

PUBBLICO E PRIVATO IN SANITÀ

Giovedì 27 agosto 2009, ore: 11.15 **Sala A2**

Partecipano: **Bruno Biagi**, Vice Presidente Gruppo Villa Maria; **Carlo Lucchina**, Direttore Generale Sanità Regione Lombardia; **Marina Panfilo**, Institutional & Stakeholders Relations Director Pfizer Italia; **Flavio Tosi**, Sindaco di Verona. Introduce **Marco Bregni**, Presidente Associazione Medicina e Persona.

MARCO BREGNI:

Oggi parliamo di Sanità, sistema sanitario, quindi quel particolare insieme e quel complesso insieme che ha lo scopo di prevenire e di curare le malattie. Nel sistema sanitario esiste una pluralità di soggetti, esiste il pubblico, il privato non profit, il privato profit e questi soggetti hanno modalità diverse di operare, però dovrebbero avere un unico scopo che è quello di assicurare il funzionamento della complessa macchina del sistema sanitario e ultimamente quello di assicurare la salute dei cittadini. Tra pubblico e privato può esserci conflitto, può esserci non belligeranza o può esserci cooperazione. Sostanzialmente quello che noi vorremmo fare oggi, lo scopo di questo incontro, è quello di verificare se tra pubblico e privato ci possa essere una cooperazione proficua in un sistema virtuoso ed economicamente sostenibile. La seconda questione che porremo è chi e come controlla che le prestazioni che vengono erogate dai diversi soggetti siano prestazioni di qualità. Quali sono i criteri di valutazione di queste prestazioni, chi sono i soggetti che operano questi controlli e in questi controlli, gli utenti, quindi alla fine noi cittadini, in che modo hanno la possibilità di dire la loro e di essere ascoltati, quindi in che modo la qualità percepita può essere la stessa qualità che viene obiettivamente verificata. Questo secondo punto, cioè il controllo di qualità, è particolarmente rilevante perché l'utente, quindi noi che ci serviamo del sistema sanitario, abbiamo bisogno di percepire che le prestazioni sono effettivamente le prestazioni che sono necessarie e sufficienti per il nostro bisogno di salute. Per questo rilevante tema abbiamo riunito un pannello di quattro esperti, quattro persone già ben note al pubblico del Meeting: la dott.ssa Marina Panfilo, responsabile delle relazioni istituzionali di Pfizer Italia; il dott. Bruno Biagi, attuale Vice Presidente dell'area medica del gruppo Villa Maria, medico e con una rilevante carriera professionale alle spalle che da circa una decina di anni si è dato invece a un lavoro di tipo più gestionale; il dott. Flavio Tosi, anch'egli ben noto al pubblico del Meeting, sindaco di Verona e precedente assessore alla Sanità della Regione Veneto; e infine una faccia notissima al pubblico del Meeting, il dott. Carlo Lucchina, direttore generale dell'assessorato alla Sanità della Regione Lombardia. Innanzitutto vi ringrazio di essere qui presente, quindi parto subito con la prima domanda: come tra pubblico e privato può esserci cooperazione e sinergia? Dott. Biagi.

BRUNO BIAGI:

Buongiorno, grazie agli organizzatori per l'invito e per l'opportunità di sedere a questo tavolo per scambiare alcune opinioni su un argomento di enorme interesse per tutti. Oggi credo sia importante sottolineare che nella stragrande maggioranza dei casi il privato, in particolare il privato accreditato, opera all'interno di un sistema sanitario pubblico, gestendo all'interno di un sistema definito e programmato alcune aree di attività. Credo che questa integrazione e questa cooperazione debba e possa essere migliorata e penso che debba anche essere rivisitata e ripensata. In che senso? Io credo che il nostro sistema sanitario, che poi fa parte della grossa area del sistema del welfare, come ha bene sottolineato e come si è discusso più volte in questi giorni al Meeting, nasce

fondamentalmente su un presupposto che ha un po' guidato, su una base più o meno ideologica, tutta la sua costruzione: pubblico equivaleva a morale, perché era finalizzato al bene comune, privato equivaleva a immorale, perché se ne escludeva qualunque valenza ai fini sociali. Questo ha portato tutta una serie di problematiche: da uno sviluppo di un sistema più assistenzialista che volto alla crescita della persona, dell'individualità e delle capacità personali, alla costruzione, da un punto di vista tecnico, di una infrastruttura di regole complicate, minuziose, che si basano su controlli ex ante e che lasciano poco spazio alla capacità dell'impresa di svilupparsi e di produrre risultati. Quindi la necessità assoluta di spostare i controlli e le verifiche più sul ex post, più sui risultati, più sulla capacità dell'azienda di produrre risultati. A questo deve anche essere accompagnato un assoluto rigore sanzionatorio; tutte le volte che ci sono delle situazioni che non vanno, queste devono essere perseguite e punite. Ma a mio parere questo presupposto su cui si è basato il sistema, ha sviluppato nei gestori del sistema pubblico un modo di pensare quasi di essere gli unici depositari di una verità gestionale ed organizzativa che poi ha determinato l'autoreferenzialità e quindi, a volte, l'incapacità di pensare modi nuovi di affrontare argomenti che stanno a cuore a tutti e appartengono al bene comune. Penso che nessuno oggi in Italia ma anche in Europa possa pensare o possa accettare di cambiare il nostro sistema sanitario, che tutti noi vogliamo continui ad essere pubblico in termini di interessi generali, universale in termini di accessibilità, globale in termini di copertura, equo in termini di contribuzione e portabile, nel senso che debba e possa essere utilizzato in qualunque area del territorio nazionale, a prescindere dalla residenza del paziente. Queste sono le basi su cui credo il nostro sistema funziona e vogliamo continui a funzionare. Ci sono state diverse riforme sanitarie che hanno portato e che hanno cercato di inserire alcuni meccanismi di maggior simmetria tra i gestori pubblici e i gestori privati di un sistema sanitario che rimane pubblico. Si parte dalla 502 che nel '92 riformava il sistema sanitario nazionale che era stato istituito da essa nel '78 e che nasceva sulla linea dei modelli gestionali della concorrenza dei quasi mercati, che si proponevano di riallineare gli incentivi tra finanziatori, produttori e utenti, in modo tale da garantire l'appropriatezza delle prestazioni erogate, il contenimento dei costi e una locazione efficiente delle risorse. Su questa base nasceva la 502 che disegnava un sistema ibrido, che in parte recuperava dalla riforma del sistema sanitario inglese la separazione tra acquirenti e fornitori e l'utilizzo dei contratti nella sostanziale simmetria delle strutture, e dalla riforma svedese il concetto della libertà di scelta dei pazienti e introducendo un sistema di pagamento prospettico rappresentato dai DRG. Questi sistemi in realtà poi non sono mai stati applicati in maniera completa in Europa. Questi avrebbero portato una maggiore simmetria, simmetria che però, specialmente nell'esperienza inglese, aveva dimostrato che in una economia puramente competitiva e concorrenziale il rischio era che la struttura pubblica, gli ospedali pubblici fallissero. Questo per il sistema di welfare che c'è in Europa era inaccettabile. Sono quindi state fatte tutta una serie di interpretazioni legislative, di modifiche alla 502 che hanno portato a una situazione in cui le regioni, in particolare, si sono volte verso modelli di programmazione negoziata dei mercati interni. Tanto per dare un'idea, credo che oggi il sistema che più si avvicina alla 502 è sicuramente il sistema lombardo, che si caratterizza per la diversità tra fornitori, produttori e ... invece il sistema emiliano-romagnolo, che è l'altro sistema alternativo di riferimento, si basa su una filosofia dei mercati interni. È interessante notare però che, per quanto riguarda la cooperazione tra pubblico e privato, sia la Lombardia che la regione Emilia-Romagna sono le regioni dove la cooperazione tra privato e pubblico ha raggiunto le massime espressioni, con grande risultato dal punto di vista della qualità, delle prestazioni fornite ai cittadini ma anche, credo, ad una percezione del cittadino nei confronti del funzionamento del sistema sanitario. Purtroppo questo non è avvenuto in altre aree della nazione e questo crea un problema. Superare, quindi, un meccanismo in

