



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 16

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE FERRUCCIO FAZIO IN RELAZIONE ALL'AFFARE ASSEGNATO RELATIVO AL CONTRIBUTO PROPOSITIVO PER LO SVILUPPO E L'AMMODERNAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE IN ORDINE AI RAPPORTI TRA STATO E REGIONI, ALLA RICONSIDERAZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA) E DEI *DIAGNOSIS-RELATED GROUP* (DRG) E ALLA RIORGANIZZAZIONE DEGLI ORGANI DI CONSULENZA DEL MINISTERO DELLA SALUTE (AIFA, CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITÀ ED AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI-AGENAS)

147^a seduta: martedì 9 febbraio 2010

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei *Diagnosis-related group* (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-AGENAS)

* PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 22
BASSOLI (PD)	11
* BOSONE (PD)	13, 16
CALABRÒ (PdL)	20
COSENTINO (PD)	8, 10, 12
DI GIACOMO (PdL)	16
* FAZIO, ministro della salute	3, 10, 12 e <i>passim</i>
SACCOMANNO (PdL)	18

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

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-Alleanza per l'Italia: Misto-Api; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Interviene, ai sensi dell'articolo 46 del Regolamento, il ministro della salute Ferruccio Fazio, accompagnato dal dottor Filippo Palumbo, capo del Dipartimento della qualità del Ministero della salute.

I lavori hanno inizio alle ore 14,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del ministro della salute Ferruccio Fazio in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei *Diagnosis-related group* (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-AGENAS)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 46, comma 1, del Regolamento, del ministro della salute Ferruccio Fazio in relazione all'affare assegnato relativo al contributo propositivo per lo sviluppo e l'ammodernamento del Servizio sanitario nazionale in ordine ai rapporti tra Stato e Regioni, alla riconsiderazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei *Diagnosis-related group* (DRG) e alla riorganizzazione degli organi di consulenza del Ministero della salute (AIFA, Consiglio superiore di sanità ed Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-AGENAS)

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e del segnale audio e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Ricordo che, su proposta del senatore Cosentino, a cui hanno aderito tutti i Gruppi, è stata richiesta al Presidente del Senato l'assegnazione dell'affare in titolo. Si tratta di una procedura non molto frequente nell'ambito dei lavori delle Commissioni, ma che ci offre l'occasione di svolgere un dibattito ed un confronto reali, non in funzione dell'approvazione di un provvedimento legislativo, ma utile ad approfondire questioni centrali per il futuro del Servizio sanitario nazionale.

Do il benvenuto al Ministro della salute che ringrazio per aver aderito al nostro invito e al quale cedo immediatamente la parola.

FAZIO, *ministro della salute*. Ringrazio lei, signor Presidente, e gli onorevoli senatori per l'invito rivoltomi e provvedo a fornire di seguito gli elementi informativi e di valutazione circa i contenuti dell'affare posto.

Il primo punto che affronterò nell'ambito del mio intervento concerne il rapporto Stato-Regioni, visto anche come binomio sanità-federalismo.

Al riguardo mi preme ricordare che con il 2010 ci si avvia a fare un bilancio di dieci anni di riforma costituzionale in materia di riparto di competenze fra Stato e Regioni, nello specifico per ciò che attiene alla sanità pubblica.

Infatti, nel 2001 è intervenuta la modifica del Titolo V della Costituzione che ha definito gli ambiti di competenza tra lo Stato, garante dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e le Regioni responsabili della loro effettiva applicazione sul territorio regionale.

Come è noto, la riforma costituzionale, attuata con la legge n. 3 del 2001, ha affidato allo Stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie attraverso la determinazione dei livelli essenziali di assistenza e, nel contempo, ha affidato alle Regioni la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

Alla base di questa scelta vi è il principio di sussidiarietà costituzionale che vede la necessità di porre le decisioni il più possibile vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale. Al Governo e alle Regioni sono affidati compiti tassativi, riconducibili all'individuazione di meccanismi di garanzia e di tutela della salute per il cittadino in tutto il Paese in un'ottica di universalismo ed equità di accesso.

L'attuazione della funzione di garanzia dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza, punto nodale nel nuovo assetto costituzionale, ha richiesto e richiede la realizzazione e l'implementazione di strumenti valutativi in grado di rilevare le disomogeneità e le disuguaglianze della domanda e dell'offerta, tenendo conto delle differenze della struttura demografica, sociale ed economica della popolazione di ciascuna Regione, del grado di sviluppo dei diversi sistemi regionali e dell'effetto che tale differenza induce sul versante della domanda.

Gli strumenti di rilevazione registrano ancora differenze consistenti legate alla diversità dell'evoluzione dei diversi servizi regionali. Non tutte le Regioni appaiono in grado di rispondere allo stesso modo al bisogno del proprio territorio. Del resto, anche i dati economici rilevati mostrano una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza, tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l'equità del sistema, superando disuguaglianze sociali e territoriali.

Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora una sfida e un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale.

Va anche detto che l'evoluzione federalista, introdotta dalla riforma costituzionale, ha portato una forte innovatività nel Servizio sanitario nazionale.

A fronte, infatti, di una programmazione nazionale, che discende da una riconfermata adozione del modello universalistico tipo Beveridge, seppure adattato al contesto italiano (cioè spalmato sulle Regioni) con alcuni vantaggi presenti nel modello storicamente alternativo (modello Bi-

smark) dove, come è noto, assume un forte ruolo la competizione tra enti assicuratori.

Per questo è necessario prevedere il raccordo con il contesto internazionale dove, ad esempio, la carta di Tallinn (dell'Organizzazione mondiale della sanità) stabilisce, tra l'altro, la necessità sia di promuovere valori comuni di solidarietà, equità e partecipazione, investimenti in settori che influenzano la salute della popolazione, la trasparenza e la valutazione della *performance* del sistema sanitario, sia di rendere i sistemi sanitari più rispondenti ai bisogni dei cittadini.

In questo contesto, si inserisce la legge n. 42 del 5 maggio 2009, attuativa delle disposizioni in materia di federalismo fiscale, che promuove una riflessione sulle modalità con cui si snoda la nuova *governance* tra i diversi livelli di Governo (nazionale, regionale e locale), quale sistema sanitario basato su una cooperazione sinergica di carattere istituzionale e finanziario ed una integrazione delle potenzialità e delle risorse per garantire il Sistema sanitario nazionale. Le valutazioni sopra formulate, comportano una attenta riflessione anche sul tema dei costi *standard*.

In termini teorici il costo *standard* riguarda il costo di produzione di un bene o di un servizio in condizioni di efficienza ottimali, valutando come non ottimali i costi della produzione che man mano si discostano dal costo *standard*. Proporsi l'obiettivo di valutare, per trarne uno *standard*, i costi effettivamente registrati nelle varie realtà osservate, presuppone che i prodotti (intesi come *output*), per essere confrontabili sotto il profilo dei loro costi di produzione (intesi come *input*), siano omogenei in tutte le loro caratteristiche.

Ciò comporta che una adeguata definizione dei costi *standard* presuppone che nelle singole Regioni siano stati implementati sistemi di controllo e di contabilità analitica e sia stata colmata ogni eventuale carenza di dati sui flussi di produzione e dei sistemi gestionali.

