



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 53

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio
sanitario nazionale**

AUDIZIONE DELL'ASSESSORE ALLA SANITÀ DELLA
REGIONE LOMBARDIA, DOTTOR LUCIANO BRESCIANI,
DEL DIRETTORE GENERALE DELL'ASSESSORATO ALLA
SANITÀ DELLA REGIONE LOMBARDIA, DOTTOR
CARLO LUCCHINA, E DEL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASL CITTÀ DI MILANO, DOTTOR ANTONIO G. MOBILIA

55^a seduta: giovedì 11 ottobre 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione dell'assessore alla sanità della regione Lombardia, dottor Luciano Bresciani, del direttore generale dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, dottor Carlo Lucchina, e del direttore generale dell'ASL Città di Milano, dottor Antonio G. Mobilia

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 10 e <i>passim</i>	<i>BRESCIANI</i>	Pag. 3, 12, 18
BINETTI (<i>Ulivo</i>)	11	<i>LUCCHINA</i>	4, 14, 17
BODINI (<i>Ulivo</i>)	9		
BOSONE (<i>Aut</i>)	6		
CARRARA (<i>FI</i>)	12		
CURSI (<i>AN</i>)	8, 17		
EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>)	7		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Intervengono l'assessore alla sanità della regione Lombardia, dottor Luciano Bresciani, e il direttore generale dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, dottor Carlo Lucchina.

Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, Luogotenente Gaetano Caggiano, Maresciallo Capo Claudio Vuolo e Maresciallo Capo Simone Vacca.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, il processo verbale della seduta del 3 ottobre si intende approvato.

Audizione dell'assessore alla sanità della regione Lombardia, dottor Luciano Bresciani, del direttore generale dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, dottor Carlo Lucchina, e del direttore generale dell'ASL Città di Milano, dottor Antonio G. Mobilia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'assessore alla sanità della regione Lombardia, dottor Luciano Bresciani, del direttore generale dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, dottor Carlo Lucchina, e del direttore generale dell'ASL Città di Milano, dottor Antonio G. Mobilia.

Ricordo che l'odierna audizione è stata richiesta anche in seguito a quanto emerso nell'audizione, svoltasi il 26 luglio scorso, dei magistrati competenti sulle inchieste riguardanti profili illeciti nelle richieste di rimborso di alcune strutture sanitarie lombarde.

Ringrazio il dottor Luciano Bresciani e il dottor Carlo Lucchina per aver accolto l'invito della Commissione. È, invece, assente il direttore generale della ASL città di Milano, Antonio Mobilia, che ha fatto presente di essere impossibilitato a partecipare ai lavori della Commissione a causa di una missione precedentemente fissata.

BRESCIANI. Signor Presidente, mi soffermerò nel mio intervento sul tema relativo al sistema dei controlli, nell'ambito delle prestazioni delle cartelle cliniche in Lombardia.

Con la legge n. 31 del 1997, la regione Lombardia ha introdotto il primo elemento di controllo: l'obbligazione alla isocertificazione, a cui le strutture si sono allineate. Questo è il primo punto di controllo all'interno delle Aziende. Successivamente, nel 2000, è stata introdotta nelle Aziende la procedura della *joint commission*. Nell'interno vi è, quindi, un doppio controllo, che orienta ovviamente alle correzioni degli esiti non conformi per tendere all'appropriatezza.

La Regione ha iniziato i controlli specifici delle ASL sugli erogatori. Nel 2007 è iniziato il controllo incrociato delle ASL sugli erogatori. Le ASL che appartengono ad un'area provinciale effettuano controlli incrociati su un'altra Provincia.

L'esito dell'introduzione della *joint commission* è rappresentato dal passaggio da risultati non conformi per lo 0,5 per mille (sulle cartelle cliniche) allo 0,4 per mille.

Per quanto riguarda la specificazione dei dati, interverrà il Direttore generale che cortesemente fornirà gli elementi tecnici e le cifre dei risultati del nostro lavoro.

LUCCHINA. Signor Presidente, onorevoli senatori, credo che valga la pena partire da un quadro di sistema per rendere il senso dell'oggetto dell'audizione di questa mattina.

La Lombardia ogni anno effettua 2,2 milioni di ricoveri e 165 milioni di prestazioni specialistiche. Questo è il volume dal quale partire. Ciò significa che ha una previsione di risorse destinate ai ricoveri di 4,9 miliardi di euro e di 1,850 miliardi di euro di prestazioni specialistiche.

Credo che questo sia un dato che vada necessariamente premesso. Infatti, ammesso e non concesso che siano vere le notizie di stampa in merito ad alcune inchieste che la procura della Repubblica, soprattutto di Milano, starebbe svolgendo, ogni senatore può valutare che l'impatto percentuale dei casi devianti è al di sotto del prefisso telefonico. D'altra parte, per una Regione che sfiora i 10 milioni di abitanti (che se fosse uno Stato nazionale sarebbe al dodicesimo posto per popolazione tra gli Stati dell'Unione europea) credo sia alquanto difficile immaginare che tutto possa procedere alla perfezione.

Inoltre, abbiamo una procedura di controllo ormai consolidata. Ad esempio, la legge finanziaria del 2006 detta come linea di principio l'obiettivo di controllare il 2 per cento delle SDO, le schede di dimissione ospedaliera. La Lombardia da otto anni si pone l'obiettivo, regolarmente rispettato ogni anno, di controllarne il 5 per cento, quindi più del doppio del limite nazionale imposto per legge.

I servizi di controllo della Lombardia, nella progressione degli anni, hanno valutato una media dai 14 ai 16,5 milioni di rettifiche alle cartelle presentate al rimborso del sistema sanitario regionale, sia per la parte pubblica, sia per quella privata. Debbo dirvi subito che il rapporto tra pubblico e privato accreditato all'interno di queste cifre conferma sostanzialmente il rapporto delle prestazioni in Lombardia tra pubblico e privato. In Lombardia il 68-68,5 per cento delle prestazioni è effettuato dal pubblico e la differenza (circa il 32 per cento) dal privato. Infatti, come risulta dall'ultimo dato disponibile che risale al 2006, a fronte di una rettifica a rimborso di 16,2 milioni di euro, 11,2 milioni di euro sono riferibili al pubblico e 5,52 milioni al privato.

