



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

**BOZZE NON CORRETTE**  
*(versione solo per Internet)*

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE**

AUDIZIONE DEL DIRETTORE GENERALE DELLA DIREZIONE  
GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI  
LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
DEL MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE  
POLITICHE SOCIALI, DOTTOR FILIPPO PALUMBO

4<sup>a</sup> seduta: martedì 20 gennaio 2009

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E**

**Audizione del direttore generale della Direzione generale della  
programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di  
sistema del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali,  
dottor Filippo Palumbo**

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà:  
PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie:  
UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per l'Autonomia: Misto-MPA.*

*Interviene il direttore generale della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dottor Filippo Palumbo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 13,40.*

#### **COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE**

PRESIDENTE. Comunico che l'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, nella riunione tenutasi il 14 gennaio u.s. ha deliberato di svolgere un'indagine di studio secondo un approccio metodologico di tipo scientifico, basato su alcuni indicatori, per individuare le aree del Paese dove è maggiore l'inadeguatezza e l'inappropriatezza dell'offerta sanitaria. A tale riguardo si è altresì convenuto di prevedere alcune audizioni con le competenti Direzioni generali del Ministero dell'economia, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, nonché con la Corte dei conti; inoltre, si è convenuto di attivare un'apposita convenzione, per il 2009, con la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

Lo stesso Ufficio di Presidenza ha infine prospettato la possibilità di svolgere sopralluoghi in alcune strutture ospedaliere, già oggetto di approfondimento da parte della Commissione nella scorsa legislatura.

Vorrei richiamare più nel dettaglio alcuni punti emersi nella riunione dell'Ufficio di Presidenza che abbiamo tenuto nei giorni scorsi (sui quali eventualmente potremo tornare anche successivamente), nella quale sono state prese alcune decisioni all'unanimità. L'audizione odierna parte proprio dal programma che è stato definito la settimana scorsa, in particolare dal suggerimento del vice presidente Mazzaracchio di procedere ad una serie di audizioni che ci possano fornire un quadro del panorama italiano nazionale e regionale in materia di sanità, con particolare attenzione anche agli aspetti economici e alle disparità economiche tra le diverse Regioni. Per questo motivo diamo inizio oggi ad un ciclo di audizioni, che vedrà l'intervento di alti dirigenti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, come il dottor Palumbo, ma anche di rappresentanti del Ministero dell'economia e della Corte dei conti, così come deciso dall'Ufficio di Presidenza.

Nello stesso tempo abbiamo stabilito di avvalerci - come fortemente sostenuto innanzitutto dal senatore Rizzi, ma poi condiviso da tutti - della consulenza della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa per identificare

scientificamente degli indicatori da applicare a livello nazionale, che possano permetterci di svolgere delle indagini in diverse ASL del territorio italiano circa la disparità, evidente dal punto di vista statistico, di appropriatezza di erogazione delle cure.

Inoltre - è stata una mia proposta, ma lo ricordo ancora a tutti i membri della Commissione - credo sia importante dare un segnale di presenza fisica da parte della Commissione effettuando dei sopralluoghi. Mi sono permesso di proporre in particolare di riprendere la valutazione di due situazioni già individuate nella precedente legislatura dalla Commissione d'inchiesta sotto la Presidenza del presidente Tomassini, ma che poi - non dico siano state abbandonate, per carità, perché ci sono molte altre istituzioni dello Stato che si occupano di tali questioni - non era stato possibile completare con un *follow up* per vedere cosa fosse accaduto. Quindi, proprio perché la nostra è una Commissione d'inchiesta e non ideologica, pensavo fosse giusto proseguire il lavoro iniziato dal presidente Tomassini effettuando almeno un sopralluogo al policlinico Umberto I di Roma ed un sopralluogo in uno degli ospedali che la Commissione d'inchiesta nella passata legislatura trovò più carenti nella Regione Calabria. Il mio era un suggerimento, ma ho avuto la possibilità di ascoltare al riguardo individualmente altri senatori. L'Ufficio di Presidenza ha preso

questa decisione, ma evidentemente siamo tutti interessati ad ascoltare anche altre proposte che potremo riportare in un altro Ufficio di Presidenza.

GRAMAZIO. Signor Presidente, intervengo solo per evidenziare la necessità di porre particolare attenzione al coordinamento tra il calendario dei lavori di questa Commissione e quello della Commissione igiene e sanità, allo scopo di facilitare la partecipazione ai lavori dei parlamentari che fanno parte di entrambe. Sono certo che il presidente Marino avrà già provveduto al riguardo.

Vorrei inoltre sottoporre all'attenzione della Commissione il problema della ASL della Provincia di Latina, dove si stanno verificando situazioni anomale a causa di un conflitto tra la struttura ospedaliera e l'università, che hanno portato alla sospensione di un primario e al decesso di un malato.