In molte realtà regionali, invece, si registrano disallineamenti tra dati gestionali e registrazioni contabili che pregiudicano la determinazione e l'applicazione del costo *standard*, per cui non è detto che i costi (*input*) siano correttamente attribuiti allo specifico *output* che hanno generato e siano facilmente reperibili. D'altra parte, un costo medio non permette di risalire alle singole funzioni cui si riferisce, ma alla prestazione sommariamente intesa.

La fase attuativa della citata legge sul federalismo fiscale, vedrà il Governo e le Regioni impegnati in tavoli tecnici interistituzionali che, analizzando le componenti della spesa sanitaria, consentano, per approssimazioni successive e graduali, la definizione dei costi *standard* in modo da tenerne conto nella fissazione del fabbisogno finanziario effettivo di ogni singola Regione.

L'impostazione del Governo sarà quella di applicare ai vari sistemi regionali una pressione selettiva in grado di incoraggiare le buone pratiche e scoraggiare la cattive pratiche rispetto a due aspetti. Innanzitutto, l'uso efficiente dei fattori di produzione dei servizi sanitari (risorse umane e

beni e servizi) e, in secondo luogo, l'efficacia e l'appropriatezza nella realizzazione dei percorsi di cura.

Sarà, pertanto, irrobustito il sistema di verifica annuale delle *performance* regionali e proseguita l'attività dei piani di rientro per le Regioni in condizioni di disavanzo strutturale.

Quanto al rapporto pattizio tra Stato e Regioni, nell'ambito della riforma del Titolo V della Costituzione, con riguardo alla ridefinizione dei ruoli Stato-Regioni, paritari per rilevanza ma non sovrapponibili, va contestualizzato lo strumento pattizio, quale misura per regolamentare la *governance* sanitaria.

Gli strumenti, con cui si estrinseca tale volontà pattizia-negoziale sono: accordi, intese o patti per la salute sanciti in Conferenza Stato-Regioni per fissare i principi regolatori del funzionamento del Sistema sanitario nazionale.

Con l'accordo del 2001 furono stabiliti due principi fondamentali. Il primo era costituito dal principio del cosiddetto «chi rompe paga», in base al quale ogni livello di governo deve assumersi la responsabilità delle proprie scelte e degli eventuali errori. Il secondo era il principio – che nel tempo si è rivelato di assoluta efficacia – in base al quale nell'assegnazione annuale delle risorse alle singole Regioni una quota di esse (inizialmente fissata al 4-5 per cento e poi al 3 per cento) viene considerata premiale e quindi effettivamente erogata solo a seguito di una verifica annuale che attiene sia al mantenimento dell'equilibrio di bilancio che all'erogazione effettiva dei livelli essenziali di assistenza.

Il nuovo patto per la salute sottoscritto il 3 dicembre 2009 per il triennio 2010-2012, ha posto in risalto la volontà di dare certezza di risorse per il Servizio sanitario nazionale su un arco pluriennale, confermando un *trend* di crescita del finanziamento, rendendolo compatibile con la programmazione finanziaria del Paese. Ne consegue che Governo e Regioni hanno ritenuto necessario individuare un livello di fabbisogno predefinito, al cui finanziamento concorre lo Stato nel rispetto della piena erogazione dei LEA, e compatibile con le risorse finanziarie pubbliche rese disponibili, nel rispetto degli impegni assunti dallo Stato a livello europeo in materia di finanza pubblica. Ciò è previsto anche nell'ottica di tenere separati i diversi ruoli di responsabilità relativamente al superamento dei limiti di spesa prefissati.

Nelle proposte di programmazione sanitaria per il triennio 2010-2012, sono consolidate le misure che sostengono l'equità del sistema e l'affiancamento delle Regioni con disavanzo attraverso un monitoraggio dell'assistenza resa, dei livelli di spesa nel rispetto di una corretta erogazione dei livelli di assistenza, anche ottimizzando l'apporto del privato che si inserisce nel sistema pubblico con l'accreditamento. Il monitoraggio e la verifica dei livelli di assistenza da parte dello Stato, consentirà di ridurre anche i divari assistenziali tra le diverse Regioni.

In particolare, le scelte strategiche della politica sanitaria del prossimo triennio, in termini di opportunità e di vincoli, si caratterizzeranno fortemente verso: il miglioramento e potenziamento della prevenzione;

la riorganizzazione delle cure primarie e della continuità territoriale; la promozione e la diffusione nei servizi sanitari del governo clinico, della qualità e della sicurezza dei pazienti; il potenziamento dei sistemi di rete nazionali e sovraregionali (malattie rare, trapianti, rete oncologica e rete cardiologica); la diffusione e il consolidamento dell'integrazione socio-sanitaria; la promozione del ruolo del cittadino e delle associazioni nella gestione e nel controllo delle prestazioni del servizio sanitario (ci riferiamo all'*audit* civico e alla *customer satisfaction*); il miglioramento e la qualificazione del personale dei servizi sanitari.

Nell'ambito di queste scelte dovranno essere conseguiti obiettivi prioritari quali: l'equità di trattamento e di accesso ai servizi, tramite la massima semplificazione burocratico-amministrativa e privilegiando i punti unificati di accesso; la tutela e la cura delle persone più deboli (dai disabili agli anziani non autosufficienti, ai portatori di patologie psichiatriche, alle persone con dipendenza, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana); la diffusione delle cure palliative e della terapia per alleviare il dolore (come previsto dal disegno di legge in corso di approvazione da parte del Parlamento); una gestione più efficiente dei servizi sanitari, eliminando liste di attesa, anche attraverso la predisposizione di «percorsi facilitati» per le cronicità.

In merito al documento di approvazione dei LEA, confermo quanto già noto, ovvero che il documento è stato predisposto. Si è inoltre ritenuto necessario attendere la conclusione della fase della programmazione economico-finanziaria concertata con le Regioni e con il Ministero dell'economia e delle finanze, che si è avviata con l'intesa Stato-Regioni per il patto per la salute (3 dicembre scorso) e si completerà con l'intesa per il riparto delle risorse per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2010. Tale attesa consentirà di eliminare ogni possibile obiezione su eventuali costi aggiuntivi non coperti dei nuovi LEA e di conseguire più agevolmente la concertazione formale con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Per quanto riguarda la questione dei *Diagnosis-related group* (DRG) anticipo che è in corso di implementazione un progetto per un nuovo sistema di misurazione e valorizzazione dei prodotti degli ospedali, che vede coinvolti il Ministero, le Regioni e l'AGENAS. Il progetto, articolato per acuzie, *post-acuzie* e settore ambulatoriale, riguarda: il sistema di classificazione e codifica delle diagnosi; il sistema di classificazione e codifica degli interventi, procedure e trattamenti; il sistema di classificazione e codifica dei prodotti; il sistema dei pesi relativi in termini di consumo di risorse dei prodotti.

