

VENEZIA - 31 MAGGIO 2014

50^a Assemblea Generale Aiop



CONVEGNO

Valutazione esiti in sanità: criticità e prospettive



11° CONVEGNO NAZIONALE AIOP GIOVANI

Scenari futuri sui consumi privati in sanità



WORKSHOP

La fiscalità delle aziende sanitarie private
e i controlli a tutela della spesa pubblica



LECTIO MAGISTRALIS

L'intervento di Massimo Cacciari alla 50^a Assemblea Aiop



IL FOGLIO DEI SOCIAIOP

SUPPLEMENTO AL NUMERO 10
OTTOBRE 2014

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:
Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:
Fabiana Rinaldi

Redazione:
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia,
Alberta Sciacchi, Andrea Albanese

Segreteria operativa:
Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 533 del 23/12/2003

Editore: SEOP srl - via di Novella, 18, Roma

Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67

tel. 063215653 - fax. 063215703

Internet: www.aiop.it **e-mail:** frinaldi@aiop.it

Stampa: Grafica Di Marcotullio - Roma

chiuso in redazione il 25 settembre 2014



FOTO CORNINA/ISTOCKPHOTO.COM



11° CONVEGNO NAZIONALE AIOP GIOVANI Scenari futuri sui consumi privati in sanità

PAG.

1

PAG.

6 CONVEGNO Valutazione esiti in sanità: criticità e prospettive



PAG.

32 WORKSHOP La fiscalità delle aziende sanitarie private e i controlli a tutela della spesa pubblica



PAG.

45



VENEZIA - 31 MAGGIO 2014

50ª Assemblée Generale Aiop



LECTIO MAGISTRALIS

L'intervento di Massimo Cacciari alla 50ª Assemblée Aiop

PAG.

71

11° CONVEGNO NAZIONALE AIOP GIOVANI

Scenari futuri sui consumi privati in sanità



di Fabiana Rinaldi

Ha aperto l'11° Convegno nazionale Aiop Giovani il Presidente nazionale dell'Aiop, Gabriele Pelissero, sottolineando come il tema affrontato, sia non sempre vicinissimo all'attenzione degli imprenditori. "Credo però che al termine dei lavori, riusciremo a convenire insieme che anche i manager della sanità abbiano l'obbligo di occuparsi di questi temi, perché anche questo è futuro: il futuro dei consumi privati, il futuro della valutazione."

Ha preso poi la parola Fabio Quadretti, Presidente Aiop Giovani Veneto, che nel salutare la platea, ha dichiarato che "Oggi, siamo qui ad affrontare un tema innovativo, come gli Scenari futuri sui consumi privati in sanità, che rappresenta un ulteriore, importante tassello intrapreso da Aiop Giovani, sulla ricerca di nuove opportunità di core business per il nostro settore, che da sempre ha avuto nei ricoveri convenzionati col Sistema Sanitario Nazionale la principale fonte di attività. Considerando il rapido evolversi del nostro attuale contesto di riferimento, l'Aiop Giovani e l'Osservatorio sui consumi privati in sanità dell'Università Bocconi hanno effettuato nelle scorse settimane, una rilevazione dell'attività privata presso tutti gli associati Aiop per fotografare lo stato attuale e poter formulare prospettive di sviluppo di questo settore. Grazie ai risultati di questo monitoraggio e al fondamentale contributo del-

l'Università Bocconi, oggi sarà trattato il tema della componente privata della spesa sanitaria e delle sue ripercussioni con gli interlocutori della parte assicurativa, al fine di facilitare lo sviluppo di nuove condizioni utili a migliorare la sostenibilità economica delle nostre aziende."

Nel tentativo di sviscerare il progetto, Mario Del Vecchio, Direttore Mims-Bocconi, ha precisato che "Normalmente il dibattito pubblico-privato tende a confondere i ragionamenti e c'è sempre una confusione e uno slittamento di significati. Noi ci occupiamo della sanità finanziata privatamente, quindi dei soldi, delle risorse che affluiscono tramite meccanismi diversi da quelli del prelievo coattivo di ricchezza. Stiamo parlando di circa 27-28 miliardi di spesa sostenuta dalle famiglie italiane, dai circuiti di consumo, a fronte dei 111 miliardi di spesa sanitaria pubblica, quindi del 20% delle

giovedì 29 maggio

SALA VENETIAN BALLROOM
CONVEGNO AIOP GIOVANI
Scenari futuri
sui consumi privati in sanità

15:00 Presentazione delle tre giornate assembleari
Gabriele Pelissero, *Presidente nazionale Aiop*
Saluto di Fabio Quadretti, *Presidente Aiop Giovani Veneto*
Modera: Federica De Vizia, *Rai Parlamento*

15:15 Presentazione del tema

- Clara Carbone, *Direttore Emms-Bocconi*
Ricercatore OCPS-Sda Bocconi
- Mario Del Vecchio, *Direttore Mims-Bocconi*
Ricercatore OCPS-Sda Bocconi

Tavola rotonda

- Mario Del Vecchio, *Direttore Mims-Bocconi*
- Gino Gumarato, *Direttore Generale ULSS13 (Venezia)*
- Roberto Totò, *Commissione Aiop non accreditate*
- Michele Nicchio, *Vice presidente nazionale Aiop Giovani*

Conclusioni
Domenico Musumeci, *Presidente nazionale Aiop Giovani*

Consegna del premio ICT Aiop - 3ª edizione
PROMOSSO DALLA SCHOOL OF MANAGEMENT
POLITECNICO DI MILANO
prof. Claudio Vella



risorse della spesa sanitaria totale che ammonta a circa 138 miliardi. Non è vero che si spende in sanità privata laddove la sanità pubblica non funziona, sembrerebbe anzi il contrario. Esiste infatti una correlazione diretta: laddove la qualità è più alta, si spende di più in sanità privata.

Il nostro sospetto, addirittura, è che non ci sia dietro solo l'aspetto del reddito. Le Regioni più ricche sono quelle dove funziona l'economia, funzionano i sistemi pubblici, quindi hanno maggiore spesa privata, ma si potrebbe iniziare a ragionare dicendo che laddove funziona bene il sistema pubblico, la collettività è abituata a investire in sanità, quindi investe, non solo collettivamente, ma anche in risorse private.

Osservando il fenomeno della sanità privata dalla prospettiva del consumatore, questo ci comunica qual è l'impatto della sanità privata sul bilancio delle famiglie italiane. Ad oggi, le famiglie italiane spendono il 3,7% per la sanità privata e lo 0,8% del loro budget familiare per il tabacco. Probabilmente, anche senza emettere giudizi di valore, forse qualche spazio per un aumento dei consumi c'è. Fra l'altro, in un'ottica di confronto internazionale, le famiglie italiane hanno un impatto sul loro bilancio uguale all'impatto delle famiglie americane sull'out of pocket. Qui, chiaramente, c'è il fatto che una parte degli americani comprano le assicurazioni."

Clara Carbone invece, Direttore Emmas-Bocconi, con la sua relazione ha posto una lente d'ingrandimento sul fenomeno dei consumi privati in sanità, in particolare sulle strutture di ricovero.

"Proponiamo un'indagine esplorativa per mettere a fuoco alcuni dati preliminari sul fenomeno dei consumi privati in sanità, attraverso un'analisi dei volumi di attività, partendo dai dati SDO, quindi dai flussi ministeriali. Abbiamo cercato di capire quali sono,

quanto valgono i ricoveri a pagamento che vengono erogati dalle strutture pubbliche, dalle strutture private accreditate e dalle strutture private. In secondo luogo, abbiamo portato avanti una survey, che è ancora in corso, ma della quale vorremmo presentarvi i primi risultati, anche questa esplorativa, sui canali di finanziamento e sul ruolo che questi ultimi hanno nelle strutture private. In particolare, la survey è stata condotta grazie alla collaborazione con AIOP quindi ringrazio, già da ora, tutte le strutture che hanno risposto e che risponderanno in futuro.

Abbiamo analizzato i dati di attività sui ricoveri di tutte le strutture pubbliche, private accreditate e private, ovviamente quelle disponibili dal flusso ministeriale SDO. Sulle fonti di finanziamento abbiamo poi classificato i ricoveri in tre tipologie di canali: ricoveri in convenzione, rimborsati del Servizio Sanitario Regionale sia al pubblico sia al privato; ricoveri privati, che rispondono a un canale di finanziamento privato; ricoveri con differenza alberghiera, perché anche in questo caso il cittadino finanzia parzialmente o totalmente il ricovero e una parte in libera professione.

Il focus è su che cosa intendiamo per canali di finanziamento privato. Con la prima tipologia di modalità di offerta, può esserci il ricovero in libera professione totale o in solvenza: il cittadino paga totalmente il costo del ricovero includendo tutte le sue voci, dai servizi alberghieri, ai costi dei beni sanitari, dai servizi sanitari di supporto, alle prestazioni del professionista, ecc..

La seconda tipologia di modalità di offerta di ricovero privato può essere ricondotta alla cosiddetta libera professione parziale e, in questo caso, le tipologie possono essere diverse da struttura a struttura, a seconda della politica aziendale adottata sia nel pubblico che nel privato. Per darvi un'idea pos-

siamo parlare di libera professione parziale quando il cittadino paga la prestazione del professionista o dei professionisti, attraverso un tariffario aziendale definito dall'azienda e, parallelamente, il Servizio Sanitario Regionale di riferimento, rimborsa la prestazione secondo il tariffario DRG. L'ultima tipologia di ricoveri che prevede una spesa sanitaria privata è costituita da tutti quei ricoveri per i quali il cittadino paga i servizi alberghieri e poi la struttura riceve il finanziamento della prestazione sanitaria erogata attraverso il Servizio Sanitario

Regionale sulla base del tariffario DRG.

Un'ultima modalità di offerta delle prestazioni di ricovero a pagamento riguarda la libera professione parziale più la differenza alberghiera: scelgo il professionista e poi scelgo di avere la camera privata.

Per darvi un'idea: su 10 milioni di ricoveri effettuati dalle strutture nel 2012, il 2,3% sono ricoveri privati, quelli che vengono finanziati attraverso una spesa sanitaria privata. Già da questo dato possiamo vedere come il privato accreditato e non, rispettivamente per il 54% e per il 22%, partecipa all'erogazione di questi ricoveri. Complessivamente il privato eroga ricoveri a pagamento nelle sue diverse modalità, per circa il 70-75% rispetto al pubblico che eroga la



restante parte, ovvero il 25%.

Quali sono le diverse modalità di offerta di questi ricoveri privati? Ovviamente, le strutture private, anche per l'assetto istituzionale che le caratterizza, erogano ricoveri in solvenza al 100%. Il cittadino che si rivolge a una struttura privata non accreditata, riceve un ricovero in solvenza, quindi paga totalmente il costo del ricovero.

Qual è invece il comportamento delle strutture pubbliche e delle strutture private accreditate? Diciamo che entrambe le strutture si collocano tra il 40% e il 50% per quanto riguarda i ricoveri in solvenza, quelli in cui il cittadino paga totalmente la prestazione.

La differenza tra le strutture pubbliche e il privato accreditato sta nell'utilizzo della forma ibrida della cosiddetta libera professione parziale. Nelle strutture pubbliche questa forma è più utilizzata rispetto alle strutture private accreditate, dove è maggiormente utilizzata, per quasi il 40%, la formula della differenza alberghiera, quindi il cittadino richiede servizi alberghieri a pagamento e poi il ricovero viene rimborsato dal Servizio Sanitario Regionale di riferimento.

Che cosa è successo nel corso del tempo? Mettendo insieme i dati sui ricoveri è evidente che il trend dei volumi di attività è in diminuzione per tutte le varie categorie, ad eccezione dell'area dei solventi che ha avuto un andamento crescente fino al 2011. Nell'ultimo anno invece, si registra un calo. Sempre nella prospettiva nazionale, parliamo di 235 mila ricoveri che valgono il 2,3% dei ricoveri totali, che sono ricoveri a pagamento. Rimanendo sul tema delle linee produttive, effettivamente, il privato accreditato copre una parte significativa dei ricoveri a pagamento.

Come si muovono i pazienti delle varie regioni per quanto riguarda il settore a pagamento? Sembrerebbe il Lazio, la regione in cui i pazienti ricorrono maggiormente, rispetto alle altre regioni, ai ricoveri privati a pagamento, seguita dalla Lombardia, dal Trentino, dalla Puglia, dalla Toscana, ecc.

Il dato della propensione al ricovero privato, guardando il dato dei consumi della domanda dei residenti, è stato incrociato con il tasso di ospedalizzazione tradizionalmente inteso, per vedere se la propensione al ricovero privato, riflette anche il comportamento dei residenti. Il Lazio è una regione in cui, da una parte c'è una propensione al consumo in generale, sia che sia erogato un ricovero privato a pagamento, sia che sia erogato da strutture in convenzione. La Lombardia invece, è una regione in cui si riflettono i tassi

Premio ICT in Sanità



Partendo dall'assunto che il premio ICT in Sanità vuole promuovere e premiare le iniziative più virtuose, le applicazioni più interessanti e di frontiera che nell'ambito delle varie Aziende sanitarie sono state promosse, si può argomentare che i progetti presentati toccano, direttamente o indirettamente, la cartella clinica elettronica. Quest'anno, il professor Claudio Vella, condirettore dell'Osservatorio Ict in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano, ha premiato ex equo due strutture Aiop.

Un premio è stato assegnato a Marco Ferlazzo, Amministratore dell'Istituto Clinico Polispecialistico Cure Ortopediche Traumatologiche di Messina, che ha presentato il progetto "La gestione del dolore per ottenere il No Pain Hospital", per l'approccio innovativo alla terapia del dolore con largo utilizzo di tecnologie informatiche per garantire anche la continuità di cura alle persone assistite sul territorio.

Mediante una tablet in /ReFeed/, viene riconosciuto il paziente. L'idea innovativa è stata di pensare che un grafico permetta facilmente all'infermiere di rilevare i punti del dolore in maniera anatomica.

Tutte queste informazioni vengono inserite nella cartella infermieristica e questo produce dei grafici che hanno tante rilevazioni quanto le visite durante la giornata. Il controllo avviene all'interno dell'ospedale: il singolo infermiere, dotato di un piccolo smartphone può direttamente vedere il risultato. Con alcuni pazienti stiamo riuscendo ad avere dei feed-back domiciliari con un progetto che si chiama infermiere a casa. L'infermiere istruisce il paziente, ne fa un riferimento, il paziente da casa può dare un input che viene registrato in ospedale e, per via telematica, possiamo registrare le variazioni di dolore sullo stesso sistema e cambiare la terapia senza disturbarlo, senza telefonate e poi, al nuovo ricovero viene fatta una valutazione globale." L'altro vincitore è stata la Giomi Rsa per il progetto Informatizzazione delle Rsa. Il premio è stato assegnato per l'approccio sistemico utilizzato nella definizione delle caratteristiche funzionali dell'applicazione che ha coinvolto tutte le figure professionali interessate alla cura di un paziente cronico, all'utilizzo di modelli

assistenziali condivisi ed allineati alle best practices internazionali, quindi portando avanti gli standard di assistenza e anche il livello di dematerializzazione conseguito.

