

Si pone poi la *vexata quaestio* che riguarda il centro nazionale di controllo sugli acquisti, sui prezzi e anche i DRG, temi di grande attualità, sui quali vi è una competenza specifica ed esclusiva da parte del Ministero. Riguardo ai livelli essenziali di assistenza, ai DRG, nonché ai criteri per gli acquisti e per le forniture, sicuramente al Ministero spetta un potere non soltanto di generico indirizzo, ma molto più incisivo.

Ringrazio ancora il dottor Palumbo, nonché i collaboratori che lo accompagnano, e lo invito a prendere la parola.

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. La ringrazio, presidente, dell'onore che mi è stato accordato di essere con voi a illustrare alcuni temi e anche delle cortesi parole con le quali ha ricordato le considerazioni da me svolte nelle audizioni precedenti. Cercherò di aggiungere alcuni elementi, riprendendo solo alcuni concetti essenziali, che credo possano essere utili per questa Commissione.

Vorrei partire da un'altra recentissima audizione che abbiamo tenuto presso il CNEL, il quale sta effettuando una panoramica degli sforzi per la qualità in tutti i settori della pubblica amministrazione. Fu posta una domanda iniziale: quanto conta per voi il tema della qualità? Sul momento, mi venne in mente un'espressione non casuale: citando un vecchio film *western*, ho detto che è una «sfida infernale».

Effettivamente, la battaglia per la qualità oggi è un elemento dirimente per la sopravvivenza del Servizio sanitario nazionale, e costituisce un tema che esce dall'ambito dell'approfondimento scientifico degli studiosi e degli operatori culturali per diventare materia di governo reale. È una questione senza la quale avremmo seri problemi col Servizio sanitario nazionale.

Intanto esiste un dato che sorprende, perché contraddice un principio di buonsenso, secondo il quale l'alta qualità costa di più. Se compro un'automobile con molti requisiti qualitativi, pago di più perché ci sono elementi qualitativi che comportano costi maggiori per la costruzione del prodotto. Se, invece, compro un'automobile più piccola, per esempio un'utilitaria, pago meno perché sono minori i requisiti qualitativi. In realtà, il buonsenso indica proprio che la qualità in sé dovrebbe costare di più.

Dall'esperienza concreta di questi anni nel Servizio sanitario nazionale emerge invece che in questa fase storica - magari tra 15 anni non sarà più così - siamo in presenza di una verità rovesciata, vale a dire che è la cattiva qualità che costa di più, non l'alta qualità.

Bisogna, quindi, vincere la sfida sulla qualità, anche perché godiamo di un'onda favorevole. Il presidente ricordava che il Ministero della salute è attento nei piani di rientro a guardare non solo il dato economico-finanziario, ma anche quello assistenziale. Oggi abbiamo una spinta favorevole, un'onda che ci sospinge: l'onda della razionalizzazione del controllo dei fattori produttivi e, quindi, del buon uso delle risorse aiuta anche a rendere più qualificata l'assistenza.

Se si guarda indietro e ci si sofferma sulla «macchina» sanitaria si vede che un'azienda sanitaria locale - come fanno molti di voi, che ne hanno fatto esperienza come assessori, o medici, o dirigenti del Servizio sanitario nazionale - è un meccanismo complicatissimo, con linee di produzione sofisticate e una marea di prodotti da mettere sul campo, in cui si pone un problema eccezionale di capacità di controllo delle linee produttive, che, almeno in questa fase, rende la linea produttiva non solo più efficiente, ma anche più efficace.

Pensate, per esempio, alla rete complessa che porta a un trapianto. Non c'è nulla di più complesso oggi di una rete che produce l'evento sanitario trapianto. Se non si ha un perfetto dominio di tutti i segmenti del processo che portano all'evento trapianto, esso non ha buon esito. Se andate a vedere l'attività dei centri trapianti vedrete che i trapianti che hanno *performance* migliori sono anche quelli che comportano costi minori, poiché viene svolto un severo controllo di ogni segmento della catena produttiva.

Vedo questo punto come un ottimismo di fondo. Quando supereremo questa fase, non sarà più così e riprenderà la forbice per cui alta qualità significa alti costi.

Per il momento esiste, quindi, un «ventre molle», con il quale, agendo sulla razionalizzazione dei fattori produttivi, abbiamo il miracolo di produrre anche una sanità migliore.

Per questo motivo sostenevo che si tratta di una sfida infernale, perché la ristrettezza delle risorse, purtroppo confermata dalla crisi internazionale e dai suoi riflessi nel nostro Paese, costringe a un'attenzione fortissima all'utilizzo di fattori produttivi.

Da questo punto di vista a volte c'è, nell'affrontare questi temi, un effetto paralizzante per via del carattere olistico di questi fenomeni, che sono talmente complessi che ci si spaventa a organizzarli. Noi suggeriamo e ci stiamo sforzando di attenerci all'approccio operativamente semplice di alcuni grandi studiosi della qualità. Ne cito due, sui quali i programmatori sanitari della mia generazione si

sono formati e che rappresentano due grandi fari della scienza della qualità in sanità, il professor Avedis Donabedian, un azerbaijano trasferitosi negli Stati Uniti, che ha dato un grande contributo all'impostazione della qualità, e il professor Walter Holland, un europeo che si è a sua volta occupato di questo tema. Entrambi hanno forti tratti in comune e ritengono che la qualità si affronti scomponendo l'analisi, e quindi gli interventi, in tre grandi campi. Citandoli, osserveremo come le mie osservazioni iniziali combacino perfettamente con le loro. La qualità, se ci si riflette, riguarda innanzitutto aspetti strutturali. Se si affida a un operatore sanitario un'indagine qualitativa su un consultorio, l'operatore descrive il consultorio: vi sono una qualità strutturale, muraria, degli ambienti del luogo di lavoro e di assistenza, una qualità delle risorse umane e professionali che vi operano e una qualità delle tecnologie a disposizione della struttura sanitaria. In molti casi ci si può fermare a questi elementi, in base all'assunto che è probabile, anche se non certo, che una struttura ben organizzata, ben dotata e ben costruita produca buoni interventi sanitari. Questa è, dunque, un'analisi per struttura.

Il passo successivo è l'analisi dei procedimenti, cioè delle procedure, quella che gli anglosassoni chiamano *process evaluation*. Data una struttura più o meno buona, che cosa avviene al suo interno? Nell'affrontare un evento sanitario da produrre, l'analisi delle esperienze e della letteratura ci indica, per esempio, che occorre seguire quindici passi, miniprocedure che compongono nel loro insieme una procedura complessa. Ho menzionato i trapianti, ma potrei citare l'amputazione di un arto: recentemente ci è stato segnalato dal dottor Gherardini, che è sostituito oggi dal dottor Seraschi, perché impegnato in una lezione alla Scuola superiore della pubblica amministrazione di Caserta, che in un ospedale svizzero è stata amputata a un paziente la gamba sbagliata. Si è trattato di un errore di procedura, perché tra i passi da compiere nell'affrontare questo tema figura, banalmente, quello di individuare un responsabile che tenga conto di qual è l'emilato da aggredire chirurgicamente. Una piccola *défaillance*, ossia il non aver controllato, ha prodotto un evento drammatico.

Le procedure, cioè i criteri da seguire, sono in genere ben codificabili. Un'analisi della qualità indica quanti passi sono stati compiuti sui 15 che si sarebbero dovuti effettuare. Se ne sono stati compiuti solo 10 su 15, c'è un problema di cattiva qualità, perché i rimanenti 5 non coperti sono a rischio di cattiva qualità o addirittura di un esito infausto. Può esserci, però, anche un effetto opposto, nel senso che le 15 fasi che si dovevano svolgere sono state tutte compiute, ma ne sono state compiute anche altre 5 inutili. In effetti, invece di compiere i 15 passi necessari, se ne compiono 20, di cui 15 utili e 5 non utili.

L'analisi dei processi, che è un tema vastissimo, si basa sull'assunto che, data una qualità strutturale, è probabile che operare in modo corretto sortisca un buon risultato qualitativo e, quindi, un buon evento sanitario. Questo è un altro caposaldo della valutazione qualitativa.