Nell'ambito del progetto si intende sviluppare una versione semplificata della classificazione DRG valida tanto per i ricoveri ordinari, quanto per i ricoveri diurni e articolata in gruppi diagnostici di base, prioritariamente orientati a descrivere la casistica ospedaliera, rispetto a caratterizzazioni epidemiologiche, associata ad un sistema di pesatura modulare, che consente di leggere la severità dei casi. Il vantaggio connesso a tale progetto è rappresentato dalla continuità rispetto alle caratteristiche principali

del sistema in uso nel Servizio sanitario nazionale, da oltre 10 anni, quali ad esempio: i gruppi di diagnosi clinicamente significativi, che coprono la totalità della casistica trattata; l'evoluzione della classificazione esistente sviluppata sulla base di esperienze già maturate all'interno del Servizio sanitario nazionale; ma anche la numerosità contenuta di gruppi di base, la stabilità del sistema di classificazione, la dinamicità del sistema di pesatura, la disponibilità di un manuale italiano di definizione dei gruppi e delle logiche sottostanti.

In questa fase mi posso limitare ad anticipare i contenuti di un progetto ancora in fase di implementazione, tuttavia, mi riservo di fornire successivi elementi di dettaglio circa l'effettiva adozione dello stesso.

L'ultimo aspetto che intendo affrontare oggi è quello relativo alla riorganizzazione degli enti di consulenza del Ministero della salute. In proposito confermo la piena intenzione del Ministero di avviare il processo riorganizzativo degli enti sottoposti alla vigilanza del Ministero – nel rispetto dei criteri di delega indicati nel disegno di legge (articolo 2 dell'atto Senato n. 1167-B), peraltro assegnato in sede consultiva a questa Commissione – non appena sarà adottata la legge. Consentitemi però di fare una precisazione: nel titolo dell'affare sono accomunati gli enti esterni di consulenza tecnica del Ministero, del Governo e del Servizio sanitario nazionale, con personalità giuridica autonoma rispetto al Ministero, quali ad esempio l'AIFA, l'AGENAS, oggetto della delega di cui al già citato atto Senato n. 1167-B, il Consiglio superiore di sanità, organo collegiale di massima consulenza tecnico-scientifica istituito all'interno del Ministero, il cui processo di razionalizzazione dei costi va visto nell'ambito dell'attuazione del combinato disposto dall'articolo 29 del decreto-legge n. 223 del 2006 e dell'articolo 68 del decreto-legge n. 112 del 2008.

Mi riservo di fornire ulteriori elementi anche in base a specifiche richieste della Commissione.

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, la complessità delle considerazioni svolte dal Ministro richiedono senz'altro una approfondita riflessione e, quindi, spero sarà possibile prevedere una fase successiva dedicata proprio a questo scopo.

PRESIDENTE. Mi permetto di interromperla, senatore Cosentino, per fornire qualche chiarimento proprio a questo specifico riguardo. L'odierna audizione del Ministro della salute nell'ambito della presente procedura costituiva il passo preliminare, dopodiché starà a lei ed al senatore Calabrò, in qualità di relatori, il compito di proporre, anche nell'ambito delle prossime riunioni dell'Ufficio di Presidenza integrato, le modalità di prosecuzione dell'affare assegnato.

COSENTINO (*PD*). Non ho compreso esattamente il punto di vista del Governo su due questioni nel cui merito, quindi, vorrei dei chiarimenti dal ministro Fazio.

Il primo chiarimento riguarda il rapporto tra federalismo e Regioni ed è legato ovviamente alla delicata questione della definizione dei costi *standard*, che è e sarà oggetto di particolare attenzione da parte delle Regioni.

Se ho ben compreso – ma al riguardo vorrei delle assicurazioni – il costo *standard* viene valutato sulla base di un lavoro di ricerca e di analisi e corrisponde ad un dato nazionale al quale tendenzialmente far avvicinare, in quanto obiettivo virtuoso, l'insieme delle Regioni.

Per fare un caso concreto, il costo *standard* di una risonanza magnetica viene analizzato a livello nazionale, dopodiché si procede al confronto dei costi relativi a tale prestazione nell'ambito delle varie Regioni per poi definire gli obiettivi da raggiungere.

In sintesi, mi interesserebbe conoscere le modalità di definizione di un costo *standard*, posto che a mio avviso tale definizione dovrebbe tenere conto anche della diversa quantità di prestazioni sanitarie nelle differenti Regioni. Infatti, una cosa è il costo *standard* di una risonanza magnetica quando se ne effettuano 5.000, altra quando se ne effettuano cinque milioni. In assenza di tale considerazione il rischio a mio avviso è quello di prevedere parametri arbitrari che, se possono rivelarsi utilissimi in termini di indicazione di un tetto di spesa, non permettono però la definizione di un dato realistico dettato da un'analisi economica dei costi della prestazione offerta. A mio parere questo costituisce il punto su cui poggia la riflessione che saremo chiamati a svolgere nei prossimi anni e che riguarderà i temi del federalismo e quindi, se possibile, un elemento di chiarezza in tal senso sarebbe assai prezioso.

La seconda questione, collegata alla precedente, riguarda i piani di rientro. La mia impressione in proposito è che nella fase iniziale dell'utilizzo di questi strumenti – che dopo la Regione Lazio, furono successivamente adottati da altre Regioni quali la Campania, la Calabria, la Sicilia, l'Abruzzo ed il Molise – i piani erano sostanzialmente proposti dalle Regioni, assunti come impegno in sede nazionale e poi sottoposti a verifica di attuazione in sede di comitato tecnico, mi riferisco al famoso tavolo tecnico a cui partecipavano i dirigenti del Ministero della sanità e quelli del Ministero dell'economia e delle finanze, che ha svolto il lavoro istruttorio per le decisioni successivamente assunte dal Governo. Oggi, invece, a mio avviso si sta assistendo ad una presa di responsabilità diretta da parte delle Regioni, per cui una Regione può proporre che il dimezzamento dei costi di un servizio rientri negli obiettivi delle compatibilità finanziaria, dopodiché tale proposta viene assunta come impegno nell'ambito del piano di rientro il cui effettivo rispetto viene poi verificato da un tavolo tecnico.

Questa, ripeto, è la mia impressione sulla quale mi interesserebbe conoscere l'avviso del Governo. D'altra parte credo che a distanza di due anni una valutazione ed una riflessione anche da parte del Governo in ordine alla qualità dei suddetti piani ed alla loro effettiva capacità di accompagnare le Regioni nel percorso di rientro dai disavanzi sarebbe di estrema utilità anche per il lavoro che sta svolgendo la nostra Commissione. Per

esser più chiari, non può non destare qualche riflessione, il fatto che, per esempio, il primo piano di rientro della Regione Lazio contenesse 50 pagine su come risparmiare sugli iniettori di pompa e neanche una pagina sul sistema di regolazione dei sistemi di finanziamento delle strutture ospedaliere pubbliche, religiose, universitarie e private.

Mi chiedo, quindi, se sia efficace un piano di rientro che non fa cenno a tale sistema, ma si sofferma diffusamente su una singola classificazione dei farmaci.

Probabilmente non è stata effettuata una valutazione della qualità dei piani perché si era nella fase iniziale dell'emergenza ed anche per dare alle Regioni la possibilità di avanzare proprie proposte, ma oggi, a due anni di distanza e di fronte alle difficoltà delle Regioni, riterrei utile effettuare una valutazione di questo genere; nel frattempo il Governo potrebbe avviare una riflessione e quindi comunicare alla Commissione quali siano nel merito le considerazioni dell'Esecutivo.