Pregherei pertanto il Presidente di prendere in considerazione la possibilità di avviare un'indagine conoscitiva su quanto sta avvenendo nella ASL di Latina e nei rapporti tra l'università, l'ospedale e le cliniche accreditate che operano in quel territorio. Sono peraltro disponibile a fornire tutta la documentazione in mio possesso.

PRESIDENTE. Senatore Gramazio, per quanto riguarda il calendario, come nella passata legislatura un accordo diretto tra i Presidenti delle due Commissioni appare senz'altro opportuno e di fatto con il Presidente della Commissione igiene e sanità vi è un accordo affinché non vi sia una sovrapposizione tra i lavori delle due Commissioni. Il motivo per cui oggi chiuderò la seduta ad un determinato orario è legato proprio alla necessità di non interferire con i lavori della Commissione igiene e sanità.

Per quanto riguarda la richiesta di avviare un'indagine conoscitiva o comunque un'attività finalizzata ad indagare una situazione come quella segnalata dal senatore Gramazio, proporrei di rinviare la decisione alla prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi. Se in quella sede verrà raggiunta l'unanimità, procederemo immediatamente, altrimenti la decisione verrà rimessa alla Commissione nel suo *plenum*.

**Audizione del direttore generale della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dottor Filippo Palumbo**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del direttore generale della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di

assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dottor Filippo Palumbo.

Saluto e ringrazio il nostro ospite per la partecipazione e gli lascio subito la parola.

*PALUMBO.* Ringrazio il Presidente per l'invito che mi è stato rivolto. Anzitutto vorrei depositare agli atti della Commissione una serie di dati, riservandomi comunque di farne pervenire ulteriori, se necessario.

Ho cercato di recepire l'invito all'audizione odierna come la possibilità che mi veniva data di offrire una panoramica abbastanza ampia sui problemi economico-finanziari e di governo del Servizio sanitario nazionale, con l'avvertenza che per gli aspetti economico-finanziari lavoriamo molto con il Ministero dell'economia, per cui alcune delle elaborazioni sono state di fatto condivise con i colleghi in particolare della Ragioneria generale dello Stato, i quali ovviamente potranno essere sentiti per un ulteriore contributo di merito.

Ho cercato di caratterizzare questa visione legandola comunque all'impatto sull'operatività dei servizi, sulla qualità dell'assistenza, che è un po' la peculiarità dell'ex Ministero della salute, oggi Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, che ne contraddistingue il ruolo

rispetto al Ministero dell'economia, il quale invece è prevalentemente attento - come è ovvio - ai problemi del contenimento della spesa impropria.

Volevo partire con lo scenario di riferimento che ci consegna la legge finanziaria di quest'anno, anticipata dalla normativa di mezza estate, per spiegare quali saranno gli assi di riferimento nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale a normativa vigente. In sostanza, il quadro si può sintetizzare nella seguente prospettazione: per l'anno 2009 vedremo sostanzialmente confermato il livello di finanziamento atteso in base alle statuizioni del Patto della salute sottoscritto con le Regioni nel corso del 2006, perché il 2009 è l'anno di chiusura del triennio governato da quel patto (2007, 2008 e 2009).

Per gli anni 2010 e 2011 avremo un livello di finanziamento con la seguente caratteristica: si attesta ad un livello minore di quanto atteso da parte delle Regioni in base al principio dell'ancoraggio al PIL nominale, nel senso che il PIL nominale ha un certo *trend* di crescita attesa, quindi, in base alle regole preesistenti, da parte delle Regioni vi era l'attesa di vedersi comunque ancorate alla crescita del PIL nominale. In realtà, le condizioni di governo complessivo della spesa primaria corrente nel nostro Paese non hanno reso possibile mantenere questo *trend*, quindi è stato individuato un

*trend* intermedio tra quello prima iscritto di ancoraggio al PIL nominale e l'ancoraggio al PIL reale, nel senso che l'andamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale sarà inferiore all'evoluzione del PIL nominale ma sarà decisamente superiore all'andamento del PIL reale.

Questo in altre parole significa che non vi è alcun arretramento nel livello di finanziamento rispetto alla ricchezza prospettabile nel Paese, anzi vi è un ulteriore piccolo allargamento in quanto l'incremento che avrà il fondo sanitario nazionale (lo chiamo impropriamente fondo), le disponibilità complessive per il Servizio sanitario nazionale saranno comunque superiori già all'incremento contenuto nel Documento di programmazione economico-finanziaria; ma, siccome le previsioni del PIL reale rispetto alla previsione di qualche mese fa hanno subito un'ulteriore attenuazione, sarà indubbiamente maggiore.

Penso che tale prospettiva, importante come punto di partenza, vada completata come analisi rispetto a quanto si è verificato nel nostro Paese nel corso degli ultimi anni. Faccio una premessa: ci sono alcuni dati, tavole statistiche, elaborazioni, che mi riservo di far pervenire in maniera compiuta in modo che alcuni dati citati possano essere fisicamente leggibili dai componenti della Commissione e utilizzabili sia per il proprio lavoro che per eventuali approfondimenti successivi.