A volte ci si ferma alla valutazione qualitativa strutturale. In sanità tale approccio può essere superato. Quasi sempre ci si ferma alla valutazione delle procedure, cioè al *process evaluation*, perché, come vedremo, il terzo campo è quello più difficile. Ovviamente, nel tema delle procedure rientrano le procedure gestionali, quelle organizzative e quelle clinico-assistenziali, quindi il grande tema delle linee guida o dei protocolli diagnostico-terapeutici, che rappresentano un elemento di riferimento per la valutazione della qualità.

La terza dimensione che ci aiuta a scomporre il *totem* della qualità è la valutazione degli esiti, cioè il risultato. In presenza di una struttura e di buone procedure, come sono i risultati? Esiste un bel centro di cardiocirurgia, con chirurghi che hanno il loro regolare *curriculum* professionale e adeguati infermieri, in cui si compiono le fasi giuste, però il tasso di mortalità a un mese dall'intervento di *bypass* ortocoronarico o di applicazione di uno *stent*, nel caso di cardiologia invasiva, è significativamente diverso da quello che si riscontra in un'altra struttura. È chiaro che da un punto di vista innanzitutto etico, quindi anche politico e scientifico, la valutazione degli esiti dovrebbe essere la regina delle valutazioni di qualità; ambiremmo tutti ad avere sempre la possibilità di effettuare la valutazione degli esiti. Purtroppo, sapete che in sanità ciò è difficile, a causa di due grandi ostacoli tecnici.

Uno di questi è rappresentato, a volte, dalla lunghezza del periodo di osservazione per valutare se un'operazione è andata effettivamente bene. Riusciamo bene in ciò quando si tratta di valutare gli esiti a pochi giorni, con mortalità a sette giorni o a un mese dall'intervento; però il trattamento di un diabetico si osserva dopo anni e, quindi, svolgere studi comparativi sulla qualità basati sugli *outcome* è molto complesso e difficile. Spesso, perciò, ci si ferma alla valutazione delle procedure, che non è empirica, ma basata su studi scientifici che hanno dimostrato l'abbinamento di una determinata procedura a determinati esiti.

Illustro un esempio per tutti: recentemente si è posta l'attenzione sul trattamento chirurgico della frattura dell'anca e si è visto che le procedure organizzative che garantiscono un intervento nelle 24 ore o al massimo nelle 48 ore sono un predittore importante della qualità degli esiti, nel senso che più aumenta il tempo preoperatorio, più le probabilità di esiti invalidanti per l'anziano sono elevate. Purtroppo esiste una variabilità - poi vi forniremo alcuni dati in merito - nel Paese sul numero di giorni che precedono l'intervento per la riduzione chirurgica della frattura al collo del femore veramente da ridurre, perché è inaccettabile.

Sugli esiti è in atto un movimento molto importante, in quanto tale tema è stato uno dei settori di approfondimento individuati, insieme alle regioni, alcuni anni fa in occasione del cosiddetto Progetto Mattoni SSN, un gigantesco progetto collaborativo che ha visto lavorare insieme Stato e regioni su 15 aree tematiche ritenute fondanti per la qualità del Servizio sanitario nazionale, da cui il nome di mattoni. Sono 15 mattoni, non nel senso che sono pesanti, ma rilevanti, uno dei quali è la valutazione dell'*outcome*. Ho portato i volumi, che lascio alla Commissione, che sintetizzano i risultati del progetto. È importante perché a suo tempo - il progetto è stato chiuso nel 2009 - è stato un buon risultato culturale. Oggi si sta andando avanti. Se avrete modo di audire il direttore generale dell'AGENAS, vedrete che l'AGENAS, su *input* del Ministero della salute, ha ereditato molti spunti contenuti in questo documento e sta traducendo, a partire dalle questioni più semplici, la valutabilità degli esiti che oggi è possibile praticare in Italia.

Ovviamente ci siamo dati una strada, quella di partire dagli esiti che si possono valutare sulla base dei dati correnti. Disponiamo, infatti, di banche dati validissime - la dottoressa Lispi è una specialista in materia - e diamo la precedenza alle valutazioni degli esiti per i quali basta consultare le banche dati, per esempio la SDO e il *link* tra questa e le banche dati di sopravvivenza in vita, l'anagrafe o anche l'anagrafe fiscale, per poter iniziare a valutare.

Esiste un cospicuo numero di indicatori di qualità basati sugli esiti che comincia a strutturarsi e diventerà terreno comune. La linea che il Ministro vi potrà confermare, quando lo ascolterete procede con gradualismo per pervenire a un modello di larga trasparenza nella diffusione di tali dati.

Disponiamo di esempi importanti: se guardate il sito del sistema sanitario nazionale inglese, trovate, ospedale per ospedale, notizie che riguardano dati sugli esiti per singolo reparto. Si tratta del modello al quale vogliamo arrivare anche nel nostro Paese. Ci sono già esperienze, per esempio quella della regione Lazio sulle cardiocirurgie. Stiamo lavorando per arrivare a questo obiettivo. È un filone molto affascinante, ma non lo approfondisco ulteriormente, perché richiederebbe molto tempo.

Poiché le valutazioni devono basarsi su dati, nonché su processi reali, vi è un interessante parallelismo sull'evoluzione che, rispetto ai tre approcci di strutture, procedure ed esiti, sta attraversando il Sistema informativo sanitario, ovvero la rete di sensori che il Servizio sanitario nazionale ha creato - devo dare omaggio a un mio grande predecessore, il professor Paderni, che tanti anni fa l'ha messo in piedi, quando nacque il Servizio sanitario nazionale -, lo strumento sul quale viene redatta la relazione annuale sullo stato di salute del Paese. Se lo si va a guardare, si vede come tale sistema ha subito un'evoluzione: in un primo tempo i flussi informativi che l'alimentavano erano soprattutto relativi alle strutture e al numero di ospedali, ambulatori, consultori, centri di salute mentale, operatori - quindi strutture in senso lato - o macchinari esistessero. Un filone del NSIS è chiamato, peraltro, «grandi apparecchiature». Ciò consente la parte dell'analisi qualitativa che si basa sull'analisi delle strutture.

Da alcuni anni a questa parte, il SIS è diventato il NSIS, ovvero il nuovo SIS. La novità è consistita nel fatto che il monitoraggio strutturale è stato affiancato da quello dei singoli eventi sanitari. La prima esperienza gigantesca di monitoraggio degli eventi sanitari è stata costituita dal monitoraggio degli eventi di ricovero ospedaliero, basata sull'informatizzazione delle cosiddette SDO (schede di dimissione ospedaliera). La dottoressa Lispi è a capo della banca dati delle SDO, che contiene milioni di *record* che affluiscono da tutta Italia e consente il monitoraggio degli eventi di ricovero ospedaliero, sia medico, sia chirurgico, sia per acuti, sia per post-acuti, quindi di riabilitazione e di lungodegenza, sia di ricovero diurno o *day surgery*. Le risorse ospedaliere assorbono circa il 45 per cento e tendenzialmente dovrebbero scendere al 44 per cento - oggi siamo al 45-47, in alcune regioni addirittura al 50 per cento - delle risorse del Servizio sanitario nazionale, mentre l'altra metà è popolata di eventi sanitari che fino a poco fa conoscevamo pochissimo. A questa banca dati, che era importante ma parziale, si aggiungono altri dati.

La realtà è in forte evoluzione in due grandi campi, prima poco noti. Gli eventi sanitari riguardano le prestazioni della specialistica ambulatoriale. Si è partiti da alcune iniziative regionali, che prevedevano l'informatizzazione delle ricette utilizzate presso i centri specialistici ambulatoriali, poi ciò è stato integrato e, anzi, di fatto superato e assorbito dall'operazione tessera sanitaria, avviata con la legge finanziaria di alcuni anni fa, che prevede una centralizzazione di tutti i dati delle ricette spedite presso i centri specialistici e le farmacie. Di fatto, dopo alcuni anni di rodaggio, oggi abbiamo i primi *report* sull'attività erogativa che riguarda le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e quelle di assistenza farmaceutica territoriale, ossia la ricetta spedita e quindi il farmaco ritirato in farmacia, coprendo la gran parte della farmaceutica territoriale.

Il 45-50 per cento è, dunque, costituito dalle SDO, mentre i due mondi della farmaceutica e della specialistica ambulatoriale assommano un altro 27 per cento; siamo, quindi, al 77 per cento.