"Questo è un progetto – ha dichiarato Fabio Miraglia, Amministratore della Giomi Rsa - che nasce all'interno del gruppo. La parte più interessante per noi è stata l'identificazione del progetto. L'obiettivo è di rendere anche le RSA strutture paperless. In tutta Europa le Rsa si chiamano nursing home proprio perché sono strutture a carattere infermieristico. Da noi sono ancora fortemente condizionate da un'ideologia di carattere medico. Abbiamo coinvolto tutti i nostri operatori, creando dei team completamente indipendenti dall'accoglienza del paziente, della famiglia e in tutto il processo di cura in cui si possa, tramite la multidisciplinarietà e la multidimensionalità geriatrica, rendere i team completamente individuali com'è già in Germania da tantissimi anni.

Dopo i flow chart e la reingegnerizzazione di processo delle attività sanitarie, siamo riusciti a rendere queste strutture paperless.

La parte più importante è stata il duro lavoro educativo geriatrico interprofessionale, per rendere indipendenti e più evoluti i team, da un punto di vista di medicina cronica, che è differente dalla medicina acuta.

Il software ha iniziato il processo di digitalizzazione in tutte le strutture e il percorso avviato ha portato all'archiviazione digitale tramite la firma elettronica. Il progetto non finisce con la digitalizzazione e la dematerializzazione completa dei documenti. Adesso siamo agli step successivi, ovvero mettere in rete tutti gli operatori coinvolti, rendendo il prodotto completamente web based, per far sì che ovunque possano accedere alla cartella clinica i medici di base, gli specialisti, la regione, l'ASL, i familiari, in maniera che abbiano un feed-back mensile di tutto quello che avviene. Il secondo punto è l'implementazione avviata del prodotto all'estero. Esporteremo il nostro software in Germania per avere una cartella clinica completamente digitalizzata a livello europeo." ■



biamo visto questa mattina, se da un lato descrivono un calo complessivo, anche se minimo, della spesa sanitaria privata, sottendono però al loro interno, un altro scenario che si sta verificando e che si verificherà nei prossimi anni: rispetto alla sanità privata pura, alla spesa che l'utente paga di tasca propria per le prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero, c'è sempre di più uno spostamento della stessa verso quella che viene definita spesa

di ospedalizzazione più bassi anche legati alle politiche di appropriatezza, di riduzione dell'ospedalizzazione, accompagnate però da una propensione dei residenti al consumo di ricoveri privati.

Il secondo obiettivo del nostro lavoro è stato quello di accompagnare a quest'analisi quantitativa sui volumi di attività dei dati quanti e qualitativi sui livelli di fatturato. È stata un po' la motivazione della somministrazione della survey che è stata avviata sulle associate Aiop. Il 50% delle strutture che hanno risposto ha una dotazione di posti letto compresa tra 70 e 120; per quanto riguarda il personale medico sono strutture che, tendenzialmente, hanno più medici in libera professione rispetto ai medici dipendenti; circa l'80% delle strutture che hanno risposto, hanno un fatturato inferiore ai 30 milioni di euro.

Quali sono i canali di finanziamento privato? Per circa l'80% delle strutture che hanno risposto il finanziamento privato rappresenta meno del 20% del fatturato.

Infine, una delle ultime domande della nostra indagine, voleva capire se c'erano delle modalità di promozione dell'area a pagamento attraverso l'idea del continuum of care. Ci stiamo avviando verso una fase in cui il paziente viene preso in carico dalla sua fase acuta alla sua fase post acuta, piuttosto che dalla fase della prevenzione alla fase acuta. L'area a pagamento intende promuovere politiche di continuum of care, quindi politiche tra l'attività di ricovero e quella ambulatoriale? Nel 57% dei casi sì; nel 43% dei casi no. Chi ha risposto di sì, fa riferimento all'ambito della riabilitazione post acuzie, all'ambito del Day service, all'ambito dell'assistenza domiciliare.

Un'altra domanda più qualitativa è stata

quella sulle formule innovative di commercializzazione dell'offerta dei servizi a pagamento. Anche qui, il 60% delle strutture ha dichiarato di fare ricorso alla promozione di pacchetti, di prestazioni, alla tessera fedeltà, a pacchetti per la prevenzione.

Quali sono gli elementi che vengono valutati per fare degli investimenti futuri nel settore dell'area a pagamento? In entrambi i casi, sia sull'area dei ricoveri, sia sul settore delle prestazioni ambulatoriali, gli elementi che vengono presi più in considerazione sono i volumi di produzione delle prestazioni, seguiti dalla rilevanza strategica di quell'area magari, all'interno del proprio SSR."

"D'altro canto i dati dimostrano che la quasi totalità dei fatturati, soprattutto nell'area dei ricoveri, viene svolta con il Servizio Sanitario Nazionale." – commenta così Roberto Toto della Commissione Aiop non accreditate, in apertura del suo intervento. "I dati che ab-

legata all'utilizzo di fondi sanitari, assicurazioni e quant'altro. Questo perché cambia l'utilità della spesa. Oggi, purtroppo a riguardo non c'è una piena informazione. Una ricerca del Censis del 2012 ha dimostrato che circa l'83% delle persone che possono godere di questa copertura non sono informate, non sanno di averla. Queste persone tuttora, si rivolgono continuamente o al Servizio Sanitario Nazionale, con tempi di attesa lunghissimi, ticket e super ticket che ultimamente hanno reso meno convenienti le prestazioni rispetto al privato puro, oppure continuano a rivolgersi al settore privato pagando totalmente di tasca propria. Sicuramente, è necessario un cambio di mentalità, un passo in avanti verso questo nuovo settore, con un approccio completamente diverso."

Gino Gumirato, Direttore Generale ULSS13 di Venezia, a supporto dell'intervento di Totò,



evidenza come almeno nell'ultimo triennio, ci sia stata un'espansione piuttosto evidente in termini numerici del numero dei fondi attivati. Anche se, commenta lo stesso Gumirato "In questo momento abbiamo 18 fondi contrattuali attivati su 41 settori produttivi. È interessante evidenziare che la crescita di questo settore è in espansione. Abbiamo di fatto, un 55% di risorse coperte attraverso imprese assicurative, un 45% di risorse attraverso fondi auto assicurati. Questa riflessione pone il problema importante dell'effettività delle prestazioni. Va benissimo che ci sia un meccanismo sempre più inclusivo in senso orizzontale di lavoratori, che faccia sì che quello che prima era esclusivamente un employee benefit diventi un qualcosa di più diffuso, soprattutto nel settore del lavoro dipendente, ma non bisogna perdere di vista l'intensità delle coperture che questo tipo

una regione come la Campania questo vuol dire avere, ad esempio un 1% di spesa out of pocket intermediata dai fondi." Michele Nicchio, con l'intento di arricchire il dibattito, interviene precisando che "È ormai indubbio che nei Paesi sviluppati l'andamento del sistema sanitario sia un volano di crescita per tutta l'economia del Paese, in termini di occupazione e posti di lavoro, in termini di sviluppo dell'economia, in termini d'innovazione tecnologica. Per questo ritengo che il sistema sia da efficientare e migliorare. Prima di tutto, favorendo la trasparenza e la semplificazione nella gestione dei diversi Si-



di strumento deve garantire perché possa essere considerato un secondo pilastro. Perciò, i 140-150 euro, che pure la maggior parte dei contratti stanziavano, sono largamente insufficienti per garantire una sanità integrativa effettiva che non si limiti a coprire esclusivamente i rischi di punta, come i grandi interventi chirurgici. Esiste un sistema che si sta sviluppando che in realtà, più che colmare i gap di copertura che la sanità pubblica per la sua strutturazione su base regionale ha progressivamente affermato, rischia per com'è strutturato in questo momento, di andare ad amplificarli. Se analizziamo la spesa out of pocket, ad esempio nel sud Italia emerge che il livello di copertura dei fondi è più basso percentualmente rispetto a quanto avviene nell'area nord-est, dove il rapporto tra PIL e spesa out of pocket sicuramente è evidente. In

stemmi sanitari regionali; riprendendo il processo di aziendalizzazione per quanto riguarda gli erogatori pubblici e, infine, investendo di più. Il quarto aspetto che ritengo fondamentale, e lo dico anche in maniera provocatoria, è che bisognerebbe ridare pieno contenuto e significato alla parola responsabilità per quanto riguarda i manager delle aziende pubbliche. Responsabilità nella duplice accezione: positiva e negativa. Nella stessa Germania ci sono dei casi di successo in cui i Länder hanno dato in proprietà e gestione intere strutture in deficit cronico, a operatori sanitari di comprovata capacità e efficienza e questo ha permesso non solo di salvaguardare l'erogazione del servizio pubblico, ma anche di migliorare la loro posizione dal punto di vista dell'efficienza economica." E' poi a Domenico Musumeci, Presidente

nazionale Aiop Giovani, che vengono affidate le conclusioni. "Partiamo da un punto fermo: dobbiamo difendere il Servizio Sanitario Nazionale come servizio sanitario universalistico. Abbiamo delle aree, come quelle del nord-est, dove c'è una grande presenza di fondi sanitari e di assicurazioni sanitarie e regioni, come la Sicilia, dove questa presenza è quasi pari a zero. È un po' quello che era il risultato dei dati della survey che abbiamo realizzato insieme, dove l'importo delle prestazioni out of pocket della regione Lazio e della regione Lombardia, sono nettamente superiori a molte regioni del Sud, quali Campania e Sicilia. Dobbiamo sicuramente salvare il Servizio Sanitario Nazionale fornendo però disincentivi agli sprechi. Dobbiamo immaginare come imprenditori di entrare nel mondo del mercato, riflettendo su quali possano essere le attività da intraprendere per cercare di acquisire delle fette di mercato o di pazienti sempre maggiori, o attraverso le assicurazioni o attraverso un diretto pagamento delle prestazioni. C'è una grande fetta della nostra Associazione che dovrà rivedere, immaginare nuovamente, il modo di lavorare per capire quali attività fare, perché l'integrazione tra attività convenzionata e attività a pagamento anche attraverso i fondi sanitari, può convivere, soprattutto in momenti in cui abbiamo delle capacità produttive superiori rispetto ai budget assegnati dalla regione. Mi piacerebbe lasciarvi con questa frase: facciamo delle cose utili e le risorse arriveranno, ma da dove arriveranno le risorse per fare ancora delle cose utili, secondo me, è un punto sul quale veramente dovremmo riflettere." ■

CONVEGNO

Valutazione esiti in sanità: criticità e



INTRODUZIONE
GABRIELE PELISSERO

Presidente nazionale Aioip

Rinnovo il mio più cordiale saluto a tutti gli associati AIOIP che sono numerosissimi. Inauguriamo stamattina la nostra 50ª assemblea: cinquant'anni di lavori alle spalle di AIOIP sono un dato che da solo descrive la vitalità, il radicamento e l'impegno dell'associazione.

Naturalmente ci prepariamo tutti a festeggiare insieme i cento anni, perché abbiamo davanti a noi molto lavoro, ma abbiamo anche energia e volontà di farlo. In realtà questa è la 50ª assise ordinaria, ma voglio ricordare che le assemblee generali sono state cinquantadue, perché quest'anno abbiamo fatto, per la prima volta nella storia della nostra associazione, due assemblee straordinarie in un momento di particolare rilevanza per l'ospitalità privata italiana. Siamo su un crinale importante e fondamentale della nostra storia, come si rileva combinando insieme gli effetti spesso negativi delle politiche restrittive degli ultimi anni ed i contenuti del Patto della salute emanando, che ci auguriamo rappresentino un giro di boa positivo e la riapertura di una speranza per la sanità italiana tutta, pubblica e privata.

Abbiamo vissuto momenti veramente drammatici, quando sembrava che si profilasse un'azione capace di provocare un danno gravissimo alla nostra rete di aziende: per un attimo abbiamo temuto di vedere 140 strutture ospedaliere di diritto privato su tutto il territorio nazionale chiuse con un atto di imperio, con sedicimila posti di lavoro messi in difficoltà e con un volume di prestazioni enorme che veniva a mancare ai nostri cittadini.

Questa criticità oggi è oggetto di un profondo ripensamento, di una

visione diversa, come ci ha assicurato il ministro della salute, Beatrice Lorenzin, poche settimane fa, in occasione della nostra assemblea straordinaria. Vedremo nelle prossime settimane se, concludendosi l'iter complesso del Patto per la salute, si potrà ritrovare un momento di stabilità, di fiducia e di rilancio per un settore fondamentale e strategico come la sanità italiana.

AIOIP ritiene che la sua battaglia di questi anni, e poi fortemente di questi mesi, si sia orientata a proteggere, tutelare e promuovere l'intero Servizio sanitario nazionale italiano, di cui noi ci sentiamo non un fornitore di servizi, ma una componente fondamentale.

Queste giornate di lavoro vogliono essere un ripensamento, un rinnovato impegno su tutti questi temi importanti, ma anche l'occasione di approfondimento di una serie di temi, che riguardano il nostro operare all'interno del sistema sanitario, nella continua ricerca di modelli gestionali e di modalità di intervento sempre migliori qualitativamente.

Noi siamo sempre stati consapevoli che la sfida della qualità e la capacità della rete AIOIP di rispondere nel modo ottimale alla domanda di prestazioni dei cittadini, attraverso il Servizio sanitario nazionale, sia l'elemento fondamentale e centrale della nostra vitalità e della nostra legittimazione a fare parte di un grande servizio pubblico.

La storia ormai cinquantennale della nostra associazione mostra molto bene come sia stato grazie al nostro contributo che alcuni problemi fondamentali dell'assistenza ospedaliera italiana sono stati risolti. Cito il più clamoroso: è stato grazie alla lungimiranza, al coraggio e alla capacità di tanti imprenditori sanitari italiani se i viaggi della speranza per le malattie del cuore in Italia sono cessati e se i cittadini italiani hanno trovato la possibilità di ottenere una completa, efficace, avanzatissima capacità di cura nelle aziende ospedaliere del loro Paese. È una delle

prospettive



venerdì 30 maggio

SALA VENEZIA GALERIE

CONVEGNO AIOP
Valutazione esiti in sanità
criticità e prospettive

10:00 Saluti delle autorità

Introduzione:
Gabriele Pelissero, Presidente nazionale AIOP

Interventi di:

- Carlo Alberto Peruci, Direttore scientifico PNF AGENAS
- Walter Ricciardi, Presidente Comitato scientifico di sanità pubblica
- Domenico Mantovani, Direttore Generale Area Sanità e sociale Regione Veneto
- Sergio Crispini, Presidente AIOP Campania
- Roberto Papero, Direttore "Il Gazzettino"
- Giulio De Leo, Vice presidente nazionale AIOP Giovani

Presentazione Ricerca AIOP
• Renato Mannheim, IASPD, Napoli

glorie che AIOP si ascrive - veramente il merito è dei nostri associati, non dell'associazione - ma è una dimostrazione importante di come la collaborazione fra pubblico e privato, in un settore strategico come la sanità, sia un elemento determinante e un fondamentale fattore di successo, nell'interesse di tutto il Paese.

