



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

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

SEGUITO DELL'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.

6^a seduta: giovedì 29 gennaio 2009

Presidenza del presidente MARINO

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

I N D I C E

Seguito dell'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

PALUMBO

ASTORE (*IdV*)

BIANCHI (*PD*)

CALABRÒ (*PdL*)

COSENTINO (*PD*)

FOSSON (*UDC-SVP-Aut*)

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.

Revisore BAL	Resoconto stenografico n.
Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009	Sede AUD

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 8,35.

Seguito dell'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 il seguito dell'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, sospesa nella seduta del 20 gennaio 2009.

Saluto e ringrazio il dottor Palumbo per la disponibilità a tornare in questa Commissione e gli do subito la parola.

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

PALUMBO. Signor Presidente, sono io che la ringrazio per questa opportunità di integrazione al mio precedente intervento, integrazione che ritengo necessaria perché la volta scorsa sono stato necessariamente breve nel riferire sull'aspetto, che ritengo di particolare rilevanza per questa Commissione, della sistematica dei controlli. Ovviamente procederò in maniera molto schematica anche perché, alla vigilia dell'introduzione del federalismo fiscale, probabilmente vi saranno ulteriori riflessioni da fare. Ricapitolerò pertanto i cardini dell'attività di controllo.

Un aspetto di riferimento importante è quello contenuto nell'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000. La prima versione del federalismo fiscale, il cosiddetto decreto Giarda, seguiva il seguente ragionamento. Quando, con la scomparsa del fondo sanitario nazionale (sostituito da un sistema complesso di partecipazione alle varie linee di prelievo fiscale da parte delle Regioni) e contestualmente, su richiesta delle Regioni, fu decisa l'abolizione del vincolo di destinazione delle risorse formalmente relative al Servizio sanitario nazionale nell'utilizzo da parte delle Regioni, emerse un elemento di ponderazione e di contrappeso costituito dalla previsione di un sistema di monitoraggio e di garanzia.

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

Questo avrebbe consentito allo Stato centrale di verificare annualmente, a fronte di tale liberatoria sulla utilizzazione delle risorse, l'effettivo mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. Fu dunque approntato un sistema di verifica, a seguito del quale fu emanato un apposito decreto ministeriale. Tale provvedimento non ebbe fortuna in quanto fu predisposto prima del varo dei LEA nel novembre 2001 e per motivi amministrativi, paradossalmente, fu approvato dopo l'entrata in vigore di questi.

Quindi, l'impianto tecnico di questo decreto ministeriale del dicembre 2001, che è ancora vigente, non fece in tempo a tenere conto della profonda riscrittura dei livelli essenziali di assistenza operata con il decreto della Presidenza del Consiglio dei ministri del 2001. In questi anni, da parte del Ministero sono stati compiuti ripetuti tentativi per aggiornarlo, tentativi che hanno scontato difficoltà molto forti nei rapporti istituzionali in quanto, nel confronto con le Regioni, sono emerse difficoltà di carattere tecnico, e non solo, relative al livello di dettaglio che potesse avere un decreto ministeriale di aggiornamento di questo vecchio decreto ministeriale del dicembre 2001.

A dimostrazione della rilevanza di questo aspetto, voglio citare due fattispecie: la prima è quella, assai rilevante, rappresentata dal caso della Regione Calabria. Voglio ricordare che, con pronunciamenti del Governo Prodi, per la prima volta nella storia della Repubblica in Calabria si è parlato di dichiarazione di disastro socio-sanitario con la nomina di un commissario. In seguito, con una seconda deliberazione del Consiglio dei ministri, a questo concetto è stato aggiunto quello di disastro economico-sanitario. Quello è stato il primo caso di applicazione di poteri sostitutivi indipendentemente dalla normativa pattizia sui piani di rientro, i quali attengono ad un'altra fattispecie di commissariamento.

L'altro esempio è quello relativo alla Regione Abruzzo dove un caso concreto - non so se rilevato dal dottor Massicci nel corso della sua audizione - di non attenta utilizzazione delle risorse formalmente destinate alla sanità (per le quali era caduto il vincolo e che la Regione poteva comunque riplasmare e rimodulare) si è verificato nell'anno 2006 quando, come dimostrano anche i verbali di verifica, una consistente parte delle risorse fu, per necessità probabilmente molto forti della Regione, riorientata verso altri utilizzi del bilancio regionale.

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

Pertanto, quando noi facevamo i conti, risultavano ricavi ed entrate che lo Stato aveva garantito alle Regioni ma, quando sommavamo i ricavi delle aziende sanitarie, risultava un ammanco di circa 200 milioni di euro. Ciò avveniva perché la Regione Abruzzo, che legittimamente poteva farlo, aveva ritenuto di riorientare l'utilizzo di quei 200 milioni di euro verso altre priorità della spesa economico-sociale regionale. Naturalmente, ciò ha comportato un disavanzo importante.