Sarà evidentemente il Tribunale a giudicare se in alcuni casi, tra quelli apparsi, vi sono comportamenti illeciti. Uno di questi casi credo sia oggi all'attenzione procedurale del giudice per l'udienza preliminare,

per la valutazione della richiesta di rinvio a giudizio da parte della procura della Repubblica di Milano. In altri casi al momento si è arrivati all'avviso di garanzia. In un caso la procura della Repubblica ha chiesto il proscioglimento e l'archiviazione in quanto non sussistevano ipotesi di illecito; in altri casi prosegue l'attività istruttoria.

In questo momento, quindi, è probabilmente prematuro dare una valutazione complessiva. È evidente, però, che l'Assessorato è particolarmente attento all'emersione e all'evoluzione di questi casi, perché l'obiettivo, come sempre, è evitare che all'interno delle valorizzazioni delle prestazioni sanitarie si dia spazio, ovviamente inconsiamente e in buona fede, a comportamenti speculativi.

Abbiamo una storia, che si recupera formalmente dalle delibere della Giunta regionale, che parte dal 1989, ma soprattutto dal 2003 in poi: anno per anno, il criterio del controllo si è sempre perfezionato. Da ultimo, una deliberazione della Giunta del mese di maggio di quest'anno ha ulteriormente declinato tutte le attività di controllo, che sono complesse, ma supportate da un gruppo di lavoro interdisciplinare. In particolare, poche settimane fa è entrato in funzione ed è diventato operativo un meccanismo di controllo che, come i dati dimostrano, è stato accolto con grande favore da tutti gli operatori del settore, non solo lombardi.

In sostanza si è deciso di mutuare una caratteristica della nostra normativa fiscale, inserendo nella procedura regionale la cosiddetta «possibilità di interpello»: ogni erogatore, ogni Azienda sanitaria locale, o ospedaliera può accedere al sito Internet della regione Lombardia, dove semplicemente cliccando su una specifica icona, può – senza dover scrivere alcuna lettera – porre quesiti su una determinata operazione medica, oppure esporre i propri dubbi rispetto all'opportunità di valorizzare un DRG (*diagnosis related groups*), o una prestazione specialistica piuttosto che un'altra. Tale quesito viene poi letto e valutato da un gruppo interdisciplinare composto da dirigenti in capo all'Assessorato alla sanità, ma anche da legali regionali e non, che provvede a pubblicare la risposta sul già citato sito Internet.

Sintomatico circa l'utilità di questo servizio è il fatto che le prime risposte ai quesiti posti sono apparse sul sito Internet attorno allo scorso 25 settembre e nell'arco di pochi giorni si sono registrati più di un migliaio di contatti. Ciò sta a significare che questa attività, certamente di natura preventiva, riveste un'importanza fondamentale, considerato anche che la materia sanitaria è molto complessa e che un DRG costituisce la descrizione oggettiva di una pratica clinica e quindi non è detto che sempre e comunque tale descrizione rispetti il caso specifico singolo; ne consegue che l'insorgere di dubbi è sempre possibile.

Ciò contribuisce quindi ad evitare il verificarsi di determinati episodi anche se va tenuto presente che se qualcuno è in malafede non c'è nulla che possa fermare la sua volontà di compiere illeciti. L'obiettivo dell'Assessorato alla sanità della nostra Regione è quello di governare al meglio il sistema dell'appropriatezza ed anche questo rappresenta un dato estremamente positivo.

Come è noto siamo in fase di predisposizione del sistema di regolamentazione sanitario lombardo all'interno del quale, grazie all'esperienza che stiamo maturando, proporremo ancora delle interpretazioni e delle linee di indirizzo che saranno sempre meno interpretabili e che, preventivamente, eviteranno l'insorgere di determinate situazioni.

Un'ultima osservazione che è stata richiamata anche dall'assessore Bresciani nel suo intervento. Il sistema di controllo della regione Lombardia è organizzato per Aziende sanitarie locali e fondamentalmente su base provinciale. In questo ambito ogni Azienda sanitaria locale è dotata di un Nucleo operativo di controllo (NOC); fino allo scorso anno tali nuclei, anche in riferimento ad una disposizione normativa regionale, avevano stretta competenza territoriale, per cui – tanto per fare un esempio – i nuclei della provincia di Varese esercitavano il controllo esclusivamente sugli erogatori della loro provincia, lo stesso valeva per i nuclei di Milano. Il Consiglio regionale alla fine dello scorso anno ha però varato una modifica normativa importante, in base alla quale i suddetti nuclei possono controllare anche al di fuori del loro territorio di appartenenza nel caso di cartelle cliniche di residenti che sono stati ricoverati o hanno usufruito di prestazioni specialistiche anche in altre aree della Lombardia.

Questo rappresenta evidentemente un aspetto molto positivo, posto che permette, da un lato, un controllo incrociato non più istituzionalizzato dal punto di vista territoriale e soprattutto, dall'altro, consente un confronto e quindi una crescita professionale dei vari funzionari che operano in questo ambito, che possono in tal modo scambiarsi esperienze variegate, avendo l'opportunità di valutare e lavorare su un panorama assai più vasto di erogatori.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per la puntualità delle loro considerazioni e lascio la parola ai colleghi che intendano intervenire.

BOSONE (*Aut*). Signor Presidente, come già ricordato, la Lombardia è sicuramente una regione complessa oltre che popolosa, con un sistema sanitario molto articolato che vede la compresenza di pubblico e privato, e quindi come tale assai difficile da sottoporre a controllo. Anche per questo ritengo che questa Regione, a partire dall'esperienza accumulata nel settore, sia tenuta a fare qualcosa di ulteriore e di migliore, onde poter dare avvio ad una esperienza pilota rispetto alle altre realtà regionali che in tal senso si stanno muovendo nel nostro Paese.

Lo dico anche tenuto conto della vicenda che sta coinvolgendo molti medici che spesso rappresentano l'anello più debole della catena e che magari rischiano di pagare in prima persona per il sistema che si è andato creando e che in parte è stato promosso dal combinato disposto costituito dai sistemi dell'accreditamento e dei DRG che ha portato le Aziende, sia pubbliche che private, alla rincorsa prima della copertura delle prestazioni e, successivamente, da quando sono stati istituiti i tetti, del *budget*.

Ripeto, i medici di reparto spesso rappresentano l'ultimo anello di una catena che è stata instaurata dall'alto e che per funzionare bene dal

punto di vista della spesa pubblica e quindi per evitare che si creino occasioni di prestazioni inappropriate con conseguente spreco di denaro pubblico, richiede un sistema di controllo probabilmente superiore a quello attualmente in vigore e che tende a maturare con l'esperienza.