Recentemente sono stati varati, e con l'anno prossimo cominceranno a fornire i primi dati, ulteriori sistemi di monitoraggio degli eventi sanitari. Uno riguarderà le esperienze di assistenza domiciliare, un settore crescente di attività, che oggi assorbe circa il 3-4 per cento, ma tendenzialmente si dovrà espandere al 10-15 per cento. Un secondo è il settore di assistenza residenziale extraospedaliera, che è imponente; ormai in alcune regioni la numerosità dei posti letto di residenza extraospedaliera supera addirittura il numero di posti letto ospedalieri. Si tratta, dunque, di un settore di osservazione fondamentale perché buona parte dell'assistenza ai non autosufficienti si svolge nelle strutture residenziali e semiresidenziali. Un altro flusso riguarderà un segmento piccolo, ma di grande interesse qualitativo, ossia il 118 e il pronto soccorso, quindi gli eventi di emergenza-urgenza, e un altro ancora alcuni settori particolari relativi alla salute mentale.

Come vedete, la filosofia in base alla quale all'attenzione sulle strutture viene affiancata la valutazione sugli eventi sanitari è ormai una realtà.

La fase successiva, la terza evoluzione del NSIS, riguarderà quello che vi preannunciavo, ossia la valutazione degli esiti, resa possibile anche dal *linkage* tra le diverse banche dati, e quella dei percorsi, che secondo me offrirà spunti di approfondimento qualitativo fondamentali.

Oggi, per esempio, si sa che un paziente ha subito l'amputazione di un arto per diabete. Già oggi è possibile, in alcune regioni, ma presto lo sarà in campo nazionale, ricostruire la storia del paziente che ha avuto un esito qualitativo così scadente - per usare un eufemismo - e drammatico, caratterizzato dal fallimento assistenziale sfociato nell'amputazione di un arto per diabete. Sappiamo, infatti, che si tratta di un evento sentinella: se si arriva a ciò, significa che ci sono state *défaillance* nel trattamento del paziente.

Sarà possibile quindi ricostruire la storia assistenziale, a partire dalle singole prescrizioni, per capire se il paziente ha mai effettuato esami di carattere specialistico che affiancassero il medico di famiglia e lo specialista diabetologo per capire che c'era un'evoluzione in atto verso tale situazione, o verso la cecità - ci sono, infatti, molti casi di cecità connessi al diabete - o verso patologie vascolari gravi degli arti. Questa è la terza fase.

Il sistema, dunque, si sta assestando e sta trovando i suoi assi di riferimento. Agendo su tutti e tre i tasti, ossia qualità delle strutture, delle procedure e degli esiti, abbiamo modo di applicare questa

filosofia, di cui troverete traccia nelle mie audizioni precedenti, che, anche di fronte all'accelerazione federalista della realtà sanitaria italiana, tende sempre più a sostituire la classica struttura piramidale gerarchica, in cui c'era un centro che comanda, un centro intermedio che trasferisce i comandi e un centro periferico che esegue, con un modello di *governance* complessa. In un convegno internazionale di confronto tra i Paesi europei dell'OMS di medie dimensioni, al quale oltre all'Italia erano rappresentate Spagna, Gran Bretagna, Francia, che hanno un problema di rapporto tra centro e periferia analogo al nostro, l'OMS ha inventato, come fa a volte in alcuni bellissimi slanci culturali, un termine nuovo. Non ha parlato di *governance*, ma di *stewardship*, che significa proprio un'azione di accompagnamento per mano. Lo *steward* è colui che esercita un minimo di autorevolezza, da cui il suffisso *-ship*, però con un compito quasi di servizio, di aiuto. Vi è, dunque, un'opera di affiancamento, aiuto e superamento, che, secondo noi, rappresenta la chiave produttiva di una dimensione su più livelli istituzionali: Stato e regione, regione e aziende sanitarie locali. Stiamo concependo tale azione di *stewardship* con un approccio darwiniano, basato sul concetto che la selezione fa bene e che la sopravvivenza delle specie è affidata a meccanismi selettivi. Nel caso di Darwin, però, essi sono casuali e la natura ci mette la sua magia. Nel nostro caso non possiamo consentirci i tempi plurisecolari della selezione naturale. Dobbiamo, invece, guidare la selezione, avendo un disegno programmatico in testa, un modello di riferimento rispetto al quale cerchiamo di plasmare la realtà che governiamo. Lo facciamo, però, con un meccanismo darwiniano, applicando pressioni selettive: come uno schiacciapatate fa passare dai pori la parte buona della patata, ma lascia dentro la parte non buona, le cattive pratiche devono essere schiacciate, compresse e sterilizzate, mentre quelle buone vanno, invece, favorite. Una volta che le erbacce sono state tolte, esse devono avere lo spazio per espandersi e averla vinta sulle cattive pratiche.

Procediamo sostanzialmente con due approcci. Il primo è di tipo valutativo: riteniamo che ci sia un grande valore modificativo della realtà nella diffusione dell'informazione. Prima si citava l'aspetto comparativo, il lavoro per *benchmark* di analisi della variabilità, un approccio cui è sottesa questa filosofia. Perché confrontare una cardiocirurgia che ha una bassa mortalità con una che ha un'alta mortalità, magari con costi maggiori? Lo si fa per avvertire i pazienti, che è fondamentale, ma anche perché per chiedere al centro che ha un'alta mortalità e magari costi più alti di andare a rivedere il perché di tale situazione e quindi adeguare le proprie pratiche, copiando utilmente le buone pratiche del centro virtuoso.

L'analisi valutativa ha un grande valore di per sé modificativo della realtà. L'osservatore modifica la realtà, il solo fatto di osservare modifica la realtà. Dobbiamo essere consapevoli di questa caratteristica e guidarla e utilizzarla a nostro favore. L'altra pratica è quella di non aspettare l'osservazione. Ci sono alcune pratiche di buona efficacia ed efficienza che la letteratura ci consegna. È inutile aspettarne la verifica sul campo. Abbattere i tempi preoperatori della chirurgia dell'anca è fondamentale: compiremo anche l'analisi italiana, ma ce lo indica la letteratura internazionale. Vanno abbattuti in tutti i centri i tempi di trattamento dell'aggressione chirurgica della frattura dell'anca. La linea di portare tutti i centri a intervenire entro le 48 ore è una buona pratica che può essere diffusa anche se non avessimo studiato a fondo tutte le ortopedie italiane. Si pone, dunque, il grande tema delle linee guida, le quali sono innanzitutto diagnostico-terapeutiche o assistenziali in senso lato, però, a volte, anche operazionali e gestionali.

Cito un esempio: uno dei fattori di produzione mal controllato è indubbiamente il personale. Il più importante fattore produttivo di cui disponiamo, ossia il personale del Servizio sanitario nazionale, è un settore nel quale altri settori della vita economico-sociale del Paese potrebbero aiutare ad assumere modelli di governo più spinti, un settore che, nella nostra valutazione, presenta margini di miglioramento molto forti.

Abbiamo recentemente svolto un approfondimento su come le aziende sanitarie locali usano un fondamentale strumento di governo del personale, i cosiddetti fondi della contrattazione integrativa aziendale, e sono emersi risultati sorprendenti. La regola che citavo prima, per la quale dove c'è qualità ci sono costi maggiori, si ritrova anche in questo campo: c'è un'esuberanza nel ricorso a

questi fondi molto più ricca, paradossalmente, proprio nelle realtà ospedaliere che magari garantiscono *performance* peggiori. È un peccato, perché l'utilizzo dei fondi della contrattazione integrativa è un volano importante nel governo del personale, come lo è anche il premio riconosciuto alla posizione che si occupa dell'organizzazione. Anche in questo caso, notiamo che avere molte posizioni organizzative, che comportano una remunerazione aggiuntiva, non sempre si accompagna alla qualità.

Ci sono buone pratiche da diffondere: come si calcola il numero ottimale di posizioni organizzative da assumere come riferimento? Quanti primari devono esserci per 100 posti letto? Quanti dirigenti infermieri occorrono? In una logica di *stewardship*, dobbiamo renderci conto che, al di là dell'entusiasmo, poiché la sanità è un argomento difficile, si verifica talora uno smarrimento organizzativo.