FAZIO, *ministro della salute*. Sono lieto di rispondere ad entrambe le questioni poste dal senatore Cosentino che colgono due aspetti centrali e di assoluta importanza rispetto all'azione e all'interesse del Governo.

Il senatore Cosentino ha in primo luogo rilevato che utilizzando esclusivamente dei criteri analitici, e cioè *ex ante*, per stabilire i costi *standard* il rischio è quello di incorrere negli stessi problemi che si incontrano nel definire gli indicatori di *outcome* e cioè il *mix* delle prestazioni a monte.

Si rende pertanto necessario l'utilizzo di altre metodologie di analisi. In particolare, stiamo pensando a panieri di indicatori ben pesati – che quindi possano essere accettati dalla Conferenza Stato-Regioni – che identifichino le *best practices* in modo che vi sia una definizione *ex post* e non *ex ante* dei costi *standard*.

COSENTINO (PD). Quindi il termine «costi» deve essere inteso in termini molto ampi?

FAZIO, *ministro della salute*. Esattamente. Al riguardo stiamo lavorando e credo che questa sia la strada da percorrere.

Dunque, non dobbiamo considerare esempi specifici come Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, ma basarci sulle simulazioni che stiamo effettuando con i nostri consulenti sulla base di un paniere di 30 indicatori di appropriatezza.

Quanto alla seconda considerazione inerente i piani di rientro ed alla presa di responsabilità diretta delle Regioni, il senatore Cosentino ha ragione. Ciò è dovuto al fatto che finora il tavolo tecnico operante presso il Ministero si è prevalentemente occupato dell'aspetto finanziario e non di quello strutturale, per cui le Regioni sono state lasciate relativamente libere di scegliere gli aspetti strutturali.

Da quando ho assunto la responsabilità del Ministero credo che un primo segnale di cambiamento vi sia stato con l'esperienza relativa all'A-

bruzzo nell'ambito della quale sono stati nominati due subcommissari, per cui ad uno (il dottor Massicci) è stato affidato il compito di mettere a punto la contabilità economica e di rilevare i relativi punti critici, mentre l'altro (la dottoressa Baraldi) è stato chiamato a svolgere compiti strutturali per cui sta effettuando una valutazione a partire da un'accurata e puntuale analisi del fabbisogno per passare poi alla realizzazione di una programmazione del risanamento della Regione Abruzzo riferita ad ogni ASL ed ospedale, che arriva fino al 2012 ed a seguito della quale nel giro di tre anni porterà ad un abbondante dimezzamento delle ASL oggi in funzione. Peraltro, la relativa articolazione temporale e il cronoprogramma sono già pronti.

La risposta a quanto chiedeva il senatore Cosentino è quindi affermativa, posto che l'intenzione del Governo è quella di garantire una sua maggiore partecipazione alla fase programmatica della ristrutturazione ed affiancare ai *constraint* finanziari una serie di *constraint* di programmazione ed in tal senso l'AGENAS sta puntualmente offrendo la propria collaborazione. In questo quadro si inseriscono già due grosse esperienze che riguardano la Regione Abruzzo e la Regione Sicilia.

Mi auguro di aver risposto puntualmente alle due domande poste dal senatore Cosentino, entrambe estremamente pertinenti. In particolare, con riferimento alla seconda, vi è l'intenzione da quando ho assunto la responsabilità del Ministero, di effettuare un cambio di rotta.

Al riguardo vorrei sottolineare che la legge istitutiva del Ministero della salute prevede una fase di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze che si sta rivelando estremamente preziosa e costruttiva. Il rapporto con il Ministero dell'economia è oggettivamente migliore di quanto potesse esserlo in precedenza perché esiste un concerto *ex ante* e non più a valle.

Confermo quindi il mio favore, da sempre manifestato, nei confronti della legge istitutiva del Ministero della salute che prevede la necessità e l'inevitabilità di una fase di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze che dall'esperienza finora vissuta si è rivelata davvero utile.

BASSOLI (PD). Signor Presidente, in riferimento al nuovo documento sui LEA, cui il Ministro ha prima accennato, ho avuto modo di ascoltare presso la Commissione parlamentare per le questioni regionali una relazione sul nuovo patto per la salute svolta dall'assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia Romagna, Giovanni Bissoni, il quale in tale sede ha dichiarato che da parte delle Regioni non c'erano difficoltà riguardo all'approvazione dei nuovi LEA, proprio perché nell'ambito del patto si era accolta l'esigenza di rifinanziare e di limitare i tagli effettuati in precedenza, che erano poi quelli che avevano reso difficile addivenire ad un accordo.

Vorrei quindi sapere dal Ministro a che punto sia l'elaborazione del nuovo documento sui LEA anche al fine di capire quali siano le eventuali questioni aperte.

L'altra domanda riguarda le diverse modalità di misurazione della qualità e della quantità delle prestazioni, un elemento certamente fondamentale ai fini della definizione dei costi *standard* cui poc'anzi si è accennato. Su questo tema, infatti, oltre alle analisi per gruppi di prestazioni, sarebbe importante capire se esista la volontà politica di rispondere ad un'esigenza di riequilibrio dei vari sistemi sanitari regionali, che oggi presentano quantomeno diverse velocità.

È plausibile ritenere che la definizione di costi *standard* non serva solo a misurare la quantità, la qualità e il costo delle prestazioni, ma anche a innescare un sistema virtuoso di *partnership* tra le Regioni alcune delle quali sono magari in grado di offrire prestazioni a livelli di qualità e di efficienza maggiori rispetto ad altre? Personalmente sono dell'avviso che in tal modo, oltre a riequilibrare il sistema sanitario italiano, si garantirebbe a tutti i cittadini, indipendentemente dalla Regione in cui risiedono, una buona qualità del servizio.

FAZIO, *ministro della salute*. Per quanto riguarda i tempi di elaborazione del nuovo documento sui LEA, posso dire che con le Regioni si è già addivenuti ad un accordo tecnico, mentre siamo in attesa che abbia luogo il concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Quanto alla questione degli indicatori ribadisco che è stato già individuato un sistema composto da 30 indicatori di appropriatezza che ci consente di avere una fotografia completa di tutte le ASL e degli ospedali di ogni singola Regione, e credo che la Commissione sia già in possesso dei relativi dati.

COSENTINO (PD). È il sistema cui ha aderito l'ospedale Sant'Anna?

FAZIO, *ministro della salute*. Esatto. I dati in questione fanno riferimento al 2007 e sono stati aggiornati al 2008.

A questi indicatori di appropriatezza, relativi alle diverse prestazioni, intendiamo affiancare altri indicatori quali l'*audit* civico, la *customer satisfaction* e le misure di *outcome*, anche se queste ultime richiedono un particolare studio a causa della variabilità del campione.

Confermo alla senatrice Bassoli che siamo già in possesso di indicatori di appropriatezza che sono poi quelli che stiamo utilizzando nelle Regioni oggetto del piano di rientro ai fini di operare quell'equilibratura cui lei stessa ha accennato.