Del resto, non va neanche trascurato il problema del personale cui spetta l'onere di effettuare, i controlli che certo non si fanno da soli oppure ricorrendo semplicemente alla rete informatica, ma garantendo una presenza fisica sul posto. Non va tralasciata la difficoltà che si incontra nel ricostruire *ex post* il percorso clinico dei pazienti e quindi a capire se tale percorso o il DRG finale siano coerenti con la prestazione erogata magari mesi prima.

Da questo punto di vista credo che sarebbe quindi utile destinare qualche risorsa ulteriore al sistema dei controlli.

Inoltre, da momento che si è accennato alle linee guida più stringenti in cui si intenderebbe incanalare il percorso delle strutture ospedaliere, mi chiedo se non sia il caso di introdurre nella valutazione della appropriatezza delle prestazioni, anche degli indici qualitativi e di funzionalità comunque diversi.

In tal modo sarebbe possibile verificare, non solo sulla base del numero o della qualità dei DRG, ma anche di una serie di indici territoriali, se un ospedale funziona, oppure se per raggiungere il *budget* abbia forzato i DRG, al di là di comportamenti distortivi legati alle singole situazioni.

Quello in sostanza che vorrei sapere è se si sia ipotizzato o si stia immaginando di introdurre, a seguito delle sopracitate linee guida, delle griglie o qualche indice di controllo oggettivo più stringente e non solo quello legato al sopralluogo dei NOC che sappiamo talvolta non è sufficiente rispetto alla necessità di fare emergere eventuali comportamenti distortivi.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, le ragioni per cui ho chiesto lo svolgimento della odierna audizione, così come quella dei magistrati che stanno indagando sulla vicenda – lo dico sulla base di quanto riferitoci – vanno al di là ed oltre gli aspetti penali che tutto sommato non riguardano la Commissione, o meglio rientrano nei nostri interessi in quanto evidenziano e rendono trasparente non solo e non tanto i comportamenti illeciti, la cui sanzione una volta eventualmente accertati spetta alla magistratura, quanto il sistema dei controlli.

Aggiungo che tra le motivazioni della suddetta richiesta vi sono anche le dichiarazioni di alcuni dirigenti – che peraltro riterrei opportuno audire – riportate dalla stampa, in particolare dal quotidiano «La Repubblica» e la cui veridicità andrebbe controllata, secondo le quali nei sistemi di controllo della regione Lombardia vi sarebbero alcuni limiti ed imprecisioni. Vorrei che venisse accertata la veridicità di tali dichiarazioni, e che fossero ascoltati i dirigenti che hanno espresso queste valutazioni, se in effetti verifichiamo che si tratta di dichiarazioni da loro rese.

Prendo atto di quanto riferitoci sui controlli. I magistrati che si occupano dell'inchiesta in corso hanno dichiarato che, al di là dell'aspetto pe-

nale, sarebbero stati sottratti al servizio sanitario regionale importi che ammontano a una cifra pari a 18 milioni di euro. E' stato detto che sostanzialmente nel 2006 sarebbero stati accertati dai sistemi di controllo regionali complessivamente in tutta la Lombardia 16 milioni di euro. Sono questi i due dati che metto a confronto. Se verranno accertati questi elementi, sono dati che ritengo significativi.

Chiedo, pertanto, di valutare – penso che questo ci competa come Commissione, così come compete alla regione Lombardia nell'interesse generale – non le eventuali responsabilità, ma le eventuali modifiche dei controlli che possono poi anche essere generalizzate ed esportate in altre realtà territoriali.

Si è parlato di 165 milioni di prestazioni. Per quanto riguarda l'accertamento di eventuali difformità, sulle quali poi si operano le ispezioni, bisognerebbe chiarire alcuni aspetti. Il primo è relativo al quantitativo di personale che viene destinato complessivamente alle ispezioni. In altre parole mi chiedo quanti sono i componenti dei nuclei operativi di controllo (NOC).

In secondo luogo, vorrei sapere se esiste un nesso tra il sistema informativo e i NOC. I NOC procedono alle ispezioni sulla base di rilevazioni che fanno ASL per ASL, oppure su segnalazione? Si è pensato a un sistema informativo fondato su una griglia di indicatori in grado di rilevare dei *range* di scostamenti dalle medie tali da guidare l'azione ispettiva dei NOC?

Mi sono occupata del sindacato ispettivo nel settore dei trasporti proprio nella regione Lombardia molti anni fa. So per esperienza che quando si procede con un'ispezione bisognerebbe farla all'improvviso. All'epoca, infatti, decidevamo la mattina stessa di eseguire un'ispezione. Mi risulta invece – di questo vorrei avere conferma – che le ispezioni dei NOC, per ragioni probabilmente di correttezza visto che non si possono mostrare le cartelle cliniche, venivano preannunciate dieci giorni prima. Anche su tale profilo gradirei delle indicazioni.

Sempre in base all'esperienza maturata svolgendo mansioni di sindacato ispettivo, con il trascorrere del tempo, anche se si è onestissimi e oggettivi, le modalità di conduzione dell'ispezione diventano note tra i soggetti che possono esservi sottoposti; quindi, a seconda di chi la esegue, si sa in anticipo che controlli si effettuano.

Vorrei sapere se sono state attivate delle procedure di formazione del personale in modo da rendere le ispezioni diversificate di volta in volta e se è previsto non tanto che i NOC escano al di fuori delle loro ASL per i loro residenti, ma che ci sia una rotazione tale da consentire un continuo ricambio degli ispettori e quindi una minore presunzione di conoscenza dei controlli che verranno effettuati. In caso contrario i controlli risultano vanificati.

CURSI (AN). Signor Presidente, le notizie pubblicate su un settimanale ci hanno preoccupato, così come ci colpiscono tutte le vicende legate alla sanità che appaiono sui giornali. Qualche maligno – io sono tra questi

– può pensare che probabilmente ci sia stata qualche sollecitazione. La procura sta procedendo per suo conto; tutte le verifiche sono consentite. Certo è, caro Presidente, che questa Commissione non può diventare il tribunale del popolo in cui si audiscono uscieri, dipendenti e dirigenti. Il tribunale del popolo mi ricorda altre vicende storiche. Non sono più giovanissimo, ma onestamente mi sembra che siano superate o dovrebbero esserlo (anche perché leggevo un manifesto il cui messaggio era che un democratico vuole decidere nel proprio Paese).