Un tema che trovate in tutti i convegni e che chissà quante volte sarà risuonato in questa sede è il rapporto ospedale-territorio. Con l'aiuto dell'Università Bocconi di Milano abbiamo provato a vedere le buone pratiche dell'integrazione ospedale-territorio in Italia. La Bocconi ci ha aiutato a capire che tale rapporto si effettua attraverso 12 passi. Non c'è bisogno di farsi una grande cultura; basta leggere questo approfondimento, che magari metteremo a disposizione, in cui sono indicati 12 approcci operativi per attuare il rapporto ospedale-territorio. A volte basta una linea telefonica alla quale risponde un infermiere, con una sorta di *counseling* telefonico, a un paziente domiciliare che, preso dall'angoscia, riferisce qualcosa che non va, per creare integrazione ospedale-territorio. Oppure esiste un meccanismo di dimissioni protette o di coinvolgimento del medico di famiglia nella fase di ricovero ospedaliero. Su questo fronte ci stiamo impegnando molto.

Come avrete notato, dobbiamo tener conto anche della peculiarità istituzionale. Il presidente Orlando osservava che la Commissione è molto interessata a capire, anche magari attraverso il raffronto con gli altri Paesi, qual è l'impianto. Ripeto alcune considerazioni che ho già svolto nelle altre audizioni, ma che sono ancora valide.

Intanto dobbiamo avere la consapevolezza che il Paese, nel rapporto centro-regioni, in realtà si è ormai stratificato su tre fasce, ciascuna con una peculiarità di problemi.

La prima fascia è costituita dalle regioni a statuto speciale, che, tranne per il caso della Sicilia, che vive un rapporto particolare perché vede ancora alimentato il finanziamento dei propri servizi sanitari attraverso una partecipazione dello Stato, sono fuoriuscite, compresa la Sardegna due anni fa, dal meccanismo allocativo di quello che una volta si chiamava Fondo sanitario nazionale e che oggi è costituito dalle disponibilità finanziarie complessive che lo Stato stanziava per il Servizio sanitario nazionale. Si sono, cioè, impadronite di un'autonomia impositiva che le rende del tutto autonome.

Esistono, tuttavia, alcuni problemi. Se si guardano i dati, ci si accorge, per esempio, che il dato di spesa in alcune regioni a statuto autonomo è notevolmente elevato. Va considerato che spesso, contraddicendo la regola da me citata all'inizio, in questo caso ad alti costi corrisponde una qualità notevole. È il caso delle province autonome di Bolzano e di Trento, che hanno una spesa *pro capite* di un certo rilievo, ma indubbiamente presentano una ricchezza di servizi che in parte spiega i costi eccessivi. Probabilmente, però, fenomeni di inappropriatazza cominciano a manifestarsi anche lì e una spia potrebbe essere il grande ricorso che si fa al ricovero all'estero. Si verifica una migrazione sanitaria molto spinta, in particolare dall'Alto Adige nei confronti dell'Austria, che da una parte riflette - credo - un'ovvia comunanza di tradizioni, ma dall'altra è deleteria, perché non sempre la qualità degli ospedali austriaci è migliore di quella di ospedali italiani raggiungibili nello stesso arco temporale. Tale fenomeno di migrazione potrebbe essere una spia di un disagio dei cittadini.

Si pone, quindi, un problema di rapporto con queste regioni. C'è poco da fare in merito: il riferimento è unicamente l'articolo 120 della Costituzione, che prevede, nel caso di eccezionali *défaillance* di una regione, anche autonoma, nel garantire il livello assistenziale dovuto, un teorico potere sostitutivo. Non è questo il caso, perché, come ho riferito, le suddette regioni hanno un buon livello qualitativo. È un'ipotesi di scuola: se una di queste realtà decidesse per principio di delegare l'assistenza ai malati portatori di sofferenza psichica e di non occuparsi più di salute mentale, lo

Stato centrale dovrebbe intervenire anche con poteri sostitutivi. Ripeto, però, che è un'ipotesi di scuola.

Nelle analisi includiamo sempre tali regioni e c'è una grande disponibilità da parte loro a confrontarsi con le altre. Non si sono mai arroccate sull'Aventino, ma hanno mostrato grande disponibilità a entrare nel vivo del confronto. Anzi, la provincia autonoma di Trento su alcuni aspetti, come l'*Health Technology Assessment*, ci ha dato una mano, anche tramite convenzioni, ad aiutare le altre regioni.

All'altro estremo ci sono le regioni interessate dai piani di rientro, in cui la *stewardship* si esercita nell'azione ormai classica di affiancamento, che ormai riguarda un numero cospicuo di regioni. Erano sette: la Liguria e la Sardegna hanno terminato; la Sicilia ha terminato, ma, con una disposizione contenuta nel decreto-legge n. 78, ha la possibilità, che pare voglia utilizzare, di continuare nel piano di rientro ancora per alcuni anni per completare il processo di riorganizzazione del sistema; le altre quattro, Campania, Molise, Abruzzo e Lazio, stanno continuando con la forma del commissariamento; la Calabria si è aggiunta recentemente. Entro il 31 luglio dovrebbero sottoscrivere i piani di rientro anche la Puglia e il Piemonte. Tolte le regioni autonome, quasi metà del Paese è caratterizzato dalla dimensione dei piani di rientro.

Nella fascia mediana si trovano tutte le altre regioni, che hanno un buon profilo di costi, di equilibrio di bilancio e di qualità assistenziale.

Quali sono i meccanismi? Per le regioni a statuto speciale, l'unico invocabile, come anticipato, è l'articolo 120 della Costituzione, per casi di grave *défaillance*.

Per le altre, invece, vi è il meccanismo generale del sistema di garanzia contenuto nell'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000, che richiamo perché sarà utile tenerlo presente quando sarà varato il nuovo decreto legislativo sul federalismo fiscale. Quando la prima forma del federalismo fiscale, nella versione Giarda, tolse, con aggiustamenti successivi, il vincolo di destinazione delle risorse, cautelativamente, con grande saggezza, il legislatore, per via di decretazione, aggiunse all'articolo 9 la creazione di un sistema di garanzie. Tolto il vincolo delle risorse, nel senso che in teoria, se viene garantita la sanità, una parte del risparmio può essere conservato dalla regione per altri settori, deve essere, però, assicurata la garanzia dei servizi sanitari. Fu, dunque, introdotto questo sistema di garanzia, ex articolo 9 del decreto legislativo n. 56, che dà luogo a una verifica annuale, curata attraverso la produzione di un rapporto, piuttosto complesso nella sua redazione - quello che vi presento è ancora il rapporto 2005-2006, mentre per gli anni successivi è in preparazione - basato su un *set* di indicatori fissato da un decreto ministeriale, tenendo presente il DPCM sui LEA, su cui le regioni vengono misurate. Anche da tale rapporto, in teoria, potrebbe partire una segnalazione per l'attivazione di poteri sostitutivi o, come affermava Giarda, di sospensione dell'autonomia fiscale.

Bisogna tenerlo presente perché, secondo me, una riedizione dell'articolo 9 nella nuova versione del federalismo fiscale è consigliabile. Le regioni, anche quelle a statuto speciale, che in teoria ne erano fuori, l'hanno compilato e anche di questo vi lascio traccia.

Questo è, dunque, il primo sistema di pressione basato su un approccio valutativo comparato.

L'altro è basato su un'intuizione emersa nel patto Stato-regioni nel 2001, confermato dapprima dall'accordo della salute sottoscritto dal Ministro Turco nel 2006 e poi, successivamente, nel nuovo Patto per la salute del 2009.

Tale approccio è basato sull'idea di concedere definitivamente in termini di cassa una quota del fabbisogno sanitario, che una volta avremmo chiamato quota di riparto e che oggi chiamiamo fabbisogno regionale e che prima era intorno al 4-5 per cento e poi si è stabilizzata intorno al 3 per cento, solo se la regione supera una verifica annuale con due grandi filoni, uno seguito prevalentemente dai colleghi del Ministero dell'economia e delle finanze, relativo agli aspetti economico-gestionali, e l'altro, seguito da noi, relativo alla qualità dell'assistenza in generale, nei suoi mille rivoli.