I due esempi precedenti dimostrano quanto sia importante il tema della delicatezza del sistema di contrappesi (cioè la libertà nell'utilizzo delle risorse unita al costante monitoraggio del fatto che i LEA siano effettivamente garantiti). La fonte normativa è l'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000 e vedremo cosa il nuovo federalismo fiscale sostituirà di questo sistema basato su tale riferimento normativo.

L'altro apparato di verifica, al quale ho accennato brevemente nella scorsa seduta, è quello sostanzialmente applicativo degli accordi da me richiamati in quella occasione: l'accordo Giarda del 3 agosto 2000, l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il Patto per la salute dell'ottobre 2006.

In sostanza, la differenza tra i due apparati di verifica è che il primo, quello di cui all'articolo 9 del decreto legislativo n. 56 del 2000, si applica a tutte le Regioni, comprese quelle a Statuto speciale. Queste sono tecnicamente fuori dai meccanismi di costruzione del vecchio fondo e di compartecipazione ma hanno comunque l'obbligo di garantire i livelli essenziali di assistenza. L'articolo 9 si applica a tutte le Regioni italiane perché in tutte le Regioni vanno verificati i mantenimenti dei livelli essenziali di assistenza.

Il sistema in vigore dal 2001 in poi riguarda invece le Regioni a Statuto ordinario. In base alla scelta allora compiuta, ogni anno viene accantonata una quota (in un primo momento questa era tra il 4 e il 5 per cento della disponibilità di ogni Regione; con il Patto per la salute del 2006 questa cifra si è assestata al 3 per cento), invitando le Regioni a sottoporsi ad una verifica annuale determinante e condizionante per lo sblocco definitivo di questo 3 per cento. Tale sistema era indipendente dai meccanismi di cassa nel senso che, migliorando questo modello, si è constatato che si poteva anche anticipare una somma di quel 3 per cento ma con la previsione che l'anno successivo, se la quota del 3 per cento non

veniva onorata, lo Stato poteva riprenderla anche in riferimento all'anno precedente.

Questo meccanismo di verifica e controllo riguarda - l'ho detto l'altra volta e lo ripeto - due bracci che, anche fisicamente, sono gestiti da due tavoli tecnici. Il primo è il cosiddetto comitato di verifica dei LEA, disciplinato dall'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, operante presso il Ministero della salute alla presenza del Ministro della salute, del Ministro dell'economia, del coordinamento delle Regioni, del Dipartimento affari regionali e della Conferenza Stato-Regioni.

Questo comitato lavora soprattutto sul tema dei tanti adempimenti che nel corso degli anni si sono aggiunti nelle varie finanziarie e in altre leggi.

Vorrei aprire una parentesi su un fatto che ritengo molto importante. Leggendo le varie leggi finanziarie a partire dalla metà degli anni '90 in poi, sembra che sul piano normativo tutto sia stato risolto, poiché vi è un insieme molto ricco e a volte assai illuminante ed avanzato di previsioni (dal *budget* di distretto ai meccanismi di verifica delle prescrizioni) che apparentemente non richiederebbero ulteriori integrazioni normative. Il problema è che tali norme, un po' anche perché non coordinate e

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

scollegate dalla matrice del decreto legislativo n. 502 del 1992, non avevano una sede di verifica. Dal 2001 abbiamo predisposto con i colleghi del Ministero dell'economia una lista degli adempimenti vigenti e abbiamo pensato di individuare realisticamente i più rilevanti e di metterli in una *check list* da sottoporre ogni anno alle Regioni. Qualora qualche disposizione normativa fosse stata ritenuta dalle Regioni troppo dura, esse avrebbero potuto promuovere un'iniziativa politica.

Nella *check list* così predisposta fu subito evidente che vi erano due rami. Il primo era sostanzialmente quello relativo alla verifica del mantenimento dei LEA, ma in un significato diverso dall'articolo 9, perché quest'ultimo assume i LEA come dato assistenziale assolto (garanzia dei parti, degli interventi chirurgici necessari e di un *outcome* soddisfacente). In questo caso, invece, la valutazione del mantenimento dei LEA è sempre abbinata a condizioni di efficienza realizzativa dei percorsi assistenziali; c'è quindi un *corpus* che riguarda tale aspetto. L'altro ramo riguardava prevalentemente gli aspetti relativi al patto di stabilità o le regole economico-finanziarie: ad esempio, il rispetto del tetto di spesa di incremento annuo del 2 per cento di beni e servizi, il patto di stabilità generale, e così via. Vi ho portato - e ne lascio copia alla Commissione -

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

il questionario, la cosiddetta *check list* (che è stata migliorata nel corso degli anni), utilizzato nel 2008 per verificare il 2007. Nei prossimi mesi poi avremo elaborato la *check list* per verificare gli adempimenti per il 2008; appena sarà pronta, la farò avere alla Commissione. Come potrete constatare, vi è un percorso, in parte autocertificativo e in parte di verifica centrale, che è molto ricco ed interessante.