cui comunque l'ospedalità privata accreditata è cresciuta, oggi è considerata parte integrante del sistema, perlomeno dal cittadino, che superi queste caratteristiche di competitività e concorrenzialità e in realtà spingere di più sull'integrazione e sulla cooperazione, penso sia estremamente importante. Penso che sia fondamentale introdurre alcuni cambiamenti anche normativi che permettano, per esempio, un maggiore e strutturato impiego degli strumenti e della programmazione partecipata e negoziata pubblico - privato, quindi coinvolgere anche le strutture pubbliche nella definizione di alcuni piani programmatici, specialmente per quanto riguarda l'esistenza e l'utilizzo di alte tecnologie pesanti, evitando così inutili ripetizioni. È importante anche valorizzare la capacità dell'impresa privata accreditata, sicuramente più agile perché meno legata a tutta una serie di sovrastrutture normative, di sviluppare nuovi modelli organizzativi e credo che molte strutture private abbiano sicuramente dimostrato che i concetti di efficienza intesa come out-come su input e di produttività non siano mutuamente esclusivi, ma anzi è opportuna la ricerca di un criterio, che un "guru" della qualità come Donabedian ha individuato come l'ottimalità, cioè quell'equilibrio tra gli investimenti e i benefici. L'altro punto importante su cui questa cooperazione può svilupparsi è dando al privato la possibilità di sviluppare e esprimere le sue capacità nel campo della ricerca scientifica, semplificando una normativa che oggi rende molto difficile l'accesso ai fondi di ricerca e la possibilità di impiegare ed investire in fondi di ricerca.

MARCO BREGNI:

Grazie Bruno perché ci hai inquadrato in modo efficace la problematica e hai già posto alcuni temi su cui poi possiamo cominciare una discussione. Chiederei quindi a Flavio Tosi, in base alla sua esperienza, di dirci qual è il modo migliore di cooperazione tra pubblico e privato.

FLAVIO TOSI:

Buongiorno a tutti io porto i saluti e mi scuso con il collega amico assessore alla sanità della regione Veneto, l'assessore Sandri, perché oggi ovviamente mi avvalgo più dell'esperienza di ex assessore che non di quella di sindaco, quindi ruberò un po' il mestiere all'attuale assessore alla sanità del Veneto. Per dare una inquadratura a livello nazionale, perché partiamo da lì per arrivare a livello regionale, locale, il privato in sanità è presente nel nostro paese in maniera molto differenziata, con percentuali diverse, con modalità di crescita diverse, con modalità di controllo diverse. In Veneto il privato vale circa il 10% del montante complessivo della sanità; ci sono regioni dove la presenza del privato è ancora più ridotta, ci sono alcune regione dove, da un punto di vista politico, c'è stato un atteggiamento di tipo ideologico. Dicendo "il privato è il male, il pubblico è il bene" come succede anche nel mondo della scuola, c'è chi tende a fare questo tipo di distinzioni e quindi ha trattato il privato in un certo modo, non dico perseguitandolo, ma quasi, pensando a questo tipo di distinzione preconcepita. Ci sono regioni dove invece il privato è fuori controllo, ma tutto è fuori controllo in quelle regioni, nel senso che è fuori controllo in senso assoluto la spesa sanitaria e quindi è fuori controllo anche la spesa sanitaria del mondo del privato, penso al Lazio e alla Sicilia, questi sono gli esempi i più eclatanti, anche alla Campania, ma in maniera diversa. E quindi c'è una presenza diversa che risente di una modalità di gestione diversa, come è stato detto prima. Si sa bene che alcune regioni la spesa sanitaria, la programmazione sanitaria l'hanno gestita e la gestiscono in maniera più oculata e più corretta ed è anche ovviamente più difficile, più faticoso fare programmazione della spesa sanitaria stando attento a quello che spendi, perché hai più responsabilità, puoi avere anche più polemiche, più difficoltà nell'affrontare la programmazione, perché qualche volta devi anche fare dei sacrifici, devi anche spiegare, giustamente, come attore politico e istituzionale al cittadino perché devi chiudere

un ospedale, per dire, e devi spiegare perché fai un certo tipo di razionalizzazione, è più semplice non chiuderlo, e quindi ci sono regioni che questo tipo di percorso l'hanno affrontato in maniera coraggiosa e coerente migliorando la loro sanità; ci sono invece regioni, evidentemente, dove questo percorso non c'è stato e dicevo questo tipo di atteggiamento sbagliato, di cattiva amministrazione della spesa pubblica si ripercuote anche poi sulla spesa della sanità privata, appunto dove non c'è controllo, dove volutamente non c'è controllo, poi evidentemente va tutto fuori controllo, compresa la spesa complessiva. E questo non vuol dire colpevolizzare il privato, perché il bastone dalla parte del manico c'è l'ha il pubblico, c'è l'ha la regione, l'amministratore, il governo, lo stato, non è che l'ha il privato, il privato più o meno corretto. Poi dipende anche dai sistemi di controllo e dalla scelta individuale, perché un privato ha come interesse suo legittimo il produrre di più, mentre invece la strategia che deve fare l'attore pubblico quindi l'amministratore, è quella di cercare di governare il fenomeno, il processo per arrivare ad un sistema di spesa complessiva che porti a efficienza e a efficacia nel sistema complesso della sanità pubblica e privata. Dicevo la responsabilità sta in chi ha la responsabilità delle risorse e quindi nel momento in cui ci sono dei comportamenti scorretti, per carità sono anche da imputare a chi non si comporta correttamente, ma se non c'è il controllo...., la mancanza di controllo è totalmente da imputare all'attore pubblico istituzionale, che non svolge il proprio dovere. E' chiaro che nel mondo del privato va fatta una distinzione, che non è secondaria, tra il privato classificato, quindi religioso per capirci, che ha delle finalità diverse, e il privato in generale. Ripeto, non vuol dire che uno è il bene e l'altro il male, però chi gli utili li reinveste tutti a un fine etico collettivo è chiaro che ha un aspetto diverso, è appunto considerato classificato, rispetto al mondo del privato in generale. Però, mentre il privato in generale legittimamente deve fare l'interesse dell'azienda, è il soggetto pubblico, in questo caso il programmatore regionale o nazionale, a dover stabilire dei meccanismi corretti perché il sistema possa funzionare. Quando questo non funziona, la responsabilità è assolutamente e totalmente del programmatore politico. Per quanto poi riguarda gli aspetti gestionali, perché è stato detto correttamente di fare degli esempi per fare capire come funziona, ogni regione, perché la programmazione quindi la gestione della sanità è devoluta alle regioni, ogni regione si rapporta con il mondo del privato al suo interno in maniera diversa, in base a quelle che sono le sensibilità, le esperienze e anche il modello sanitario, perché non tutte le regioni hanno lo stesso tipo di modello sanitario come impostazione di base. Ovviamente questo rapporto col privato deve tenere conto che si parla di finanza trasferita, non è che la regione ha risorse sue ma sono risorse che gli provengono dal riparto nazionale, quindi una regione di anno in anno sa quanto ha a disposizione su quello che a livello nazionale viene stabilito e quindi deve poi regolare costantemente il rapporto col privato sulla base delle risorse che vengono trasferite dallo stato centrale. Come regione Veneto la scelta che si è fatta negli ultimi anni - che ripeto può essere un buon modello, può essere sicuramente migliorabile, la Lombardia può dare un'impostazione diversa, perché ripeto le specificità contano in questo settore - è quella di cercare di fare degli accordi su base pluriennale, perché nel momento in cui ti confronti con l'imprenditore privato è chiaro che, siccome si parla di investimenti e di spese anche importanti quando si parla di sanità, - per la Regione Veneto sono sette miliardi e mezzo circa, sappiamo che per il montante complessivo annuale si può parlare di un centinaio di miliardi di euro, dico complessivo perché poi ci sono i buchi da risanare, per cui la cifra la si può ridiscutere, però diciamo questa è una cifra teorica abbastanza attendibile - tu ti devi rapportare col privato dicendo che queste sono le risorse a disposizione e cercare di programmare le risorse a disposizione anche negli anni successivi, in maniera tale che chi gestisce un ospedale, una struttura privata, sappia più o meno dove si va a parare quando uno deve fare investimenti e sono soldi suoi, investe del suo, devi dargli anche una certezza prospettica. Quindi fare una trattativa che abbia uno sviluppo poliennale con tutti i