Si è costituito, nel corso degli anni, un *set* di indicatori e due comitati diversi che lavorano separatamente e poi si uniscono le rispettive risultanze. Un tavolo fa capo al Ministero

dell'economia e delle finanze e uno a noi, il primo *ex* articolo 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, il secondo *ex* articolo 9 della stessa intesa.

Il nostro si chiama Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, è seguito dall'ufficio della dottoressa Lispi e sottopone ogni anno la regione a una batteria di indicatori aggiuntivi rispetto a quelli del monitoraggio del federalismo fiscale, che sono anche di carattere maggiormente procedurale.

In questa azione di *stewardship*, anche a differenza dell'approccio dell'altro tavolo, che ha vincoli economici più stringenti, non utilizziamo quasi mai in questi tavoli un approccio basato sulla logica del bocciato-promosso. Soprattutto nei primi anni abbiamo, in realtà, delineato una fotografia della situazione delle diverse regioni e concepito l'esame annuale come un appuntamento nel quale si valuta rispetto non a uno standard definito, al di sopra il quale si è bravi e al di sotto sotto no, ma ad alcuni obiettivi costruiti per rientrare nello standard. Di anno in anno, in realtà, si va dunque a misurare non tanto la situazione rispetto allo standard, ma al grado di avanzamento operato rispetto a quanto concordato negli anni precedenti.

Esiste un lavoro che inizia mesi prima. Si è dovuta costruire una piattaforma informatica per cui tutti i documenti - questo farebbe contento il Ministro Brunetta - viaggiano ormai per via telematica, mentre i primi anni arrivavano volumoni di delibere e leggi. Oggi, invece, tutto viaggia per via informatica e viene diramato ai diversi uffici ministeriali, ciascuno responsabile di una parte della valutazione, e alla fine tutto torna. Infine, si tiene una seduta di verifica, con la quale si opera. Il cuore di questo monitoraggio attiene proprio al tema del mantenimento dell'erogazione dei LEA attraverso una griglia di indicatori, che vedete sviluppata.

Quelli illustrati sono, pertanto, i principali strumenti di monitoraggio con i quali giochiamo il rapporto tra centro e periferia. Ora devo essere efficiente e, quindi, compattare i temi per dare spazio dignitoso alle altre due tematiche trattate nella mia relazione, ossia come ciò che ho illustrato si riflette sui LEA e sui tempi delle liste di attesa.

I LEA sono la stella polare del quadro di riferimento che vi ho tracciato. Sono una ricchezza del nostro Paese, perché proprio nel raffronto con gli altri Paesi ci accorgiamo che in altre realtà assistenziali vi è una definizione meno puntuale delle prestazioni cui il cittadino ha diritto per vedersi garantito il diritto alla salute.

Il merito va alla grande sperimentazione condotta dal decreto legislativo n. 502 del 1992, che introdusse il concetto di livelli essenziali e appropriati di assistenza, con un grande successo ratificato dal fatto che la modifica del Titolo V li ha assunti proprio nella Carta costituzionale. Prima avevamo solo l'articolo 32, secondo cui il diritto alla salute c'è o non c'è, tanto che spesso era il giudice del tribunale a decidere se era soddisfatto. Se l'ASL non garantiva una cura, il cittadino si recava davanti al giudice ordinario a denunciare che non era stato garantito il diritto alla salute e il giudice doveva applicare tale norma generale.

La modifica del Titolo V ci fa compiere un grosso passo avanti, perché concretizza il diritto alla salute in una lista di prestazioni, interventi e attività da garantire in un dato periodo storico, che, anche con un occhio al quadro delle compatibilità economiche del Paese, danno per soddisfatto il diritto alla salute, attraverso un'elencazione di prestazioni e, quindi, anche di possibilità di abbinamento di prestazioni.

Sostengo sempre che bisogna avere la consapevolezza che tali prestazioni non garantiscono la totalità dei bisogni sanitari, ma hanno il vantaggio di garantirne la quasi totalità e di poter essere numerate, valutate periodicamente, standardizzate e, quindi, di poter consentire valutazioni di efficacia ed efficienza senza le quali saremmo disarmati e non potremmo promuovere la qualità. Vengo al tema dei DRG, introdotto dal presidente. Anche se i DRG hanno un utilizzo remunerativo, sono un buon esempio. Uno degli elementi di pressione è rappresentato dalle politiche remunerative di una struttura: quando si doveva remunerare un ospedale, storicamente lo si faceva remunerando i fattori produttivi, in base alla spesa storica di personale e servizi.

Poi si passò a remunerare le giornate di degenza che, attenzione, erano a loro volta un fattore produttivo. Le risorse erano spese attraverso il consumo di giornate di degenza in ospedale.

Quindi si è verificato il salto ai DRG, in cui non sono più remunerati i fattori produttivi, ma il risultato, cioè il fatto che è stato trattato un caso ed è stato risolto un problema sanitario.

A suo tempo si è posto un gigantesco problema di classificazione, in quanto i milioni di pazienti che transitano nei nostri ospedali, se ci riflettete, dal punto di vista ontologico, sono realtà irripetibili. Il malato si porta dietro un vissuto, una peculiarità di bisogni, che rappresenta un'esperienza irripetibile. È mai pensabile porsi un profilo remunerativo per ognuno? Contrasterebbe con tutte le buone regole remunerative.

Fu, quindi, studiato un sistema di classificazione di circa 500 classi, nelle quali erano ricompresi i milioni di casi trattati nei nostri ospedali.

Classificando i LEA, dobbiamo mantenere un giusto rapporto tra sensibilità a cogliere i bisogni e specificità della risposta da dare. C'è sempre un compromesso: quando, per esempio, tramite l'Unità di valutazione multidimensionale, si prospettano 15 opportunità da offrire all'anziano: può andare in una RSA, una struttura semiresidenziale, oppure può avere una assistenza domiciliare integrata, una forma di ospedalizzazione domiciliare, oppure ancora un'assistenza programmata, una semplice visita di un infermiere due volte la settimana. Ciò significa che, attraverso queste 15 classi, si ha la quasi certezza di cogliere i bisogni della totalità degli anziani.

Lo stesso discorso vale per i DRG: attraverso 500 classi si devono cogliere, con un compromesso tra sensibilità e specificità, le peculiarità di ogni intervento trattato in ospedale.

È evidente che, perché ciò sia vero, il modo di effettuare la classificazione deve essere sensibile. Credo che il presidente abbia citato questo tema perché gli arrivano delle lamentele. Alcune di esse, da parte dei clinici, indicano che il tipo di intervento realizzato non è ben riconosciuto nella classe di DRG cui appartengono e, quindi, nel sistema di remunerazione, perché in realtà si compiono operazioni diverse rispetto a quelle previste nel DRG.

Ci stiamo lavorando. Fino ad oggi avevamo un vantaggio e uno svantaggio. Compiere quest'operazione, in fondo, è stato un successo nel nostro Paese. Ricordo che quando furono introdotti i DRG gli specialisti li guardavano con la puzza sotto il naso, ritenendo impossibile che gli ospedali, se non forse quello di Milano, riuscissero a compilare la SDO. Le SDO sono state, invece, un grande successo. Tutti gli ospedali per ciascun caso di ricovero le hanno sapute compilare. L'abbiamo potuto realizzare perché abbiamo sostanzialmente mutuato il modello statunitense, come hanno fatto altri Paesi europei. Più è passato il tempo, però, e più ci siamo resi conto che il modello classificativo adottato dagli americani tendeva a non fotografare bene la specifica realtà italiana.

Vi cito un solo dato. Nel modello classificativo attuale, per distribuire i pazienti nella casella giusta teniamo conto di circa 3 mila procedure medico-chirurgiche, che vanno dall'applicazione del catetere venoso a quella di uno *stent* e via elencando. Oggi l'evoluzione della tecnologia ha aggiunto altre procedure, che stentano a classificarsi in queste 3 mila.

In analogia alle scelte compiute da altri Paesi europei, abbiamo deciso con le regioni di sganciarci dal modello statunitense e di crearci una cosiddetta versione italiana proprietaria del sistema DRG. Utilizzeremo, cioè, la metodologia, ma la adatteremo alla realtà italiana.