Vorrei precisare un ulteriore aspetto. La suddetta operazione, come ho sottolineato anche nella scorsa seduta, per alcuni *item* ha risposto a una sorta di logica binaria, nel senso che una Regione o ha assolto un determinato adempimento oppure non l'ha fatto, soprattutto con riferimento a temi di carattere economico, come ad esempio il controllo del tetto del 14 per cento della farmaceutica. Soprattutto sui temi che abbiamo seguito come Ministero della salute abbiamo però capito che sarebbe stato poco sensato utilizzare un approccio astrattamente penalizzante per le Regioni che si trovavano sotto una certa soglia di *performance*. Si è scelto quindi, come specificato nel mio precedente intervento, di personalizzare la verifica, fotografando la situazione di ogni Regione, ad esempio sull'assistenza domiciliare, e facendo una valutazione caso per caso. Se una Regione fosse risultata al di sotto di una determinata soglia, si sarebbe

costruito un percorso di rientro per gli anni successivi rispetto non a una soglia astratta, ma all'obiettivo concordato insieme al fine di raggiungere uno *standard* adeguato.

Un tipico esempio è quello dei posti letto ospedalieri. Voi sapete che l'accordo del 23 marzo 2005 compattava lo *standard* previsto per i posti letto ospedalieri dai 5 posti per mille abitanti a 4,5 posti letto. In questi anni abbiamo spinto faticosamente le Regioni ad avvicinarsi a tale soglia. Un altro esempio: in caso vi fosse stato un aspetto normativo inadeguato, si sarebbe concordato un percorso di adeguamento nei mesi successivi. L'impianto base si è molto arricchito per le Regioni in cui sono previsti piani di rientro. Dai verbali che credo il dottor Massicci si sia impegnato a fornirvi, potrete verificare che c'è un controllo analitico molto forte, perché tali piani sono costruiti secondo la logica di un piano industriale, con indicatori molto specifici in cui si hanno zoomate molto forti.

Da questo punto di vista può essere utile richiamare la differenza che c'è tra due tipologie di piano di rientro. Una tipologia, che in questo momento è storicamente rappresentata dalla Sardegna e tra qualche mese potrebbe essere rappresentata dal Piemonte e forse dalla Puglia, si riferisce a quelle Regioni che utilizzano lo strumento del piano di rientro previsto

dalla finanziaria 2005 (articolo 1, comma 180), e che prevede la possibilità da parte della Regione di recuperare a posteriori quote della nota percentuale del 3 per cento che non erano state concesse negli anni precedenti. In un primo momento tale perdita non era recuperabile: era questa la prima versione prevista dalla normativa.

Nel 2004 si è pensato invece di ridare anche a posteriori tali risorse alle Regioni, ma in cambio di un percorso virtuoso delle proprie *performance*. Ad esempio, questo è stato il caso della Regione Sardegna, che ha fatto un piano di rientro non perché si trovasse in una situazione di disastro socio-sanitario ed economico, ma perché doveva semplicemente recuperare un'annualità; lo stesso sta per accadere per il Piemonte e per la Puglia. Quest'ultima nel 2004 non ha rispettato il patto di stabilità generale e per tale motivo ha avuto negato il 3 per cento e per poter recuperare deve fare un piano di rientro. Nelle Regioni in cui si è superato un disavanzo del 7 per cento, il piano di rientro è diventato obbligatorio. Ciò significa che, se la Regione non elabora un piano di rientro, questo diventerà un inadempimento per l'anno successivo, innescando un *loop* in base al quale tale Regione perde il 3 per cento a partire da quel momento. Tali Regioni sono pertanto obbligate a fare un piano di rientro e fisicamente hanno

finito con il coincidere con quelle per le quali si è determinata l'utilità della costituzione di un fondino di aiuto straordinario.

Desidero infine esprimere un'esigenza. Accanto a questi cardini di meccanismi di controllo, in realtà nel Paese, per effetto di norme nazionali o di iniziative assunte da Ministri o dagli stessi enti, esistono tanti altri strumenti di verifica. Ma il problema che ritengo di dover evidenziare è soprattutto questo: è un vero peccato che tale filone valutativo, in alcuni casi di notevole spessore tecnico e persino scientifico (penso ad esempio ad alcune attività di verifica che conduce l'Agenzia per i servizi sanitari regionali o lo stesso Istituto superiore di sanità), stenti a trovare una sorta di contenitore unitario in cui si definiscano le priorità e si verifichino le sinergie in modo da potenziare il sistema.