Questa mattina ci concentriamo su un tema che può sembrare inconsueto, quello della valutazione degli esiti, che riguarda sostanzialmente il grande valore della qualità delle prestazioni sanitarie. Abbiamo fatto questa scelta, perché riteniamo che gran parte del nostro impegno debba essere investito in questo settore. Noi vogliamo essere perfettamente padroni degli strumenti di valutazione della qualità e vogliamo concorrere, con il loro corretto uso, a migliorare sempre di più la qualità delle prestazioni sanitarie, che vengono rese dal sistema misto pubblico e privato ai cittadini italiani.

Il lavoro di oggi riunisce relatori prestigiosi, che ringrazio moltissimo e man mano presenterò, anche se non sarebbe necessario farlo, perché sono noti a tutti. Avremo anche il piacere di presentare il primo studio effettuato in Italia, secondo criteri scientifici, sull'uso dei sistemi di valutazione di qualità in sanità. Abbiamo chiesto al professor Renato

Mannheimer e al suo istituto di svolgere una ricerca in tal senso ed i risultati saranno certamente di grande rilevanza per noi, ma pensiamo che lo siano anche per le istituzioni.

Prima di iniziare i lavori, ho il grande piacere di ringraziare le autorità del Comune e della Regione Veneto che ci hanno fatto il grandissimo onere e piacere di essere qui all'apertura dei nostri lavori.

Chiedo, pertanto, all'assessore avvocato Pier Francesco Ghetti, di prendere la parola.

PIER FRANCESCO GHETTI

Assessore Comune di Venezia

Un rapidissimo saluto per non sottrarre tempo ai contenuti ben più importanti del vostro convegno. Questo tema della verifica di qualità mi sembra molto centrato, è la strada corretta per mettere a frutto una sana competizione, che si dimostra attraverso i risultati.

Il mio compito è di portarvi i saluti della città di Venezia e del suo sindaco. Mi auguro che possiate anche visitarla, oltre ad essere immersi in questi dibattiti.

Vi lascio alle vostre valutazioni e ringrazio AIOP per avere introdotto, all'interno di questo eterno dibattito pubblico-privato, note di serietà e competenza che mi sembrano il modo migliore, la carta di credito più importante per presentarsi. Grazie ancora per la vostra presenza.

GABRIELE PELISSERO

Grazie assessore. Devo dire che il fascino di Venezia è stato utilissimo anche per noi, perché abbiamo realizzato una presenza straordinaria dei nostri associati, un fatto certamente legato ai temi, alla volontà di stare insieme, ma anche alla bellezza di questa splendida città.

Il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, ci ha inviato una nota di augurio che leggo: "Per impegni istituzionali precedentemente assunti non potrò purtroppo essere presente all'Assemblea di AIOP, che affronta temi di notevole interesse, anche per il rapporto con il settore pubblico e per quello con il malato che deve essere, comunque, sempre al centro di tutte le nostre attenzioni, a prescindere da ogni altra



considerazione. In Veneto, il rapporto con l'ospedalità privata è decisamente collaborativo e dovrà proseguire in un'ottica di integrazione di servizi in modo che non vi siano sovrapposizioni, rafforzando una rete di offerta al cittadino che sia la più completa possibile e nella quale l'integrazione si sostanzia nella presenza del privato dove il pubblico può essere carente o viceversa.

I reiterati tagli nazionali e i finanziamenti sanitari, i troppi interventi a spot che hanno interessato il settore da parecchio tempo a questa parte, senza mai distinguere fra i virtuosi come il Veneto e i tanti spreconi che si aggirano per l'Italia, ci hanno messo in una condizione non facile per la quale tutti ci vediamo costretti ad un ulteriore sforzo di razionalizzazione della spesa. La perseguiamo giorno dopo giorno, cercando in ogni modo di non intaccare i servizi ai malati e abbiamo chiesto di farlo anche al settore del privato convenzionato, pur coscienti degli aspetti di tipo imprenditoriale di questa attività in campo sanitario.

Sono certo che, collaborando con sincerità e concretezza reciproche, potremo continuare a dare tutti insieme il meglio ai nostri assistiti ed è con questo spirito che saluto tutti i convenuti e auguro il miglior esito dell'assise. Cordialmente Luca Zaia".

La Regione Veneto è anche autorevolmente rappresentata dall'assessore Coletto che da un lato rappresenta autorevolmente la sua regione, ma dall'altro rappresenta sempre tutte le regioni italiane, quale coordinatore nella Conferenza Stato-Regioni. Con un doppio benvenuto, gli cedo la parola.



LUCA COLETTI

Assessore Sanità Regione Veneto
Coordinamento Conferenza Stato-Regioni per la Sanità

È con vivo interesse che porto i saluti della Regione Veneto e dei colleghi di tutta Italia al convegno AIOP che, lo dico con orgoglio, ha ritenuto opportuno scegliere Venezia come sede, una sede assolutamente prestigiosa, come lo è la nostra sanità, sia pubblica che privata, nel rispetto della base universalistica del nostro sistema sanitario, che credo sia imprescindibile.

Direi che - partendo dalla base universalistica e considerando che l'Italia, per quanto riguarda il Fondo sanitario, è fra le ultime in Europa come valore assoluto dell'investimento per la cura dei pazienti - la nostra è una sanità che funziona, a livello nazionale come pure a livello

veneto. Per quanto riguarda AIOP, il valore del privato in Veneto si aggira intorno al 15%, in altre regioni è maggiore. Come sottolineato dal Presidente Zaia, quello che vale è l'integrazione fra pubblico e privato, la sussidiarietà, la complementarità fra le strutture del settore privato e pubblico.

Questo va sottolineato anche in previsione del futuro Patto per la salute e delle valutazioni che abbiamo fatto, come Regione Veneto, quando abbiamo compilato la programmazione a livello regionale. Sapete bene che nel giugno 2012 abbiamo approvato il piano socio-sanitario del Veneto. Nel novembre del 2013 abbiamo attivato le nuove schede ospedaliere che hanno interessato a 360° tutte le strutture, sia del pubblico che del privato, riorganizzando il sistema di cura a livello regionale.

Abbiamo chiesto sforzi ad AIOP, per quanto riguarda una spending review, che ancora non era del tutto attivata a livello nazionale, ma lo è già a livello regionale. La risposta positiva e propositiva c'è stata da parte di AIOP, dal punto di vista sia della programmazione sia dei tagli che, causa appunto della spending review in arrivo, abbiamo dovuto operare per riallineare i costi e renderli sostenibili a livello regionale. Ciò indubbiamente ha presentato il vantaggio per la Regione Veneto di rimanere all'interno dell'equilibrio di bilancio, che ci ha portato quest'anno ad essere tra le regioni benchmark, quindi le meno costose, per merito dei costi standard attivati nel 2013. È un passo importante che ci ha permesso di verificare puntualmente le peculiarità positive delle varie regioni e i punti da emendare, quindi da correggere, le criticità negative, tutti fattori emersi in maniera molto evidente proprio attraverso il federalismo sanitario. Tutto ciò ha permesso a tante regioni di correggere determinati stili amministrativi e, dal riequilibrio di bilancio di cinque regioni, quest'anno siamo arrivati al riequilibrio di bilancio di otto. Il federalismo sanitario è, quindi, assolutamente positivo e la programmazione è fondamentale a livello sia regionale, sia nazionale.

Il Patto per la salute è un contratto fra lo Stato e le Regioni per rendere più omogenee possibile le direttive e le linee guida, oltre ai finanziamenti destinati nei prossimi tre anni a beneficio del fondo sanitario delle Regioni stesse. I temi che interessano l'ambito del Patto sono molteplici. Pensiamo ad una revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ma ad una revisione migliorativa, non di sicuro legata a tagli, bensì allo stato di avanzamento della sanità dal punto di vista tecnico-scientifico.

Sappiamo bene che, da quando sono stati approvati i LEA, c'è stata una tale evoluzione da richiedere una loro revisione, in modo di ampliare

queste possibilità di cura. Per quanto riguarda poi il famoso regolamento ospedaliero, legato al Decreto Balduzzi, che definiva i posti letto da destinare alle strutture private, si parlava di strutture monospécialistiche, ma io direi che c'è stata un'apertura assolutamente importante da parte del ministro Lorenzin, che ha definito i sessanta posti letto anche attraverso aggregazioni. Questa attenzione particolare del ministro dà la possibilità di evoluzione, di adeguamento alle necessità di cura e di complementarità al servizio pubblico, che ci dovrà essere sempre nelle strutture sanitarie sia a livello nazionale che regionale. Tutto ciò offre l'opportunità di una evoluzione positiva, dal punto di vista delle cure e del contenimento dei costi.

Sono sicuro che da questa assise arriveranno anche suggerimenti per migliorare la struttura sanitaria a livello nazionale e perfezionare una spending review, che spesso e volentieri ha portato a tagli assolutamente orizzontali, che bene non hanno fatto. Questi provvedimenti sono arrivati nelle Regioni, che con fatica sono riuscite a riparametrarli in maniera diversa, cercando di individuare in maniera precisa i tagli positivi e propositivi, eliminando gli sprechi, cercando di indirizzare gli investimenti nella maniera più mirata a beneficio dei pazienti, ma anche della revisione dei costi.

Nella Regione Veneto, durante il mandato Zaia, siamo arrivati ad avere il 50% delle aziende sanitarie locali in equilibrio di bilancio. Punteremo ad un ulteriore miglioramento per arrivare a fine mandato con una situazione economica, da riconsegnare nelle mani della futura amministrazione, sicuramente migliorata, risanata e pronta a ripartire di slancio, per migliorare le erogazioni a beneficio dei pazienti.

Definirei, senza ombra di dubbio, fondamentale l'apporto delle strutture private all'interno della sanità per motivi di complementarità, di sussidiarietà e di maggiore elasticità nell'adeguamento alle richieste di cura, anche dal punto di vista economico e, quindi, del mercato.

L'auspicio è di ritrovarci tra un anno in una situazione di mercato sicuramente migliorata, di prodotto interno lordo in crescita, considerando il fatto non secondario che il valore del fondo sanitario non è più assoluto, ma è legato al PIL. Tutti insieme, amministratori e strutture private, dobbiamo offrire le risposte dovute ai cittadini per mantenere un bene primario, che sono le cure su base universalistica, tenendo sempre presente che la sanità non è un costo, ma è un investimento, se fatto in maniera seria, mirata e a beneficio dei pazienti, soprattutto dei meno abbienti. Vi auguro un buon lavoro.

GABRIELE PELISSERO

Grazie assessore, anche per le novità più recenti che ci ha portato. Domani in assemblea riprenderemo questi temi che ci stanno particolarmente a cuore.

Con le relazioni di oggi, entriamo in pieno nei sistemi di valutazione. Sono per tutti una novità, che a tratti può generare perplessità, dubbi e anche generare preoccupazioni. Proprio per tali ragioni, tuttavia, dobbiamo imparare ad usare questi nuovi strumenti tutti insieme e pertanto abbiamo scelto il momento associativo più importante, le nostre giornate di raduno annuale, per mettere sul tavolo questo tema fondamentale.

Non poteva non essere Carlo Alberto Perucci, Direttore scientifico del PNE (Piano nazionale esiti) di AGENAS, ad introdurci a questo tema, perché è la persona che forse in Italia ha più lavorato da questo punto di vista, come precursore, quando i progetti di valutazione erano ancora assolutamente embrionali, portando a regime quello che è oggi lo strumento più organico e completo di cui il nostro Paese dispone, anche se ancora problematico. Proprio per questa problematicità, dobbiamo capirlo bene tutti.



CARLO ALBERTO PERUCCI

Direttore scientifico PNE AGENAS

Per me è un onore essere qui. Grazie all'AIOP per avermi invitato, in particolare a Gabriele Pelissero. La mia stima nei suoi confronti è sempre stata rinnovata, anche per motivi personali. Saluto tutti gli amici e colleghi che ho conosciuto in questi anni di lavoro.

Mi permetto di fare alcune premesse metodologiche in merito al lavoro che stiamo facendo.

Una importante rivista scientifica internazionale, *Clinical Evidence*, riassume il giudizio sugli interventi sanitari in generale: alcune delle cose che facciamo nei nostri sistemi sanitari hanno sicura evidenza ed efficacia, perché sono stati realizzati trial, studi randomizzati e controllati, e quindi sappiamo che si tratta di interventi efficaci; alcune cose non hanno trial alle spalle, ma nel merito esistono studi sufficienti per supportarne l'efficacia; facciamo poi molte cose in assenza di evidenza ed efficacia e perfino qualcosa, che risulta dannosa.

La distribuzione, non solo nel nostro sistema sanitario, ma nei sistemi sanitari del mondo, di queste categorie di interventi sanitari negli anni passati è sorprendente: nel 2005, circa il 20% delle cose fatte aveva evidenza sicura ed efficace, un altro 20% circa probabile evidenza ed efficacia, ma la cosa impressionante è che, stando alle prove scientifiche disponibili, la metà delle cose che si facevano nel 2005 non avevano nessuna prova di efficacia.

Dal 2005 la ricerca scientifica va avanti, si accumulano prove, studi, ieri Gabriele Pelissero mi raccontava qual è l'output di produzione scientifica di un gruppo come il loro. Nessuno di noi è in grado di seguire tutta la letteratura analitica che esce.

Ma andiamo avanti: com'era la situazione nel 2011? È sorprendente che le cose che si fanno tutti i giorni nei nostri servizi, le facciamo in assenza di evidenza ed efficacia. Che sta succedendo? La ricerca scientifica di base propone sempre nuove tecnologie, molti di voi stanno ragionando se e quanto utilizzare le MitraClip per il trattamento dell'insufficienza mitralica. Le evidenze scientifiche sulla loro efficacia non ci sono ancora, ma stanno già sul mercato e le usate.

La ricerca scientifica procede in modo estremamente più veloce della capacità degli studi di valutazione necessari per dare risposte definitive sull'efficacia di queste tecnologie. Tale gap tra i progressi della ricerca di base e la relativa lentezza delle attività valutative condiziona fortemente un fenomeno, su cui mi voglio soffermare.

Il sistema sanitario lavora in condizioni di crescente incertezza, mentre è semplice valutare comparativamente le performances di ospedali e di strutture in merito a tecnologie di provata efficacia, la valutazione comparativa di una larga parte di interventi, che non hanno evidenza scientifica ed efficacia definitiva, è estremamente più complessa ed esposta a molte distorsioni.

Dobbiamo stare attenti a non nascondere questa incertezza, come afferma il mio amico Richard Smith, per anni il direttore di BMJ, il quale mette in guardia sull'idea di dare false certezze ai decisori, in presenza di condizioni di incertezza, commentando che l'inganno è il principale nemico della fiducia reciproca.

Il secondo punto, che concerne proprio l'argomento di oggi, riguarda l'asimmetria informativa. Se andiamo a comperare un'automobile, un chilo di prosciutto, una bottiglia di vino, siamo clienti in condizioni di sufficiente simmetria con chi vende questi prodotti e l'equilibrio fra la domanda e l'offerta è tendenzialmente forte.