vari attori, perché poi la sanità privata vuol dire l'ospedale ma vuol dire la farmaceutica, il mondo dei laboratori, tutti gli attori e ognuno evidentemente per la sua parte compete in questo tipo di sistema. E' il modo più corretto, a nostro avviso, di fare questa trattativa, perché di trattativa si tratta e naturalmente se è una trattativa devono esserci delle regole condivise, perché non puoi imporle; la cosa più sensata è quella di confrontarti e dire: fino ad adesso funziona così, nei prossimi anni stabiliamo un percorso insieme per come deve funzionare la sanità di questa o quella altra regione, dando perciò delle regole. Negli ultimi anni, queste regole sono state principalmente quella della de-ospedalizzazione, quindi di cercare di portare fuori le prestazioni dagli ospedali, perché evidentemente tutti sappiamo che la stessa prestazione costa di più in ospedale che non fuori e che meno si ricorre all'ospedale meno spesa sanitaria si ha, e quindi c'è una tendenza generale di allocare più risorse possibili verso il territorio. Non è semplice farlo, certo, ma bisogna andare in questa direzione. Quindi la trattativa che è stata fatta - io parlo della regione Veneto perché ho avuto esperienza diretta, ma in molte regioni si sta andando in questo senso perché evidentemente c'è una tendenza che deriva dall'organizzazione mondiale della sanità, non è la regione Veneto che l'ha decisa ma è la logica delle cose - dicevo, la trattativa fatta è stata quella di portare verso la de-ospedalizzazione, condividendo questo percorso perché, attore pubblico o privato, le regole valgono anche per l'attore pubblico, perché tu non puoi dire al privato tu devi de-ospedalizzare e quindi ridurre le tue prestazioni e farle in maniera diversa ed io pubblico invece faccio quello che mi pare. Devi comunque fare delle regole che siano le stesse, anche perché, e poi questo è il discorso finale, quello della concorrenza fra pubblico e privato, se le regole sono le stesse, la concorrenza funziona ed è positiva, altrimenti, se sono sfasate da una parte o sono sfasate dall'altra, il sistema non funziona. Dicevo quindi una trattativa nella quale uno dei cardini è quella della de-ospedalizzazione, l'altro è quella di dire come sanità pubblica, come sistema di programmazione regionale: cerco di dirti in anticipo quello che mi serve ovvero si va in questa direzione, queste sono le prestazioni che mi servono di più e quindi andiamo insieme a fare questo. E' essenziale la condivisione, la collaborazione che si diceva, condivisione anche dei centri di prenotazione, cioè mettere assieme veramente il sistema, in maniera tale che quando uno deve prenotare una visita, una prestazione, possa avere un canale unico che poi faccia riferimento a tutti gli attori del sistema. Visto poi che in questi giorni si parla delle polemiche delle gabbie salariali, perché non pensare a un po' di contrattazione territoriale decentrata? Cioè, siccome un' Usl può avere una carenza organizzativa o comunque, dal punto di vista del pubblico, mancarle un qualcosa rispetto ad un'altra, in un certo settore dove è più presente il privato, la singola Usl può fare un certo suo accordo, entro certi limiti, con il mondo del privato locale, comprando una serie di prestazioni perché servono in quella Usl; in un Usl a fianco può servire qualcosa di diverso e quindi dando la responsabilità al singolo direttore generale, può fare una diversa trattativa locale, ripeto con dei paletti definiti in maniera tale che non possano esserci degenerazioni e che ci sia sempre il controllo della spesa. In questo modo se il meccanismo è gestito correttamente, ripeto ed è gestito correttamente solo se il politico, l'amministratore regionale, la parte pubblica istituzionale si comporta correttamente, se questo rapporto è gestito correttamente, si crea una concorrenza, ma una concorrenza veramente positiva, tra pubblico e privato, dove tutti e due lavorano al meglio, lavorano con regole che devono essere il più paritetiche possibili, considerando ovviamente che il privato ha un margine di manovra in più rispetto al pubblico, che è più ingessato, perciò è anche vero che il pubblico in certi casi ha delle disponibilità finanziarie, anzi senza il forse, che sono diverse e quindi per questo dico che bisogna tarare le regole in maniera tale che ci possa essere veramente una concorrenza sana, che faccia sì che quando cresce il pubblico, il privato lo veda e quindi lo rincorra e viceversa. Una concorrenza positiva, quindi, vera, leale che non può non portare a degli ottimi risultati. Altri due esempi

brevissimi, e dopo chiudo, di quella che può essere nel concreto la collaborazione tra pubblico e privato. A livello di provincia di Verona, adesso c'è un tavolo aperto sulla riabilitazione. Siccome sappiamo che il mondo è molto presente all'interno della riabilitazione in sanità, abbiamo pensato a un tavolo dove tutti gli attori principali pubblici, privati e classificati si trovino e vedano di stabilire dove mettere le risorse, dove collocare le strutture, dove collocare i posti letto, perché bene o male la buona gestione di questa programmazione alla fine vuol dire non risparmiare, perché ridurre la spesa sanitaria temo sia impossibile, quantomeno però spendere meglio. Con questo tipo di programmazione si può arrivare a dei risultati positivi per tutti, perché i vantaggi sono, ripeto, razionalizzare la spesa, stabilire un percorso di cura identico per tutti i cittadini di un ambito, in questo caso di un ambito provinciale, stabilire un percorso anche di comodità, che può sembrar banale ma per il cittadino certe volte il modello Usl è piuttosto rigido e quindi se tu devi fare la riabilitazione devi andare là e magari devi fare cinquanta chilometri, invece se stabilisci un percorso più sensato, puoi arrivare ad una collaborazione pubblico-privato che magari ti consenta di modificare anche le distanze da percorrere. Questo per dire come si può collaborare anche a livello territoriale tra pubblico-privato. Un altro esempio, in questo caso ospedaliero, tra una struttura pubblica e una struttura privata: si parla di grandi tecnologie, si sta discutendo, perché sappiamo bene che anche questa è una tematica di confronto tra pubblico e privato, e quindi c'è un caso nel quale si sta ragionando su un'ipotesi del tipo: l'apparecchiatura o la prendo io pubblico o la prendi tu privato, perché quando si parla di tecnologia si parla di un bacino d'utenza di un certo tipo, quindi servono dimensioni numeriche, non si può far proliferare grandi apparecchiature, perché poi vuol dire far esplodere i costi, e quindi fare un accordo pubblico privato dicendo, bene io la prendo, però tre giorni è mia due giorni è tua o viceversa la prendi tu e tre giorni è tua, due giorni è mia, ma in maniera corretta, con un percorso di questo tipo si può arrivare alla programmazione delle grandi strutture in maniera tale che ci sia, ripeto, una competizione leale. Ma alla fine il vantaggio complessivo qual è? Quello di ridurre il costo di sistema e soprattutto di essere certi che il cittadino si trovi di fronte al miglior sistema possibile, che non sarà l'ottimo ma il miglior sistema possibile. Scusate sono stato un po' lungo.