Si è fatto un tentativo in tal senso a livello centrale, predisponendo un sistema di verifica (SIVEAS), che è stato in parte anche equivocado perché si è pensato che fosse un organismo: il SIVEAS non è mai stato un organismo, ma rappresenta il tentativo di condurre ad unità le tante attività che ognuno svolge a norma vigente e deve continuare a svolgere; è una sorta di cabina di regia in cui si verificano le competenze di ognuno, dando priorità di volta in volta a temi diversi (ad esempio, un anno agli anziani

e l'anno successivo al settore materno-infantile). Questa è la direzione nella quale riteniamo sia importante poter sviluppare tale progetto.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Palumbo per i molti spunti e precisazioni che ci ha fornito nella sua articolata esposizione che sono, a mio avviso, utilissimi: ci aiutano a comprendere che, nella direzione in cui auspichiamo di procedere con la nostra Commissione di inchiesta, disponiamo già di tante risorse, di dati preesistenti e di indicatori che possono essere utilizzati e che, in alcuni casi, sorprendono, perché ci rivelano che esistono dei problemi anche in alcune delle Regioni che dovrebbero essere considerate le più virtuose.

La mappa che abbiamo di fronte è diversa da quella che io stesso mi ero prefigurato prima di esaminare tutti questi dati e probabilmente cambierà ulteriormente quando inizieremo ad utilizzare i suddetti indicatori. Si conferma la convinzione che molti di noi hanno della necessità di una regia centrale che costituisca un passo in avanti: però mi sembra che questo sia ormai un argomento largamente condiviso al di là dello schieramento politico.

CALABRÒ (*PdL*). Innanzitutto vorrei ringraziare il dottor Palumbo per la serie di chiarimenti che ci ha fornito, ma mi preme approfondire due aspetti.

In primo luogo, vorrei sapere come sia possibile conciliare i due bracci di verifica, l'uno indirizzato verso i livelli di assistenza e l'altro più verso aspetti di ordine economico. Mi spiego meglio: da operatore sanitario quello che ho verificato nella mia Regione è che negli ultimi anni, e nell'ultimo in particolare, l'attenzione è stata dedicata essenzialmente agli aspetti economici. L'amministrazione regionale indirizzava le amministrazioni delle singole aziende sanitarie a rientrare entro certi parametri economici e questo a volte è andato a discapito di capacità, qualità e livelli di assistenza. Personalmente ho immaginato che la colpa fosse delle amministrazioni delle aziende sanitarie che mancavano della capacità di programmare e coniugare qualità e spesa, oppure dell'amministrazione regionale che non era stata in grado di conciliare i due fattori. Le domando se non si possa definire meglio il processo a monte per non addivenire a queste conseguenze.

Il secondo aspetto che mi piacerebbe approfondire riguarda il commissariamento: come si procede in questi casi e qual è stata

l'esperienza - visto che ve ne sono state nel nostro Paese - delle Regioni commissariate? Anche lì si tratterà essenzialmente di ridurre la spesa per rientrare nei parametri necessari? La mia preoccupazione è se il commissariamento, nell'accelerare positivamente il processo di rientro di spesa, non influisca purtroppo negativamente sulla qualità dei livelli di assistenza.

ASTORE (*IdV*). Dottor Palumbo, la mia domanda è molto precisa e vorrei ottenere da lei una risposta. Abbiamo approvato la legge sul federalismo fiscale e lei sa meglio di me che la sanità da anni tenta di imboccare questa strada. Pochi giorni fa sono stati pubblicati i suoi dati che parlano di una differenziazione dei costi da zero a 300 euro *pro capite* a seconda delle Regioni. Mi pare che questo fosse l'ultimo dato.

Durante l'esame del provvedimento in Aula ho tentato senza successo di far capire che fissare un costo *standard* prendendo a riferimento una Regione è un errore gravissimo. Sono dell'avviso che occorre stabilire il costo *standard*, ma applicando al contempo dei moltiplicatori che tengano conto delle specifiche criticità di ogni singola Regione, delle variabili territoriali o della popolazione pesata. Tenga

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

presente che la sanità è una delle tre branche della pubblica amministrazione in cui si interviene fino al 100 per cento. Purtroppo sono rimasto inascoltato in Aula, ma resto convinto che se si stabilisse per la Calabria o per la Campania (non faccio l'esempio della mia Regione) il costo *standard* della Lombardia - come in un primo tempo era stato proposto nell'articolo di legge - commetteremmo un grandissimo errore. Non è su questo che il federalismo si deve reggere.

Lei che in questi giorni sta trattando di piani dei rientro e di commissariamenti sa che devono esservi regole certe di uguaglianza sostanziale di tutti i pubblici amministratori e delle comunità locali di fronte alla legge, oppure ancora una volta non imboccheremo quella grande riforma che dovrebbe essere il federalismo fiscale, ma ci limiteremo a distribuire doni a destra e a manca.