Qual è l'elemento di interesse rispetto al tema molto generale della congruità del fondo sanitario nazionale rispetto alle esigenze di mantenimento dei livelli essenziali di assistenza? Una risposta ci viene dall'analisi delle serie storiche degli ultimi anni. Qual è il dato fondamentale che emerge dall'analisi di queste serie storiche? Innanzitutto, si è assistito ad un progressivo entrare a regime dei meccanismi di Governo che si sono strutturati nel corso degli anni, a partire dall'accordo Giarda del 3 agosto 2000, evoluto nell'accordo dell'8 agosto 2001, ulteriormente perfezionato nell'intesa del 23 marzo 2005 e culminato nel Patto della salute del 2006. Probabilmente, questa linea molto continua di dialogo Stato-Regioni sarà ulteriormente confermata nei suoi assi fondamentali nel nuovo Patto per la salute.

L'elemento nuovo nel nostro Paese, rispetto ai decenni passati, è la specifica responsabilizzazione dei singoli governi regionali rispetto al conto della spesa. Insisto su questa specifica responsabilizzazione, perché negli anni scorsi - mi riferisco certamente agli anni Novanta, ma anche ai primi anni del nuovo secolo - avevamo una situazione di questo tipo: ogni anno si registrava un disavanzo nel Servizio sanitario nazionale, il quale veniva recepito acriticamente dal sistema Paese. Questo disavanzo portava negli anni successivi a determinare un'esigenza di incremento delle

disponibilità complessive che venivano poi omogeneamente spalmate sull'insieme delle Regioni. Questo elemento di responsabilizzazione specifica ha reso necessaria un'analisi più puntuale di come ciascuna Regione si posizionasse rispetto al formarsi del disavanzo nazionale e, quindi, quali fossero le politiche più utili per evitare situazioni di questo tipo.

Dall'analisi dei dati emerge come, nel corso degli ultimi sette-otto anni, il 60 per cento del totale del disavanzo costituitosi nel sistema Paese, in realtà, sia localizzato in tre Regioni: Lazio, Campania e Sicilia. Estendendolo ad Abruzzo, Molise e parte della Puglia si arriva a coprire una quota pari a circa il 65 per cento del disavanzo totale. È un dato astrattamente statistico, ma serve a fare intendere che, se si prescinde da un elemento di specifica responsabilizzazione dei singoli governi regionali, il problema non trova mai fine. Negli anni passati, non appena si determinava un incremento del Fondo sanitario nazionale, questo veniva utilizzato genericamente e non specificamente, con la conseguenza che nel periodo successivo le Regioni che erano indietro rimanevano indietro e quelle che erano avanti spostavano il livello di spesa ancora più in alto. Quindi, l'essenza vera dei patti che ho sopra citato, anziché introdurre elementi di specifica responsabilizzazione, era riassumibile nel principio - di cui si

parlò molto nel momento in cui fu varato il Patto dell'8 agosto - del «chi rompe paga»: veniva messo in capo ad ogni specifico governo regionale un elemento di responsabilizzazione anche finanziaria. Ciò ovviamente ha comportato nel corso degli anni, da un lato, un rallentamento generale dell'incremento di spesa, dall'altro, l'individuazione di diagnosi specifiche che riguardavano le situazioni delle Regioni effettivamente in difficoltà. Con i patti si provvede anche all'approntamento di strumenti - poi culminati negli accordi per l'adozione di piani di rientro e per le attività di affiancamento - che si adattassero alle singole realtà regionali che si trovavano più indietro.

Questo è un aspetto molto importante, perché altrimenti i macrodati non ci aiutano ad orientarci nella domanda di fondo: è congruo o meno il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale? Ovviamente, questo assetto ha comportato, nel corso degli anni, l'approntamento da parte centrale, in una sinergia molto forte tra il Ministero della salute (oggi Ministero del *welfare*) e il Ministero dell'economia (che negli ultimi anni hanno lavorato in maniera fortemente dipartimentale) di strumenti molto specifici in grado di leggere la criticità di ogni situazione regionale al fine di proporre soluzioni idonee.

È mia intenzione illustrarvi quali siano questi meccanismi, ma vorrei anticiparvi qual è la mia tesi di fondo: nel Paese vi è una grande variabilità, non solo nel controllo della spesa, ma anche nelle *performance* di carattere squisitamente sanitario o organizzativo, in base alla quale, in questo periodo storico (ma può darsi che tra cinque anni questa mia affermazione non sarà più vera), non è vero che l'innalzamento dei livelli qualitativi comporta costi maggiori; anzi, è vero esattamente il contrario. Nelle situazioni regionali in cui si ha un cattivo controllo del *budget* e, quindi, scarsa capacità di rispettare i limiti di spesa previsti, si hanno quasi sempre, in linea generale, minori *performance* di carattere anche qualitativo. Questo è un assunto che vale in questo periodo storico. Ritengo che, una volta risolti questi nodi strutturali, riprenderà il normale rapporto fisiologico.