Nei sistemi sanitari l'asimmetria informativa è totale. Una persona che arriva in ospedale con un infarto, non chiede: datemi entro novanta minuti uno stent medicato e non nudo, poi date il farmaco "X" o "Y",

spera solo di non morire e di essere guarito. È chi produce le prestazioni sanitarie che determina il formato della domanda sanitaria. Per questo motivo gli interventi regolatori e anche gli interventi di empowerment dell'utenza sono particolarmente complessi nei sistemi sanitari.

Se chiedete chi sono stati i primi ad introdurre la valutazione degli esiti nei sistemi sanitari, un inglese vi dirà che è stata Florence Nightingale, ma un americano vi risponderà che è stato Codman, il fondatore della Joint Commission. In realtà sbagliano, perché il primo ad introdurre la valutazione nei sistemi sanitari è un italiano, Giovanni Rasoli, un medico di Parma. Stiamo parlando della Repubblica Cisalpina, in epoca napoleonica, periodo di progresso illuminista. Rasoli lavorava all'Ospedale Maggiore di Milano e, ben prima di Florence Nightingale ed Eugene Codman, diceva che adempie meglio al suo ufficio quel medico che, medicando gli ammalati, ne guarisce un numero maggiore, è efficace, spende meno, vi impiega un tempo minore. Egli per primo pubblica la valutazione comparativa delle sale mediche chirurgiche della clinica medica di quello che è oggi l'ospedale Ca Grande di Milano. Erano numeri grezzi (non le complesse tecnologie statistiche di oggi, risk adjustment) ed erano un po' viziati, perché lui tendeva a dimostrare che i suoi reparti erano i migliori del suo ospedale.

In Italia dunque siamo arrivati prima, ma non siamo andati avanti. In questo momento negli Stati Uniti sono operativi 47 siti web di agenzie federali, di strutture statali, di imprenditori privati, che fanno valutazione comparativa di tutti gli ospedali americani. In Inghilterra da anni c'è un programma di valutazione comparativa su cui oggi sono fondati, fra l'altro, interventi di pay for performance. In generale, la creazione della struttura monitor del nuovo servizio sanitario nazionale inglese è molto basata sugli interventi di valutazione.

In Europa è passato Martin Lutero ed il clou della cultura luterana e calvinista è l'idea di accountability, che significa essere responsabili, doverne rispondere, in altre parole: chi sbaglia paga. La nostra cultura, al di là degli aspetti religiosi su cui non ho nessuna ragione di discutere, viene dal Concilio di Trento che parla di indulgenza, confessione, remissione, forgiveness. La nostra è una cultura fortemente impregnata di assenza di accountability. Provate a spiegare ad un collega inglese cosa sia un condono, o una sanatoria!

Un esempio di responsabilità o di accountability, è l'idea di poter applicare ai sistemi sanitari metodi di valutazione, di orientamento della domanda tipici dei sistemi di mercato, con equilibrio domanda-offerta. Su TripAdvisor, ad esempio, trovate la valutazione degli alberghi

Qualcuno ha indotto il Ministro della salute a far partire - in presenza di un programma nazionale esiti che dà informazioni criticabili, ma sicuramente molto solide - questa follia che è il sito "dovesalute.gov.it", in cui ciascun cittadino può esprimere, in presenza di asimmetria informativa, il suo giudizio su un ospedale. Almeno TripAdvisor cerca di creare le condizioni per cui possono esprimere un giudizio su un ristorante solo quelli ci hanno mangiato, ma in questo "accrocchio" non è soddisfatta neppure tale condizione.

Vi faccio un esempio: per una ricerca sull'ortopedia, ho scelto due strutture non proprio a caso: una è il Rizzoli, l'altra è la Casa Sollievo della Divina Provvidenza. Se andate a vedere il punteggio dato dai cittadini, che non sappiamo se siano andati o no in questi ospedali, la Casa Sollievo ha un punteggio altissimo, circa del 40% più alto del povero Rizzoli.

Ora, il principale indicatore di valutazione delle ortopedie del programma nazionale esiti, condiviso in tutto il mondo, è la proporzione di fratture del femore che ricevono un intervento entro 48 ore. Se guardate quali sono le performance di questi due ospedali, il Rizzoli tratta a 48 ore quasi l'87% dei pazienti con frattura del femore, la Casa

Sollievo della Divina Provvidenza ne tratta solo il 37%. Se li confrontate direttamente - e il Programma Esiti vi consente sul sito di fare confronto diretto - il Rizzoli è due volte e mezzo più efficace dell'altro. Questa è la trappola dell'applicare ai servizi sanitari principi di client satisfaction, che si utilizzano bene esclusivamente in sistemi di mercato ad equilibrio domanda/offerta.

Molti nostri ministri hanno sempre citato la famosa graduatoria OMS sul nostro sistema sanitario, in base a cui saremmo il secondo migliore sistema sanitario al mondo. Vi ricordo che la ricerca è datata ad un periodo molto preciso e soprattutto non era costruita su una valutazione di servizi, ma sulla valutazione strutturale del sistema e sulle condizioni di salute della nostra popolazione. Abbiamo la nostra meravigliosa dieta mediterranea, una bassa mortalità, un sistema basato su un finanziamento di fiscalità generale, che dovrebbe consentire una maggiore equità. Eravamo in testa in quella graduatoria OMS solo per questi criteri di strutturazione del sistema.



Oggi, però si afferma qualcosa di diverso: l'Euro Health Consumer Index, prodotto da un'agenzia svedese tutti gli anni, che può essere anche criticabile, non ci considera certo il miglior sistema sanitario al mondo! Nella graduatoria dei Paesi europei nel 2012, l'Italia è al ventunesimo posto, meglio di Grecia e Malta. Nel 2013 il nostro punteggio cambia, ma siamo sempre al ventunesimo posto, meglio della Slovenia, dell'Estonia. Questo score comprende al suo interno alcuni indicatori di valutazione di esito, calcolati in modo diverso da come li calcoliamo noi, ma in sostanza questa è la situazione.

Per quanto riguarda il nostro Programma Esiti (vi ricordo che chiunque di voi si può registrare, ormai ci sono password anche individuali), dal monitoraggio di accessi risulta che le regioni che lo stanno utilizzando di più, con le password istituzionali, sono l'Emilia, il Veneto, la Sicilia. Sorprendentemente trovate ai primi posti anche alcune società scientifiche: cardiologia, chirurgia e cardiocirurgia. Compagno anche singoli imprenditori, che chiaramente sono molto più interessati ad un approccio pro-competitivo, mentre qualche direttore generale di aziende pubbliche talvolta dimentica di dover competere sulla qualità. Sostanzialmente abbiamo circa 11 mila accessi con 4.200 utenti registrati.

Quest'anno abbiamo inserito nel sito web del Programma Esiti un cor-

so di formazione a distanza, basato sulla piattaforma della FNOMCeO e dell'IPASVI, con credito ECM. La cosa straordinaria è che questo è il corso della Federazione Medici ad aver registrato in assoluto gli accessi maggiori, nella storia dei corsi ECM, della formazione a distanza: ad oggi quasi 56 mila operatori del SSN, di cui circa il 15% di medici, hanno completato questo corso, che non è semplicissimo.

Ciò significa che esiste una grande attenzione dei professionisti a questa tematica e posso testimoniare che, se c'è un campo nel quale in questi anni siamo andati avanti, è la relazione con le società scientifiche, con le quali ora ragioniamo, costruiamo assieme le valutazioni.

Vi ricordo il caso della cardiocirurgia pediatrica di Bristol, il primo esempio operativo in cui una valutazione di esito ha portato a decisioni operative. Qui l'enquiry non fu fatta direttamente dalle autorità pubbliche, ma all'inizio dal Royal College of Cardiac Surgeons. Su questo caso di un eccesso di mortalità in cardiocirurgia pediatrica, persero il posto l'amministratore delegato del trust, il cardiocirurgo e



il direttore sanitario della struttura di Bristol.

Nella mia personale esperienza - cominciai a lavorare nel 1998, valutando le cardiocirurgie della città di Roma - riscontrai che un ospedale pubblico aveva una mortalità grezza post bypass del 13%. Qualunque metodo si usasse questa mortalità era sempre 4-5-6-7 volte più alta del best performer, che in quel momento era la cardiocirurgia del Policlinico Gemelli. Quello studio portò alla sostituzione dell'intera équipe cardiocirurgica dell'Ospedale San Camillo e l'attuale struttura dello stesso ospedale, che va anche abbastanza bene, diretta dal professor Musumeci, esiste perché è stata fatta quella valutazione e l'autorità politica ha deciso di utilizzarla.

Uno degli effetti collaterali di questo studio fu tuttavia un dato che continua a preoccuparci: in tutte le cardiocirurgie romane, se analizziamo la mortalità post bypass per livello socioeconomico dei pazienti, indipendentemente da tutte le caratteristiche di gravità, la mortalità delle persone appartenenti ai gruppi socioeconomici più bassi è circa due volte e mezzo maggiore di quella dei gruppi socioeconomici più alti.

La seconda esperienza, devo darne merito ad Ettore Sansavini, fu una richiesta del gruppo Villa Maria di fare una valutazione comparativa delle cardiocirurgie. Siamo nel 2002, ben prima delle decisioni nazio-

nali della introduzione del Programma Nazionale Esiti, e non ci interessano i risultati, perché si trattava di un benchmark delle cardiocirurgie del gruppo Villa Maria che, a seconda dei metodi usati, dimostrava una mortalità inferiore o non significativamente diversa da quella del benchmark.

Queste cose cominciarono ad essere pubblicate, e lo studio BIPAC Uno, di valutazione comparativa della mortalità trenta giorni dopo bypass aorto-coronarico (io ero il direttore scientifico, ma sotto la responsabilità dell'Istituto superiore di sanità) già allora rivelava una spaventosa eterogeneità: cardiocirurgie italiane con mortalità vicina allo zero - oggi abbiamo cardiocirurgie con mortalità zero - e cardiocirurgie che già allora avevano livelli di mortalità, che in Inghilterra avrebbero portato ad almeno sei o sette diversi casi di Bristol inquiry.

Il Programma Nazionale Esiti valuta le performances dell'assistenza ospedaliera da due punti di vista, dato che nel sistema sanitario convivono due funzioni, una di committenza e una di produzione. La prima è prevalentemente pubblica, nella seconda sono presenti soggetti erogatori, la cui natura giuridica dal mio punto di vista della valutazione è irrilevante. Nel Programma Nazionale Esiti non troverete confrontato il pubblico con il privato o con il religioso, l'universitario o l'ospedaliero, dal nostro punto di vista i soggetti erogatori sono tutti uguali. Permettetemi di dirlo, dovrebbero essere tutti remunerati nello stesso modo.

Noi produciamo gli indicatori, sia attribuendo l'esito all'ospedale che ha erogato le cure, sia all'azienda sanitaria locale a cui appartiene il cittadino. Nel primo caso valutiamo la performance della produzione, nel secondo caso la performance della committenza. Da un certo punto di vista, soprattutto per gli interventi ad alta mobilità territoriale, questo è molto importante. Fino a qualche anno fa, la mortalità dei siciliani dopo bypass aorto-coronarico era più alta della media nazionale, oggi è migliorata, ma, mentre la mortalità dei siciliani che si operavano in Sicilia era ancora più alta, quella dei siciliani che riuscivano a prendere un aereo e andare a farsi operare da un'altra parte diventava più bassa della media nazionale, correggendo per tutti i fattori di gravità.

Nella homepage del Programma Esiti compare una scritta, derivata dalla delibera della Conferenza Stato-Regioni, la quale ha approvato nell'ambito del portale della sanità la proposta operativa del Programma esiti. La scritta dice che il Programma Esiti è uno strumento di supporto all'attività di audit clinico e organizzativo, finalizzati al miglioramento di qualità ed efficacia. Il Programma Nazionale Esiti non produce classifiche, graduatorie, giudizi, anche se questo è l'atteggiamento dei giornali.

Il giorno dell'uscita dell'ultima edizione, Repubblica ha pubblicato un'intera pagina, con una classifica di eccellenza, attribuendo alla Toscana le cure migliori. Personalmente non ritengo che il termine eccellenza debba essere applicato ai servizi sanitari: ci sono ospedali che lavorano sulla base delle evidenze scientifiche disponibili e sono le strutture normali, poi ci sono strutture che hanno criticità, ma non esistono i "super normali".

Questo articolo di Repubblica è stato causato dalla presentazione dei dati del Programma Nazionale Esiti. Ferruccio Fazio, professore, ministro, quando la vide la prima volta disse: "Questo è un geroglifico, che cosa vuole che un medico sappia di rischi relativi e rischi aggiustati. Fatemi una presentazione facilmente comprensibile di questi dati. Traducetemi in stelletto, come la guida del Gambero Rosso." Il passare da quella complessità dei numeri a questa semplificazione, può indurre a profonde distorsioni, perché il colore attribuito ad ogni struttura nella tabella non è determinato dalla intensità dell'effetto, ma semplicemente dal valore della significatività statistica.



La Regione Toscana produsse questa tabella in una sua conferenza stampa e, caso strano, sembrava che fosse la regione migliore. Ma la tabella è un'idiozia perché ci sono tanti indicatori diversi dentro il Programma Nazionale Esiti: c'erano 114 indicatori, nella prossima edizione che uscirà a settembre ce ne saranno 142.

Consideriamo la mortalità a trenta giorni dopo il ricovero per frattura del femore, che coinvolge circa 60 mila eventi all'anno in Italia, con una mortalità del 6% e immaginiamo che questo indicatore abbia valore uno. L'indicatore bypass che coinvolge poco più di 30 mila eventi, con una mortalità del 2%, ha lo stesso valore, pesa anche lui uno? È altrettanto importante? Da un punto di vista economico sicuramente sì, da un punto di vista di impatto sulla salute della popolazione, invece, l'intervento corretto sulla frattura del femore guadagna molto più anni di vita, aggiustati per disabilità, che non l'intera popolazione bypass. Consideriamo poi un indicatore che vuole monitorare un fenomeno in espansione, cioè la colecistectomia laparoscopica. In Veneto questo fenomeno si sta fortemente allargando, ma questo indicatore coinvolge duemila persone, con complicanze a trenta giorni al 3%. Pesa altrettanto l'indicatore complicanze dopo il parto e il puerperio che coinvolge 580.000 eventi l'anno? La follia di mettere tutti gli indicatori assieme e di attribuire una sorta di stellette all'ospedale, implica che gli indicatori valgano tutti allo stesso modo.

In una pagina di Repubblica, di cui giustamente Pelissero va orgoglioso, il San Raffaele è il migliore ospedale italiano e il Policlinico Federico II è il peggiore. Devo dire, in verità, che è difficile falsificare l'ipotesi che il Federico II sia il peggiore! Tra i dieci migliori ospedali italiani, però, figura l'ospedale di Gubbio, che probabilmente dovrà essere chiuso. Si possono fare molti ragionamenti in merito, ma questa graduatoria è priva di significato, se non ragioniamo per ciascun filone di produzione.