MARCO BREGNI:

Grazie, mi è sembrato molto utile soprattutto questi ultimi esempi che ci hanno fatto capire come effettivamente pubblico e privato possano operare in modo proficuo. Dottoressa Panfilo, la Pfizer è probabilmente la più grossa industria farmaceutica mondiale, e come tale ha delle attività molto complesse, non solo profit ma anche non profit, ci racconti qualcosa della sua esperienza a proposito della cooperazione tra pubblico e privato.

MARINA PANFILO:

Innanzitutto ringrazio il Meeting per avermi invitato nuovamente ad essere presente e credo che io personalmente posso testimoniare la verità del logo del Meeting di questo anno 'La conoscenza è sempre un avvenimento'. Infatti conoscere il Meeting di Rimini, è una esperienza da vivere comunque uno la pensi, è veramente una esperienza che arricchisce per i contenuti e per il popolo del Meeting. Rispetto a quanto è stato detto precedentemente dai relatori, la partecipazione di Pfizer in una collaborazione pubblico-privato è diversa rispetto ai concetti espressi fino ad ora, dove il pubblico e il privato sono entrambi produttori delle stesse prestazioni e quindi si parla del pubblico e del privato come erogatori di servizi sanitari in un mercato, chiamiamolo così, anche se è sempre delicato parlare della sanità come mercato. Nell'ambito nostro il farmaco ha un iter molto lungo di ricerca e sviluppo, in cui la collaborazione tra pubblico privato entra in campo, iter in cui si studiano i farmaci nella ricerca clinica e quindi già lì comincia la ricerca congiunta. Abbiamo esempi anche di cooperazione sulla ricerca di fase precoce dei farmaci, anche

proprio in Lombardia, ma non è soltanto nell'ambito della ricerca. Oggi Pfizer sta studiando i farmaci che saranno a disposizione tra dieci, quindici anni, quindi l'avvenimento della scoperta scientifica è un qualche cosa che necessita di un'impresa sana, necessita di investire ingenti capitali nella ricerca, perché si possa a continuare ad avere farmaci sempre più innovativi nel futuro. Se oggi la vita media è aumentata, se oggi l'aspettativa di vita è aumentata, se oggi si convive con patologie croniche per tanti anni, questo è un problema per gli amministrativi pubblici, è colpa anche nostra, è colpa del fatto, chiamiamola colpa, che oggi è consentito vivere più a lungo con trattamenti farmacologici che consentono di mantenere la propria malattia sotto controllo. E quindi è fondamentale investire nella ricerca, e un'impresa sana può continuare a investire in ricerca. Se questo vuol dire profitto etico non sta a me dirlo, ma io credo che dovremmo cominciare a togliere un po' di luoghi comuni tra profit e non profit, tra ciò che etico e non etico. L'etica è una cosa molto seria. Io vorrei leggere questo pezzetto, poi vi dico da dove l'ho preso, perché corrisponde esattamente ad un concetto economico. "Considerando le tematiche relative al rapporto tra impresa ed etica, nonché l'evoluzione che il sistema produttivo sta compiendo, sembra che la distinzione finora invalsa tra imprese finalizzate al profitto, profit, e organizzazioni non finalizzate al profitto, non profit, non sia più in grado di dare conto completo della realtà né di orientare efficacemente il futuro. In questi ultimi decenni è stata emergente un'ampia area intermedia tra le due tipologie di imprese. Essa è costituita da imprese tradizionali che sottoscrivono dei patti di aiuto a paesi arretrati, da fondazioni che sono espressioni di singole imprese, da gruppi di imprese aventi scopi di utilità sociale, dal variegato mondo dei soggetti della cosiddetta economia civile di comunione". Ecco questo brano che io ho letto viene da *Caritas in Veritate* e credo che esprima molto chiaramente ciò che oggi le imprese che si occupano di salute stanno diventando. Pfizer ha deciso, cinque sei anni fa, di collaborare con il pubblico non soltanto nell'area propria della ricerca farmacologica, ma di collaborare con il pubblico mettendo a disposizione risorse economiche e conoscenze per innovare nei processi sanitari. Questo è stato faticosissimo come processo d'avvio, lo posso dire in prima persona, lo posso dire al dottor Lucchina perché lo abbiamo realizzato in Lombardia. Innanzitutto ci siamo dovuti confrontare con il quadro normativo, ci siamo dovuti confrontare con un minimo di diffidenza. A dei colleghi amici della regione Emilia Romagna ad un certo punto ho detto: guardate che il privato, il privato regolamentato, il privato che si pone degli obiettivi comuni con il pubblico e li riconosce insieme, il privato non è fattore inquinante, è un fattore di crescita, è un fattore di innovazione quando il privato è etico, ma non mi piace usare questa parola, perché si attribuisce a questa parola un significato un po' diverso. Mi sono divertita a vedere degli articoli usciti sulla stampa nel 2008, quanti articoli parlavano di sanità in termini di spesa, in termini di scandali e quanti in termini di informazioni utili al cittadino per discriminare e capire come orientarsi in sanità. Beh, voi non ci crederete ma i primi due spesa e scandali hanno rappresentato quasi la metà degli articoli usciti sulla stampa l'anno scorso. Non è informazione che serve al cittadino, perché alla fine è disorientato, non è informazione parlare sempre di quanto costano i farmaci, i farmaci rappresentano circa poco più del 15% della spesa sanitaria e questo per legge, perché c'è un tetto; se si supera questa soglia le imprese devono restituire i soldi, questo il cittadino non lo sa. Sono informazioni di addetti ai lavori, forse noi stessi non ne parliamo. Però a proposito di cittadino, la sfida che abbiamo voluto lanciare, è nata negli Stati Uniti con un accordo fatto con Medicaid, Medicaid è il servizio sanitario pubblico per i pazienti indigenti negli Stati Uniti e oggi si parla tanto della riforma sanitaria negli Stati Uniti. Un accordo è stato fatto con Medicaid e lo Stato della Florida, tra l'altro ho visto che Bush era ospite del Meeting, tra Pfizer e il governatore della Florida è stato fatto un accordo per dire lavoriamo insieme, noi vi mettiamo a disposizione il nostro know-out di persone, di ricercatori di medici, che hanno implementato quello che, nella stampa specializzata si chiama