Gli illustri clinici qui presenti sanno che la qualità comporta sempre un costo maggiore rispetto alla non qualità, ma nel ciclo storico attuale tale affermazione non è vera. Esaminando i dati di spesa nel nostro Paese e confrontandoli con quelli di alcune *performance* di carattere organizzativo o qualitativo sul versante dell'efficacia delle prestazioni o il mantenimento ampio dei LEA (livelli essenziali di assistenza), ci si accorge che è vero esattamente il contrario.

Questo significa che, nell'approccio di verifica che annualmente lo Stato centrale compie nei confronti delle singole Regioni, i due fenomeni devono sempre essere letti contestualmente: un braccio della verifica deve occuparsi della qualità dei servizi, del mantenimento dei LEA e dell'efficienza dei percorsi assistenziali, mentre l'altro deve riguardare la tenuta dei conti in quanto tale o, allargando un po' lo spettro, il tema dell'efficienza generica (il buon controllo delle spese per il personale e per l'acquisto di beni e servizi). I due insiemi di dati vanno letti contemporaneamente ed è esattamente ciò che noi facciamo nei confronti delle singole Regioni.

La mia tesi è la seguente: siamo in presenza di una variabilità regionale molto forte, sia sul versante delle *performance* assistenziali e della capacità di mantenere modelli organizzativi e assistenziali adeguati, sia sul versante dell'efficienza generica, che solo in parte è spiegata da obiettive ragioni strutturali che sostengano diversità di costi o di *performance*. Ad esempio, una situazione epidemiologica molto marcata in una Regione, di per sé, potrebbe essere trainante di un certo modello assistenziale e di una certa *performance* economica, ma è un fenomeno meno rilevante, dal momento che il nostro Paese è abbastanza omogeneo da questo punto di vista, anche perché la demografia - come vedremo - negli ultimi anni sta

precipitosamente cambiando. Quando mi occupavo del riparto tra le Regioni del fondo sanitario nazionale vigeva una regola molto semplice: le Regioni del Sud, che per definizione avevano una popolazione più giovane, si battevano contro la pesatura per età della popolazione; mentre le Regioni del Nord, per definizione composte da una popolazione molto anziana, vi era l'interesse a battersi per una pesatura della popolazione molto spinta.

Oggi però il quadro demografico del Paese è molto frammentato. La popolazione della Basilicata o del Molise è proporzionalmente più anziana di quella lombarda. C'è una frammistione nel Paese - e ciò vale per molti indicatori epidemiologici - che non rende sostenibile una variabilità nelle *performance* regionali legata a delle specificità e quindi a vincoli ineliminabili.

La nostra tesi è che occorre un notevole lavoro di riconduzione di questa variabilità verso situazioni mediane, da assumere come *standard*, sulle quali il governo sanitario del Paese deve contare molto nel corso dei prossimi anni. Da questo punto di vista le operazioni di verifica annuale della spesa sanitaria delle Regioni sono formalmente finalizzate a stabilire quanto previsto dalla legge. Come sapete, in base al patto dell'8 agosto 2001 e quindi alla suddetta verifica annuale, le Regioni si vedono o meno premiate attraverso lo sblocco definitivo di un ammontare di risorse

accantonato, attualmente pari a circa il 3 per cento. Ogni Regione si vede assegnata una quota del riparto delle disponibilità e, di questa quota, il 3 per cento viene di fatto trattenuto per essere rilasciato solo quando, a fine anno, fatti i conti assistenziali ed economico-finanziari, si accerta che la Regione ha mantenuto le *performance* attese. Questo aspetto esiste perché previsto dalla legge, ma vi assicuro che il mutato assetto nel rapporto tra Stato e Regioni non è tanto di carattere dicotomico o sinottico (promosso o bocciato) ma piuttosto tendente a fotografare la situazione reale, anche di notevole difficoltà, di ogni singola Regione, per aprire un contraddittorio con la Regione stessa e concordare un obiettivo realistico di miglioramento. Ne deriva che non giudichiamo la Regione rispetto a soglie astratte o predeterminate (chi è sopra una certa soglia va bene, chi è sotto va male) bensì, di anno in anno, cerchiamo di perfezionare uno strumento di verifica che ancori il giudizio annuale sul raggiungimento o meno del risultato concordato insieme l'anno precedente.