Prendendo ora in considerazione le cardiocirurgie siciliane, dovreste dedurre che c'è una cardiocirurgia che va malissimo, il presidio ospedaliero Vittorio Emanuele di Catania, e una cardiocirurgia che va molto bene, la Casa di Cura Villa Maria Eleonora, che ha una mortalità post bypass isolato dello 0,8%. Le altre strutture sono tutte uguali, ma non è vero, perché risulta altrettanto critico il Policlinico

Universitario Giaccone di Palermo, semplicemente perché ha un volume di attività piccolo e quindi l'indicatore non assume significativa statistica.

Da quest'anno cambieremo formato di presentazione di questi dati: troverete una maggiore rappresentazione dell'incertezza, le stime puntuali degli indicatori e i limiti delle stime. Spetta a ciascuno di noi giudicare se il livello di significatività statistica è rilevante ai fini delle decisioni.

Mi soffermo rapidamente su un punto: il trattamento della frattura del femore. In Inghilterra è dichiarato dal servizio sanitario nazionale che il diritto esigibile alla cura è l'intervento chirurgico entro 48 ore. Nell'ultima edizione del rapporto inglese, risulta che l'80% delle fratture del femore ricevono un intervento entro 48 ore.

Se tornate all'Euro Health Consumer Index, vedete che, in confronto con l'80% in Inghilterra, in Italia siamo partiti da un 28% di interventi a 48 ore nel 2007, stiamo faticosamente crescendo e siamo arrivati al 40%. Abbiamo una performance da Paese in via di sviluppo, ma distribuita in modo molto eterogeneo: c'è un pezzo d'Italia che non fa parte dell'Europa, nella maggioranza delle regioni circa il 20% degli anziani con frattura del femore riceve un intervento entro 48 ore.

Abbiamo fatto recentemente un audit dell'Ospedale di Merano ed è assolutamente sorprendente il livello di qualità del lavoro. Il Veneto diventa simile al-



la media nel 2011, ma con una grande dispersione interna, una grande variabilità, ottime strutture e pessime strutture.

Che cosa succede nel 2012, quasi esclusivamente per effetto della introduzione di valutazioni di esito nelle strutture regionali? La Sicilia, passa in un anno dal 20% di interventi nelle 48 ore a più del 50%. Vi preannuncio che nei nuovi dati la Sicilia probabilmente raggiungerà il 61% di interventi nelle 48 ore. Il resto delle regioni va ulteriormente bene, come la Toscana e Bolzano, il Veneto diventa significativamente diverso dalla media, riducendo soprattutto l'eterogeneità interna e portando più strutture ad agire a livello standard. La maggioranza delle regioni meridionali resta assolutamente ferma a livelli inaccettabili, ma anche la Liguria diventa inaccettabile. Che cosa è cambiato? Nulla, si è scoperto che era sbagliato il dato dell'anno prima: tre ospedali della Liguria montavano un software di accettazione ospedaliera, in cui inserivano in automatico la data di procedura uguale alla data di accettazione, per cui su tutte le fratture del femore intervenivano automaticamente lo stesso giorno del ricovero. Avendo eliminato questo bag, tra parentesi di un importante software house, la Liguria è tornata ad essere una regione meridionale.

Abbiamo imparato a ragionare come Goethe: sappiamo accuratamente solo quando sappiamo poco, più impariamo e più crescono i dubbi. Quando Ricciardi pubblica sul sito "dove mi curo", dice esplicitamente e con molta onestà che, nell'attribuire i suoi semafori verdi, rossi e gialli, utilizza anche i dati del Programma Nazionale Esiti. Se c'è un infarto a Pordenone, cercate sul sito "dove mi curo" e vi dice di andare a Sacile, non a Pordenone perché è pessimo. Se guardate, però, l'area di Pordenone, vedete un'azienda ospedaliera che ha tre sedi: Pordenone, San Vito e Spilimbergo. Non risulta Sacile perché è chiuso. Questo errore si è verificato perché un baco del sistema informativo della Regione Friuli attribuiva a Pordenone solo gli infarti ricoverati in terapia intensiva e, per un errore del software, tutti gli infarti ricoverati in cardiologia venivano dimessi dall'ospedale di Sacile. Se andate sul sito, trovate che Pordenone registrava quaranta infarti con una mortalità del 40% e Sacile 260 con una mortalità irrilevante dell'1,6%. Quello che non poteva sapere "dove mi curo" è che noi l'anno scorso avevamo già fatto partire una richiesta di audit a tutte le re-

gioni, segnalando gli ospedali che avevano una mortalità post infarto o troppo bassa o troppo alta, in misura insostenibile, e tra gli ospedali segnalati c'era quello di Sacile. Se andate ora sul sito per prima cosa trovate un nuovo box, in cui sono segnalati tutti i cambiamenti, e non trovate più Sacile, ma l'ospedale di Pordenone con 321 infarti ed una mortalità aggiustata dell'8,2%, il che significa poco al di sotto della media nazionale. Di conseguenza, anche sul sito "dove mi curo" è sparito Sacile e oggi c'è con il semaforo verde per l'ospedale di Pordenone. Non esiste nessun ospedale che vada bene in tutto o male in tutto, il confronto non serve per fare graduatorie sbagliate, ma per ragionare e decidere sulla base del ragionamento.

Nel Programma Nazionale Esiti, edizione 2011, osserviamo poi uno straordinario successo del Policlinico Federico II di Napoli, riguardo alla proporzione di tagli cesarei primari. Quando facemmo vedere a Ferruccio Fazio questo risultato, sottolineammo che si trattava di una best practice, perché l'ospedale era riuscito a ridurre il suo tasso di cesarei dal 75% a poco più del 25% in soli sei anni. Cerchiamo di capire come abbiano fatto a realizzare questo obiettivo straordinario, miracoloso.

E' vero che i tassi sono aggiustati, ma ovviamente voi tutti vi scandalizzereste se non lo facessimo: un ospedale che vede tutte donne anziane, tutte gravidanze complesse ha necessariamente un tasso di cesarei più alto. Nel modello di aggiustamento emerge che la posizione anormale del feto ovviamente è un forte determinante del parto cesareo, se c'è una presentazione podalica. È vero che in qualche ospedale si stanno facendo programmi di rivolgimento esterno assai validi, ma la probabilità di avere bisogno di un cesareo è molto alta. Se non si aggiusta il dato per questa variabile, si cade in errore. Considerate ora la distribuzione delle presentazioni del feto in Italia: nella maggioranza delle donne c'è una proporzione della presentazione anormale del feto fra il 2 e il 5%, nella città di Napoli supera il 25%. Accadeva semplicemente che gli ostetrici napoletani, per giustificare i cesarei, mettevano la diagnosi di presentazione anormale del feto, anche quando non c'era! Il ministro Balduzzi dispose controlli su circa 45 strutture ostetriche italiane, con una proporzione di presentazione anomala del feto e risultò un fatto che, con molta franchezza, considero tuttora inaccettabile, in particolare in Campania: il 75% delle tremila cartelle cliniche sequestrate dai NAS è vuoto, non manca solo la documentazione della presentazione anomala del feto.

A partire dai dati 2011 il Federico II non ha mai migliorato la sua posizione, ma quest'anno c'è un nuovo miracolo, perché passa in un anno dal 60 al 40%. Abbiamo pensato che, facendo tesoro dell'esperienza, avesse fatto un programma per ridurre i cesarei, come in Sicilia. Se però prendiamo in considerazione la distribuzione dei fattori di rischio, nel 2012 il Federico II (una struttura che vede quasi il 7% di parti gemellari e quindi è giusto aggiustare questo dato) ha fatto sparire l'epidemia di presentazione anomala del feto, il 5% in Italia e il 5% al Federico II, ma è scoppiata un'epidemia di anomalie fetali: se in Italia è lo 0,7% al Policlinico Federico II è del 21%. L'andamento temporale del Federico II evidenzia che il rapporto tra presentazioni anomale del feto e anomalie fetali è tale che se calano le une aumentano le altre. Concludo ribadendo che il Programma Nazionale Esiti è uno strumento che serve agli imprenditori, alle aziende, ai professionisti per migliorare la qualità della loro attività, non a spiatellare graduatorie o pagelle.

Con questa settimana ho finito il mio compito di direttore scientifico del Programma Nazionale Esiti, da lunedì scorso la dottoressa Marina Dovoli è il nuovo direttore scientifico. Spero che in futuro avremo a che fare con un'attività di valutazione, che abbia con voi e con le società scientifiche un dialogo continuo, ma vi dico anche di non temere l'innovazione e di competere sulla qualità dei vostri servizi.



GABRIELE PELISSERO

Grazie Carlo, c'è un'enorme quantità di riflessioni da fare, e da maturare con il tempo.

Ora dò la parola al professor Walter Ricciardi, Presidente del Comitato scientifico di "doveecomemicro.it". Vorrei che con lui completassimo questa panoramica sul senso, sulle caratteristiche, sull'uso di questi strumenti. Subito dopo presenteremo i contributi di settore, che ci forniranno dimostrazioni e considerazioni applicative.

**WALTER RICCIARDI**

Presidente Comitato scientifico doveecomemicro.it

Grazie per questo invito. Parto dalla considerazione che in tutto il mondo, ovviamente non solo in Italia, viviamo in una rivoluzione, perché c'è una combinazione che ci può portare ad una tempesta perfetta, una emergenza epidemiologica e demografica, da noi particolarmente accentuata. Pensate che la nostra situazione negli Stati Uniti si verificherà nel 2050, in Indonesia nel 2070, nei paesi del Golfo nel 2090.

L'industria sta mettendo a nostra disposizione tecnologie diagnostiche e terapeutiche innovative, ma anche molto costose, ci sono sempre meno medici e più professioni diversificate, emerge una nuova domanda di salute. In Italia tutto questo è complicato da una forte scarsità di risorse, per cui noi corriamo il rischio di andare veramente incontro ad una tempesta perfetta.

Esistono diversi atteggiamenti da tenere nei confronti di una rivoluzione, anche se non è così violenta come quella che portò alla presa della Bastiglia. La rivoluzione odierna non ha questi connotati, non c'è polvere da sparo, non ci sono scoppi, ci sono morti, però, e sono abbastanza silenziosi, sono persone che non accedono ai servizi e vengono abbandonate nella loro condizione di non autosufficienza. Sostanzialmente ad una rivoluzione o ci partecipi, o la contrasti, quello che non puoi fare è ignorarla, perché c'è la certezza di venire travolti, come, ad esempio, fece Luigi XVI, che nel suo diario, il giorno della presa della Bastiglia, scriveva: non è successo niente.

Negli ultimi decenni il settore sanitario ha assistito a grandi mutamenti destinati a modificare da un lato il modo con cui i cittadini potranno rivolgersi ai servizi sanitari, dall'altro il modo con cui le strutture ospedaliere sono chiamate ad operare. Perucci ha sottolineato il termine accountability, noi abbiamo detto sostanzialmente: misurare per rendere conto delle prestazioni erogate. Ha fatto anche cenno alla graduatoria, sostenendo giustamente che era in larga parte incentrata, quanto a criteri di valutazione, sul rapporto tra investimenti, risultati e accessibilità. A nessun italiano viene chiesta la carta di credito quando entra in ospedale, ed in genere un ospedale, seppure piccolo, è a disposizione a pochi chilometri.

L'Euro Health Consumer Index, però, ha cominciato a misurare dal 2005 ciò che veramente interessa ai cittadini, i quali si chiedono: quando entro in ospedale che mi succede? Quanto devo aspettare per avere questa prestazione? Quali sono i miei diritti? Come faccio a scegliere le prestazioni? In questa indagine, il nostro Paese non solo non è mai stato ai primi posti, perché è partito dalla quindicesima posizione, ma, dopo la crisi finanziaria, è precipitato alla ventesima.

Che cosa si verifica quest'anno? Da quando l'Euro Health Consumer Index ha cominciato la sua attività, per la prima volta l'Italia è superata anche da alcuni paesi del Sud Europa. Le conclusioni di quest'anno sono molto categoriche: il presidente dell'Euro Health Consumer Index,

Bjornberg, un mio amico svedese che vive in Francia, sostiene che quest'ultimo rapporto sembra piantare il chiodo finale sulla bara dei servizi sanitari nazionali tipo Beveridge. Personalmente non condivido un'affermazione così categorica, ma la lezione, secondo Bjornberg, è chiara: è necessario mandare via i politici e i dilettanti (remove politicians and amateurs) dal sistema operativo decisionale del settore produttivo più complesso del mondo. A suo avviso, i modelli Beveridge in Paesi grandi come l'Italia, la Spagna, fortemente politicizzati, non hanno la possibilità di funzionare bene, funzionano solo in Paesi piccoli e ben gestiti, gli unici che figurano nella graduatoria dei primi dieci.

Il peggioramento dell'Italia nella graduatoria è legato sostanzialmente a tre fattori: i diritti dei pazienti all'informazione; il range di servizi che vengono offerti ai pazienti (ad esempio siamo penalizzati dalla mancanza dell'odontoiatria pubblica); alcuni aspetti legati alla misurazione delle prestazioni, non la loro qualità.

Come si fa a migliorare? Si deve mettere in atto anche in Italia una strategia per promuovere la trasparenza e la scelta informata dei consumatori e stimolare il miglioramento della qualità delle cure, aumentando la responsabilità degli erogatori rispetto all'offerta.

La definizione di un sistema di public reporting è stata codificata solo da pochi anni: sono dati resi pubblici, disponibili senza alcun pagamento ad un'audience larga, non solo agli addetti ai lavori, su una struttura sanitaria, su un processo o su un risultato. Lo sforzo necessario per



fornire questo tipo di risultato deve essere caratterizzato da standard di qualità o di uso delle risorse ben definito.

Non si tratta, quindi, della raccolta e divulgazione non sistematica dei giudizi che esprimono pazienti sulla qualità delle strutture sanitarie, come Trip Advisor, né della divulgazione di dati, la cui consultazione è soggetta al pagamento, come avviene per alcuni siti negli Stati Uniti. Non si tratta di una rendicontazione anonima, come per le informazioni di qualità associate ai livelli nazionali e regionali, ma di una strategia basata sulla rendicontazione sistematica e fondata su criteri scientifici dei livelli di qualità degli erogatori sanitari, resa gratuita e pubblica. Pur nelle difficoltà già segnalate, c'è alla base una metodologia scientifica, certo da perfezionare, volta a rafforzare la scelta informata

degli erogatori e la trasparenza del sistema, ad incentivare gli erogatori sanitari, a migliorare l'assistenza attraverso la comparazione e la parametrizzazione rispetto a determinati obiettivi, per stimolare il miglioramento di qualità.

Non è stato un processo veloce: è dagli anni '60 che, soprattutto in alcuni Paesi, si cominciano a rafforzare i diritti dei consumatori e dei cittadini e le organizzazioni sanitarie iniziano a misurarsi per migliorare, anche grazie all'introduzione di una cultura gestionale. Oggi tutto ciò viene sintetizzato attraverso il public reporting, che dovrebbe portare ad una scelta più informata, perché la pubblicazione di informazioni comparative (non di graduatorie) in cui il cittadino capisca qualcosa, rafforza la sua possibilità di decidere in modo consapevole. Ciò si trasferisce sia direttamente nella scelta per se stessi, sia indirettamente attraverso il passaggio di informazioni dei propri comportamenti selettivi ad amici e familiari.