Le chiedo inoltre, per quanto concerne il commissariamento delle Regioni e i piani di rientro, perché non siano pubblicati i verbali delle verifiche tecnico-politiche che vengono condotte trimestralmente, e perché la mia Regione (il Molise) da due mesi è sospesa, forse in attesa della Campania.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, chiedo alla Presidenza se è possibile acquisire come documentazione utile per la Commissione gli atti normativi citati dal dottor Palumbo, quelli che non sono già nelle nostre disponibilità, nonché gli elementi informativi che possono aiutarci nel prosieguo del nostro lavoro, perché mi sembra assolutamente necessario partire da una ricognizione proprio sulla base delle indicazioni che ci ha fornito il dottor Palumbo.

In secondo luogo, vorrei condividere con la Commissione una mia riflessione che sottende una domanda al dottor Palumbo. Anche sulla base delle considerazioni del nostro audit, mi pare che ne esca rafforzata un'idea che ho maturato nella mia esperienza di questi anni: l'emergenza finanziaria del nostro sistema sanitario e delle Regioni che, a differenza di altre emergenze, è permanente (a partire dai disavanzi delle mutue fino a oggi, senza un solo anno in cui non vi sia stata una situazione di allarme a livello finanziario) e ha prodotto, sia da parte delle Regioni, sia da parte del Ministero dell'economia (prima Ministero del tesoro), ma forse anche da parte del Ministero della sanità o delle sue strutture dirigenti, un'obbligatoria curvatura che ha accentuato gli elementi di valutazione economico-finanziari.

Revisore BAL

Resoconto stenografico n.

Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009

Sede AUD

Sulla base di una valutazione delle tecniche di verifica che sono state qui riportate e riallacciandomi alle considerazioni del collega Calabrò, mi pare che siano stati adottati due diversi criteri: da una parte, vi è la necessità di prestare attenzione ai temi connessi ai piani di rientro (il rispetto dei finanziamenti, il 3 per cento, i meccanismi di incentivazione e disincentivazione e la riduzione dei costi), su cui si è sviluppata una sinergia anche molto positiva tra il Ministero dell'economia e il Ministero della sanità (evento raro nella pubblica amministrazione italiana, dove è più facile litigare che non coordinare il proprio lavoro e svolgere una funzione di controllo con tanta efficacia); dall'altra, mi pare che la quantità e la qualità dei risultati di una valutazione imperniata - e su questo vorrei da lei solo un'opinione tecnica, dal momento che la questione riguarda gli indirizzi politici che il Parlamento e il Governo vorranno assumere - sul contenuto e sulle finalità della spesa siano spropositatamente inferiori. In altri termini, se oggi volessi sapere se la qualità delle *performance* assistenziali, ad esempio, per il diabete tra diverse Regioni del nostro Paese produce risultati diversi, forse potrei trovare una ricerca dell'Istituto superiore di sanità condotta tre anni fa o uno studio prodotto da un ente; nella realtà, però, non esistono né una valutazione organica né un sistema

definito (costruito cioè con attenzione in un percorso di partecipazione delle società scientifiche) di valutazione dei dati di bisogno di salute, di risposta a questi bisogni e di risultati in termini di valutazione degli andamenti.

In realtà, noi possiamo sapere più facilmente quanto spende la Regione Calabria e - se vogliamo affrontare questo tema - meno facilmente conoscere il punto di vista della struttura del Ministero della sanità che ha la possibilità di coordinare più da vicino, seppure non in modo diretto, questi elementi. Invece, nella cultura delle forze politiche, in quella dei Governi succedutisi e nella cultura istituzionale, vi sono state solo singole attività di ricerca, e nient'altro. Sarei contento di sbagliarmi, ma purtroppo è così. Ritengo che un equilibrio debba individuarsi in un sistema di controlli (come quello cui si riferiva il dottor Palumbo), in un bilanciamento, in una capacità di pesare i dati di costo con quelli di risultato.

Nei prossimi anni, ma anche nei prossimi mesi, dobbiamo avere come priorità quella di svolgere un velocissimo lavoro per portare allo stesso livello di raffinatezza dell'elaborazione dei dati economico-finanziari anche quelli di qualità dei risultati raggiunti in termini di efficacia delle prestazioni e comunque di dati di salute. Ciascuno di noi può elencare a

mente una decina di indicatori di cui sarebbe utilissimo disporre su un quadro nazionale ripartito per le Regioni e poi anche all'interno delle Regioni stesse.

Tuttavia, mancando questo elemento, il rischio è che le politiche del Governo, al di là delle buone intenzioni, intervengano sui dati di costo non disponendo degli strumenti per capire quando, intervenendo su tali dati, i risultati si modificano anche in termini di prestazioni e di assistenza; quando, tagliando la spesa, si tagliano gli sprechi e quando, invece, si lasciano gli sprechi tagliando le prestazioni necessarie con immediate ricadute in termini di risultato e di condizioni di salute della popolazione.