Da questo punto di vista si può sostenere che tutte le Regioni sono impegnate in un gigantesco piano di rientro, anche se solo per alcune di loro il piano è stato formalizzato. D'altra parte questo approccio tra qualche mese, o forse tra un anno, sarà plasticamente evidente per tutti con la nascita del federalismo fiscale, che ancorerà la determinazione del

fabbisogno e quindi delle disponibilità finanziarie dello Stato per i servizi sanitari regionali alla valutazione dei costi *standard* che fotograferanno le migliori *performance*. Pertanto, le Regioni con costi superiori a quelli *standard* si vedranno impegnate in percorsi di accompagnamento che, di anno in anno, con *step* successivi le porteranno ad adeguarsi al quadro atteso. Ciò è molto importante. Si tratta di una delle novità fondamentali del sistema Paese.

Lo scorso anno abbiamo ospitato una sessione dell'Ufficio europeo dell'OMS presso la nuova sede del Ministero, in via Ribotta. In quell'occasione si è convenuto di far diventare l'esperienza italiana una sorta di caso studio da presentare alle altre realtà statuarie aderenti all'Ufficio europeo dell'OMS sul tema: come ottimizzare il rapporto Stato-periferia, Stato-Regioni, in un mondo che vede i processi federalistici o, meglio, devolutivi allargarsi a macchia d'olio in tutte le realtà dell'Europa occidentale. La Spagna, la Germania, la Francia e la stessa Inghilterra sono impegnate in discussioni molto simili alla nostra. L'approccio di un dialogo concreto, basato sul contraddittorio, sulla fissazione di percorsi specifici per ogni Regione è stato fortemente condiviso anche dagli altri responsabili nazionali.

Sono disponibile, a seguito di eventuali domande, a fornire ulteriori dettagli sulle modalità di svolgimento di questa operazione. Desidero comunque dare una risposta doverosa circa l'esistenza effettiva nel Paese di questa variabilità economica tra le varie Regioni sia con riguardo al controllo della spesa sanitaria sia con riguardo alle prestazioni assistenziali, e spiegare i motivi per i quali diventa fondamentale affrontarla. E' necessario partire da una considerazione poco chiara e che tuttavia rappresenta il nocciolo duro della riflessione politico-programmatica che, al di là delle polemiche e delle contraddizioni, ha visto di fondo accomunati Stato e Regioni in questi ultimi cinque-sei anni. Il nocciolo duro è rappresentato dalla consapevolezza di una difficoltà crescente a garantire periodici e sostanziosi incrementi delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale, che tutti abbiamo caro.

Credo si possa tranquillamente sostenere che l'esistenza del Servizio sanitario nazionale rappresenta una variabile indipendente e nel Paese al momento non vi è un dibattito focalizzato su un cambiamento di fondo del Servizio sanitario nazionale. Il problema è capire come salvaguardarlo nei suoi caratteri universalistici di sostanziale gratuità e di buona qualità delle cure di fronte alla consapevolezza di costi crescenti che rappresentano oggi un fattore fortemente condizionante. Abbiamo la netta sensazione che nel

tempo questi costi crescenti saranno interamente prenotati da due principali fenomeni, demografico ed epidemiologico. Il primo è quello della non autosufficienza. Siamo un Paese che anticipa gli altri Stati europei sul tema dell'invecchiamento della popolazione. Alcuni autori parlano di "floridizzazione" dell'Italia, ovviamente non nel senso che diventiamo un Paese florido, ma nel senso che siamo diventati la Florida dell'Europa. Tutte le nuove risorse tenderanno pertanto ad essere assorbite, in qualche modo prenotate, dal fenomeno della non autosufficienza.

L'altro fenomeno si riferisce al fatto che l'evoluzione delle discipline medico-scientifiche rende oggi trattabili, forse non guaribili ma certamente curabili, una serie di condizioni, di patologie e di stati morbosi, che traggono forte beneficio dall'applicazione di taluni processi diagnostico-terapeutici riabilitativi, spesso ad alto costo. Nasce un problema eticamente non affrontabile se uno si pone davanti alla necessità di un razionamento delle risorse in base al tema dei costi. Non possiamo negare queste cure, perché in molti casi esse cambiano radicalmente la qualità della vita delle persone. Queste cure però hanno la caratteristica di essere appannaggio, purtroppo - ahimè! - negativo, di gruppi selezionati della popolazione. Se parlate con il direttore generale di una ASL con circa 300.000-400.000 abitanti, la sua esperienza, anche in base ai numeri che gli forniscono i

tecnici, dimostra che vi è una coorte di pazienti con un alto assorbimento di risorse che non possono essere negate. Tutte le risorse aggiuntive dovranno essere quindi prioritariamente destinate a tali soggetti. Ma se questo è vero, significa che il resto della sanità quale noi conosciamo (ambulatori, medico di famiglia, ospedale, centro dialisi, e via dicendo), se vogliamo che continui a garantire un identico livello di prestazioni, deve imparare a farlo con una intelligenza maggiore (voglio utilizzare questo termine), con un'efficacia e un'efficienza maggiore, cioè con quel *mix* tra cure appropriate e saperlo fare a costi minori che alcuni leggono come una delle grandi *chance* del governo clinico.