Tutto questo determina un cambiamento organizzativo? È possibile che, quando le organizzazioni sanitarie sono informate sui loro standard qualitativi, si pongano in concorrenza le une con le altre e comincino ad intraprendere azioni di miglioramento, anche allo scopo di incrementare e mantenere la reputazione e l'immagine pubblica. Ciò avviene soprattutto nei sistemi, come il servizio sanitario inglese, in cui la competizione è regolata, in un sistema in larga parte pubblico e comune a finanziamento pubblico. In tal caso le pubblicazioni di infor-

diffusa nel panorama internazionale, è molto differenziato. Devo dire che probabilmente la cultura luterana a cui si accennava ha influito, perché sono soprattutto i Paesi anglosassoni che l'hanno abbracciato, Stati Uniti e Regno Unito da quasi due decenni, mentre in Europa sta cominciando ora a diffondersi in maniera abbastanza importante.

Esiste una serie di siti, che sono esattamente di public reporting: in Danimarca, il servizio sanitario nazionale; in Germania, con il modello assicurativo sociale, la Weise List, coprodotta proprio dai fondi assicurativi; in Olanda, dove c'è una compartecipazione pubblico-privato, un sito gestito dall'università di Utrecht, il NHS Choices, che registra ogni giorno 22 milioni di contatti.

Negli Stati Uniti, invece, c'è una vasta offerta non esattamente di quello che si può definire public reporting, ma d'informazioni raccolte da vari soggetti: dal governo, che si propone di comparare tutti gli ospedali erogatori di prestazioni per il servizio sanitario, che non è pubblico, ma in molti casi è finanziato a livello federale; dai datori di lavoro, persone come voi che in qualche modo si sono messe insieme per fornire informazioni; dalla Joint Commission, una organizzazione esterna, non governativa e non profit, che fa questo tipo di valutazioni; dai pazienti che si sono riuniti per diffondere un certo tipo di valutazioni dal loro punto di vista; da alcuni operatori di business, che offrono alcune informazioni gratis, ma per altre richiedono un pagamento, se, ad esempio, vuoi sapere esattamente dove si è laureato il medico vicino casa tua, quali specializzazioni ha, se è mai stato sanzionato, se è board certified, cioè se ha qualificazione e controllo superiori.

Esistono anche organizzazioni di carattere regionale, per esempio la Californian Care Foundation, in collaborazione con l'Università; c'è il National Committee for Quality Assurance, poi ci sono i giornali, i media. Sul numero speciale di US News, venduto in milioni di copie ogni anno, i policlinici universitari fanno a gara, perché c'è una graduatoria differenziata. Il John Hopkins ormai da anni è al primo posto.

Il web c'è anche in Italia ed i cittadini lo utilizzano, ma non trovano quello che cercano, nel senso che più della metà dei rispondenti ad un'indagine fatta dal Ministero della Salute dichiara che sarebbe importantissimo trovare sui siti internet informazioni riguardo ai livelli di qualità delle prestazioni assistenziali. Quelli che cercano di più in questa fase sono naturalmente i soggetti con un livello socio-economico medio-alto, ma l'invecchiamento della popolazione porta anche soggetti di età adulta, anziana, ad utilizzare internet e quindi è sicuro che nel prossimo futuro questa percentuale si eleverà.

Voglio raccontare un aneddoto: l'anno scorso, in grande segretezza, il Presidente Barroso e il Commissario Borg, hanno varato un indipendente panel per consigliare la Commissione europea, la quale ha varato due direttive importantissime che produrranno i loro effetti: la Direttiva sulla mobilità dei pazienti e quella sulla mobilità dei professionisti. La Commissione europea non aveva un Consiglio superiore di sanità, sostanzialmente operava con quelli che vengono definiti gli euro-burocrati. Per mettersi al riparo su scelte importanti, che riguardano la politica sanitaria, l'erogazione dei servizi, la farmaceutica, la sicurezza, ha fatto un bando con la nomina di dodici esperti, tra cui ho l'onore di essere anche io. Per i primi sei mesi la Commissione ha voluto che non informassimo nessuno, neppure i nostri nomi dovevano essere noti, per evitare l'intervento di lobbisti. In Italia ci hanno anche inibito di informare i governi. Il giorno dopo la riunione con Barroso a Bruxelles, tuttavia, ho ricevuto una lettera dalla European Federation Nurses: gli infermieri hanno inviato ad ognuno di noi, siamo dodici, complimenti ed auguri di buon lavoro... quindi le spie degli infermieri a Bruxelles hanno funzionato benissimo!

Da un mese abbiamo pubblicato i primi pareri: in Spagna, per esempio, se digitate su Google "Expert Panel on Health", vi appare il sito della Commissione europea perché dopo sei mesi abbiamo chiesto ed ot-



mazioni comparative sulle performances influenza la qualità complessiva del sistema sanitario, attraverso il meccanismo della public reputation.

Cominciano ad esserci evidenze scientifiche che questo metodo funziona, e dalle revisioni Cochrane risulta addirittura che sono state effettivamente attivate iniziative di miglioramento, quando abbiamo cominciato a pubblicare gli esiti. Abbiamo constatato che le informazioni di qualità aiutano i gestori a migliorare. L'evidenza suggerisce che alcuni miglioramenti sono stati concreti e certe ipotesi misurate dicono che in alcuni casi la misurazione ha portato ad una diminuzione della mortalità, quindi ha effetti importanti sugli outcome.

Lo stato dell'arte del public reporting, una pratica ormai largamente



tenuto che sia tutto pubblico - i nostri nomi, i pareri, i verbali delle nostre riunioni - perché crediamo che questo sia un patrimonio europeo e non debba essere nascosto.

Noi abbiamo pubblicato un parere che in Spagna ha avuto un effetto impressionante, basta guardare la rassegna stampa: la Commissione Europea mette in dubbio la redditività del modello Alzira, una grandissima società spagnola quotata in borsa, che ha rilevato tutto il servizio sanitario di Valencia e da anni lo gestisce. Ho scritto il capitolo sull'Italia, sostanzialmente positivo, e non mi ha "filato" nessuno! Consultate comunque il sito, perché non subito, ma nei prossimi due anni avrà importanti ricadute.

A Bruxelles, non ve lo nascondo, l'opinione che si ha degli italiani non è ottima. Un pannello che c'è a Bruxelles attribuisce il paradiso e l'inferno europeo, alla luce di tutti i pregi e dei difetti delle varie nazionalità. Nella versione semplificata, si dice: il paradiso europeo è dove la polizia è britannica, gli chef sono italiani, i meccanici tedeschi, gli amanti francesi e tutto è organizzato dagli svizzeri. L'inferno, invece, è quello in cui la polizia è tedesca, gli chef sono inglesi, i meccanici francesi, gli amanti svizzeri e tutto è organizzato dagli italiani.

Questo è l'atteggiamento che spesso mi circonda, al di là della stima personale.

Io ho studiato in Inghilterra, da quattro anni insegno all'università di Oxford che mi ha assegnato, per la prima volta ad un cittadino non inglese, la responsabilità dell'Oxford Handbook of Public Health. Su questo versante del public reporting avevo parlato con il vice ministro inglese, con Tim Kelsey, il creatore del NHS Choice, per realizzare questo sistema anche in Italia. Il vice ministro ha risposto: ve lo regaliamo. Abbiamo mostrato al ministro Fazio anche il rapporto di Euro Health Consumer Index, era informatissimo e ho cercato di coinvolgerlo, proponendo di fare qualcosa per difendere l'orgoglio nazionale su questo versante del public reporting, ma non successe niente.

Abbiamo ora realizzato questa iniziativa, che è sostanzialmente una traduzione di cose già presenti nel sistema informativo italiano. Quali sono le caratteristiche? La capacità di analizzare e integrare dati da fonti istituzionali e scientifiche accreditate. Perucci è stato un pioniere in questo campo, non dovevamo andare a cercare da nessuna parte i modelli di aggiustamento di rischio, le valutazioni, le correlazioni. Umberto Veronesi poi ci ha messo a disposizione una serie di dati con la sua fondazione. Ma il problema è soprattutto che, nel public reporting, la gente deve comprendere, mentre quando presenti questi dati

non capisce niente: non li capiscono gli addetti ai lavori, figuriamoci il cittadino che non ha nessun tipo di alfabetizzazione! Un sistema in cui i dati sono liberamente e semplicemente accessibili a tutti i cittadini, una

struttura comunicativa di facile lettura, invece, sono necessari per favorire consapevolezza e interattività

La comparazione è basata su due approcci, il confronto nazionale rispetto a standard nazionali e il confronto internazionale, con il rispetto di valori di riferimento riconosciuti e validati dalla comunità internazionale, perché, in una fase di mobilità internazionale che crescerà, abbiamo strutture di eccellenza che dobbiamo non solo far valere, ma comunicare, per fare concorrenza a quei Paesi che puntano sull'eccellenza.

Gli indicatori sono sostanzialmente di due grandi categorie: il volume, cioè, informazioni quantitative relative all'attività svolta rispetto al potenziale dell'offerta erogabile, dato che è collegato alla competenza, come l'evidenza scientifica conferma; l'esito, che è correlato al risultato del processo assistenziale e ad una modifica qualitativa del processo stesso. Qui si possono misurare l'efficacia, il raggiungimento del risultato, la sicurezza. A luglio sarò il rapporteur dei criteri di sicurezza dei pazienti che verranno standardizzati in tutta Europa (il rapporto verrà reso pubblico l'11 luglio). Su quei criteri verranno misurate le strutture, quindi anche la possibilità per un cittadino inglese di venirsi a curare in Italia o di un italiano di andarsi a curare in Germania, con tutto ciò che ne consegue in termini di finanziamento e di appropriatezza.

È nato un sito, che analizza alcuni problemi di salute da cui sono assillati milioni di italiani, in base a quindici parti del corpo, perché così vi può accedere anche un analfabeta che, partendo dal suo problema, può scegliere dove andare a curarsi, con una serie di indicazioni molto comprensibili perché la luce verde, gialla e rossa la capisce chiunque, come anche le quattro tacche del telefono, che indicano il meglio esistente in sede internazionale. Quando vai in un ospedale che ha il verde con quattro tacche a livello internazionale, sai dunque che stai andando a curarti in una struttura assolutamente eccellente.

Questo è un primo passo, che abbiamo finanziato con il mio gruppo di lavoro, venti persone, tutti giovani, poi ci siamo fermati anche per



rispetto al ministro Lorenzin, che stimo profondamente e con la quale sono in totale sintonia dal punto di vista dialettico, condividendo tutte le cose che

dice. Bisogna vedere se adesso quanto dice verrà fatto.

È un primo passo e mi fa molto piacere consolidarlo qui, perché credo che insieme possiamo, sia a livello nazionale che internazionale, fare molte cose, affinché il nostro sistema sanitario sia più trasparente, i cittadini abbiano una partecipazione più attiva e riusciamo a promuovere quei processi di cambiamento e di benchmarking organizzativo da parte di grandi imprenditori, che possono esercitare un ruolo importante, non solo a livello nazionale, ma anche internazionale.

Insegno all'Università Cattolica, e ho scelto di importare qualche elemento di luteranesimo, senza minimamente trasgredire alla nostra grande tradizione di Paese cattolico.

GABRIELE PELISSERO

Ciò di cui stiamo parlando è inconsueto per molti di noi, ma ricordiamoci che tutti siamo dentro queste banche dati, veniamo monitorati, possiamo essere esaminati da osservatori plurimi e per questo è importantissimo che conosciamo questa realtà. Le relazioni presentate finora dimostrano in modo inequivocabile che questa è la realtà di Paesi molto evoluti ed il futuro inevitabile anche del nostro.

Vorrei aggiungere un concetto sintetico: non c'è nessun imprenditore della sanità che non sappia leggere un bilancio, forse non dovrebbe esserci nessuno che non sappia entrare in una banca dati e osservare le proprie performance. È un tema sul quale dobbiamo lavorare tanto, ma non ci inventiamo niente, perché la realtà è già operativa.

Adesso avremo tre interventi, uno di Mario Saia, che ci parlerà dell'utilizzo di questi sistemi nella regione Veneto; poi due di noi, Sergio Crispino e Giulia De Leo, ci illustreranno riflessioni nate in ambiente AIOP, osservando e cominciando ad utilizzare questi strumenti, che credo siano molto importanti. Alla fine di questi interventi sentiremo lo studio del gruppo del professor Mannheim che ci presenterà un primo report sull'utilizzo da parte della popolazione. Infine, la voce dei media che deve raccordare questi temi con l'opinione pubblica.



MARIO SAIA

Responsabile Veneto Corridamento Controlli In Regione Veneto è da tempo che ci stiamo occupando della valutazione degli esiti, molte aziende sanitarie pubbliche ma anche private, si sono interessate a questo aspetto e abbiamo avuto modo di interfacciarci.

Si parla tanto di appropriatezza, questo problema è sicuramente alla base di tutto, come l'efficacia delle prestazioni. Dobbiamo dunque fornire necessariamente una normativa che preveda prestazioni appropriate.

Si pone poi anche il problema dell'economicità nell'impiego delle risorse, quindi da un lato l'efficienza, dall'altro l'efficacia. Tale questione è ripresa nel vecchio Decreto 502 in maniera assolutamente precisa, in quanto vi è previsto che cosa deve essere fornito o no dal SSN. Se dunque non c'è appropriatezza, se non c'è una dimostrazione di efficacia, queste prestazioni non dovrebbero essere fornite.

Si rientra così nel grande capitolo che riguarda l'efficacia degli interventi. Al riguardo, una serie di revisioni sistematiche ha dimostrato ampiamente che oltre il 50% delle prestazioni non sono basate su prove di efficacia. Inoltre le stesse prestazioni, gli stessi interventi, a causa di una serie di modificatori di effetto, possono rivelarsi anche inefficaci in specifiche situazioni organizzative. Questo aspetto è assolutamente problematico. A livello di singolo ospedale e anche di Regione, quindi di programmazione, le prove disponibili possono supportare le scelte di politica sanitaria? Il grado di incertezza è molto elevato.

Una caratteristica facilmente misurabile di tutti i processi è quella dei volumi di attività, che rientrano in tutte le valutazioni, essendo strettamente legati anche agli esiti finali. Per determinate prestazioni in particolare è quindi necessario raggiungere determinate soglie.

Esistono, però, nelle analisi anche effetti distorsivi, che sarebbe il caso di esaminare quando si parla non tanto di valutazione di esiti, ma di diffusione degli esiti. Ci stiamo riferendo alle prestazioni di una struttura, di un ospedale, di una unità operativa, del singolo operatore. Le differenze sono enormi. Ci sono procedure, come il bypass aortocoronarico dove l'esposizione più importante è quella del chirurgo, altre, come la gestione di un caso di infarto del miocardio, in cui sono coinvolti molti più attori, dal 118 al pronto soccorso, fino alla cardiologia.



Valutare è sempre difficile, ma ci serve per fare ragionamenti compiuti. Vanno considerati pertanto diversi fattori: la maturità della tecnologia, la specificità della stessa e, non ultimo, anche le curve di apprendimento quando viene introdotta una nuova tecnologia. Le valutazioni non possono essere immediate, ma devono sempre essere attentamente ponderate, con riflessioni supplementari.