Questa fotografia rappresenta per chi amministra, per chi governa ma forse anche per il legislatore la priorità del sistema sanitario italiano. Peraltro, esperienze di altri Paesi testimoniano che tale intervento è possibile, è utile e che forse, copiando, si può realizzare anche rapidamente.

BIANCHI (*PD*). Signor Presidente, ritengo che il senatore Cosentino abbia ragione e che l'emergenza continua sicuramente comporti problematiche sempre più gravi.

Abbiamo constatato che in alcune Regioni dove si spende di meno alla fine si produce meglio. Non sempre spendere di meno significa tagliare su alcune prestazioni importanti.

Al di là di questa considerazione, la mia è una domanda precisa. Come è possibile, in questo sistema di controlli, non conoscere le spese essenziali di alcune Regioni? L'esempio pratico cui mi riferisco è proprio quello della Regione Calabria.

FOSSON (*UDC-SVP-Aut*). Signor Presidente, ho delle domande concrete e due osservazioni da sottoporre al dottor Palumbo.

In primis, ricollegandomi a quanto diceva il senatore Astore, vorrei chiedere al dottor Palumbo se, nell'ambito del suo Ministero, esistono degli studi precisi sulla differenziazione dei costi *standard*, perché mi richiamo a quanto da lui sostenuto sulle difficoltà del gestire la sanità in un paese di montagna. Le chiedo, dunque, se esistono già degli studi in merito.

La seconda domanda è molto concreta e fa riferimento a quanto diceva l'ex ministro Turco quando parlava di manutenzione della legge sul Servizio sanitario nazionale. La ringrazio per avere fornito nella sua documentazione anche informazioni sui costi del personale. Noi

possiamo mantenere dei costi alti o bassi per il personale, ma poi abbiamo riqualficato delle figure professionali senza cambiare i loro mansionari.

Ad esempio, l'infermiera professionale è diventata una laureata in scienze infermieristiche senza però alcuna modifica del suo mansionario. Rifacendomi all'esperienza di un Paese come la Francia, è noto che in una sala operatoria francese ci sono un anestesista e cinque infermiere laureate in scienze infermieristiche a condurre l'anestesia. La domanda, dunque, è se il personale operante nei nostri ospedali sia utilizzato in modo corretto. Pensiamo al tecnico di laboratorio che appone una sigla su un risultato prodotto da una macchina: davvero questo risultato deve essere ancora vidimato dal medico? L'autista ambulanziera deve fare solo l'autista? A mio parere, quando si affronta il tema dei costi del personale bisogna anche chiedere se il personale è utilizzato in modo corretto.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Palumbo per rispondere ai quesiti posti, anche se sarà necessario riconvocarlo dal momento che le domande sono tante. In particolare, l'ultima questione, sollevata dal senatore Fosson, è particolarmente importante e di grande attualità in generale.

Al di là della visione politica, la questione dei costi *standard* rispetto all'orografia del nostro territorio è veramente essenziale. Evidentemente è molto diverso soccorrere un paziente colpito da infarto in una zona di montagna innevata piuttosto che nel centro di Roma.

PALUMBO. Signor Presidente, alcuni spunti più specifici potranno essere certamente ripresi in audizioni successive anche con il coinvolgimento di altre direzioni di Ministeri.

In particolare per quanto riguarda il personale, esiste una direzione del Ministero che si occupa di risorse umane e del tema professioni che andrà coinvolta. Io posso farmi portavoce per organizzare un approfondimento su questo tema.

Esistono poi alcuni punti specifici e anche un tratto comune a molte domande: io parto da una piccola notazione oggettiva. Noi abbiamo avuto tre esempi di commissariamento (oltre al caso della Calabria, che è un caso *sui generis* di commissariamento in quanto attuato invocando la normativa sulla protezione civile). I tre casi di commissariamento attinenti al *corpus* delle norme sanitarie si riferiscono al commissario della Regione Abruzzo e al commissario e subcommissario della Regione Lazio.

A parte il caso della Regione Lazio con la scelta della figura istituzionale del Presidente, i tecnici prescelti come commissario della Regione Abruzzo e come subcommissario della Regione Lazio sono persone di grande esperienza di governo del servizio sanitario. Sono due ottimi funzionari, il dottor Gino Redigolo e il dottor Mario Morlacco, che hanno dato un'ottima prova sul campo in senso lato e dei quali è documentata la capacità non di controllare genericamente i conti ma di promuovere iniziative positive.

Chi conosce la realtà trevigiana sa quale apporto qualitativo abbia dato il dottor Redigolo; allo stesso modo, chi conosce la realtà pugliese sa quale grande ruolo abbia avuto il dottor Morlacco. Tuttavia, non si tratta di un problema di nomi, ma di scelte, proprio per garantire una costante attenzione ai vari aspetti.