Il quadro delineatoci oggi è un dato di conoscenza diretta e soprattutto di tipo istituzionale: vi sono un Assessore e un Direttore generale e mi sembra che le verifiche condotte nelle precedenti inchieste – io e il collega Bodini siamo i relatori sul tema che riguarda gli ospedali e i policlinici universitari – si siano svolte secondo gli schemi stabiliti dalla Commissione.

A questo punto, vorrei sapere se il DRG (*diagnosis related groups*) – in parte il direttore generale Lucchina ha già risposto – è ancorato a precisi paletti o può essere oggetto di interpretazioni e valutazioni. Mi domando, inoltre, se il DRG è lo stesso sia per il pubblico che per il privato ovvero, se non è così, quali differenze vi sono. La percentuale sull'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni quali risultati ha dato nel pubblico e nel privato? Penso che questi siano dati importanti per una Commissione che vuole arrivare a delle conclusioni precise, fermo restando che la stessa può decidere se, come, dove e quando fare controlli e sentire chi ritiene più opportuno.

Considerato che sono nostri ospiti l'Assessore e il Direttore generale, mi farebbe piacere conoscere con certezza – perché ho letto i dati sul giornale – la percentuale di assenteismo nel pubblico e nel privato. Probabilmente anche in questo caso sarà opportuno verificare e sentire i rappresentanti delle organizzazioni sindacali che ci potrebbero spiegare il motivo di questa percentuale così diversa tra pubblico e privato.

A proposito di servizi, dato che si discute sempre della loro qualità ed eccellenza, vorremmo conoscere i costi che sopportate, non essendo l'unica Regione che ha un settore privato in Italia, ne esistono tante altre in cui è presente. Si tratta soltanto di un problema di percentuali? Quali sono i costi del pubblico e del privato rapportati? Ho avanzato tale richiesta per fare qualche verifica sui criteri di appropriatezza e sui costi.

Infine, per seguire la strada tracciata correttamente dal collega Bosone, mi chiedo se i NOC hanno effettuato controlli sulla qualità, la sicurezza e l'efficienza dei servizi nel pubblico e nel privato. Sicuramente hanno proceduto in tal senso; allora ci farebbe piacere conoscere i risultati, così faremmo anche qualche utile confronto.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, interverrò in parte su temi che sono già stati affrontati; sarò quindi molto breve.

La prima osservazione si ricollega a quanto sostenuto nel suo intervento dal senatore Bosone. Certamente le attuali schede di dimissione ospedaliera (SDO) non hanno la completezza di informazioni che sarebbe

desiderabile avere per effettuare alcuni tipi di valutazioni. Questo è un dato che non ha nulla a che fare con il dibattito odierno, ma lo ricordo perché sarebbe importante possedere qualche dato da questo punto di vista. Per esempio, non risulta da nessuna parte lo stato di gravità del paziente all'ingresso, che è uno dei criteri fondamentali che indirizza il percorso diagnostico-terapeutico; sarebbe importante registrarlo.

La mia domanda è la seguente e deriva da un confronto dei dati. La disaggregazione nel confronto dei dati a livello regionale è svolta ASL per ASL – come ho inteso – oppure è possibile, come penso, passare a livelli inferiori, cioè poter comparare struttura per struttura, rispetto ai DRG emessi? Ciò consentirebbe di avere un controllo a posteriori e di cogliere disuniformità a livello più basso. Vorrei sapere, inoltre, se l'attività dei NOC (nuclei operativi di controllo) può essere indirizzata laddove emerge la disuniformità e qual è il livello minimo a cui si possono cogliere le eventuali difformità?

Per quanto riguarda l'azione dei NOC sul controllo delle SDO, posso affermare, per esperienza diretta, che l'ho sempre giudicata corretta. Le SDO contestate vengono valutate dai NOC insieme a chi le ha scritte o al responsabile del reparto. Da questo punto di vista, quindi, credo che la metodologia sia corretta.

Al di là del 5 per cento del controllo *standard* eseguito in modo randomizzato sulle cartelle, forse occorre cercare di capire se si può – come dicevo prima – centrare meglio il bersaglio rispetto alle difformità e se si può scendere fino al livello della singola struttura e non solo dell'ASL.

PRESIDENTE. Prima di proseguire con gli interventi, mi pare doveroso ribadire una precisazione.

L'attuale audizione non nasce da un'inchiesta, ma da una richiesta specifica pervenuta in Commissione a seguito della pubblicazione di alcuni dati relativi ad eventi occorsi nella regione Lombardia nell'ambito dei controlli presso alcuni Istituti privati. Su tale questione abbiamo sentito, agli inizi di agosto – proprio il giorno della chiusura dei lavori parlamentari – i rappresentanti della magistratura che stanno indagando, i quali hanno riferito in proposito. Il medesimo giorno abbiamo ricevuto notizie – ho sentito farvi un accenno in un intervento – su un fenomeno di assenteismo e di «truffa» in relazione ai turni ospedalieri.

L'audizione odierna si pone quindi nell'ottica di approfondire le questioni emerse a Milano, anche perché dai giornali sono emerse ulteriori informazioni. Il nostro lavoro è giustamente mirato a quella specifica situazione.

Ciò nondimeno ritengo che poi la Commissione possa valutare, prendendo spunto, ovviamente, dal caso in oggetto, l'opportunità di analizzare il quadro rappresentativo della realtà nazionale.

È evidente che, pur essendo la nostra una Commissione d'inchiesta con poteri sostitutivi della magistratura, il compito che ci spetta precipuamente è questo e non quello, magari, di sovrapporci a quanto la magistratura sta già facendo.

Credo proprio che l'audizione odierna serva a fornire ulteriori elementi.

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, desidero chiedere un approfondimento in merito ad alcuni aspetti.

Innanzitutto mi sembra che nella regione Lombardia ci sia, accanto ad una sanità pubblica, una sanità convenzionata, che offre *standard* di qualità nell'assistenza che devono essere valutati e confrontati in modo assolutamente parallelo in base a determinati criteri, tenendo conto anche della prospettiva dei costi.