chronicle mode, che vuol dire il modello di cura per le patologie croniche con degli approcci innovativi. L'approccio innovativo è quello di inserire un *care manager*, un infermiere professionale, che ha una capacità di motivare il cittadino e di farlo essere veramente al centro del sistema. Io sono un po' stanca di dibattiti pubblici, di parlare sempre di riconoscere la centralità del paziente, di mettere il paziente al centro del sistema. Ci riempiamo la bocca a dire queste cose, lo dico anche io, per prima faccio mea culpa, ma in realtà perché il paziente sia effettivamente al centro del sistema deve essere un paziente che conosce, la conoscenza è sempre un avvenimento, deve conoscere, deve essere un paziente responsabile, perché ha dei diritti ma anche dei doveri e deve conoscere la sua malattia. Questo necessita tempo, necessita dialogo, necessita ascolto e non è facile nei tempi con i quali l'efficienza del sistema sanitario deve operare. Ogni giorno credo che i medici, gli infermieri negli ospedali abbiano consapevolezza di quanto non ci sia il tempo per l'ascolto, né il tempo per l'educazione del paziente. Noi abbiamo appena varato, come Italia, il nostro libro bianco, il ministro Sacconi ieri ne ha parlato; nel gennaio del 2006 uscì il libro bianco inglese, dove l'intento era di promuovere una riforma per diminuire il ricorso all'ospedale e migliorare i servizi territoriali, credo che in questo condividiamo appieno, in tutte le nazioni europee, questa necessità. E in questo documento si dice tra l'altro che ci deve essere da parte dei cittadini, che bisogna consentire ai cittadini un maggiore controllo della loro salute e delle loro cure. E ci sono evidenze che la cura è meno efficace se i pazienti non sono in grado di aver quelle conoscenze per controllare il loro stato di salute, quindi non averne il controllo. Noi abbiamo concluso una esperienza di partnership con la regione Puglia, e abbiamo in corso un rapporto con altre regioni su questo tema, e quello che è emerso sono dei risultati che sono stati superiori alle aspettative di quello che era l'obiettivo della ricerca, cioè rendere consapevole e responsabile un paziente nel percorso di cura, significa ottenere migliori risultati di salute e ottenere dei risultati economici, un minor ricorso ai servizi sanitari inutili, alle duplicazioni, controllandone il percorso, perché ciascuno di noi ha sperimentato su di sé o su persone vicine, che il percorso di una malattia o di un ricorso al servizio sanitario è sempre irto di difficoltà. In alcune regione meno, in altre regioni di più, parlo di una regione dove è abbastanza difficoltoso questo, nelle grandi città ancora di più. Credo che la cosa che abbiamo sviluppato con medici di medicina generale, specialisti, infermieri, lavorando insieme al paziente che condivide, come se sottoscrivesse un contratto per il suo piano di cura, ci abbia portato a ottenere insieme molto di più che se avessimo agito singolarmente. E qui ritorna il discorso della comunità. Ma è stato difficile, mentre con la regione Lombardia, non perché il dottor Lucchina è qui, è stato più facile, in quanto comunque aveva un quadro normativo definito per valorizzare anche il contributo nella ricerca applicata, nella ricerca sanitaria, non solo nella ricerca clinica, il contributo del privato. E il fatto ha contribuito ad aver costruito una grandissima banca dati, la chiamo così per semplificare, in realtà è l'insieme di dati provenienti da varie banche dati che consente di fare una programmazione sanitaria migliore. Molti dei problemi che oggi viviamo nella sanità dipendono dal fatto che non abbiamo avuto la possibilità di conoscere con certezza il trend epidemiologico e il trend dei bisogni sanitari dieci anni fa, quando bisognava programmare la sanità di oggi, e oggi ci deve essere quella attenzione, in chi fa politica sanitaria, a programmare non per il prossimo trimestre o il prossimo anno, ma almeno per i prossimi dieci anni. Questo è un dovere di chi fa politica sanitaria, di chi amministra, è un dovere perché oggi siamo tutti nelle condizioni di poter predisporre un sistema sanitario migliore, che è già molto buono nel nostro paese, non ci flagelliamo, perché se andiamo altrove vediamo che ci sono problemi più grossi. Ma noi oggi siamo nelle condizioni di prenderci le responsabilità per fare oggi quelle cose che servono per la sanità tra dieci anni. E' un coraggio che è necessario, io credo che forse in un momento in cui l'attenzione ai costi e la crisi economica ci ha dato un po' uno scossone a tutti, forse

oggi siamo in grado tutti di prenderci le nostre responsabilità. E le responsabilità sono responsabilità singole, per ognuno di noi in quello che fa e collettive per poter condividere in una comunità quelle che sono delle prospettive di innovazione in un settore che non solo è un settore cruciale, perché riguarda il diritto alla salute dei cittadini, ma è un settore cruciale perché ha un valore economico. Avere una buona sanità e questo vorrei che lo capissero tutti, e non soltanto chi lavora in questo campo, è uno dei valori economici più importanti di un paese.

MARCO BREGNI:

Dott. Lucchina, la Lombardia è sempre stato un laboratorio dal punto di vista della collaborazione tra pubblico e privato, vorremmo ci raccontasse brevemente l'esperienza della regione Lombardia.

CARLO LUCCHINA:

Sì, buongiorno a tutti. Non sto a ripetere parte degli interventi che mi hanno preceduto ma mi interessa mettere in fila qualche passaggio prima di affrontare l'argomento. Quando parliamo di collaborazione pubblico e privato dividiamo i livelli. C'è una collaborazione di sistema nel senso che ogni sistema regionale italiano divide, come ricordava Flavio Tosi, la presenza del privato rispetto al pubblico ecc. C'è però un momento dove un privato e un pubblico possono valutare l'opportunità, la convenienza di mettersi assieme, di collaborare per rispondere meglio possibile a un bisogno sanitario e questo è l'argomento che sarà al centro del mio intervento. Il che significa che noi allora possiamo valutare la collaborazione pubblico/privato con gli ospedali, lo ricordava prima marina Panfilo, con le sperimentazioni farmaceutiche ma soprattutto apriamo per favore gli occhi e le menti che nella programmazione prossima, molto prossima e futura, ci sarà l'assistenza territoriale. Al centro di questa ipotesi di valutazione di interesse a collaborare sta il 'post acuto', perché ormai nei nostri ospedali noi dimettiamo le persone non perché sono guarite ma semplicemente perché non è più necessario curarle in ospedale, cosa molto diversa dal dire che sono guarite, e quindi ci si apre uno scenario di assistenza nei giorni successivi all'acuto sulle persone anziane, sulle persone sole che è fondamentale e sull'assistenza territoriale in generale. Io ho qua un amico presente che adesso fa finta di nascondersi, ma l'ho visto benissimo, con il quale sto discutendo da tempo che nel servizio sanitario nazionale il problema dell'assistenza territoriale va disciplinato come la prestazione paracusie, nel limite del possibile con DRC, così una volta per tutte statuiamo qual è il problema dell'assistenza di questa patologia e abbiamo il punto di riferimento ben preciso. Io qui però vado un passo più avanti dell'intervento di Fabio Tosi, perché in un modello come quello che stiamo vivendo, il problema dell'uso esclusivo delle risorse disponibili rischia di diventare prioritario a svantaggio delle qualità delle prestazioni. Secondo me dobbiamo passare oltre al concetto di concorrenzialità per arrivare a fare le nostre valutazioni sul concetto di competitività. Obama, secondo me, è in questa situazione, perché se è vero come dicono i giornali che 46 milioni di cittadini americani sono scoperti dal punto di vista sanitario, andate a leggere in internet che 80% di questi sono cittadini vitali, che lavorano, magari singoli imprenditori che hanno scelto che per loro in quel momento, siccome stanno bene, non è conveniente assicurarsi. Il problema del sistema americano è che è certamente concorrenziale ai valori costi: ti capita che tu che abiti a Miami vai a farti la coliciste a Houston, è quindi certamente concorrenziale ai valori costi, ma non è più competitivo. Perché non è competitivo? Perché all'interno di una valutazione di economicità delle prestazioni ha perso di vista la qualità. La competitività sta a significare, secondo me, che in una situazione storica, quale noi stiamo vivendo, di risorse finanziarie definite, la libertà di scelta il cittadino la deve fare sulla competitività delle strutture, delle quali lui ritiene di aver bisogno in termini di qualità. E quindi la