Da questo punto di vista, avere consapevolezza della variabilità del Paese è fondamentale. Se abbiamo tale consapevolezza, abbiamo una sorta di bussola che ci guida nelle nostre azioni. In sostanza (il Presidente me lo ha sentito dire anche poco fa in un convegno riguardante l'antibiotico profilassi, in cui eravamo entrambi presenti), è come se dovessimo applicare al Servizio sanitario nazionale una serie di pressioni selettive, con la finalità di far emergere le buone pratiche e scoraggiare quelle cattive. Questo dobbiamo farlo tramite due strumenti: in primo luogo, verificando la realtà, interrogandoci periodicamente, conoscendola

	Revisore BAL	Resoconto stenografico n. 2
Commissione di inchiesta SSN	Seduta n. 4 del 20.01.2009	Sede Aud.

attraverso i dati statistici per documentarla, anche perché a volte - come mi auguro di poter dimostrare - la variabilità parla da sola.

Come ho già detto, poco fa eravamo ad un convegno sull'antibioticoprofilassi. Nelle tavole che vi invierò troverete una tabella che mostra come si posiziona il nostro Paese rispetto al consumo di antibiotici; quella tabella parla da sola ed è un incentivo al cambiamento, perché fa immediatamente percepire, nelle varie realtà regionali, che evidentemente il problema esiste solo in alcune Regioni.

L'altro tipo di approccio è suggerire strumenti implementativi di quelle pratiche, linee guida, capacità di governo, riguardo al tema del personale, dei beni e servizi, che, anche indipendentemente dall'analisi o perlomeno parallelamente all'analisi che sviluppiamo, già invitano al cambiamento.

Vi anticipo solo qualche dato che troveremo. Innanzitutto è opportuno richiamare qualche dato sull'invecchiamento, perché effettivamente documenta come il nostro Paese sia in una fase avanzata. Quando dicevo che vi è una coorte selezionata dei pazienti che assorbe molte risorse, non è una sensazione. Se guardiamo ai ricoveri ospedalieri, ci accorgiamo che il 17 per cento dei pazienti assorbe oltre il 70 per cento delle risorse che si consumano in un ospedale; su 28 DRG (*disease related*

groups) su 500 circa, si concentra il 30 per cento delle risorse; su 16 raggruppamenti clinici su 230 circa, si concentra quasi la metà delle risorse che un ospedale consuma. Ciò significa che se su questo versante miglioriamo, anche se percentualmente di poco, la nostra efficienza, otteniamo sul piano sistemico risultati veramente incredibili.

Quali sono i grandi campi della variabilità regionale da aggredire e da controllare? Un tema noto è quello dei consumi farmaceutici; è noto per le vicende relative al controllo della spesa legata alla condizionante esterna degli strumenti. Devo dire che riguardo a questo aspetto, da un lato, per il convergere delle misure che ha adottato centralmente l'AIFA (Agenzia italiana del farmaco) e, dall'altro, per una maggiore capacità da parte dei governi regionali di controllare, e quindi anche di manovrare la spesa farmaceutica nei suoi vari canali (distribuzione diretta, distribuzione per conto delle farmacie convenzionate), attraverso un *mix* di strumenti, finalmente il *trend* di diminuzione della spesa esterna è stato agganciato. Ciononostante - come dicevo ricordando il tema degli antibiotici - rimane una grande variabilità.

Questo è molto grave perché, se anche si limita l'orizzonte osservazionale al solo comparto della farmaceutica (quindi ci si pone il seguente problema: le risorse che ottimizziamo nel governare la

farmaceutica vogliamo reinvestirle nello stesso versante farmaceutico, non le vogliamo spostare in altri versanti), si apre una riflessione importante. Per fare un esempio, abbiamo difficoltà crescenti nel Paese a garantire farmaci antitumorali di ultima generazione di forte gradimento dei pazienti perché a volte hanno effetti collaterali molto più attenuati, che potrebbero essere agevolmente finanziati da contenimenti ancora conseguibili sul versante della spesa farmaceutica genericamente intesa.

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, vi è un fenomeno in parte atteso: una distribuzione dei consumi che riflette l'età, per cui ovviamente ci attendiamo tutti - come dimostrano le tavole che vi fornirò - che vi sia un picco nel consumo di prestazioni specialistiche nell'età tra i 69 e gli 83-84 anni; quello è il picco di consumo delle prestazioni specialistiche. Quindi si potrebbe dire che la variabilità del Paese si spiega semplicemente con la variabilità demografica: dove trovo più anziani *per tabulas* devo trovare consumi più alti. Invece purtroppo non è così. Se si vanno a guardare i consumi diversificati per fasce di età, si nota una grande variabilità regionale.

Nei dati che vi invierò, osservando la fascia degli anziani ultranovantacinquenni, la fascia estrema, in tutte le realtà regionali, ci si accorge che vi è una variabilità di consumo di prestazioni specialistiche che

lascia veramente interdetti, perché in alcune realtà regionali il consumo di prestazioni specialistiche è molto alto, in altre è assai più contenuto.