Vorrei cercare di andare alla radice del problema. Nella gestione di questa fase storica vi è un'idea retrostante, che ho già accennato nella scorsa seduta e che in parte è stata ripresa anche dalla senatrice Bianchi. La nostra valutazione è che in questa fase storica (magari tra alcuni anni la situazione sarà diversa) vi è una sinergia forte tra i due aspetti: il controllo della spesa aiuta a generare qualità; insistere sulla qualità,

indipendentemente dall'attenzione ai dati di spesa, produce risultati asimmetrici, diseguali e disomogenei, che nel lungo periodo generano cattiva qualità complessiva. Ciò è dimostrato dalla variabilità esistente nel Paese. Alcune tabelle (ne ho scelte alcune esemplificative, ma ne ho anche altre a disposizione, che posso trasmettervi), dimostrano che nel Paese vi è una grande variabilità, solo in minima parte spiegata da oggettive difficoltà o da condizioni epidemiologiche, demografiche e persino orografiche diverse. La gran parte di tale variabilità è dovuta a scarsa capacità gestionale.

La grande sfida dei prossimi anni è di come eleviamo la capacità gestionale, non solo delle Regioni; il cuore del problema è infatti nelle aziende sanitarie. In questo momento c'è una sproporzione tra il grande impatto economico e sociale legato all'azione di un'azienda sanitaria o ospedaliera e la capacità di comando che, nel complesso, questo mondo esprime. La sfida dei prossimi anni - lo ripeto - è di elevare la capacità di controllo di gestione. L'attenzione non tanto al dato finanziario quanto a quello economico è un aspetto che ci aiuta.

D'altra parte noi arriviamo a tale convinzione sulla base di una riflessione a cui si è pervenuti anche in altri Paesi. Quando negli altri

Paesi si è parlato di governo clinico, anche lì si è posto il problema di un ponte capace di unire le capacità manageriali e le capacità di *performance* assistenziali. Noi ci arriviamo da un altro versante, ma l'aspetto è lo stesso. Tale idea ha probabilmente condizionato l'impianto anche operativo dei controlli e della gestione. Noi abbiamo prove del fatto che l'applicazione di alcune pressioni selettive costringe e orienta le Regioni verso buone pratiche.

Sui giornali di oggi si dava conto del lavoro che la Regione Lazio sta conducendo in sede di riconversione di alcune piccole strutture di ricovero ospedaliero verso forme di ricovero non ospedaliero, poiché il Lazio vive con circa dieci anni di ritardo rispetto ad alcune Regioni del Centro-Nord. Questo concetto lo evidenzia spesso anche il ministro Sacconi, che ricorda le sue esperienze di giovane politico nella realtà veneta, dove il tema della riconversione, spinto anche dalla pressione di carattere economico, genera una sanità qualitativamente migliore. Il problema non è, ad esempio, creare una struttura residenziale per non autosufficienti perché costa meno dell'equivalente posto letto ospedaliero, bensì una qualità dell'assistenza diversa. Ciò soprattutto in un momento epidemiologico e demografico in

cui il tema dell'autosufficienza, della presa in carico e quant'altro è determinante.

Vi è poi un altro aspetto che non viene rilevato. Sul piano tecnico noi siamo ovviamente tenuti a declinare le soluzioni nell'ambito dei paletti posti dal legislatore, ma il problema si riproporrà tra non molto tempo per tutte le Regioni che si troveranno sopra i costi *standard*. È infatti vero ciò che sostiene il Ministro, ossia che tra qualche anno tutte le Regioni avranno dei piani di rientro, perché tutte avranno il problema di allinearsi rispetto ai costi *standard*. Si pone pertanto un problema di spalmatura temporale di tale sforzo e credo che sia necessaria una riflessione sulla congruità del tempo che occorre. Il patto per la salute dell'ottobre 2006 ci ha posto dei paletti: un periodo temporale di tre anni e la possibilità di poter contare su risorse aggiuntive, limitate e calanti nel corso dei tre anni: 1.000 milioni nel primo anno, 850 nel secondo anno, 700 nel terzo anno. Spalmature più lunghe o, viceversa, accelerata attivazione di servizi alternativi sul territorio, anche in anticipo rispetto alla disponibilità delle risorse che provengono, ad esempio, dalla riconversione ospedaliera, sono possibili se, come è stato sottolineato in precedenza, si finanziano tali iniziative.

L'equilibrio di bilancio è una sorta di variabile indipendente che va rispettata, quindi nessuno può autorizzare una spesa fuori bilancio, per norma costituzionale. Se si programmano progetti che vanno oltre le risorse disponibili, occorre a priori una copertura, e alcune Regioni lo stanno già facendo. Il Veneto, ad esempio, ogni anno arricchisce le disponibilità che lo Stato mette a disposizione con proprie risorse e su queste basi può predisporre programmi di riconversione più morbidi. L'importante è che ciò si faccia sempre a priori. Sarebbe auspicabile che le Regioni seguissero l'esempio del Veneto; nel caso di Regioni con una bassa capacità fiscale, è necessario che intervenga una garanzia centrale tramite un accordo Stato-Regioni, oppure la Regione si trova di fronte ad una possibilità inibita. Questa è la difficoltà molto forte che abbiamo riscontrato in questi mesi.