collaborazione pubblico/privato ha, a mio parere, il senso principale sotto questo punto di vista e sia chiaro che se collaborazione pubblico/privato ci deve essere, nessuna delle parti deve pensare di fare l'affare. E qui siccome la Marina Panfilo mi dice regolarmente che ogni volta che le do la strigliatina.... pronti. Perché è fondamentale una tensione in sanità anche per il profit a una valutazione di profitto etico, che non vuol dire non fare profitto, perché è evidente che contrasta con l'impresa, con il concetto di impresa: l'impresa nasce ed è garantita dal codice civile perché tende al profitto, un'impresa che non tende al profitto è pericolosissima prima di tutto per la società. Ma non può essere un profitto che non tenga conto di che tipo di servizio stiamo facendo, quindi un profitto che deve essere per forza rapportato alla competitività. Anche perché noi stiamo vivendo, anzi stiamo sopportando delle situazioni dove a livello mondiale per anni si è detto che i manager più bravi che prendevano decine di milioni o centinaia di milioni di dollari erano quelli che contribuivano ad alzare il valore delle azioni delle loro società e regolarmente il profitto, poi abbiamo visto in che modo l'hanno fatto e molti di questi che fine hanno fatto. Ora se questa fine qui la facevano solo loro, potevamo anche dire siccome siamo bravi cattolici cristiani, poverini, visto che però ci hanno ributtato addosso un sacco di roba, di cui non dico il termine appropriato, anche a noi la questione cambia un momentino di più. Allora il problema dell'eticità del profitto in questo tipo di collaborazioni va fatto tenendo conto della competitività delle prestazioni cioè della qualità delle prestazioni: stiamo rischiando di perdere il senso delle qualità delle prestazioni, che vuol dire certamente l'appropriatezza, ma vuol dire anche il fatto che se devo fare una prestazione come Dio comanda, ci vogliono quelle risorse in termini di capitale umano e di risorse finanziarie di beni e di servizi necessarie per farlo. Quindi l'equilibrio certamente è difficile da raggiungere e il pubblico e il privato quando si mettono assieme devono essere coscienti che condividono il rischio. Cioè non è che io mi metto assieme e collaboro e poi il rischio è tuo, se non va bene qualcosa interviene l'azienda, interviene la regione e poi invece se va bene tutto siamo qui pronti a raccogliere i frutti. È stato citato da parte della dott.ssa Panfilo il problema dell'appropriatezza, del coinvolgimento delle persone e concludo sotto questo punto di vista. Noi abbiamo il problema non più di curare le persone, noi lo stiamo già provando in Lombardia, ma di prendersi cura delle persone. È una cosa molto ma molto più complicata, che consiste nel fatto che il medico non è che finisce di prescrivere al paziente un farmaco contro il diabete, quello ne prende una pastiglia al giorno e si rivedono tra quindici giorni per capire se ne basta una, una e mezza, due, tre, ma deve cercare di guardarlo in faccia e chiedergli: "vuoi avere una qualità di vita come tu pretendi di avere sì o no?", se sì, la costruiamo assieme, perché non è che posso essere io medico a costruirti la tua qualità di vita. Questo esperimento noi in Lombardia l'abbiamo iniziato all'inizio di quest'anno, è la cosiddetta 'dote sanitaria'. Fondamentalmente è il concetto che ha detto la dott.ssa Panfilo, non mi sto a ripetere, vuol dire che ogni medico prende il suo assistito e si mette assieme e fanno questo percorso insieme. Nessuno dei due è autorizzato a fermarsi a bere il caffè senza che l'altro lo sappia o a fare la pipì: tutti vanno assieme. I risultati cominciano ad esserci ma sono risultati in termini di qualità, la dote sanitaria checché se ne dica non nasce solo per risparmiare sui farmaci, per l'amor di Dio cosa assolutamente strategica, ma nasce per dire alle persone che se sei un diabetico, sei un iperteso non è che puoi prenderti i farmaci per due mesi e basta, non è che possiamo fare anche in Lombardia per esempio l'intervento che la Lombardia sta facendo in Uganda da tre anni sugli ammalati di tubercolosi ugandesi che paga il vicino di stanza, di tugurio, di tenda, di quel che volete, perché ogni giorno vada a dare il farmaco al malato di tubercolosi; così guariscono anche in Uganda, perché se il farmaco lo prendono solo per un mese e mezzo e non per sei, non guariscono più. Allora questo è un problema che sicuramente va al di là e quindi mi fermo perché altrimenti esco dal seminato, ma è un problema su cui uno stimolo di collaborazione apre un ragionamento a 360°, dove ogni

contributo è bene accetto e ben visto perché insieme al contributo si deve avere il coraggio di un confronto paritario ma senza nascondere niente e nulla su quelle che erano le previsioni, gli obiettivi d'ingresso e quelli che sono i risultati finali. Grazie.

MARCO BREGNI:

Mi permetto di sintetizzare velocissimamente alcuni punti che sono emersi fino a ora dalla discussione. È stato detto che efficienza ed efficacia non sono mutualmente esclusivi, che regole uguali per pubblico e privato sono la base per poter costituire una alleanza e una collaborazione proficua, che non ha più molto senso parlare di profit e non-profit perché non corrispondono più alle categorie standard di etico e non etico, perché queste ormai sono superate dalla realtà dei fatti, che un soggetto consapevole e responsabile ha maggior profitto delle cure e infine - questo secondo me è estremamente importante - che pubblico e privato si possono mettere insieme per rispondere a un bisogno: è venuta fuori la parola bisogno che è decisamente la sorgente da cui partono le nostre iniziative in termini di salute. Io adesso chiederei - ma veramente non più di due minuti a testa - di tutto questo lavoro che pubblico e privato fanno insieme, quindi relativo alla qualità delle prestazioni, come si può controllare, quindi qual è la modalità migliore per controllare la qualità delle prestazioni? Quindi io rifarei un velocissimo giro, ma veramente non più di due minuti a testa per rispondere a questa domanda. Bruno.

BRUNO BIAGI:

Bene. Infatti io sarò telegrafico per quanto è possibile. Io ritengo che l'aspetto dei controlli sia uno dei punti essenziali, anche perché è fondamentale per, in qualche maniera, riassicurare il cittadino che il sistema è capace di autoregolarsi e di controllarsi. I controlli devono essere rigorosi e devono essere sostanziali e non formali oppure legati ad aspetti che non hanno un'influenza reale sui risultati. A mio parere questi controlli oggi dovrebbero essere effettuati sia per quanto riguarda i requisiti di accreditamento sia per le autorizzazioni che riguardano non solo gli aspetti di adeguatezza dei requisiti ma anche aspetti organizzativi e aspetti gestionali -controlli eventualmente da effettuarsi da parte di un organismo terzo. Organismo terzo che a mio parere deve essere assolutamente pubblico, perché rappresentante di interessi generali, il controllo del sistema sanità è infatti uno dei punti centrali. Però dovrebbe essere assolutamente slegato dalla politica, il che vuol dire che la politica deve, a mio parere, tornare a fare il proprio mestiere, che è quello, fondamentalmente, di definire le scelte di fondo, definire gli obiettivi, però poi non può, all'interno di quello che io ritengo un improprio intreccio di ruoli tra legislatore, finanziatore, committente, produttore, controllore di se stesso, effettuare dei controlli che siano puntuali e precisi. Mi riferisco tendenzialmente come esempi concreti alle grandi agenzie del mondo anglosassone ma anche - molto più vicino a noi - per esempio del sistema francese. Eventualmente si potrebbe anche pensare di istituire praticamente un albo di codificatori, come appunto esiste in Francia, che in qualche maniera definisca con esattezza. Questo non è per non avere fiducia, ma semplicemente per avere maggiore omogeneità sul territorio nazionale. Ci sono regioni tipo la Lombardia dove costantemente c'è, anche la regione Emilia Romagna, per esempio, produce tutti gli anni un libro in cui definisce tutte le codifiche. In altre regioni, siccome noi lavoriamo da molte parti, io ho visto spesso delle codifiche che definirle di fantasia è essere ottimisti. Quindi bisognerebbe creare una specie di albo nazionale, che in qualche maniera, come esiste in Francia, omogeneizzi il sistema di codifica, a mio parere potrebbe evitare anche tutta una serie di sfiducie nei confronti dei cittadini e nei confronti del sistema.