Un altro elemento di variabilità è dato dalla razionalità della rete strutturale dell'offerta. In questo caso assumo come riferimento emblematico quel settore particolare della medicina specialistica che è costituito dalla rete laboratoristica. Come sapete, la medicina laboratoristica è uno dei settori nei quali l'evoluzione tecnologica ha profondamente cambiato e condizionato la modalità di produzione della prestazione. Non è paragonabile l'esperienza del medico analista di trent'anni fa che lavorava sul singolo vetrino, sulla singola provetta, manovrava i reagenti, con il livello raggiunto dalla tecnologia che ha invaso i laboratori.

Quindi ci si aspetterebbe una omogenea evoluzione del Paese verso modelli produttivi delle prestazioni specialistiche coerenti con le potenzialità che l'evoluzione tecnologica ha messo a disposizione; invece, anche in questo caso, non è così. Troviamo nel Paese una grande variabilità e troviamo laboratori che operano a livello di meno di 50.000 determinazioni analitiche l'anno; se ne contano centinaia nel nostro Paese e non sono omogeneamente distribuiti, ma prevalentemente concentrati in alcune Regioni.

Un altro grande campo di variabilità è costituito dalle esperienze di ospedalizzazione. Al riguardo vi è una variabilità solo in parte spiegata dalla composizione per età della popolazione. Se si guarda uno spaccato del nostro Paese, si possono notare esperienze di ricovero drammaticamente dissociate. Ho portato una tavola che fotografa le realtà del nostro Paese in base alle esperienze di ricoveri per dolore addominale; si entra in un ospedale semplicemente per un dolore addominale. Metà Paese ricovera molto per dolore addominale; metà Paese giustamente non ricovera per dolore addominale perché cerca di risolvere il quesito diagnostico fuori dall'ospedale.

Viceversa, per quanto concerne una disciplina che richiede un approccio diverso, come lo *stripping* delle vene varicose, la fotografia del Paese è esattamente rovesciata: metà del Paese vanta un'importante esperienza ospedaliera di ricovero ospedaliero per *stripping* di vene varicose, mentre l'altra metà ha un'esperienza assai più contenuta di ricovero per queste patologie; lo stesso avviene per l'ipertensione essenziale. Ciò significa che vi sono zone di miglioramento dell'assistenza aggredibili.

Ne approfitto per dire che uno degli interrogativi che il dibattito politico programmatico tra Stato e Regioni dovrà sciogliere nel nuovo Patto

per la salute riguarda il nuovo dimensionamento ottimale della rete dei servizi ospedalieri: a norma vigente, siamo a 4,5 (di cui 3,5 per acuti e 1 per lunga degenza e riabilitazione). L'analisi dell'esperienza dei ricoveri degli ultimi anni ci lascia sperare che la pressione selettiva da applicare al Paese ci condurrà verso dotazioni più contenute che liberino risorse per risposte assistenziali di carattere ambulatoriale più gradite ai pazienti e probabilmente anche più efficaci. Sotto questo profilo, vi sono esperienze concrete di rapida evoluzione. Pensate al tema delle cataratte: siamo partiti qualche anno fa da un'esperienza di trattamento di questa condizione nella classica divisione oculistica. Tutte le nostre divisioni di oculistica erano affollate di pazienti che volevano operarsi alla cataratta. Oggi, giustamente, le divisioni di oculistica hanno pochissimi posti letto, perché questa patologia così diffusa viene trattata in dimensioni di *day surgery* o, ancora meglio, di chirurgia ambulatoriale. Vi forniremo dati specifici in proposito.

I temi che ho trattato sono di inappropriatezza di ricovero, ma vorrei ora occuparmi di qualità dell'assistenza. Se si guarda all'esperienza del nostro Paese per quanto concerne i ricoverati per frattura del collo del femore e si valuta dopo quante ore il paziente viene operato, si nota una forte differenziazione. In alcune realtà ci si attarda molto: è rilevante la quota dei pazienti che subisce l'intervento dopo 48 ore dal ricovero e

probabilmente da un incidente acuto che ha determinato la rottura del femore; in altre realtà, invece, l'intervento è molto precoce. Sappiamo che la precocità dell'intervento ha un valore predittivo enorme nell'evoluzione prognostica favorevole, anche dal punto di vista dell'invalidità che può residuare nel paziente. Anche il tema dei ricoveri prevedibili è molto studiato negli anni recenti.