I risultati vanno resi pubblici, gli errori non si nascondono, tutto questo deve costituire un momento di confronto diventando così una occasione imperdibile di crescita, sia a livello di struttura che a livello di singoli medici. E' necessario, quindi, presentare la propria casistica.

Per quanto riguarda il contesto, nel Veneto abbiamo cominciato da parecchio tempo ad occuparci di queste valutazioni di esito, riferendoci naturalmente ad un contesto nazionale. La legge 135, con la quale il Programma Nazionale Esiti è definitivamente uscito dalla fase sperimentale, rappresenta uno strumento di valutazione di tutte le performance.

Tale programma è basato fondamentalmente sul Sistema Informativo Ospedaliero, ovvero le schede di dimissione ospedaliera e l'anagrafe tributaria, ma tutti questi sistemi devono parlarsi per ottenere la totalità dei dati. Un altro passaggio molto importante è dunque la previsione di una modifica ed integrazione di tutti i sistemi informativi.

Le regioni hanno inoltre presentato al Ministero della Salute una proposta per l'introduzione di nuove variabili nelle schede di dimissione ospedaliera. Ciò è estremamente rilevante, anche perché costituisce la base per condurre una serie di valutazioni.

Per quanto riguarda sempre il contesto normativo, si parla del Programma Nazionale Esiti all'interno del portale per la trasparenza dei servizi per la salute. Si tratta di passaggi importanti che derivano dalla Conferenza Stato Regioni del 2013, ma solamente il 22 aprile 2014 è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale lo sblocco dei fondi per

poter costituire tutto su un fondo sanitario nazionale del 2011.

Nel Veneto quando si parla di volumi, si parla anche di esiti e di standard, facendo riferimenti precisi anche agli standard dei singoli operatori. Questa è la legge di Piano sociosanitario regionale.

Nel corso degli ultimi anni, a far data dal 2010, si è registrata l'attribuzione alle aziende di una serie di numerosi obiettivi, pesati in base alla necessità di raggiungere determinati obiettivi: sostenibilità economica, esiti delle cure, indicatori di outcome e anche di processo.

Un esempio, che faccio spesso, riguarda il trattamento della frattura di femore per soggetti ultra 65enni, che necessitano di un trattamento entro le 48 ore. Al riguardo è stata fissata una soglia del 60% e tra il 2011 e il 2012 si è evidenziata una importante riduzione in termini di variabilità della regione Veneto. Colgo anche l'occasione per anticiparvi i dati relativi al 2013, da cui risulta che abbiamo aumentato di un ulteriore 10% gli interventi praticati entro le 48 ore. Quindi il percorso sta sicuramente continuando anche nelle "eccellenze" (prendo le distanze da ogni classifica), aziende dove si supera anche il 90% degli interventi effettuati entro le 48 ore.

Un altro riferimento al Programma Nazionale Esiti riguarda la deliberazione del novembre scorso sull'adeguamento delle schede di valutazione ospedaliera, nella quale è precisato, in maniera chiarissima, come verrà utilizzato il Programma Nazionale Esiti per una serie di verifiche presso le aziende che non raggiungono i livelli indicati. Dove si evidenziasse delle criticità, questo è dunque lo strumento riconosciuto in ambito regionale.

Prendendo le distanze da ogni classifica, da ogni genere di valutazioni, come quelle che si vedono spesso anche sulla stampa, l'utilizzo di verifica ci serve anche per individuare possibili problematicità, ad esempio nella codifica delle SDO. Le valutazioni preliminari, inoltre, si fanno potendo già contare su un dato aggiustato e ciò facilita moltissimo il



rapporto, in particolare con i clinici. L'informazione ha chiaramente delle conseguenze, quindi, da un lato si tratta di valutazione degli esiti, dall'altro di diffusione degli stessi. Le cose non sono assolutamente facili, perché si nota comunque un proliferare importante di siti web e c'è il rischio di un danno di immagine, anche piuttosto forte, sia per la struttura che per i singoli operatori. Questa informazione poi può avere anche un impatto sulla programmazione difficilmente gestibile, anche perché è difficilmente controllabile: potrebbero essere abbandonati ospedali piccoli per i quali sono stati presentati dati perfettibili a favore di altri ospedali. Ciò causerebbe anche un intasamento dei servizi e una diversa percezione della qualità da parte dell'utenza. Resta comunque sempre il problema dell'asimmetria informativa, che è anche più forte in caso di urgenza.

In conclusione, aspettiamo tutti con estremo interesse il portale della trasparenza, ma è proprio necessario che vengano diffusi dati certi, facilmente interpretabili da tutte le fasce della popolazione. Ben vengano, quindi, le valutazioni di esito, ma devono

produrre dati sicuri, comprensibili per tutti, senza alimentare o acuire le asimmetrie informative esistenti.

GABRIELE PELISSERO

Sergio Crispino, presidente di AIOP Campania, ci presenta ora un primo report nato in ambiente AIOP di utilizzo, osservazioni e criticità di questi sistemi di valutazione, un'esperienza particolarmente interessante per noi.



SERGIO CRISPINO

Presidente Aiop Campania

Quello che presento è il tentativo di illustrare l'inizio delle valutazioni e delle verifiche fatte all'interno di alcune sedi associative, come la Campania, sull'utilizzo del dato mostrato dal web. Sostanzialmente abbiamo voluto rappresentare il sistema che percepiamo e che ci espone, soprattutto per cogliere l'occasione di fare un appello a coloro i quali - come AGENAS e "dovecomemicro.it" - gestiscono dati e li pubblicano, in collaborazione con le sedi che gestiscono i

dati prodotti dagli erogatori. La collaborazione è bivalente, nel senso della maggiore comprensione sia dei fenomeni esposti da parte delle società che li pubblicano, sia della collocazione di chi ha erogato la prestazione da parte delle stesse agenzie o società che gestiscono i dati. Siamo d'accordo, ovviamente, che lo spirito sia di non creare classifiche da parte di AGENAS, ma semplicemente di offrire spunti di riflessione per migliorare anche le organizzazioni con cui si erogano le prestazioni.

Purtroppo il tipo di comunicazione ha prodotto alcune distorsioni, attraverso la pubblicazione sui giornali di ciò che la stampa recepisce e quindi trasmette al pubblico.

Ovviamente noi siamo vittime di questi report giornalistici e vorremmo capire fino a che punto siamo realmente colpevoli di un deficit di efficacia, di efficienza, oppure se esiste qualche fenomeno distorsivo sia nella compilazione dei dati SDO, di cui sappiamo molto perché li compiliamo noi, sia nella trasmissione dei dati attraverso le regioni di cui non sappiamo nulla. Si dovrebbe, quindi, favorire la comunicazione fra chi eroga e chi gestisce il dato.

Abbiamo colto, tra l'altro, alcuni errori di codifica, che vorremmo avere la possibilità di segnalare, perché, ad esempio, fra le migliori strutture in campo pneumologico figurano strutture che non fanno pneumologia per acuti.

Possiamo valutare i fenomeni attraverso diverse variabili - come per esempio il numero di casi e il tasso aggiustato di mortalità - le quali hanno tutte una dignità. Abbiamo pensato anche all'aggregazione di strutture più o meno omogenee, per avere un significato congruente con il loro ruolo e le loro vocazioni, prendendo in considerazione se una struttura è sede di pronto soccorso, se all'interno della sua organizzazione funzionale c'è la specifica patologia cui si riferisce la lettura di un indicatore, a quale livello del percorso del protocollo diagnostico-terapeutico viene intercettato dal paziente, ecc.

Abbiamo analizzato il caso dell'IMA, mortalità a trenta giorni pubblicata su "Il Sole 24 Ore", abbiamo preso l'elencazione dal Programma Nazionale Esiti, quindi i primi venti casi per tasso aggiustato, abbiamo verificato che l'elenco è lo stesso di "dovecomemicro.it". Poi abbiamo fatto alcune ricerche, non solo per la Campania, ma anche su Gallipoli. Al riguardo è da prendere in considerazione anche il problema organizzativo, perché non possiamo avere ventuno sistemi sanitari organizzati in maniera differente. Abbiamo poi riordinato i dati per numero di casi, colorando in verde quanti rientrano nella media nazionale del tasso aggiustato. Abbiamo verificato quindi il risultato in cui, per esempio, l'ospedale universitario di Parma scivolava in giù nelle classifiche, ma, se ordinato per casi, diventava primo con un numero di casi otto volte superiore al primo della precedente lista.

Abbiamo perciò concluso: perché non considerare anche la casistica insieme agli altri aspetti? Chi ha un problema cardiaco e va presso una struttura, non chiede uno specifico servizio, ma semplicemente che gli si salvi la vita. Dobbiamo però verificare se, nella struttura che lo ha accolto c'era un pronto soccorso, una cardiologia o una cardiocirurgia e che cosa è stato fatto. Controlliamo anche a che punto del protocollo diagnostico-terapeutico per l'infarto miocardico acuto è stato intercettato il paziente e come la struttura intercetta i pazienti, se non è agganciata ad una rete I 18, conosciamone la qualità. Ci possono essere soggetti, strutture accreditate e non, che hanno accolto in massima parte pazienti in fase di stabilizzazione e di conseguenza hanno un tasso di mortalità molto basso, altre assumono la fase della criticità all'inizio del protocollo diagnostico terapeutico e forse hanno un livello di criticità superiore.

Il fenomeno si ripete anche nell'ictus. Abbiamo valutato alcuni casi negativi, prendendo tre strutture che mostrano un elevatissimo tasso di mortalità, molto oltre la media. Ci siamo poi chiesti quale fosse l'organizzazione funzionale di quelle strutture, per capire quanto fosse negativo quel fenomeno e quanto dipendesse dall'organizzazione sanitaria. E' fondamentale, dunque, la contestualizzazione del dove vengono erogate alcune prestazioni.

Il risultato dell'analisi è stato che il presidio segnato in verde ha sia il pronto soccorso che la neurologia, gli altri due, evidenziati in giallo, hanno il pronto soccorso, ma non hanno il reparto di neurologia. Questo dato è significativo sia a livello organizzativo, sia per indirizzare

pazienti. Per tornare alle valutazioni nell'ambito della casistica, perché non abbiamo verificato anche il peso delle prestazioni riconducibili all'IMA? Anche qui, la complessità è un elemento molto importante e fa capire perché si rilevano certi tassi, aggiustati e non, di mortalità.

In Campania, per esempio, operano due strutture: la prima ha una complessità media, un peso medio di 1,8 e figura all'interno del panel dell'AGENAS; la seconda registra un numero molto minore di casi, quindi scende di graduatoria e ha un tasso aggiustato fuori della media nazionale, ma con un di peso medio di case mix pari a 2,9.

Ci sono solo cinque strutture in Campania che fanno alta specialità di cardiocirurgia, erogano complessivamente quasi il 10% di tutta la produzione, solo due sono agganciate alla rete di emergenza. Questo probabilmente è un difetto organizzativo, perché da un lato non obbliga la struttura ad avere una serie di organizzazioni, dall'altro rappresenta un problema per il paziente perché non viene portato all'inizio del protocollo, pur esprimendo le strutture un elevato livello di complessità.

Abbiamo poi preso tutte le strutture pubbliche, private e religiose, riconducibili all'indicatore IMA, abbiamo tracciato uno sbarramento sul tasso aggiustato sul numero dei casi a 170 e sul peso medio a 1,75. Abbiamo visto un risultato abbastanza contraddittorio, vale a dire che ci sono strutture in fondo alla classifica del tasso aggiustato. L'azienda Cardarelli sarebbe prima per numero di casi e, comunque, con un peso medio all'interno dello sbarramento di 1,75, ritenuto un peso medio significativo per le prestazioni. Altre strutture invece restano sempre al di sotto dello sbarramento. Questo che cosa indica? Forse anche l'osservazione dei fenomeni non può avere un'unica lettura e una struttura, sia pur divisa per patologie, deve essere inserita forse in più liste. Gli indicatori ai quali dobbiamo fare riferimento devono essere una pluralità, ne ho indicati alcuni, ma se ne potrebbero trovare degli altri condividendoli, proprio per l'osservazione dei fenomeni.

Un ulteriore sforzo, infine, va sicuramente nella direzione di contestualizzare il dato rispetto alle organizzazioni locali, nell'ottica di una collaborazione che faccia scaturire dal dato indicazioni per i governi locali, anche per il tramite delle organizzazioni associative che sono istituzionalmente preposte al dialogo con le istituzioni. Tutto ciò per una migliore organizzazione del servizio sanitario locale, in coerenza con un servizio sanitario unico a livello nazionale.

GABRIELE PELISSERO

Grazie Sergio, è molto interessante, al di là del contenuto specifico e delle proposte, questo sforzo e questo impegno della nostra sezione regionale della Campania di entrare nel meccanismo. Sottolineo molto tale aspetto, perché credo che nei prossimi tempi dovremo porci seriamente il problema, come associazione, di aiutare tutta la nostra rete ad entrare in modo diverso in queste problematiche.

Oggi siamo agli esordi nell'utilizzo di questi sistemi, ma certamente le informazioni, quando sono prodotte, poi esistono e vengono utilizzate. La preoccupazione per le sintesi mediatiche approssimative, ma soprattutto la scelta tra fare graduatorie oppure utilizzare questi strumenti per migliorare la qualità sono snodi centrali, che richiedono una elaborazione da parte della nostra associazione e forse anche un investimento in un progetto generale che ci accomuni tutti.

Abbiamo ancora un altro intervento AIOP. Giulia De Leo, ci mostrerà come nella nostra rete di aziende comincia a svilupparsi l'attenzione, l'utilizzo e la riflessione sulle criticità di questi strumenti valutativi, che iniziano ad apparire in tutta la loro importanza.



GIULIA DE LEO

Vice presidente nazionale AioP Giovani

Ringrazio il professor Pelissero per avermi invitato.

Sostanzialmente partiamo da un punto basso per tutti noi: il dato è fondamentale per noi imprenditori, ma anche per le nostre istituzioni, al fine di una buona programmazione delle nostre attività imprenditoriali.

I problemi sostanziali che abbiamo comunque affrontato questa mattina, la base delle analisi dei dati sono la codifica, il recepimento e appunto l'analisi, ma il problema fon-

damentale è come vengono gestiti i dati, anche in relazione a problematiche scientifiche e politiche.

Riguardo al trasferimento dei dati, va rilevato che i dati li produciamo noi nelle nostre Case di cura, gli ospedali pubblici e vengono trasferiti dalle ASL alle Regioni e poi al Ministero. In uno studio, che ho approfondito in questo ultimo periodo, il dato viene trasferito mediante file



ASCII, ma non sappiamo se questo dato e questo formato viene mantenuto tale, quando arriva al Ministero. Quindi come imprenditori ci domandiamo: ma il dato che produciamo arriva ai nostri decisori, come l'abbiamo prodotto? Viene analizzato in forma corretta?

Noi che siamo portatori di interesse dobbiamo porci comunque alcune domande, dobbiamo compiere le nostre analisi. Anche i cittadini, poi vedremo come, dovranno analizzare i dati, se potranno. Questo trasferimento di dati può avvenire all'infinito.