MARCO BREGNI:

Grazie. Flavio.

FLAVIO TOSI:

Allora, cercando di fare sintesi. Beh, ovviamente, per quanto riguarda i controlli, ci sono vari attori che contribuiscono ai controlli: ce ne sono alcuni esterni, diciamo, al mondo della sanità, come può essere la Corte dei Conti, come può essere anche la Procura della Repubblica, in base a quelli che sono gli episodi, e poi ci sono i controlli invece fatti appunto dal sistema sanitario al suo interno. Ovviamente il controllo deve riguardare il pubblico e il privato, non può essere solo da una parte e non può, diciamo, avere uno strabismo, deve riguardare identicamente entrambi, anche se poi è chiaro che le modalità e le motivazioni del controllo possono essere diverse, perché una struttura pubblica non è che fa troppe prestazioni per averne un profitto, le fa magari perché sbaglia, è male organizzata, mentre invece in un privato può succedere qualcosa di diverso, quindi, dicevo, le motivazioni possono essere diverse, però comunque devi controllare sia il pubblico e il privato, per una questione di controllo della spesa, per una questione di processi corretti, per un vantaggio al cittadino. Questo tipo di controllo, se funziona bene, è una garanzia per il cittadino, che a qualsiasi struttura si rivolga, pubblica o privata che sia, può esser certo che il sistema gli dà la risposta più corretta. Un corretto meccanismo di controllo, fra l'altro, alla fine poi aumenta la qualità. Se tu - parliamo ad esempio della qualità delle prestazioni, che si può misurare su vari parametri come gli esiti, un esempio banale può essere la mortalità, rispetto a tutta una serie di patologie, di problematiche - hai delle statistiche precise su questo, hai dei dati, realtà per realtà, struttura per struttura, USL per USL, puoi andare a verificare dove c'è qualcosa che non va. E quindi puoi andare ad affinare dei percorsi, perché sapendo che c'è un problema, un problema che può essere le complicazioni, oppure le infezioni ospedaliere, faccio degli esempi concreti per capirci, se tu fai delle verifiche puntuali su questo perché hai dei buoni parametri di riferimento, puoi anche costruire poi dei sistemi di controllo che alla fine ti fanno funzionare meglio un sistema, perché un buon sistema di controllo fa in modo anche che il sistema si migliori, e poi appunto ci sia il feed back di quello che è l'attività e il risultato del controllo stesso. Il privato, parlando appunto del rapporto pubblico - privato, il privato corretto, il privato virtuoso non teme i controlli. E' ovvio che poi si discute, perché quando l'operatore e il controllo ti contestano qualche dato, è chiaro che poi ci si confronta dicendo: guarda, io ti contesto questo; il privato può interloquire dicendo: guarda che in realtà non è così; poi alla fine se c'è correttezza da entrambe le parti, che è l'elemento fondamentale quando si fanno i controlli, l'elemento fondamentale è la correttezza, l'onestà da entrambe le parti, ci si confronta ma si arriva a un risultato positivo. Quindi, chi è un bravo operatore, pubblico o privato che sia, il controllo non lo teme. Le modalità di controllo, dicevo, sono molte, si possono basare su parametri, su analisi a campione, rispetto alle schede anziché alle singole prestazioni, su dati complessivi, su segnalazione. Può arrivarti una segnalazione di una struttura, di un cittadino, di qualcuno che ti vuol segnalare qualcosa e vai a fare il controllo. E qui ogni Regione poi ha la possibilità di organizzare e gestire i meccanismi di controllo, tenendoli per se stessa, delegandoli, magari in parte, alle singole USL, perché poi evidentemente il controllo lo fa ovviamente il pubblico, come si diceva, perché non può farlo nessun altro. Poi magari il privato lo fa al suo interno, per se stesso, per fini suoi, però il controllo, quello diciamo istituzionale, lo fanno le parti pubbliche. Una cosa penso, che è una considerazione e chiudo con questa: nel momento in cui si fanno i controlli, siccome molto spesso nel nostro paese, come ha detto prima la dottoressa Panfilo, quando si parla di malasanità, articoli ce ne sono molti, bisogna avere grande prudenza, perché molto spesso i grandi casi che sono balzati agli onori della cronaca, di strutture private o di singoli casi clinici e che sono stati dipinti come casi di malasanità, alla fine si sono rivelati privi di consistenza. Mi ricordo una indagine, fra l'altro recente, perché purtroppo sappiamo che le indagini nel nostro paese sono lunghissime, troppo, che

riguardava una infinità di medici di base, in questo caso poi alla fine si è scoperto che era una bufala colossale, però a finire sul giornale e finirci male ci si mette un attimo. E quindi veramente grande attenzione anche in questo, perché è importante che i meccanismi di controllo ci siano, guai se non ci sono. Ripeto, la componente fondamentale evidentemente è l'onestà del controllore, e per controllore mi ci metto anch'io, nel senso che il controllore non è solo chi fa materialmente il controllo, ma chi decide il sistema di controllo, chi ha la responsabilità superiore, quindi il programmatore regionale anziché comunale, la parte pubblica che ha comunque un potere decisionale sulla materia del controllo. Quindi prima di tutto la responsabilità, ripeto, ricade sul pubblico, però bisogna sempre essere molto prudenti, molto attenti, perché a dipingere come un caso scorretto di malasania quello che poi magari non lo è, a fare il danno ci si mette un attimo, mentre a ristabilire la verità, che poi non viene mai dipinta, enfatizzata quanto bisognerebbe, è molto più difficile. Ve lo dico perché diventando assessore e quindi avendo questo tipo di responsabilità, ti rendi conto che hai ancora una più grande responsabilità anche in questo senso, a dipingere le cose esattamente come stanno, perché appunto se si sbaglia, si rischia veramente di fare anche dei grandi danni. Grazie.

MARCO BREGNI:

Grazie. Dottoressa Panfilo.