Quanto all'azione del Governo, segnalo che per quanto riguarda le Regioni non oggetto di piano di rientro ci siamo limitati a consegnare questi indicatori, lasciando alla volontà regionale il compito di provvedere laddove esistono delle situazioni di non appropriatezza in ambito ospedaliero, nel settore della farmaceutica territoriale e delle vaccinazioni.

Viceversa, per le Regioni per le quali è previsto un piano di rientro esiste la possibilità, su richiesta della Regione, di chiedere l'aiuto dell'AGENAS che per l'appunto utilizza i dati di cui sopra. Questo è quanto

dunque sta già avvenendo secondo questo duplice meccanismo di coinvolgimento, da una parte della Regione per quanto riguarda la consegna dei dati, dall'altra dell'AGENAS – come avviene per l'Abruzzo e la Sicilia – su specifica richiesta delle Regioni. Ad esempio, da parte della Regione Calabria è stata avanzata una richiesta di aiuto nei confronti dell'AGENAS la quale sta già operando. Da questo punto di vista il Governo sta già assicurando questo servizio in parte attraverso un'azione di informazione, per altra parte automaticamente nelle Regioni commissariate e infine su richiesta nelle Regioni oggetto di piano di rientro.

BOSONE (PD). Signor Presidente, ringrazio il ministro Fazio per la sua relazione.

Ritengo che in ambito parlamentare siano emerse con chiarezza alcune indicazioni programmatiche oggetto di iniziative legislative in discussione presso la Camera dei deputati (tra le quali quelle in materia di ammodernamento della *governance* del sistema sanitario) o presso il Senato (nello specifico mi riferisco ai disegni di legge aventi ad oggetto le malattie rare e la responsabilità civile dei medici), o già approvate, quali ad esempio la norma in materia di cure palliative.

Auspico che il Governo ritenga prioritario procedere al varo di questi provvedimenti che a nostro avviso si muovono nell'ottica di migliorare il sistema sanitario sia in tema di prestazioni riferite ad alcune patologie rare, sia per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti e la tranquillità professionale dei medici.

Questi provvedimenti sono all'attenzione della Commissione bilancio per una verifica di compatibilità economico-finanziaria e, siccome lei da poco ricopre la carica di Ministro, mi sembrava utile chiedere la sua opinione al riguardo.

Un'ulteriore questione sulla quale mi interessava conoscere l'avviso del Ministro attiene al Titolo V e alle modifiche ad esso apportate che, nel loro dispiegarsi sull'organizzazione dei sistemi regionali, hanno determinato delle disuguaglianze nel Paese – che oggi Governo e Parlamento sono chiamati a riequilibrare – producendo effetti che sembrano porsi in contrasto con quanto previsto dalla Parte I della Costituzione in materia di accesso universalistico e di uguaglianza delle cure.

Ebbene, a dieci anni dall'entrata in vigore della modifica del Titolo V nell'ambito del Ministero si ritiene che i benefici siano superiori alle conseguenze negative? Come si immagina di dover intervenire per porre riparo alle criticità e ai problemi di disuguaglianza dei servizi? Reputate, ad esempio, che si renda necessaria una modifica costituzionale?

Nell'ambito di alcuni dibattiti emerge infatti anche questa esigenza, posto che, se il Titolo V non è servito a garantire effettivamente l'uguaglianza dei servizi erogati nel Paese, probabilmente bisognerà tornare indietro. Tra l'altro, mi pare che tale questione fosse già stata sollevata rispetto a Regioni quali l'Abruzzo e la Sicilia.

Forse, varrebbe la pena chiedersi se non sia necessario modificare nuovamente il Titolo V della Costituzione e, per quanto riguarda la sanità,

ridimensionare le materie concorrenti riaccentrando nelle competenze dello Stato alcuni elementi di vera programmazione, non solo in termini di livelli essenziali di assistenza, ma anche di organizzazione dei sistemi sanitari. Ritengo che questo sia un tema culturale e politico importantissimo.

Quanto poi ai DRG, ho notato che nel programma di revisione è previsto un riassetto della classificazione, una semplificazione, un aggiornamento che reputo altresì importanti ed al riguardo mi riallaccio a quanto affermato dalla senatrice Bassoli.

Il sistema dei DRG però è molto asettico, nel senso che remunera una prestazione fornita qualunque sia il livello qualitativo della stessa. Come sappiamo, oggi possiamo avvalerci di meccanismi ed indici – non solo nelle Regioni in fase di rientro ma anche nelle altre – per valutare la qualità della prestazione e dell'assistenza fornite (è il caso, ad esempio, degli indici di *outcome*, seppur relativi). Mi chiedo, quindi, se nella revisione complessiva del suddetto sistema, oltre all'aspetto asettico e oggettivo della diagnosi eseguita, non sia opportuno tenere conto anche di indici di qualità per cercare di portare i sistemi ospedalieri regionali a migliorare i propri *standard* di qualità. Tanto per fare un esempio concreto, se un primo ospedale fornisce un'asportazione di appendice che viene remunerata 100, ma ve n'è un secondo che, rispettando gli indici di qualità, garantisce anche un migliore trattamento ed una migliore assistenza e accoglienza alberghiera, personalmente riterrei opportuno remunerare di più il secondo e meno il primo. Mi chiedo quindi se sia possibile introdurre, naturalmente in ossequio al Titolo V, questo tipo di principio.

Quanto poi all'Istituto superiore di sanità e al progetto di riforma che lo riguarda, su cui lei, Ministro, non si è dilungato molto, vorrei sapere se il Governo intenda provvedere a una ridefinizione delle funzioni di tale istituto.

Inoltre, facendo riferimento all'integrazione socio-sanitaria, l'ha definita una priorità del Paese ed io concordo con lei. Ritengo che il settore delle cronicità sia davvero importante e sarebbe necessario impiegarvi risorse, poiché da questo punto di vista spesso le famiglie sono abbandonate a se stesse.

Forse è opportuno che Parlamento e Governo, insieme, discutano della possibilità di istituire un fondo integrativo per far fronte alle necessità assistenziali da affiancare al Fondo sanitario nazionale che interviene in caso di assistenza al paziente in fase più acuta.

FAZIO, *ministro della salute*. Risponderò partendo dalle due ultime questioni da lei affrontate, senatore Bosone, cercando di essere quanto più possibile sintetico.

Quanto all'integrazione socio-sanitaria, segnalo che il Governo ha messo a disposizione 400 milioni di euro. Le iniziative intraprese dall'Esecutivo prevedono, innanzitutto, diversi livelli di assistenza domiciliare integrata all'interno dei LEA ed un nuovo tetto per la riabilitazione e la cronicità pari allo 0,7, che nel futuro potrebbe essere ulteriormente spo-

stato con un conseguente abbassamento del tetto fissato per le acuzie. Quindi, ai problemi legati agli anziani, assolutamente importanti, il Governo rivolge certamente la propria attenzione.

Come abbiamo più volte ribadito, nel 2050 conteremo il 35 per cento di ultrasessantacinquenni, dunque si porrà un problema di sostenibilità posto che questi pazienti non possono essere trattati in ospedale, ma sul territorio.