In concreto, penso che proprio nella città di Milano vi sia una variegata situazione di strutture assistenziali e di unità terapeutiche e cliniche in cui vengono accolti pazienti che richiedono un livello di specificità di trattamento molto diverso. È chiaro che, a seconda della esaustività con cui il paziente viene trattato, tutto il processo dell'indagine diagnostica assume un livello di complessità differente.

Chiaramente, se vi è una diagnosi poco chiara all'ingresso, il DRG non può essere definito all'inizio, ma va maturando lungo il percorso. Se, infatti, si sapesse sempre quali sono le indagini necessarie, si potrebbero attuare economie di mercato molte precise. Sapendo cosa ha un paziente, si possono eseguire le relative indagini; molto spesso, invece, il paziente arriva con il quadro non definito, che obbliga a tentare diverse strade. Questa è una delle difficoltà maggiori nella identificazione finale del DRG, che porta ad individuare DRG complessi. Oggettivamente, infatti, le strade seguite non corrispondono solo al risultato ottenuto, ma al processo che si è dovuto sviluppare per raggiungerlo.

I pazienti con problematiche più complesse da definire scelgono ovviamente alcune strutture piuttosto che altre, in base al grado di qualità umana, di competenza clinica e in base al grado di tecnologia effettivamente disponibile in tempi brevi. Di fronte al dubbio diagnostico, infatti, la persona non è sempre disposta ad aspettare, per una serie di ragioni che attengono sia alla salute, sia all'ansia, sia al grado di complessità della situazione.

Desidero quindi sapere (mi ricollego in parte al discorso svolto dal senatore Bodini) se la vostra indagine è puntuale e precisa; una ASL, infatti, è un concetto perfino troppo ampio per identificare le strutture di qualità.

La seconda domanda riguarda l'appropriatezza non soltanto diagnostica e delle cure, ma anche del risultato a distanza di tempo. Mi riferisco al problema dei ricoveri ripetuti. Sappiamo tutti che il paziente viene dimesso il terzo o quarto giorno e poi viene ricoverato nuovamente. In molte strutture questa reiterazione dei ricoveri serve a moltiplicare i DRG, ma certamente non è mai vissuta con agio da parte del paziente (piuttosto con disagio). Se in tutto questo processo il paziente venisse preso in carico nella complessità del suo *iter* diagnostico e terapeutico, ciò rappresenterebbe una garanzia di qualità rispetto all'assistenza offerta.

L'ultima domanda riguarda il problema dell'assenteismo del personale. Mi chiedo se, a parte la distinzione tra pubblico e privato, sia stato considerato anche il parametro dell'età del personale. Ci sono ospedali in cui il personale infermieristico, in senso ampio, è di età più avanzata, quindi va incontro, per ragioni anche fisiologiche, a stanchezza o semplicemente a patologie legate alla propria età.

Il parametro dell'età del personale sanitario è uno di quegli elementi significativi, sul quale peraltro si fonda la richiesta di considerare tale mestiere addirittura tra i lavori usuranti. Le difficoltà diventano più facilmente superabili quando si riesce a ruotare il personale e ad impegnare i lavoratori di una certa età all'interno della struttura in base alla competenza acquisita in ruoli fisicamente meno stressanti, che consentano loro di non andare a casa.

CARRARA (FI). Signor Presidente, desidero ringraziare personalmente il dottor Bresciani e il dottor Lucchina, che provengono dalla mia Regione.

Vorrei sapere se sui sistemi di controllo esistono elementi di confronto con altre Regioni e, eventualmente, con quali risultati. Credo sia opportuno acquisire i risultati delle altre Regioni per avere un quadro complessivo.

Oggi stiamo affrontando un argomento molto importante. I colleghi hanno toccato tantissimi temi, ma credo che non si possa negare alla regione Lombardia la sua efficacia e la sua efficienza proprio nella gestione della spesa sanitaria nazionale.

Il Presidente e la senatrice Emprin sono intervenuti, sulla base di precisi riferimenti sottolineando, da un lato, l'inopportunità di limitare il nostro lavoro di analisi solo alla regione Lombardia e sulla base di eventi riportati dalla stampa e, dall'altro, l'esigenza di ampliare il nostro quadro di osservazione, estendendolo a tutte le Regioni italiane, per ottenere una esatta panoramica dell'intero sistema sanitario nazionale.

BRESCIANI. Come in precedenza, anche adesso interverrò sotto il profilo politico, lasciando al dottor Lucchina la trattazione degli aspetti più prettamente tecnici.

In risposta al senatore Bosone ripeterò quanto già prima esplicitato, sia pur brevemente, ovvero che siamo all'interno di un processo di continuo miglioramento della qualità e che ciò rientra in una delle linee direttrici dello stesso Piano socio-sanitario regionale che è partito dal 1° gennaio di quest'anno in continuità con quello precedente e che si concluderà il 31 dicembre 2009. Tutto questo ovviamente implica il fatto che non esista la qualità assoluta e quindi che, tenuto conto della variabile casuale Gaussiana, anche tra gli erogatori vi sia qualcuno che volutamente compie delle «inappropriatezze». Del resto, se ciò non si verificasse la società non dovrebbe ricorrere all'intervento della magistratura per controllare e sanzionare quelle che rappresentano delle deviazioni e che sono implicite nel comportamento dell'essere umano.

Ciò premesso, pur non avendo la pretesa di adottare dei sistemi in grado di portare la percentuale di inappropriatezza a zero, va comunque detto che la nostra Regione si sta avvicinando a quel traguardo, tanto è

vero che nel nostro caso tale percentuale è pari allo 0,8 per mille. Da tale soglia siamo successivamente pervenuti allo 0,4 per mille introducendo, sulla base dell'esperienza accumulata, delle procedure che hanno progressivamente prodotto dei miglioramenti. D'altra parte, le procedure ISO si erano rivelate per noi insufficienti, anche se va comunque ricordato che nel loro ambito è contemplata una serie di funzioni di *auditing* che contribuiscono al miglioramento continuo dei protocolli e dei processi diagnostici e quindi anche della qualità interna del sistema.

Questo – ripeto – non ci è però sembrato sufficiente e quindi abbiamo provveduto ad introdurre anche la *joint commission* che prende in considerazione, in modo specifico e dall'interno, la conduzione e l'appropriatezza dei processi ed il modo con cui viene accompagnato il percorso del paziente. Da questo punto di vista siamo ancora in una fase di valutazione anche se abbiamo già ottenuto dei primi risultati. Ovviamente, come il dottor Lucchina ha puntualmente precisato, abbiamo provveduto all'introduzione di controlli incrociati utilizzando delle metodologie che però non sono sempre le stesse, posto che ogni Azienda sanitaria locale opera in questo ambito attraverso una procedura specifica e personalizzata.