Quando, ad esempio, i dirigenti amministrativi di alcune Regioni dichiaravano di non essere in grado di portare a termine quel processo in tre anni, perché avrebbero dovuto poter contare su risorse aggiuntive, ci scontravamo con la difficoltà che il bilancio dello Stato non conteneva quelle risorse. Si è dovuto quindi accelerare sui processi di riconversione. Questo vale per l'analisi di quanto è già avvenuto e probabilmente è una

notazione da tenere in dovuta considerazione quando si affronterà il tema del rientro di tutte le Regioni verso i costi *standard*.

Quanto a questi ultimi, la strada che è stata intrapresa sul piano formale è quella di un approccio generale ai costi *standard* attraverso i cosiddetti LEP (livelli essenziali di prestazione). Anche la normativa sul trattamento fiscale prevede un percorso unitario di determinazione dei costi *standard* nei vari settori. Questa fattispecie avrebbe reso poco opportuno, sul piano formale, che il Ministero della salute si fosse attrezzato con una sua linea di lavoro, perché avrebbe potuto confliggere con il piano di azione più generale che si andava a definire. Ciò non toglie che, soprattutto per iniziative della direzione politica, siano in cantiere alcuni approfondimenti, in merito ai quali lo stesso Ministro della salute, in sede di audizione presso la Commissione bicamerale per gli affari regionali, ci ha fornito alcune anticipazioni: uno degli indirizzi politici è quello di lavorare su sistemi di valutazione di carattere macroeconomico, data la preoccupazione che approcci microeconomici di dettaglio possano generare una selva di indicatori molto spesso contrastanti tra di loro, con la conseguenza che - come ci hanno mostrato tante esperienze degli anni scorsi - nell'applicazione locale si produca poi l'inevitabile tentazione di

enfaticamente un *set* di indicatori anziché un altro, affinché si riequilibrino e si annullino reciprocamente. Da questo punto di vista è importante che il giudizio sia ancorato a macro indicatori.

La sensazione anche fisica che si coglie nel nostro Paese è che alcune Regioni prestino maggiore attenzione al controllo del disavanzo: uso questo termine, anziché quello generico di costi perché il vero problema, a mio avviso, nell'attuale fase storica (tra cinque anni forse sarà diverso), risiede nella capacità di governare il proprio *budget*. Solo questo è abbinabile alla qualità: non l'attenzione ai costi generici, ma la capacità di governare il proprio *budget*. D'altra parte, è vero che esiste una variabilità tra le Regioni, anche nel costo dell'assistenza *pro capite* (perché i sistemi di pesatura sono insufficienti), ma tutto sommato è un fazzoletto - soprattutto nelle Regioni con dimensioni di popolazione cospicue - veramente ristretto. Questo discorso - ripeto - vale meno per le Regioni piccole. In una Regione piccola come il Molise, l'inadeguatezza del costo *pro capite* genera molti danni. Credo che ne provochi di meno in Regioni grandi che superano la soglia dei 3 milioni di abitanti, dal momento che si è in presenza di economie di scala e ampi margini di variabilità.

Prendiamo il caso del Veneto in cui vi sono 5 milioni di abitanti e circa 21.000 posti letto extraospedalieri di assistenza per anziani autosufficienti e disabili non autosufficienti. Prendendo a confronto una Regione come la Sicilia o la Campania, vediamo che i letti extraospedalieri sono nell'ordine di qualche centinaia: vi è una scala di uno a venti, anzi forse di uno a quaranta. Allora, la questione non è che la quota del capitale sia sbagliata: se si chiedesse alla Campania non di arrivare ai 20.000 che ci aspetteremmo, ma a 5.000 posti letto extraospedalieri, per la Campania sarebbe un salto assistenziale grandioso, ma sul piano dei costi non sarebbe una spesa stravolgente.

PRESIDENTE. Purtroppo, dottor Palumbo, nel ringraziarla ancora per i dati che ci ha fornito e per le osservazioni e le analisi che ha voluto qui formulare, dato l'imminente inizio dei lavori dell'Aula, devo rinviare il seguito dei nostri lavori ad altra seduta, in occasione della quale avrà la possibilità di rispondere in maniera esaustiva a tutti i quesiti che le sono stati posti, eventualmente anche con il coinvolgimento di altri funzionari del Ministero che possano fornire alcuni ulteriori chiarimenti in merito agli aspetti relativi al personale sanitario.

<i>Revisore BAL</i>	<i>Resoconto stenografico n.</i>
<i>Commissione Servizio sanitario nazionale Seduta n. 6 del 29 gennaio 2009</i>	<i>Sede AUD</i>

Rinvio pertanto il seguito dell'audizione ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,30.