MARINA PANFILO:

Allora. Io vorrei distinguere due aspetti dei controlli: uno è il controllo di qualità, uno è la misurazione dei risultati. E sono due cose completamente diverse, dove il controllo di qualità, nel caso di una impresa come la nostra, quindi che fa ricerche e sviluppo di farmaci, è intrinseco nel DNA, direi, sia nella fase di ricerca che nella fase di produzione, è fondamentale, anzi, c'è un'attenzione veramente spasmodica al controllo. L'altro problema, invece, è il discorso della misurazione dei risultati, per questo dicevo che si parla tanto della spesa, si parla tanto della spesa come quantità, ma non come qualità. Anche diminuendo la spesa, e quindi producendo risparmi, va misurato assolutamente l'utilizzo di quei danari pubblici che vengono utilizzati per la sanità, però questo aspetto, essendo molto difficoltoso, necessita, secondo me, di un vero e proprio patto per portare a sistema la valutazione dell'appropriatezza e dei risultati, vuoi che si valuti l'appropriatezza di una prestazione, come diceva prima il dott. Tosi, vuoi che si valuti anche il modello organizzativo che viene implementato o un modello innovativo che viene inserito in un processo di cura. Questo approccio sistematico alla misurazione non c'è ancora, a mio parere, appieno nei nostri sistemi, per due ordini di motivi: primo perché necessita di una infrastruttura anche tecnologica che consente di misurare, ecco perché la Lombardia si trova forse privilegiata in questo momento, insieme al Friuli Venezia Giulia, che hanno anche dati che sono in grado, con serie storiche pulite, come si dice, dati molto robusti per gli ultimi 10 anni e questo consente effettivamente di andare a misurare; dall'altro ci vuole un approccio scientifico alla misurazione, ente terzo o non ente terzo, l'importante è che il metodo che si applica nella misurazione dei risultati sia un metodo scientifico, quello tradizionale. Io presuppongo che rinnovare il sistema così migliori la prestazione e anche la sua sostenibilità economica, però poi lo devo dimostrare che effettivamente questo è avvenuto. E una volta che si è dimostrato che un determinato trattamento, un determinato modello organizzativo, un determinato processo di cura è un'innovazione, migliora, non lasciamolo una sperimentazione, come spesso succede, tipicamente in Italia, ma portiamolo a sistema. Questa è una cosa importante, perché se noi scopriamo che qualcosa funziona in una regione, funziona a Verona, o funziona a Milano, beh, facciamo sì che altri traggano beneficio attraverso quel circolo virtuoso del benchmark, che è quello di andare a vedere prima di riprovare da capo, di avere questa rete di collegamento tra le

regioni, perché oggi, in una realtà come la nostra, non si può ricominciare da capo a rivalutare in ogni regione, dobbiamo pensare che quello che si valuta da una parte si è reso disponibile anche nelle altre regioni, purché il metodo - ripeto - sia corretto. Allora se noi applichiamo un rigore nel metodo, tutti troveremo che la valutazione fatta al Niguarda piuttosto che al Policlinico di Roma o all'Azienda Ospedaliera di Verona sono ugualmente fruibili, perché usano lo stesso metodo. Ecco, io auspico che questo avvenga, perché se non troviamo questo importante ostacolo di dover avere a che fare non solo con tariffe regionali diverse, ma con sistemi di valutazione diversi in ogni singola regione, e questo io credo che debba essere superato in un accordo tra le regioni, i soggetti della sanità e il governo centrale.

MARCO BREGNI:

Grazie. Lucchina.

CARLO LUCCHINA:

Io credo che il mondo sanitario debba perfezionare la coscienza, che sta già crescendo, che prima di tutto è al proprio interno che deve effettuare, deve svolgere questa attività di controllo, di verifica delle prestazioni che fa, non solo in termini clinici, ma in termini complessivi anche nel contesto delle regole che dettano l'attività sanitaria, esattamente come succede con tutte le altre attività in questo momento, perché non è bello, secondo me, ammettere e accettare che ci sia un ente terzo che ti controlla, sembreremmo persone incapaci di intendere e di volere, che hanno bisogno di un tutore. Prima di tutto perché io sono contrario a un organismo centrale, perché altrimenti prendiamo il titolo quinto della Costituzione e lo facciamo diventare titolo quarto o terzo, cambiamo il titolo e torniamo come eravamo prima, quindi competenza sanitaria allo Stato e abbiamo risolto. Perché questo tipo di attività è prima di tutto un problema di cultura, anche se non è vero che in questo momento siamo già sul livello di concentrarci sulla appropriatezza clinica di ogni prestazione, perché in regione Lombardia siamo stati costretti ad adottare degli atti che riconoscono il pagamento della prestazione se la cartella clinica è compilata come si deve e ogni medico sa che l'80% dei contenziosi persi hanno a che fare con la non corretta compilazione della cartella clinica. Siamo sadomasochisti. Capite? Però la cartella clinica è la cartella clinica, lo sai quanto me, è inutile che brontoli se ti dico che devi spiegare alla persona il consenso informato, cosa gli scrivi, perché questa è la tutela prima di tutto della tua pelle professionale. L'atto clinico non è determinato dall'ampiezza della cartella clinica, ma la cartella clinica è un elemento fondamentale di completamento dell'atto clinico. Se non la fai, vai dal magistrato e glielo dici, se hai ragione abbiamo risolto il problema, se ti condanna sono problemi tuoi. Perché allora ha ragione Tosi quando dice che poi la condanna va sui giornali, quelli che leggono dicono: eccolo il solito. Sul problema clinico: perché ci deve essere una cultura dell'appropriatezza? Perché qui qualcuno mi spieghi, mettetevi per un attimo sul sistema sanitario lombardo, che ogni anno sforna 1.940.000 SDO, cartelle di dimissioni, che battaglione di iperspecialisti debba esserci per controllare 1.940.000 cartelle? Lo specialista in cardiocirurgia, neurochirurgia, urologia, ostetricia, ginecologia, pediatria, chi più ne ha più ne metta, perché ogni prestazione evidentemente va controllata nel suo aspetto clinico stretto. E chi lo fa? Lo specialista in igiene, bravissimo, che tiene una situazione, come dire, di presidio?

Ma se dobbiamo fare una cosa simile, spendiamo più soldi a controllare quello che facciamo invece che spendere i soldi a doverlo fare? Ma anche a campione è evidente. Noi stiamo facendo alcune *peer review*, in regione Lombardia, ma metti lì sei o sette iperspecialisti di una disciplina specialistica, dove devi metterli d'accordo per i loro tempi e i loro impegni, per una valutazione di una cartella anonima, come si usa per la *peer review*, per esser chiari, con tutto un insieme di considerazioni, che non può trovare

soluzioni a un senso di controllo di sistema. La soluzione a un senso di controllo, come dimostrano Parmalat, Cirio e gli ultimi scandali americani, non può essere nell'ente terzo, perché altrimenti quegli scandali non sarebbero mai successi, sta prima di tutto nella cultura di ogni operatore sanitario. E' su questo aspetto noi faremo il 5% delle cartelle, il 6%, le prestazioni specialistiche, le prestazioni farmaceutiche, della farmaceutica territoriale, non è che siano solo i ricoveri il problema, il tipo di qualità di prestazione di appropriatezza dell'assistenza domiciliare, le facciamo certamente a campione, ma il risultato in termini di quello che diceva Flavio Tosi prima, cioè di presentazione all'esterno della serietà e della qualità del sistema, lo dobbiamo fare prima di tutto noi. Grazie.

MARCO BREGNI:

Grazie. Mi spiace che non ci sia tempo per un dibattito, che sarebbe veramente opportuno e utile a questo punto. Mi permetto di dire solo due cose a conclusione: pubblico e privato sono dei soggetti e in quanto tali rispondono a un bisogno, e da come il soggetto guarda il bisogno si capisce la portata e l'adeguatezza della risposta, e si mettono assieme in un percorso che è inevitabilmente un percorso di conoscenza, per questo si capisce che è vera conoscenza se cambia, e la conoscenza vera è sempre un avvenimento, quindi su questo possiamo valutare l'adeguatezza della risposta al bisogno del cittadino. Grazie.