Per il momento possiamo quindi considerarci soddisfatti dei risultati ottenuti, anche se sempre nella consapevolezza di dover migliorare. In tal senso credo che potrà sicuramente contribuire anche l'intervento della magistratura e quindi, ben venga! Tuttavia, è impensabile che in un sistema così complesso quale è quello della Lombardia, paragonabile a quello olandese con 16 miliardi di fatturato e con 14 milioni di utenti – per essi intendendo sia i 9.500.000 residenti che quelli che vengono da altre Regioni italiane – e nell'ambito del quale eroghiamo circa il 10 per cento delle prestazioni del nostro bilancio extraregionale, non si annidi qualche individuo che ha comportamenti illeciti; se così non fosse saremmo nel paradiso terrestre.

Quanto ai limiti del sistema di controllo credo sia importante andare a vedere i risultati che in proposito dicono che vi sono 16 milioni a fronte di complessivi 5 miliardi, ovvero una briciola se confrontati alla spesa totale. Ovviamente nell'ambito del mio personale bilancio 16 milioni rappresentano un importo di proporzioni immense, ma se paragonati a 5 miliardi diventano veramente poca cosa. Naturalmente vi è sempre margine per un continuo miglioramento della qualità dei sistemi, ma torno a ribadire che quell'importo corrisponde tutto sommato ad una piccola briciola di inappropriatezza.

Se però andiamo a valutare i risultati in termini di erogazione di servizi sanitari ottenuti in Lombardia riscontreremo che, pure a fronte di un *mix* tra i più elevati rispetto alle altre Regioni italiane e quindi a più alta complessità, si registrano i costi più bassi sia in termini di spesa ospedaliera che capitolaria. Ciò significa che gli indici di appropriatezza hanno raggiunto livelli elevatissimi; diversamente la spesa capitolaria richiederebbe una quantità maggiore di risorse finanziarie da destinare ai ricoveri e quant'altro, mentre i nostri parametri di *benchmark* sono i più bassi: il che significa che i nostri livelli di appropriatezza sono i più alti e lo affermiamo con estremo orgoglio. Il fatto che la spesa ospedaliera sia la più bassa, pure a fronte della complessità del nostro sistema, ci induce

ad affermare che anche se dimettiamo precocemente e non spendiamo nelle riabilitazioni prolungate non ne approfittiamo, perché diversamente la spesa capitaria si eleverebbe. Ho voluto fornire solo dei macrodati rispetto ai quali ovviamente è possibile scendere maggiormente nello specifico.

Quanto all'organico impiegato presso i NOC, in base al dato forniti dal dottor Lucchina sui cui aspetti egli si soffermerà dopo, è composto da circa 900 unità.

Sempre in tema di sistema informativo e di NOC posso dire che dal 1° gennaio del 2008 tutti i medici di medicina generale e gli specialisti avranno l'obbligo di utilizzare la carta sanitaria nazionale e quindi di impiegare il sistema elettronico delle prescrizioni e delle prestazioni.

Tutto questo costituisce un sistema di controllo forte di cui al momento è dotata solo la regione Lombardia, che va ad aggiungersi a quanto già precedentemente illustrato.

Quanto alle ispezioni, normalmente esse avvengono senza preavvisi; è ovvio però che in questo ambito esiste sempre qualche «talpa», ma si tratta di casi sporadici. Quindi, se qualcuno afferma che i controlli non sono improvvisi è possibile che sia venuto a conoscenza di qualche caso in cui una ispezione è stata preannunciata; tengo a precisare comunque che si tratta di un dato eccezionale e che nell'ambito del macrosistema non corrisponde ai comportamenti usuali.

Quanto alla modifica dei controlli credo che sia possibile procedere in tale direzione sulla base dell'esperienza, introducendo elementi che contribuiscano a ridurre ancora quel numero che a nostro avviso rappresenta il dato più interessante, ovvero quello relativo ai nostri parametri di *benchmark* rispetto a quelli delle altre realtà regionali. I nostri livelli di controllo superano quelli raggiunti nelle altre Regioni italiane in termini percentuali delle cartelle cliniche.

Confermo che il DRG è ancorato a precisi paletti e che non esiste differenza tra pubblico e privato.

Sui temi dell'assenteismo, dell'appropriatezza, delle SDO lascio la parola al dottor Lucchina, che al riguardo introdurrà elementi ancora più precisi sotto il profilo tecnico, rispetto al panorama politico che ho cercato di offrire alla Commissione.

LUCCHINA. Cercherò di rispondere il più rapidamente possibile alle questioni poste dai senatori intervenuti sulle quali ho comunque provveduto a prendere appunti.

In risposta al senatore Bosone segnalo che i medici hanno una necessità etico-professionale di inserire quella che è la loro attività clinica, medica e chirurgica all'interno di un processo di valorizzazione. Sotto questo profilo il DRG non è altro che un processo di valorizzazione della prestazione e non un processo di analisi clinico-chirurgica.

D'altra parte, onorevoli senatori, vi ricordo che prima del DRG la valorizzazione del servizio sanitario era basata sulle giornate di presenza. Se oggi applicassimo ancora questa valorizzazione, il Sistema sanitario nazionale sarebbe imploso da un pezzo. Si fatica già molto, infatti, per contenere i costi nell'ambito delle risorse assegnate dal fondo sanitario nazio-

nale con i DRG, potete immaginarvi cosa accadrebbe con le giornate di degenza. Allora, il medico deve – come sta succedendo in Lombardia nel pieno rispetto della sua prioritaria competenza professionale – porre anche attenzione ad alcuni tipi di passaggi, come al momento della compilazione della cartella clinica, che è uno degli aspetti fondamentali che il medico ancora non tiene in debita considerazione.

Vi fornisco un altro dato relativo al *risk management*: l'80 per cento delle cause perse dalle Aziende per responsabilità civile può essere ricondotto ad una non sufficiente attenzione nella compilazione della cartella clinica. Questo è un dato statistico. Abbiamo già predisposto linee guida di indici qualitativi. In questo senso credo di rispondere in parte agli interventi della senatrice Emprin Gilardini e del senatore Bodini.