È del resto di tutta evidenza che quando la percentuale del 40 per cento di ricoveri di ultrasessantacinquenni attualmente registrata sarà riferita al 35 per cento della popolazione la situazione non sarà più sostenibile. Dunque, l'attuale sistema di trattamento di questi pazienti in ospedali, non più sostenibile, dovrà fare riferimento al territorio.

Nel merito siamo maggiormente favorevoli all'adozione di misure strutturali quali i LEA, la definizione dell'assistenza domiciliare e la creazione di unità socio-residenziali piuttosto che alla creazione di fondi, non tanto per un problema di costi, quanto perché riteniamo che il Paese abbia bisogno di misure strutturali.

Quanto all'Istituto superiore di sanità, il Governo ritiene che una riforma vada fatta, separando meglio l'attività di ricerca da quella di sanità pubblica.

Per quanto concerne invece i DRG e la qualità del servizio fornito, bisogna fare attenzione perché si va a toccare un concetto, peraltro oggetto di serrati dibattiti tra me ed il capo del dipartimento della qualità del Ministero, dottor Palumbo, qui presente. Personalmente sostengo l'idea – sicuramente molto complessa e tutta da costruire, ma a mio avviso corretta – che si debba prevedere una sorta di accreditamento dinamico, effettuato quindi non solo struttura per struttura, ma addirittura anno per anno sulla base degli indicatori forniti. Non credo si possa parlare di livelli differenziati *tout court*, ma si può senz'altro ipotizzare l'adozione di un principio premiale. Si tratta tuttavia di un tema davvero complicato, da affrontare con grande prudenza; il Governo si impegna tuttavia a studiare il problema anche se non sappiamo in quali tempi, posto che parlare di un accreditamento dinamico significa anche avere un *e-health*, una sanità elettronica, che funzioni perfettamente per accedere in tempo reale a tutte le informazioni.

Passo ora alla questione delle modifiche al Titolo V della Costituzione.

Personalmente non credo che si debbano prevedere limitazioni del Titolo V. Come ho già detto più volte, ripeto con chiarezza anche in questa occasione, che il nostro è un sistema pressoché ottimale.

Credo che ciò che andava fatto per ovviare a questo problema lo sta facendo il disegno in materia di federalismo fiscale che in concreto va a sancire il fallimento politico della Regione che non garantisce una sanità efficiente e noi sappiamo che la sanità efficiente è anche quella che costa di meno. A ciò però si aggiunge il fatto – già segnalato nelle considerazioni del senatore Cosentino e nelle mie risposte – che all'efficienza eco-

nomica deve essere associata l'efficienza strutturale e delle prestazioni, ma questo è ciò che stiamo cercando di realizzare.

Credo quindi che la direzione da prendere sia proprio prevedere per le Regioni in difficoltà – che sono quelle che ci interessano – un piano di rientro, un aiuto nell'indicare gli obiettivi da raggiungere non soltanto per quanto attiene il finanziamento e quindi il raggiungimento degli obiettivi finanziari, ma anche per ciò che concerne il raggiungimento di obiettivi strutturali. Questa è la strada scelta dal Governo.

Ribadisco che il Governo è pienamente convinto della validità del Titolo V e non ritiene affatto che abbia rappresentato un problema, ma anzi che abbia posto a nostra disposizione degli strumenti che oggi ci consentono di amplificarne gli aspetti positivi. Ricordiamo che i modelli adottati dalle Regioni Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia-Romagna (tutte Regioni virtuose) sono quattro modelli diversi che possiamo prendere ad esempio.

Credo quindi che il federalismo possa far emergere le virtù e gli ingegni del Paese su vari aspetti che altrimenti non risulterebbero.

Infine, quanto al disegno di legge sul rischio clinico, ho incontrato ieri il Vice Ministro all'economia per sottoporgli il problema. Vi riferisco ciò per farvi comprendere quale attenzione dedico a questo aspetto per me assolutamente prioritario.

Credo che, anche se di fatto le assicurazioni esistono, una norma che tuteli i medici sia assolutamente necessaria. È un atto dovuto.

Con tutta probabilità, tale operazione non comporterà costi notevoli perché le assicurazioni già sono previste, si tratta quindi esclusivamente di un aspetto da normare.

Dunque, ieri – non ne avevo informato neanche il presidente Tomassini – mi sono recato dal vice ministro Vegas unicamente per riferire in merito a tale questione che è una di quelle che ho nella mia agenda.

BOSONE (PD). Mi scusi, onorevole Ministro, ma non ha risposto alla domanda sulle malattie rare.

FAZIO, *ministro della salute*. Le malattie rare rappresentano un ambito importantissimo, nessuno afferma il contrario. In proposito è già stato detto che le reti rappresentano una delle priorità.

La mia priorità in questo momento è però rappresentata dal provvedimento in materia di gestione del rischio clinico, ma nel caso si aprissero spiragli per affrontare in modo opportuno la questione delle malattie rare ci renderemo senz'altro disponibili a discuterne. Credo sia comunque più saggio affrontare una questione alla volta.

DI GIACOMO (PdL). Signor Presidente, ringrazio il Ministro per il contributo offerto al lavoro della Commissione e per l'estremo interesse della sua relazione. Il suo è un progetto di largo respiro che, in qualche modo, dà anche ragione a quanti avevano auspicato l'istituzione del Ministero della salute.

Non ho domande da porre, svolgerò quindi solo una considerazione a partire da quanto sottolineato dal senatore Cosentino in materia di piani di rientro. Personalmente non condivido molto la scelta di affidare completamente alle Regioni la stesura dei piani di rientro e lo dico nonostante sia stato – il dottor Palumbo ne è testimone – autore di un piano di rientro per la mia Regione.

I piani di rientro sono stati redatti seguendo delle direttive e all'interno di una cornice che soprattutto il Ministero dell'economia e delle finanze ed in misura minore il Ministero della salute avevano già preordinato. Gli interventi erano finalizzati al personale delle strutture pubbliche, alle convenzioni con le strutture private e al costo dei farmaci ed erano state definite delle percentuali di riduzione per tutte le Regioni, e non per ogni singola Regione.

Ciò premesso, vengo ora alla mia considerazione: dopo quasi tre anni dall'introduzione dei piani di rientro, credo che si rendano necessarie una rivisitazione e una rimodulazione dei singoli piani in ciascuna Regione, soprattutto per verificare il livello di qualità dell'assistenza che gli stessi hanno determinato.

Vi porto l'esempio della mia Regione, il Molise, a partire anche dalla considerazione del senatore Cosentino secondo il quale il costo *standard* di un esame di risonanza magnetica dovrebbe dipendere anche dal numero di esami effettuati. In una piccola Regione come la mia, dove il numero di tutte le prestazioni (non solo delle risonanza magnetica) è a livelli bassissimi, sembra difficile immaginare un costo *standard* per tutte le prestazioni svincolato da quella griglia che il Ministro ha oggi annunciato e che sarà a corredo invece del semplice costo economico-finanziario.

La mia valutazione in proposito, riferita ovviamente alla realtà che conosco, mi porta ad affermare che in alcuni territori il livello di qualità dell'assistenza abbia risentito notevolmente dell'impatto di un piano di rientro che non è stato rimodulato e rivisitato sulle esigenze reali del territorio e dei cittadini.