Nei prossimi mesi dovrà partire, pertanto, un «mattone» aggiuntivo, in cui si varerà il sistema di DRG italiano, che sarà più sensibile e specifico rispetto alla prassi operativa che usano i medici italiani. Credo che ciò dovrebbe diminuire il tasso di proteste che probabilmente giungono anche a questa Commissione, perché chiameremo i clinici ed insieme a loro elaboreremo la nuova classificazione.

In merito alla definizione dei LEA, ho illustrato la filosofia, mirata a individuare alcune classi ed effettuare un periodico aggiornamento. Sorvolo sul fatto che l'ultimo è attualmente all'esame del Ministero dell'economia e delle finanze, che non ha dato ancora l'approvazione finale. Credo che l'esame sia coinciso con le vicende della manovra e vedremo che cos'accadrà nei prossimi mesi. I LEA sono stati elaborati avendo in sé il concetto dell'appropriatezza. Il LEA, cioè, non è solo definito, ma è anche accompagnato da una valutazione delle condizioni di applicazione, quindi di appropriatezza. Tale richiamo, insieme al concetto dinamico della definizione dei LEA, di versione

in versione si arricchisce: mentre la prima lista era statica, quella del 2001 era già dinamica e la nuova lo sarà ancora di più.

L'altro elemento è l'attenzione all'obsolescenza delle procedure medico-chirurgiche.

Sui tempi di attesa lascerò documentazione o la invierò nei prossimi giorni, ma rilevo che è stato compiuto uno sforzo enorme.

Nel 2002 il tema liste d'attesa fu ritenuto di tale importanza da concepire il relativo documento condiviso Stato-regioni come un allegato al DPCM del 2001. Il ragionamento svolto fu, giustamente, il seguente: se non si garantiscono tempi adeguati, di fatto si determina una vanificazione dei LEA. Si possono descrivere benissimo i LEA ma, se li si garantisce in tempi inappropriati, è come non averli garantiti. Un adeguato tempo di attesa, con l'allegato aggiunto al DPCM del 2001 nel 2002, è diventato dunque un elemento costitutivo dei LEA.

Dopodiché, è iniziato un lavoro con le regioni che è ancora in pieno corso. Secondo me - chiudo con queste valutazioni finali - una delle difficoltà scontate è l'indeterminatezza dell'ambito dei problemi da affrontare.

Provate a riflettere partendo da un presupposto: chi è il responsabile di un cattivo mantenimento dei tempi di attesa? In effetti, lo sono un po' tutti; infatti, i cittadini si rivolgono a tutti. Si rivolgono al ministro chiamato in causa, dai cittadini e a volte anche dai parlamentari, che tramite interrogazioni lo sollecitano a spiegare perché i tempi di attesa sono tanto lunghi in una data regione. Vi è, quindi, una chiamata alle rispettive responsabilità. Sono responsabili anche la regione, che indubbiamente ha una quota rilevante di responsabilità, il direttore dell'Azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, il direttore del presidio ospedaliero o del presidio ambulatoriale, il direttore del reparto e il primario, direttore di struttura complessa.

Da questo punto di vista, la svolta che, secondo me, è stata in un certo senso sottovalutata, ma che vogliamo riprendere, è data dal fatto che l'accordo sottoscritto nel 2006 in effetti operava una chiarificazione. È evidente, infatti, che i compiti dello Stato sono quelli di regolamentare bene la materia, nei limiti in cui la riforma del Titolo V ci consente di effettuare una valutazione, ossia di fornire documenti tecnico-scientifici che indichino le priorità e le appropriatezze.

La regione ha indubbiamente il compito di agire sulle leve strutturali del sistema, cioè sui meccanismi fondanti che generano le liste d'attesa, come gli impianti organizzativi e il rapporto ambiguo con le attività libero-professionali, e varare un programma regionale che deve garantire la graduale modifica delle condizioni strutturali che giustificano o sorreggono tempi di attesa tanto lunghi.

Soprattutto, però, come ben espresso dal piano del 2006, è individuato un responsabile primario, cioè il direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale, azienda garante della messa a disposizione dei LEA ai propri cittadini assistiti. C'è, dunque, un soggetto individuato come maggiormente responsabile rispetto agli altri, il direttore generale dell'azienda territoriale, la quale, indipendentemente dal luogo in cui la prestazione viene fornita, deve, per così dire, «rompersi le gambe», andare a bussare alle porte e richiamare il direttore generale dell'azienda ospedaliera o della struttura privata accreditata a garantire in tempo utile delle visite, per esempio di una visita oculistica, per citare un caso banale.

Tale compito era talmente oneroso che giustamente lo si limitò a 100 prestazioni, quelle su cui ricevevamo le lamentele maggiori. Sono stati messi in campo programmi aziendali che dovevano garantire, anche vendendo l'anima al diavolo, il mantenimento dei tempi di attesa.

Questa è la filosofia dell'accordo del 2006, che è rimasta la stessa. Si è verificato poi il cambio di alcuni Governi e forse nell'agenda delle priorità questo tema non sempre si è mantenuto al primo posto.

Oggi torna d'attualità e stiamo per varare con le regioni un aggiornamento del programma del 2006, che fa salva la distinzione di diversità di ruoli. Anziché ancorare l'impegno massimo del direttore generale aziendale territoriale alle 100 prestazioni, che, per la verità, furono selezionate in base a un criterio empirico di recepimento di disagi e avevano il limite di essere atomizzate, l'unica operazione che si compie, soprattutto su impulso del Ministro Fazio, è quella di concentrarle su due

grandi aree, il cardiovascolare e l'oncologico, due super-priorità.

Non solo vi è una delimitazione tematica, ma anche una relazione tra le diverse prestazioni. Vigge, cioè, il concetto che non occorre garantire solo la mammografia, un classico tema, ma anche gli interventi di presa in carico precoce e tempestivo della paziente, che entra giustamente in ansia perché qualcosa non va nella mammografia di *screening* o in quella diagnostica, alla quale quindi vanno garantiti con tempi ultrarapidi il completamento dell'esame diagnostico e il trattamento chirurgico ed eventualmente radioterapico e chemioterapico.

Questa è la filosofia del nuovo accordo che proprio in queste settimane è in discussione in Conferenza Stato-regioni.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Palumbo. Credo che la sua relazione sia stata di grandissima utilità per la Commissione perché lei ha sostanzialmente girato intorno a un punto fermo, ossia la dimensione sistemica dei problemi e della loro soluzione in materia sanitaria, il che mi sembra il contributo più importante, che mi permetto di sottolineare. Avendo preso le mosse da una «sfida infernale», con grande ottimismo ha riconosciuto che, poiché stiamo male, non possiamo che migliorare, o meglio, ha esortato a utilizzare l'*handicap* come risorsa per un miglioramento. Mi sembra che ciò sia emerso anche nella valutazione che la dimensione sistemica non riguarda soltanto il rapporto centro-periferia, ma anche quello tra operatori sanitari e *manager* e tra strutture, procedure ed esiti.

Credo che si possano aggiungere anche i bilanci, a completamento. Voglio ricordare che uno studioso di bilanci delle aziende private ha scritto un volume scientificamente motivato, nel quale, avendo esaminato i bilanci della società Chievo, aveva affermato che con simili bilanci la squadra non potesse che vincere. Così è stato, ma poi sono cambiati i bilanci e anche i risultati. Da un'osservazione meramente contabile di impostazione del bilancio, si poteva dunque prevedere che la squadra avrebbe vinto, ancorché non fosse espressione di una grande città, ma di un quartiere di una città di medie dimensioni.

Mi sembra, ancora, che la dimensione sistemica sia nel rapporto fra i LEA, i DRG e i tempi di attesa e che sia interessante prendere atto della volontà di modificare gli accordi del 2006. I nuovi DRG all'italiana, per attenerci alla sua terminologia, in che tempi e con quali strumenti pensa che verranno approvati? È un passaggio che mi sembra importante, come lo è ricordare l'aggiornamento delle modalità di intervento sui tempi di attesa, con nuove responsabilità e nuove aree rispetto ai casi previsti.

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Abbiamo individuato le risorse per compiere questa operazione, appoggiandoci sulle possibilità offerteci nell'ambito dei progetti per gli obiettivi di piano, di cui non ho avuto modo di parlare ma che rappresentano una quota con modalità allocative particolari, e stiamo aspettando che le regioni, che hanno avuto un travagliato cambio di guardia, ci indichino la regione capofila.