I NOC si preparano alla visita consultando tutti i dati epidemiologici dei ricoveri e delle prestazioni specialistiche della struttura dove hanno in programma di recarsi. In Lombardia da due anni è funzionante una banca dati assistita (BDA). Ciò significa che dal mio ufficio posso conoscere in quattro minuti la storia clinica degli ultimi due anni di un uomo di 58 anni che abita a Varese – che sarei io – di cui non conosco l'identità per motivi di *privacy*, aggiornata al primo semestre 2007. Ovviamente non conosco l'identità perché non mi interessa e c'è il problema della tutela della *privacy*. I NOC dispongono di questo strumento con una valutazione per struttura, per medico prescrittore e per gli andamenti di ogni struttura.

Aggiungo che da sei mesi a questa parte i dati vengono elaborati quadrimestralmente e vengono confrontati con gli indici di appropriatezza media. L'Assessorato, che riassume tutto l'andamento lombardo, comunica, pertanto, alle Aziende sanitarie locali e agli erogatori pubblici e privati la media del parametro qualitativo e l'eventuale scostamento che ogni erogatore ha rispetto al parametro stesso. In altre parole: l'Assessorato avverte la struttura che è invitata a verificare perché non si può sapere se il comportamento è inappropriato o solo parzialmente inappropriato, magari giustificato dal fatto che c'è una concentrazione di pazienti anomala rispetto alla media. Vi è semplicemente l'avvertimento che la struttura è in scostamento rispetto alla media; in questo caso il soggetto dovrebbe valutare lo scostamento e prepararsi a rispondere nel caso venga interrogato dai NOC o dai magistrati.

A proposito della questione, sollevata dalla senatrice Emprin Gilardini riguardo il tempo eventuale di preavviso dei controlli, ricordo che in questo Paese c'è una procedura di polizia giudiziaria e c'è una procedura di controllo normale. La Guardia di finanza può presentarsi e sequestrare 20.000 cartelle; se ciò dovesse accadere, sappiamo cosa significa. Ho grande rispetto per le procedure, però se una persona di quelle 20.000 chiedesse, com'è suo diritto, la copia della cartella esattoriale dovrebbe aspettare un numero indefinito di giorni o settimane, in genere senza risposta precisa e regolarsi di conseguenza perché questa è attività di polizia giudiziaria.

Il sistema non ha e non può avere, secondo me, un fine diverso; per tale motivo avverte 48 ore prima che arrivi un controllo. Esso, d'altra parte, interviene su una attività di un punto di erogazione ospedaliero che non è propriamente cosa da poco. In questa Commissione sono pre-

sentì dei medici; quindi, è inutile che vi annoi descrivendo qual è la complessità di un'attività ospedaliera.

Bisogna cercare di condurre le operazioni di controllo senza essere invasivi nell'attività della direzione sanitaria, della direzione medica di presidio e, a maggior ragione, dei reparti. Spesso i reparti trasmettono le cartelle cliniche in direzione sanitaria non il giorno dopo la dimissione, ma qualche tempo dopo a causa del *follow up* e di una serie di verifiche. Questo è ininfluenza per l'esito del controllo, perché con il dato statistico in mano e con tutto un insieme di valutazioni si può chiedere qualsiasi cosa anche dopo una settimana. Penso, ad esempio, alla richiesta di preparazione delle cartelle degli interventi chirurgici di ernia inguinale; il funzionario del NOC, in seguito, osserva lo svolgimento della cartella clinica e, se c'è qualche adempimento che non va, esso può essere accertato anche dopo quattro mesi.

Tenete conto anche che per una ulteriore tutela del controllo – e rispondo così al senatore Carrara – siamo l'unica Regione che applica un criterio di pagamento delle prestazioni in acconto. La regione Lombardia paga, infatti, ai propri erogatori pubblici e privati accreditati al massimo fino al 90 per cento circa delle fatture che riceve. Il 10 per cento va a saldo dopo che il sistema è stato chiuso e validato.

Il sistema sanitario lombardo viene chiuso, validato e controllato il 28 febbraio dell'anno successivo. Intorno ai primi giorni di marzo, quindi, abbiamo il sistema validato dagli erogatori che ci comunicano di aver effettuato certe prestazioni, di averle controllate e trovate appropriate e chiedono, pertanto, il pagamento del saldo o, se ci sono delle rettifiche, che questo avvenga dopo l'espletamento delle revisioni. Il saldo del 10 per cento avviene circa quattro o cinque mesi dopo la chiusura dell'esercizio. Questo è un ulteriore passaggio di tutela del sistema.

Quando colloquio con qualche ufficiale della Guardia di finanza – i rapporti sono per nostra fortuna positivi con tutte le istituzioni – ricordo loro che, se ad ottobre si viene sottoposti ad un controllo su prestazioni di luglio, si deve stare attenti perché i dati sono provvisori, in quanto fino al 28 febbraio l'erogatore ha diritto di fare tutte le sue revisioni e procedere ad eventuali correzioni. Poi se c'è un illecito, la questione cambia.

Il dato statistico – così rispondo agli altri senatori – è l'elemento portante di alcune verifiche. *A latere* ricordo che in Lombardia, due anni fa, la Guardia di finanza segnalò alla procura regionale della Corte dei conti 563 medici di medicina generale per iperprescrizioni rilevate dalla Guardia di finanza stessa con l'impiego del cosiddetto criterio dello scarto quadratico medio. Si è considerato l'ammontare delle prescrizioni farmaceutiche dei medici di medicina generale, sono stati confrontati ed è stata applicata la formula statistica. I medici al di fuori della formula statistica sono stati segnalati. Sono passati due anni e il sostituto procuratore regionale della Corte dei conti della Lombardia due settimane fa a Bergamo ha ridimensionato il caso: i 563 medici probabilmente si ridurranno a circa 12.

L'attività sanitaria è complicata e va valutata in ambito statistico. Il dato statistico anomalo può essere paragonato alla febbre che uno si misura con il termometro: probabilmente non stai bene perché hai una tem-

peratura di 39 gradi, ma con quel semplice strumento non si può scoprire la malattia da cui un soggetto è affetto (non è neanche detto che sia una febbre per stanchezza e che sia un'inezia). Anche questo va valutato con grande attenzione.