La mia considerazione che lascio all'attenzione del ministro Fazio è quindi la seguente: non ritiene anche lei, signor Ministro, che sia il caso di valutare Regione per Regione, con la presenza dei commissari e dei subcommissari governativi, la validità di regole che Regioni e Governo si erano dati, onde verificare se esista la possibilità di migliorare il piano di rientro, rendendolo quanto più funzionale possibile alle esigenze del territorio e dei cittadini? Credo infatti che in alcuni territori e in alcune Regioni ciò sia possibile ed in tal senso mi permetto di segnalare la mia Regione dove una rivisitazione di quanto concordato, a distanza di tre anni, può risultare molto utile, soprattutto nell'interesse dei cittadini.

FAZIO, *ministro della salute*. La strada che il Governo ha identificato e che sta sperimentando per l'Abruzzo è proprio quella che prevede una doppia figura rappresentata dal subcommissario e dal commissario *ad acta*. Non a caso, nel patto sulla salute abbiamo introdotto il commissario *ad acta* che verifica l'attuazione del piano di rientro da un punto di vista

economico ed identifica una pianificazione strutturale utile ad una riqualificazione delle rete ospedaliera e alla continuità territoriale. Questo rientra nella rimodulazione del piano di rientro che non avviene di per sé, ma di fatto, in quanto non definisce delle iniziative che possono essere più o meno cervellotiche, ma si colloca in un indirizzo dell'AGENAS che opera un paragone tra le varie Regioni e che, quindi, identifica chiaramente le misure necessarie, considerate tali non dal governante di una Regione, ma da un soggetto che osserva quanto avviene in tutte le Regioni.

Questo è un primo aspetto; se poi l'intenzione è quella di riconsiderare l'intero impianto del piano di rientro, occorre però essere consapevoli che si tratta di una questione di natura politica. Penso, in ogni caso, che in questa fase un'attività programmatica sostenuta dall'aiuto dell'AGENAS o del Governo sia sufficiente a garantire quanto si auspica.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio il signor Ministro per la sua relazione molto ministeriale che prende in esame complessivamente il problema, inquadrandolo correttamente per capitoli. Ciò premesso, ritengo che l'obiettivo della procedura informativa nell'ambito della quale ha luogo l'odierna audizione sia probabilmente quello di ricercare soluzioni più penetranti e cogenti rispetto a problematiche che sul piano progettuale sono già correttamente affrontate.

Forse a causa di una cattiva abitudine del passato e nonostante ci si affanni nel cercare di risolvere i problemi sanitari, ho notato però che non si parte mai da un sistema di controllo che misuri l'effettivo bisogno di salute da parte del territorio. Evidentemente si dà per assodato che tale bisogno non sia registrabile e quindi sulla base di quanto viene registrato si procede a incrementi o riduzioni su segnalazione delle Regioni. Questa non è del resto una novità; ricordo che su questo argomento anche in passato sono stati svolti innumerevoli convegni, ma non si è mai addivenuti ad una soluzione. Non disponendo di un sistema di rilievo dei bisogni, ci limitiamo a porre riparo alle situazioni che non funzionano, ma in tal modo si fornisce una risposta solo a quello che abbiamo registrato. Occorre pertanto individuare un sistema per rilevare i bisogni, e mi rivolgo al lei Ministro, che è uomo di scienze, proprio per sottolineare l'importanza di una ricerca che vada oltre gli studi della Ernst & Young e i tanti altri che sono stati proposti negli anni scorsi, ma che non sono mai giunti a sintesi. Credo che questo sia un elemento primario per capire l'orientamento dell'offerta, posto che non ci si può più rifare alla letteratura, o limitarsi al rilievo delle richieste di «elemosine».

Se il bisogno dello Stato fosse rilevato sulla base dei dati relativi alle elemosine che si chiedono agli angoli delle strade il nostro bilancio sarebbe del tutto inadeguato! Non possiamo registrare i dati in tal modo, si tratta di un fatto prioritario, dinamico, di crescita!

Questa è la prima questione che credo approfondiremo nel corso dei prossimi incontri.

Il Ministro ha affermato che è opportuno lavorare sulla base del dato economico ed ha anche aggiunto che la sanità di qualità è quella a minor costo, riflessione questa che non considero tra le migliori!

Inoltre, mi permetto di sottolineare l'esigenza di individuare sistemi di misurazione anche dei bilanci delle Regioni. Ci sono infatti Regioni che non sono state obbligate ai piani di rientro perché hanno fornito assicurazioni di competenza e non di cassa, dichiarando la propria intenzione di vendere parti del patrimonio o comunque di prendere altre iniziative. Lo Stato ha tenuto conto di quelle dichiarazioni nel proprio bilancio, mi chiedo però quando ci troveremo in uno stato di emergenza chi sarà chiamato ad intervenire? Al di là della questione sollevata dal senatore Bosone sul Titolo V – che mi riservo di affrontare in sede politica – questo è un dato che ci coinvolge in modo estremo. Non saprei dire ancora quale sia la soluzione a questo tipo di problema, certo è che occorre intervenire sul controllo dei bilanci, un controllo che non è però quello effettuato dalla Corte dei conti. Dobbiamo intervenire in modo dinamico, per evitare di essere costretti a far rispettare i piani di rientro solo perché si è di fronte a fatti eclatanti, o perché chi ha determinato una certa situazione è meno furbo di altri! Questo è infatti quanto in genere è avvenuto, per cui alla fine solo i meno furbi sono stati costretti al rispetto dei piani di rientro, e non coloro che ad un controllo più attento avrebbero meritato analogo trattamento.

Ma che cos'è poi il piano di rientro? È una forma di tutoraggio dell'agibilità economica del sistema, dei dati gestionali ed aziendali.

Signor Ministro, noi tutti abbiamo voluto che fosse nominato un Ministro della salute e voglio sottolinearlo in questa occasione, con ciò tengo tuttavia a sottolineare che vi è bisogno non solo di un tutoraggio economico, ma anche sanitario. Se qualcuno muore perché una tracheotomia viene effettuata in un reparto in cui si praticano quattro interventi l'anno, non si può poi dire che di ciò sono responsabili le Regioni. Dunque, il tutoraggio sanitario deve essere reso obbligatorio.

Immagino che alcuni dei presenti ricorderanno l'affannoso dibattito che si concentrò sulle teorie dell'accreditamento, mi chiedo però che cosa abbiamo accreditato se nel 2010 esistono ospedali e strutture nelle condizioni che tutti conosciamo! Credo che al riguardo ci si debba interrogare anche al fine di fornire una risposta. Del resto, non rientra forse nei LEA la possibilità per chi risiede in Calabria di recarsi in ospedale per farsi praticare una tracheotomia?

Come, il dottor Palumbo ricorderà, effettuammo tutoraggi anche in Albania; non credo che questo genere di iniziativa costituisca un'umiliazione, al contrario ritengo corrisponda ad un momento organizzativo pregnante, ma questa è una delle esigenze che non vengono rilevate. Le chiedo, signor Ministro, se non sia il caso di intervenire anche in questa direzione.