Dal momento in cui essa sarà individuata e contrattualizzata occorreranno circa due anni. Saranno, però, due anni spesi bene, perché si tratterà di un'operazione che cambierà un po' il sistema. Sarà prevista una consultazione di massa di tutti i gruppi professionali - ortopedici, chirurghi, oculisti e altri specialisti - i quali saranno chiamati a riflettere con noi. Secondo me, quindi, l'operazione darà i suoi frutti in corso d'opera.

Quando, per esempio, discuteremo con i radiologi le procedure utili a conseguire un risultato terapeutico in ospedale, compiremo anche un'operazione di pulizia di procedure inutili. Quest'operazione servirà a produrre il nuovo schema. Contiamo di passare dalle circa 3 mila procedure censite a circa 9 mila; alcuni Paesi europei arrivano addirittura a 18 mila, ma noi la riteniamo una dispersione esagerata. Il sistema diventerà molto più sensibile, ma, nel decidere quali 9 mila procedure vi rientreranno, sarà compiuta un'operazione gigantesca, che vedrà coinvolte non solo le regioni. Sarà di per sé un'operazione di pulizia del sistema.

Serviranno, quindi, due anni per vedere varato il prodotto, che già, secondo me, per il modo in cui l'operazione verrà condotta, saranno modificativi della realtà.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Non posso che ringraziare il dottor Palumbo per la significativa relazione dalla quale sono emerse valutazioni importanti. Aspettiamo di ricevere la documentazione fornita dal direttore. Molti altri dati saranno, però, utili per comprendere lo stato di salute della nostra comunità sulla frontiera delicatissima del diritto universale alla salute. Vorrei sapere a quale anno sono riferiti gli ultimi dati, se al 2008 o al 2009.

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Dipende dal tipo di elaborazione, perché ogni tipo di approfondimento ha richiesto tempi diversi. Alcuni sono del 2008 e altri del 2007. Per il 2009 è troppo presto, anche se è già pronto un primo *report*, che magari vi faremo avere.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Sarebbe utile avere questi dati per intrecciarli con l'ipotesi dei costi standard. Nei prossimi mesi, infatti, andremo incontro a modifiche sostanziali determinate dal federalismo fiscale. Vedremo quando ci sarà una determinazione innanzitutto da parte del Governo su come impostare i nuovi criteri di spesa anche nella sanità, però non c'è dubbio che la spesa sanitaria sarà fortemente condizionata dai costi standard e non più dalla spesa storica, anche a seguito del federalismo fiscale. Pertanto, si dovranno mantenere i livelli essenziali di assistenza e ci si augura che in tutto il Paese ci possa essere un allineamento ai livelli di qualità che in alcune regioni sono rilevanti e in altre, purtroppo, segnano il passo.

Le pongo, infine, un'ultima domanda: lei ha accennato al fatto che la Sicilia è ormai fuori dal piano di rientro. È effettivamente così?

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. La grossa tornata dei piani di rientro prevedeva le date del 2007, del 2008 e del 2009. Arrivati al 31 dicembre 2009, la Liguria ha completato e deve solo documentare alcuni adempimenti del 2009; poiché il pagamento avviene per stati di avanzamento, c'è una piccola quota di risorse ancora da erogare rimasta centrale. Quando ci documenterà gli adempimenti, effettueremo l'erogazione.

La Sardegna, che aveva un piano più leggero, è nella stessa situazione, cioè deve solo documentare. Intanto è diventata autonoma, ma il suo piano di rientro è finito nel 2009.

Mentre le regioni commissariate, secondo una norma, proseguono il piano di rientro *ope legis*, tramite una gestione commissariale che continua salvo la facoltà della regione di chiedere l'adozione di un nuovo piano di rientro e quindi di rientrare nella gestione ordinaria, la Sicilia, che non era commissariata e oltretutto ha chiuso il 2009 in equilibrio, addirittura con un piccolo avanzo di amministrazione, non ha ancora completato di affrontare alcuni nodi strutturali.

Ha chiuso in equilibrio perché ancora nel 2009 ha potuto usufruire di due fondi di finanziamento aggiuntivo, ossia la terza annualità del fondino straordinario e la tassazione aggiuntiva, che non è fisiologica, ma patologica. La maggiorazione dell'aliquota IRAP e dell'aliquota IRPEF è una spia. La regione, cosciente di ciò, non si è trincerata dietro l'equilibrio di bilancio e ha riconosciuto di non aver ancora completato il proprio risanamento strutturale.

Si applica, pertanto, la norma concordata per cui la regione chiede di continuare. Ovviamente non ci saranno risorse aggiuntive - la regione lo fa a suo rischio e pericolo - ma solo le *tranche* trattenute, già dovute, che erogheremo solo quando i nodi strutturali saranno stati tutti affrontati. I fatti strutturali comprendono il riassetto della rete ospedaliera, che ancora non è consolidato. Sui piani di rientro ci sono quattro o cinque voci più o meno uguali. I grandi capitoli dei piani di rientro, quindi i nodi strutturali, sono i seguenti: la rete ospedaliera, il contemporaneo irrobustimento del territorio, senza il quale i LEA non hanno senso, il tema del governo del rapporto con i privati accreditati, su

cui la Sicilia ha compiuto passi avanti rispetto ad altre regioni, stilando tempestivamente i contratti, i rapporti con le università, che sono una zona critica - la Sicilia ha firmato i protocolli di intesa - i meccanismi di miglioramento della gestione del pacchetto acquisti, beni e servizi, per il quale occorre spingere ancora di più l'acceleratore sulle procedure centralizzate, e poi quello che noi chiamiamo il rafforzamento del quadro di comando.

Come ho già detto, la sanità è una catena produttiva talmente complessa da richiedere una capacità di controllo non inferiore a quella di un grande stabilimento industriale privato. La Sicilia, anche utilizzando alcuni fondi dell'articolo 20, si è impegnata ad affrontare tali nodi attraverso la creazione di un sistema organico di controllo e gestione, che, a nostro avviso, è la vera garanzia per gli anni futuri. L'assessore ideale deve sapere il giorno prima quanti eventi assistenziali e ricoveri vi sono stati, se c'è un picco, qual è la causa, quanti antibiotici sono stati prescritti, perché, se c'è l'influenza in atto, è giustificato il ricorso agli antibiotici.

Ha una sua importanza anche la movimentazione dei magazzini. In alcune regioni, infatti, abbiamo scoperto che - cito l'*advisor* contabile - di una quota dei beni acquistati e fatturati non vi era traccia in magazzino. Ciò non implica necessariamente chissà quale problema, ma semplicemente un disordine organizzativo e, quindi, un cattivo controllo di gestione della catena produttiva. Questi sono i grandi temi che anche la Sicilia deve affrontare.

CARMINE SANTO PATARINO. La ringrazio per l'esauriente relazione, che ci ha offerto elementi davvero importanti per capire come dobbiamo guardare alla sanità sul nostro territorio. Lei ha esordito affermando che bisogna creare un rapporto centro-periferia, quindi quasi una radiografia, per impedire che la qualità, relativamente al diritto della salute, vari da regione a regione.

In relazione a questa analisi o radiografia in atto, qual è il quadro che rileviamo oggi e che cosa pensiamo di fare, intervenendo con risorse e provvedimenti?

Lei poi ha parlato del rapporto tra ospedale e territorio, che a noi sta molto a cuore, in quanto siamo sul territorio e sentiamo i cittadini che si lamentano, e ha parlato di 12 passi importanti: gradirei averne l'elenco.

Vengo poi alle liste di attesa, che credo rappresentino oggi il problema dei problemi. Soprattutto nel Mezzogiorno d'Italia, da cui provengo, si vive una situazione tragica, perché ci sono liste d'attesa addirittura per visite oncologiche di 8-9 mesi.

Passo alla domanda: quando crede che si possa avere un punto di riferimento fermo per capire che cosa accadrà e che cosa può accadere, soprattutto nelle regioni nelle quali si è in notevole ritardo?