Alla domanda del senatore Corsi rispondo affermativamente. Il DRG è ancorato a precisi paletti, lei lo sa bene. Uno dei problemi riguarda sicuramente l'inserimento della procedura all'interno di quel DRG. Faccio un esempio. Stiamo discutendo seriamente (perché potrebbe essere anche un caso all'attenzione della magistratura) dell'intervento di asportazione delle emorroidi non solo con criterio chirurgico tradizionale, ma anche con il cosiddetto metodo Longo, che – lo dico a coloro che non conoscono la materia – è un dispositivo medico, una specie di pinza che prende la parte del corpo che esce e la riappiccica alla parete intestinale. In questa operazione incide il costo della apparecchiatura, che ovviamente è «usa e getta», non si può sterilizzare, né riutilizzare.

La discussione quindi verte sulla necessità di aggiornare il valore del DRG, dal momento che deve prevedere il costo di questa apparecchiatura; vi sono, però, anche chirurghi che non si fidano del nuovo criterio e che proseguono con il metodo tradizionale.

Questa è la vita che ogni Assessorato sopporta tutti i giorni nel confronto dottrinale di studi tra due momenti che poi si riflettono sulla valorizzazione. Noi per ora resistiamo. Qualcuno – ed è da valutare se sia in buona fede o meno – ha interpretato questa operazione come intervento sulla parte intestinale finale, che ha evidentemente una valorizzazione molto diversa, perché è condotta in modo diverso.

Il DRG è lo stesso nel pubblico e nel privato, anche se il pubblico gode di qualche beneficio in più del privato; in Lombardia, infatti, il pubblico è esattamente come quello di altre Regioni (un po' meglio, ad onor del vero, ma non devo essere io a dirlo).

L'appropriatezza dei ricoveri è maggiore nel privato che nel pubblico, anche se non va dimenticato che la missione in Lombardia è leggermente diversa tra pubblico e privato. Il pubblico in Lombardia ha anche l'obiettivo di mantenere il presidio territoriale di alcune zone che devono assolutamente essere presidiate: la Lombardia non è solo Milano, va da Bormio al Po; ci sono anche le zone alpine, prealpine e di pianura. Il pubblico risponde storicamente anche a queste esigenze.

L'assenteismo è effettivamente maggiore nel pubblico che nel privato. Anche il rapporto dei costi è più alto nel pubblico.

CURSI (AN). Ci può far avere la percentuale?

LUCCHINA. Sull'assenteismo, abbiamo un problema relativo agli infermieri. Ad onor del vero non disponiamo del dato relativo all'età media degli infermieri. In Lombardia diplomiamo molti infermieri (ci sono sette facoltà), ma non se ne fermano molti. In alcune zone di frontiera – io abito a Varese – storicamente vengono attratti della Svizzera, che paga gli infermieri bravi molto, ma molto, di più. Noi li addestriamo a vantaggio del Canton Ticino o del Canton Ginevra. Ci sono anche infermieri provenienti dalla Campania e dalla Puglia che lavorano da noi, acquisiscono, per loro fortuna e per la fortuna della Regione da cui provengono,

una specializzazione importante e poi rientrano; d'altra parte vivere in Lombardia è oggettivamente più costoso che farlo in altre parti d'Italia.

Onorevoli senatori, noi sanzioniamo i ricoveri ripetuti. Non è assolutamente opportuno, né conveniente dal punto di vista economico, ricoverare più volte la stessa persona, perché vi è un abbattimento di più della metà del DRG. Stiamo particolarmente attenti. Abbiamo attivato una rete di riabilitazione e di mantenimento in sollievo che sta cominciando a funzionare. Una persona, soprattutto se anziana, che esce dall'ospedale presenta problemi di assistenza post-acuto; noi la ricoveriamo in strutture specifiche per almeno 30 giorni per fare in modo che il processo, anche di convalescenza, sia completo.

Sull'età degli infermieri mi sono già espresso. Si pone oggettivamente un problema di diminuzione della capacità lavorativa; il progresso clinico in sanità è spaventoso, ma il progresso logistico lo è un po' meno. Il fatto che tra i compiti degli infermieri ci sia, ad esempio, la pulizia del malato allettato (il che significa spostarlo fisicamente) porta a rilevare una percentuale di riduzione di capacità lavorativa, attribuita all'infermiere dal medico competente dopo qualche anno. Il 14-15 per cento degli infermieri dopo dieci o quindici anni ha una riduzione della capacità lavorativa.

BRESCIANI. Signor Presidente, vorrei aggiungere una breve integrazione e precisazione. Mi sono accorto che non avevo precisato che i 16 milioni sono sospetti di essere inappropriati, non accertati. Di conseguenza ci aspettiamo che il valore sia inferiore. Ho la sensazione di non essere stato preciso nel mio precedente intervento. Avete visto cosa è successo ad alcuni medici e quanti siano, invece, in via di probabile inappropriatezza della loro prestazione.

PRESIDENTE. In conclusione di questa audizione, mi permetto di elencare alcuni punti emersi oggi, che mi sembrano molto importanti per l'attivazione e per lo sviluppo di un'inchiesta.

In primo luogo, dobbiamo verificare se sia giusto proseguire con un controllo solo per campione.

In secondo luogo, dobbiamo valutare se l'analisi deve riguardare in maniera pesata entrambi i settori, pubblico e privato, e se deve essere effettuata su tutto il territorio nazionale, verificando quanto influiscono alcuni provvedimenti, quali sono i livelli essenziali di assistenza, come incidono i DRG nel provocare, anche in buona fede, alcune illegittimità e quanto può giocare il ruolo della professione usurante nell'assenteismo.

Ai nostri auditi voglio esprimere un ringraziamento a nome di tutta la Commissione sia per la completezza con cui si sono espressi, sia per l'orgoglio con cui hanno affermato la positività della loro azione, ma anche per la sincerità genuina, senza difese d'ufficio e omissioni, in merito alle illegittimità rilevate. Avete affrontato un tema delicato, che è in questo momento nelle mani della magistratura, dando così testimonianza in questa sede di come debba essere svolto un ruolo di responsabilità nell'impegno pubblico.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Avverto che l'Ufficio di Presidenza riunitosi ieri ha convenuto di adottare alcune linee guida per lo svolgimento dei sopralluoghi e per l'esame dei successivi schemi di relazione.

Faccio presente, inoltre, che gli altri argomenti iscritti all'ordine del giorno saranno trattati in una prossima seduta.

I lavori terminano alle ore 9,50.