Sento parlare di gemellaggi, di confronti, di costi *standard*, quando nel nostro sistema manca addirittura lo *standard* medio di ciò che of-

friamo in termini di qualità minima e credo che lei, signor Presidente, lo possa confermare.

Credo che se si intende realmente dare luogo ad un processo innovativo – e mi risulta che ci siano presidenti di Regioni che hanno maturato esperienze in tal senso – al riguardo sia importante interrogarsi. Personalmente auspico l'adozione di una forma di tutoraggio proprio per evitare di doverci confrontare con dati drammatici.

Va bene parlare di equità di trattamento e di accesso ai servizi, mi permetto però di ricordare che questo è un elemento prioritario che si traduce nella risposta immediata al bisogno.

Inoltre, onorevole Ministro, sarebbe necessario accelerare i tempi dell'*iter* del provvedimento in materia di gestione del rischio clinico, sul quale si registra una sostanziale accordo, ed in tal senso auspico che vi sia l'impegno del Ministro. Tale norma costituirebbe un'efficace forma di contrasto della medicina difensivistica e credo che produrrebbe risultati importanti anche sul piano economico.

Quanto alla riforma dei DRG, che certamente affronteremo in altre occasioni, ho notizia che su questo versante si stiano già apportando delle innovazioni, tant'è che alcune prestazioni fino a poco tempo fa erogate in regime ospedaliero stanno passando in regime ambulatoriale. Mi risulta ad esempio che nella mia Regione, la Puglia, gli interventi sui legamenti crociati verranno effettuati in ambulatorio e non più in regime di ricovero. Ciò naturalmente creerà problemi in alcune Regioni dove, come ho già sottolineato, è quasi impossibile praticare una tracheotomia anche in ospedale!

Quindi plaudo all'iniziativa di rivedere il sistema di valutazione e di indicizzazione dei DRG, ma vorremmo capire bene che cosa stia accadendo per verificare se si stia procedendo troppo velocemente o se occorra rivedere più approfonditamente il sistema.

CALABRÒ (*PdL*). Desidero in primo luogo rivolgere un ringraziamento per l'esauriente relazione illustrata al Ministro al quale rivolgerò poche rapidissime domande.

Oltre al costo *standard* il sistema del federalismo fiscale impone anche il numero di prestazioni *standard*. Al riguardo vorrei sapere quali criteri si ritengano opportuni, soprattutto tenuto conto che nelle varie Regioni si registrano diverse condizioni, sia dal punto di vista storico, geografico e organizzativo, che tecnologico.

Quanto poi alle Regioni sotto tutela, mi pare di cogliere che, al di là del controllo del tipo di spesa, il Ministro preveda – a mio avviso del tutto opportunamente – anche un controllo sui sistemi organizzativi e strutturali che la Regione deve mettere in opera.

Riagganciandomi a quanto affermato poc'anzi dal senatore Di Giacomo, ritengo che dobbiamo porci anche il problema di un controllo della qualità della prestazione. La riorganizzazione del sistema e il controllo della qualità e dell'economicità dello stesso devono camminare in paral-

lelo, laddove abbiamo assistito ad un tentativo di riduzione di spesa attraverso un abbassamento notevole della qualità della prestazione.

Mi piacerebbe, inoltre, avere qualche chiarimento in merito ai progetti di formazione nell'ambito del Sistema sanitario nazionale, progetti che a mio avviso dovrebbero rispondere molto di più ad una progettualità interna al Ministero che tenga conto dei piani sanitari nazionale e regionale e assai meno alle esigenze del singolo medico o delle aziende.

Infine, vorrei conoscere il pensiero del Ministro sulla possibilità di analizzare nuovamente i criteri di riparto del Fondo sanitario, tenendo presenti le condizioni di alcune Regioni con PIL basso, con una popolazione giovane e, perché no, di quelle che compiranno sacrifici ai fini del rispetto dei piani di rientro.

FAZIO, *ministro della salute*. Considerato il tempo a nostra disposizione, non credo che riuscirò a rispondere in maniera esauriente a tutti i quesiti che sono stati posti.

Per quanto concerne il problema della definizione dei fabbisogni, che ho citato in riferimento alla Regione Abruzzo – ma forse non con sufficiente chiarezza – esistono già dei criteri generali di identificazione: peraltro abbiamo dei documenti al riguardo che posso farvi avere. La prima azione qualificante cui dà luogo l'AGENAS non appena inizia un rapporto di cooperazione con le Regioni, è proprio quella di identificare il fabbisogno attraverso criteri generali di identificazione tratti dalla letteratura e che abbiamo provveduto a mettere a punto ed a sistema. In un momento successivo si procede invece all'analisi del fabbisogno di ciascuna ASL.

Quanto alla mia affermazione, è del tutto vero che la sanità di qualità costa meno e questo è un dato ampiamente documentato, non solo nel nostro Paese ma anche altrove. Le disfunzioni si hanno quindi quando la sanità non è messa a sistema, per cui si determina lo spreco. Negli anni Settanta ed Ottanta alcune Regioni (tra cui la Lombardia) hanno messo a sistema la sanità e in quelle realtà ora la sanità costa meno.

È chiaro quindi che per fare in modo che i costi siano inferiori vanno effettuati dei monitoraggi, ma è quanto già avviene. Voglio ricordare che in passato non si parlava di indicatori e che è stato questo Governo a parlare di bersagli, di parere e di indicatori. Nel futuro effettueremo misure sempre più precise ed attendiamo la sanità elettronica per poter operare in tempo reale, ma si tratta di iniziative che già ora vengono effettuate. A tal proposito vorrei ricordare che abbiamo elevato il monitoraggio obbligatorio delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) dall'1,5 al 10 per cento nelle Regioni, d'intesa con l'AGENAS che, a sua volta, è stata trasformata. Naturalmente è un processo ancora *in itinere* ma posso assicurare che è uno degli obiettivi prioritari del Governo. Questi sono gli aspetti fondamentali che tenevo a sottolineare.

Al senatore Calabrò vorrei ricordare che il numero delle prestazioni è previsto nell'ambito del dispositivo del provvedimento in materia di gestione del rischio clinico. Il concetto della libera professione prevede che vengano misurati il numero e la qualità delle prestazioni secondo cri-

teri quali la valutazione dei carichi di lavoro ed altri aspetti sui quali stiamo ancora lavorando.

Non credo di avere il tempo di trattare il problema vasto e complesso della formazione, dell'analisi dei criteri di riparto nonché degli altri aspetti citati quali i DRG, la responsabilità professionale e l'equità di trattamento che affronteremo in una futura occasione.

PRESIDENTE. Ho apprezzato molto l'esposizione e l'impostazione generale dell'intervento del Ministro, il quale, nel corso della sua relazione, ha citato documenti e indicatori del 2008 che auspico possa mettere a disposizione della Commissione.

Tutti i senatori intervenuti, ad eccezione del collega Saccomanno che è entrato nel dettaglio, hanno annunciato un capitolato che è quello che dovrà poi guidare i due relatori nella selezione dei vari temi che provvederanno a sottoporre all'attenzione dell'Ufficio di Presidenza.

Saluto e ringrazio il ministro Fazio e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

I lavori terminano alle ore 16,05.