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Di alcune attività di monitoraggio ho già parlato; altre si sono aggiunte nel frattempo. Per esempio, con l'aiuto di un prestigioso istituto universitario toscano, la Scuola Superiore Sant'Anna, il Ministro ha voluto attivare una linea su un *set* di indicatori qualitativi. Ho portato i dati relativi alla regione Umbria, che lascio agli atti della Commissione, ma potremo fornire anche il quadro regione per regione.

Nella documentazione che fornisco, comunque, è riportata la situazione azienda per azienda. Ogni regione viene posizionata rispetto ad alcuni indicatori qualitativi, uno dei quali riguarda il tempo preoperatorio per la chirurgia dell'anca.

Crediamo molto nella pubblicazione su internet, la quale per ora è effettuata su un file PDF, che è piuttosto ostico. Il Ministro ha dato indicazione di trasformarlo in una banca dati interrogabile, in modo che qualsiasi cittadino possa premere un pulsante e conoscere facilmente, senza bisogno di scorrerne tutte le pagine, che tempi operatori ha la sua azienda di riferimento, il suo ospedale, e paragonarli con quelli delle altre regioni e d'Italia. Funziona molto bene il sistema inglese, basato sulle stellette per spingere a comportamenti virtuosi.

I meccanismi di premi e punizioni sono quelli che riferivo prima. Fondamentalmente, si tratta di un ancoraggio al 3 per cento, che contiamo sempre più di migliorare.

L'altro meccanismo è fondato anche sull'utilizzo di una quota particolare dei fondi per gli obiettivi

di piano, che fanno parte del *budget*, ma che eroghiamo dietro presentazione di progetti. Non costituiscono LEA aggiuntivi, ma aree sulle quali le regioni cercano di recuperare ritardi o sperimentare modelli innovativi.

Per esempio, è noto che noi, di fronte alle difficoltà che molte regioni lamentano per il trattamento di pazienti con sclerosi laterale amiotrofica, già da alcuni anni abbiamo chiesto alle regioni di vincolare una parte delle risorse per gli obiettivi di piano a processi rapidi di miglioramento della fornitura di alcuni presidi protesici, come i comunicatori, o a forme di assistenza domiciliare più spinta.

È una quota piccola, dell'entità di 1,4 miliardi su 106, che però rappresenta un volano forte sul quale le regioni possono fortemente migliorare.

Sui tempi d'attesa credo sia indispensabile individuare una catena di responsabilità fondamentale, perché fino a quando rimane la percezione che tutti sono responsabili, nessuno lo è.

Lei citava il dato della difficoltà. Ovviamente, in quel dato c'è dentro di tutto, compresa la difficoltà obiettiva che incontra magari un ottimo centro oncologico, che si vede assalito da richieste di prestazioni, non ce la fa a evaderle tutte e, quindi, deve rinviare, perché è la sua stessa qualità ad attirare i pazienti. È chiaro, dunque, che tale lista ha un significato diverso dalla lista d'attesa dell'ospedale che non vive un iperaffollamento e che, invece, vede le liste allungarsi perché la macchina radiografica funziona solo tre ore al giorno e non vengono garantiti i turni. In tal caso, è la *défaillance* organizzativa ad allungare le liste d'attesa.

Esiste un approccio sistemico, però credo che dobbiamo individuare un responsabile. Il cittadino deve sapere a chi imputare la responsabilità. Il responsabile deve fare da garante rispetto alla propria comunità e fare i salti mortali per assicurare i diritti del cittadino.

Credo che questa piccola rivoluzione copernicana, già impostata nel 2006, ma ancora non penetrata nel vissuto del Servizio sanitario nazionale, risulti indispensabile e debba entrare anche nel pacchetto valutativo del direttore generale. La mancata garanzia dei tempi di attesa è uno dei motivi per non confermarlo nell'incarico o rimuoverlo.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Non sarebbe opportuno non avere CUP distinti nelle diverse aziende, ma un CUP centralizzato nell'azienda territoriale?

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Certo, ma non solo, sarebbe opportuno anche che fosse collegato a un sistema regionale di prenotazione. Dipende dalla complessità: alcune prestazioni richiedono apparecchiature specialistiche e sofisticate, che necessariamente devono avere una mobilità verso un centro nel capoluogo di regione. Se in qualsiasi punto d'Italia si vuole prenotare un aereo Alitalia da Palermo a Catania, lo si può fare. Anche se voglio partire da Taiwan, Palermo mi garantisce tale partenza. Credo che le tecnologie oggi ci consentirebbero di fare lo stesso per la rete ospedaliera.

Un altro aspetto interessante - l'abbiamo visto in un Paese che ha esperienze da suggerirci; mi riferisco alla realtà israeliana - è che a volte l'attività di prenotazione diventa anche di *counseling*, di *triage*. Non consiste, pertanto, solo nel recepire asetticamente la richiesta; a volte l'operatore, istruito e addestrato, può spingere sull'appropriatezza. A mio avviso, questa è un'altra strada che dovrà essere percorsa.

PRESIDENTE. Grazie al dottor Palumbo, alla dottoressa Lispi e al dottor Seraschi. Credo che il resoconto stenografico di questa seduta sarà un punto di riferimento per la nostra attività. Prima di concludere vorrei fare una battuta sull'intervento dell'onorevole Burtone, con riferimento alla realtà siciliana. Siamo entrambi siciliani e quindi comprenderà che dedichiamo un'attenzione particolare alla nostra regione. Possiamo sintetizzare la situazione della Sicilia nei termini per cui la *stewardship* prevalente è passata dall'articolo 12 all'articolo 9? Essenzialmente, la Sicilia adesso è più sotto le sue cure che non sotto quelle del dottor Massicci. Possiamo sintetizzare la situazione in questo modo?

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Va dato atto che al Ministero dell'economia e delle finanze il gruppo di lavoro è diventato molto più sofisticato. Ricordo che anni fa in tale ministero c'erano solo due o tre persone che si occupavano di sanità, mentre oggi c'è una squadra.

Inoltre, lavoriamo in maniera dipartimentale e collaboriamo molto e credo che questo sia un vantaggio per il Paese. Il tema dell'appropriatezza è entrato profondamente nella cultura dei colleghi dell'economia.

PRESIDENTE. Il suo intervento istituzionale è assolutamente corretto. Mi consentirà di registrare che da parte del tavolo Massicci c'è una prevalenza del dato contabile, che abbiamo riscontrato nel corso di una nostra audizione recente. Questa è una posizione mia, che lei contesta, e io accetto la contestazione, facendo parte del suo ruolo istituzionale.

Il nostro augurio è che, con riferimento alle regioni che passano - è un fatto positivo - dall'articolo 12 all'articolo 9, la vostra azione sia il più incisiva possibile. È chiaro, infatti, che i conti a posto vanno bene, ma forse è ancora più importante avere la salute a posto.

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Le porto un esempio di come, proprio sui piani di rientro, abbiamo svolto una valutazione che va anche al di là delle scadenze formali. Ci siamo chiesti, cioè, date le scadenze e gli stati di avanzamento, che cosa stesse cambiando in queste regioni.

Ho portato, dunque, un documento relativo all'Abruzzo - vi faremo avere anche gli altri, compreso quello della regione Sicilia - in cui si vede, indipendentemente dall'adempimento formale, che pure è importante, che cosa sta cambiando in questa regione. Vi sono elaborazioni statistiche particolari molto belle, che vi faremo pervenire.

PRESIDENTE. Grazie anche per questo contributo.

La ricerca curata dalla Scuola Superiore Sant'Anna è la stessa o è diversa rispetto a quella condotta anche dalla Commissione igiene e sanità del Senato?

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. La Commissione igiene e sanità ha chiesto di avere a disposizione i dati del ministero. Credo che ci sia una richiesta formale.

PRESIDENTE. Dal momento che ho parlato con il Presidente Marino, il quale mi riferiva di aver utilizzato questi dati, mi chiedevo se fossero gli stessi forniti nel prospetto, che lei ci ha consegnato con riferimento alla regione Umbria come caso esemplare, ma che riguarda tutte le regioni.

FILIPPO PALUMBO, *Capo dipartimento della qualità del Ministero della salute*. Esattamente. Riguarda tutte le regioni e, quindi, tutte le Aziende sanitarie locali.

PRESIDENTE. Nel ringraziare i nostri ospiti per la disponibilità manifestata, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 10,40.**