Voglio però tornare su due temi classici dell'efficientamento - l'acquisizione di beni e servizi e il governo del personale - che attengono meno direttamente alla qualità dell'assistenza, e che riguardano più strettamente l'essere bravi amministratori. Anche qui registriamo una notevole variabilità. Le Regioni si possono classificare in tre grandi categorie, alcune delle quali sono molto progredite nell'ottimizzazione dei processi di acquisizione centralizzata e razionalizzata. Quando dico acquisizione centralizzata, non mi riferisco necessariamente alla grande centrale collocata in un Comune della Regione o nel capoluogo, ma penso ad un governo degli acquisti centralizzato. Questa è la vera chiave. Sapete che ciò è molto complesso: bisogna monitorare i magazzini, altrimenti la centralizzazione può indurre fenomeni di spreco, se non vi è un rigido governo dell'immagazinaggio dei beni acquistati. Vi sono poi Regioni che

hanno fatto poco e Regioni che non hanno fatto nulla: quasi tutte le Regioni che non hanno fatto nulla sono quelle poi impegnate nei piani di rientro.

Interessante è la tematica del personale, che invece è poco studiata nel nostro Paese: il più grande fattore produttivo del Servizio sanitario nazionale, che assorbe quasi la metà delle risorse, storicamente nel nostro Paese, ripeto, è poco studiato. Negli ultimi anni abbiamo cercato di invertire la tendenza attivando una serie di rilevazioni dirette e di collaborazioni con le realtà specializzate. Il Presidente ha prima citato la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, di cui anche noi, in qualità di Ministero, vorremmo avvalerci. Ma vi sono anche altri centri in Italia con i quali abbiamo pensato di collaborare e che periodicamente producono rapporti nazionali. Ad esempio, l'Università Bocconi di Milano ha prodotto un'analisi del personale molto interessante che dimostra quanto dalla stessa viene definito l'effetto perverso di una non idonea composizione del personale o di veri e propri errori di retribuzione: mi riferisco al fatto che, in alcune realtà regionali, vi è un'iniqua distribuzione della filiera del personale. Come nel giardino del romanzo "I ragazzi della via Pal", dove vi erano tutti ufficiali e un solo soldato (che, purtroppo, andava incontro ad una triste sorte), allo stesso modo, in alcune realtà ospedaliere, vi è un piccolo esercito e una sovrabbondanza non fisiologica rispetto

all'ammontare del personale presente, con la conseguenza di costi molto rilevanti.

Viceversa, abbiamo sbagliato nell'applicazione di alcuni meccanismi: in particolare, il tallone d'Achille è indubbiamente la gestione dei fondi della contrattazione integrativa aziendale che sfugge anche al governo regionale. Si verificano in tal modo dei paradossi: mediamente non vi è una relazione diretta tra la retribuzione integrativa, ad esempio, di un infermiere e la qualità del suo ospedale complessivamente intesa, paragonata alla retribuzione di un suo collega che lavora a qualche centinaio di chilometri di distanza e su altri parametri qualitativi. Questo sarebbe in parte giustificabile, ma non è ammissibile. Se esaminiamo i dati che emergono da questi rapporti, ci si accorge che, proprio laddove si annidano sacche di inefficienza, paradossalmente i livelli retributivi sono più alti. Stiamo cercando di scomporre il peso di questi due fattori (errata composizione ed errata retribuzione) per trarre linee guida regionali.

PRESIDENTE. Purtroppo, dottor Palumbo, è esaurito il tempo oggi a nostra disposizione, anche per l'impegno assunto con il Presidente della Commissione igiene e sanità di consentire ai senatori che ne fanno parte di

	<i>Revisore BAL</i>	<i>Resoconto stenografico n. 2</i>
<i>Commissione di inchiesta SSN</i>	<i>Seduta n. 4 del 20.01.2009</i>	<i>Sede Aud.</i>

spostarsi nell'Aula della suddetta Commissione entro l'orario di inizio dei lavori previsto.

Le chiedo di consegnare comunque alla Commissione tutta la documentazione che ha predisposto, anche se in parte provvisoria. Chiederò poi ai nostri uffici di distribuirla, fermo restando che fisseremo un'altra data per concludere l'audizione e dare la possibilità ai membri della Commissione di rivolgerle richieste di chiarimento.

È molto importante - come evidenziato anche dall'Ufficio di Presidenza - assumere i dati che ci vengono forniti; in questo caso sono assai utili perché contengono indicatori su quali siano le aree del Paese in cui si registrano importanti deviazioni in relazione allo *standard* di cure che vorremmo esteso a tutto il territorio nazionale.

*PALUMBO.* Signor Presidente, la prego di assumere come provvisori i dati contenuti nella documentazione che oggi lascio alla Commissione e di estrapolare quelli che si vorranno utilizzare per eventuali citazioni dalla documentazione successiva, che sarà inviata, in via definitiva, nei prossimi giorni.

	<i>Revisore BAL</i>	<i>Resoconto stenografico n. 2</i>
<i>Commissione di inchiesta SSN</i>	<i>Seduta n. 4 del 20.01.2009</i>	<i>Sede Aud.</i>

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Palumbo per le preziose informazioni fornite e comunico che il materiale presentato sarà distribuito a tutti i componenti della Commissione.

Rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 14,35.*