I dati per noi sono una parte importante soprattutto a sostegno delle nostre azioni come imprenditori, ma anche delle istituzioni. La conoscenza è fondamentale per le informazioni non solo che noi possiamo fornire, ma anche che le istituzioni possono dare a noi.

Elementi essenziali sono: la qualità, la sistematicità, la continuità e la coerenza dei dati. Questi sono i quattro pilastri fondanti della qualità di un dato. Il dato prodotto in sanità, tuttavia, può avere due punti di criticità importanti: la scarsa disponibilità (anche noi quando vogliamo andare ad analizzare i nostri dati, osserviamo che non sono sempre tutti riscontrabili e misurabili) e la mancanza di tempestività.

Sostanzialmente il problema è la trasmissione dei dati. Nel sito del Ministero potete leggere che il confronto tra dati relativi a diversi anni può risentire di un diverso grado di completezza, ma questo fatto dipende da noi che li produciamo o da come vengono analizzati? Allora io comincio a fare alcune proposte, ma anche a suscitare dubbi. Perché noi dobbiamo trasferire i dati? Perché non possiamo mutuare anche con le istituzioni un portale dove comunque il dato lo produciamo noi e quindi lo trasferiamo? Ovviamente, l'inizio di una nuova attività può comportare problematiche di analisi.

Oltre a noi imprenditori ed al Ministero c'è un altro protagonista, il cittadino, il quale ad oggi è informato, perché la scienza dell'empowerment del cittadino stesso lo sta formando a poter conoscere, analizzare e valutare coscientemente che cosa è un dato scientifico, ma anche numerico, che viene prodotto dal sistema sanitario nazionale e da noi imprenditori.

Che cosa comunicano sostanzialmente questi dati al cittadino? La lettura del dato può ingenerare delle problematiche? Questo è il target, l'obiettivo che dobbiamo raggiungere, per capire che cosa i dati devono comunicare. Ci siamo mai chiesti quando il cittadino, quindi il nostro cliente/paziente, arriva nelle nostre strutture, che cosa si è do-

mandato prima di entrare nelle nostre Case di cura? Chi e dove mi curano meglio è la domanda che anche noi come cittadini ci saremmo comunque posti.

Qual è il miglior modo per trasmettere il dato? Cito il professor Ricciardi, il quale ha già svolto questa importante ricerca. Esiste un sistema di sorveglianza? Chi è autorizzato alla divulgazione del dato e a come pubblicarlo? Abbiamo visto esempi sulla carta stampata ma anche in Internet dove il dato viene trasferito in maniera cruda, ma non tutti coloro che lo leggono nei vari articoli di giornale, nei siti Internet, sono preparati a cogliere l'essenza del dato.

Ci siamo mai posti come imprenditori, di fronte alle problematiche e criticità, che questa divulgazione del dato può ingenerare? Vi faccio l'esempio dell'informazione sui vaccini, in merito a cui stata fatta un'interessantissima relazione in cui vengono individuati alcuni focus molto importanti sulla genesi delle informazioni e dei risultati, che ha prodotto questa cattiva informazione. Una informazione non corretta, inerente a questo argomento, ha influenzato anche la programmazione sanitaria e tutta la comunità, potendo creare disastri a livello di epidemiologia italiana e ripercuotersi poi non solo all'interno dell'Italia, ma anche dei Paesi confinanti. Questa cattiva gestione del dato può, dunque, ingenerare problematiche a livello epidemiologico, ma nel nostro caso anche nell'erogazione dei servizi.

Entriamo nel merito di questa analisi. Come mai mi sono interessata a questo argomento? È stato presentato il sito "dovecomemicuro.it", ovviamente noi della Casa di Cura Villa Fiorita, la mia, siamo andati a vedere come eravamo posizionati all'interno del sito. Abbiamo trovato un bel rosso e abbiamo iniziato un'analisi in maniera critica ma anche formativa, perché volevamo capire dove era l'errore.

La Casa di Cura Villa Fiorita nel 2011-2012 ha registrato 425 casi di reintervento di artroscopia del ginocchio entro sei mesi. Questo dato da che cosa è stato generato? La Casa di Cura Villa Fiorita trasferisce alla ASL e poi alla Regione 371 casi e non 425 di artroscopia di ginocchio, analisi fatta personalmente anche dalla mia equipe, su 371 abbiamo trovato un unico caso di reintervento dopo sei mesi. Tutti questi interventi trasferiti sono invece artroscopia di ginocchio tradizionali. Mi sono domandata da che cosa è generato questo numero, 425, nel sito di AGENAS e, partendo dal 2007, non ho trovato nessun riscontro che riportasse a quel numero puro, 425. Nel 2011-2012, come siamo





stati valutati nell'analisi delle SDO? Nel 2011 avevamo una percentuale di accettabilità del 100%, però il 2011 non era commisurabile e paragonabile al 2012, perché abbiamo avuto una percentuale di non accettabilità del 43,33%. Allora i casi sono due: o io ho cambiato il personale che analizza le SDO e le compila, o c'è stato un problema che non era controllato da noi della Casa di cura. Il problema era sostanzialmente questo: la Regione aveva emanato una check-list che non aveva nessuna base scientifica e per le squadre di valutazione delle SDO era facoltativa, perché si trattava solo di una condivisione del gruppo di valutazione che è venuto nella mia Casa di cura ad esaminare le SDO. L'adozione della check-list non era stata condivisa con la direzione sanitaria, anche se noi abbiamo un nostro rappresentante all'interno di questo gruppo di valutazione delle SDO a livello regionale. Il nostro rappresentante, però, non aveva ritenuto opportuno informarci, perché comunque si trattava di un aspetto essenzialmente facoltativo.

Tornando all'analisi generale del dato, un elemento fondamentale da considerare è la complessità della casistica. Noi non abbiamo riperato le nostre artroscopie dopo sei mesi, ma la problematica potrebbe anche essere stata generata dal fatto che nella valutazione non si sia tenuto conto che prima veniva operata la gamba destra e poi la sinistra, quindi potrebbe esserci stata anche questo errore di analisi. Nell'analisi comunque generale di AGENAS e del Ministero era poi da prendere in considerazione anche un discorso sulle caratteristiche geografiche del territorio e le densità della popolazione. Quindi, le migrazioni sanitarie.

Nell'analisi che abbiamo svolto, all'interno della ricerca che ha portato a capire l'origine del dato 425, c'erano questi aspetti fondamentali per noi imprenditori della sanità. Inoltre, nelle valutazioni non si tiene conto del fatto che nelle nostre Case di cura ci sono operatori, che poi possono andare ad operare in altre Case di cura o altri ospedali, e quindi non si tiene conto della casistica, che è la somma di tante casistiche di tanti operatori.

Altro importante indice, che potrebbe essere anche di correzione dell'analisi, è il fatto che le nostre case di Cura sostanzialmente beneficiano o "maleficano" del budget storico assegnato loro dalle regioni e, quindi, non lavorano in regime di totale apertura, di totale libera scel-

ta del cittadino. Nella mia struttura il 50% del budget della Regione deve essere destinato all'attività ortopedica e il resto suddiviso per tutte le altre attività autorizzate. Il budget regionale assegnato, non libero, è dunque un indice di correzione che potrebbe essere preso in considerazione.

Resta ancora da considerare l'aspetto della mobilità ospedaliera, frontaliere direi. Nella mia regione, l'Umbria, subisco mobilità ospedaliera, perché nel momento in cui finisco il budget, l'operatore che lavora nella mia struttura va comunque nelle regioni frontaliere, anche per facilità di vicinanza, e completa le sue attività in altre strutture. Il dato della mia casistica non è solo una valutazione della mia Casa di cura, ma anche degli operatori che all'interno della struttura erogano le loro prestazioni.

Un obiettivo strategico che noi imprenditori potremmo cogliere tutti insieme è quello di rendere le strutture sanitarie un punto di riferimento certo per il cittadino, attraverso una buona informazione. In primo luogo, dobbiamo chiederci, prima di divulgare i dati e prima di trasferirli, che cosa comunicano i dati stesso. Dovremmo anzitutto perseguire l'obiettivo di avere un accesso facile all'informazione, creando le condizioni affinché essa faccia sì che noi miglioriamo nell'erogazione dei nostri servizi e il cittadino sia facilitato ad avere una conoscenza certa delle attività e dell'erogazione del servizio di cui beneficerà.

Non dobbiamo mai perdere di vista chi è il protagonista della giornata di oggi, per noi è il dato e noi siamo solo dei comprimari, perché AIOP, AGENAS, il Ministero, devono comunque avere sempre presente il protagonista assoluto, il dato appunto.

AIOP, in questa giornata e poi anche nel prossimo futuro, dovrà essere il formatore, il soggetto che insegnerà a noi imprenditori, cercando di portare avanti un discorso di educazione su come trasferire e comunicare i dati. Oggi potrebbe essere, dunque, un buon punto di partenza perché potremmo prendere coscienza del fatto che ci dobbiamo formare su come divulgare i dati, ma soprattutto come comunicarli.

Sarebbe anche importante come imprenditori darci un'opportunità di creare, insieme con le istituzioni, linee guida armonizzate, affinché le nostre attività e l'erogazione dei servizi abbiano una base scientifica certa, anche in riferimento a ciò che si dovrebbe comunicare.

Sarebbe importante soprattutto identificare gli indicatori che ci rappresentino nel panorama scientifico e, comunque, nel Sistema Sanitario Nazionale, come protagonisti a tutto tondo delle attività sanitarie.

GABRIELE PELISSERO

Grazie Giulia. Questi sono proprio i temi e, soprattutto, le domande che ci dobbiamo porre all'interno della nostra associazione su come relazionarsi con questi nuovi sistemi di valutazione, a cui abbiamo voluto dedicare questa mattinata di riflessione.

Finora abbiamo considerato la struttura, le caratteristiche, le opportunità e le criticità dei sistemi di valutazione esistenti e di quelli pensabili, ma l'uso è certamente un grande problema. Molti relatori si sono chiesti quale sia il terminale di tutta questa attività nella popolazione ed è una domanda complessa

Stante anche la novità della materia, abbiamo pensato di cominciare a tentare di esplorare il livello di conoscenza e di attenzione dei possibili destinatari al di là dell'AIOP, che si sta interessando e mi sembra molto attivamente a questa problematica. Abbiamo chiesto al professor Mannheim e al suo istituto di fare una prima ricognizione di questi sistemi, soprattutto del programma di valutazione degli esiti di AGE-NAS, che è attivo ormai da quattro anni ed è arrivato ai destinatari più importanti, anche ai cittadini e ai medici distribuiti sul territorio. Forse a questa prima domanda importante possiamo cominciare a dare una risposta attraverso una valutazione scientifica e non semplicemente delle sensazioni. È venuto il momento di ascoltare da Renato Mannheim un primo studio in materia.

RENATO MANNHEIMER

ISPO ricerche

Ringrazio il Presidente e l'AIOP di avermi invitato e avermi dato l'occasione di fare una ricerca per me molto nuova e affascinante. Complimenti anche all'Associazione, perché ci vuole coraggio intellettuale per guardare alla novità dei sistemi di valutazione.

GABRIELE PELISSERO

Molte grazie professor Mannheim. Credo che questi risultati - interessantissimi e molto importanti perché è la prima volta che in Italia si fa una valutazione scientifica di questi temi - siano utili a tutti: certamente a noi, che su questa materia continueremo a lavorare, ma anche ai decisori per qualche riflessione approfondita, a partire dagli atti del convegno che pubblicheremo come sempre.

Abbiamo ancora l'intervento del direttore del Gazzettino, Roberto Papetti, che si trova nella condizione di rappresentare autorevolmente il mondo dei media.



ROBERTO PAPETTI

Direttore "Il Gazzettino"

Anzitutto ringrazio per avermi dato la possibilità di avvicinarmi a una realtà che francamente non conoscevo. Un celeberrimo giornalista, nonché direttore di giornale, quando un suo redattore, a cui era stato chiesto di occuparsi di una materia a lui sconosciuta, gli ha confessato di essere all'oscuro di tutto, ha risposto: "Non preoccuparti, un bravo giornalista è quello che sa spiegare agli altri quello che lui stesso

non sa o non ha capito bene." Da questo punto di vista sono nella condizione ideale! Questo vi spiegherà anche come mai sui giornali ogni tanto appaiono cose che non vi convincono molto.

Parto da un'affermazione di Renato Mannheim, che credo sia assolutamente vera: se noi ci ritrovassimo fra cinque anni per valutare il grado di conoscenza di questi criteri di valutazione e di diffusione di queste classifiche, i dati sarebbero sensibilmente diversi da quelli che oggi conosciamo e rilevano una scarsa conoscenza tra la popolazione e persino tra i medici. Ciò rende particolarmente attuale il dibattito che avete deciso di sviluppare al vostro interno.

In realtà, credo ci siano almeno quattro ragioni, che giustificano una forte attenzione nei confronti di questo tipo di informazione. Il professor Perucci ha insistito molto sul tema della asimmetria informativa, il che è assolutamente vero: i medici, gli operatori sanitari sono por-

**PER L'INTERVENTO
DEL PROF. MANNHEIMER
SI RIMANDA A PAG. 28**



tatori di competenze, di possibili soluzioni, i cittadini, i pazienti, i lettori dei giornali, nella maggior parte dei casi, sono semplicemente portatori di una domanda di guarigione. Bisogna, però, tenere conto del fatto che, nel corso di questi anni, si è verificato un fenomeno - che ha coinvolto anche i professori scolastici, i giornalisti e altre categorie - riguardo al rapporto tra medico, struttura ospedaliera e paziente. È vero che esiste questa asimmetria, ma non viene più accettata. Il paziente, il cittadino, vuole essere consapevole, protagonista delle scelte. Gli stessi giornalisti una volta erano abituati a distillare sulla carta stampata le loro certezze, scrivevano il pezzo e quella era la verità. È arrivato Internet, l'articolo viene messo sul sito on line e questo dà immediatamente al lettore la possibilità di commentarlo e criticarlo, determinando un cambiamento radicale nel rapporto tra i due soggetti. Lo stesso fenomeno si sta verificando anche nel rapporto tra medico, struttura ospedaliera e paziente. Inevitabilmente crescerà



una domanda di informazione, e allora il problema diventa ovviamente come dare le informazioni.

Un altro fattore da considerare è che Internet dà la possibilità a moltissime persone di accedere rapidamente e gratuitamente ad una quantità di informazioni che fino a poco tempo fa erano assolutamente inaccessibili.

C'è un terzo elemento che riguarda le dinamiche del mondo della comunicazione. È stata citata la cultura calvinista, quindi l'attenzione alla meritocrazia, all'etica delle responsabilità, ma c'è un altro aspetto che importiamo dal mondo anglosassone, in particolare dagli Stati Uniti e ha contaminato progressivamente anche i nostri media a tutti i livelli, cartacei, on line, televisivi: la passione del sistema statunitense per il sistema della comunicazione, per la semplificazione. Se acquistate le riviste di qualsiasi genere, dal turismo all'informatica, le copertine, soprattutto dei rotocalchi americani, hanno spesso come titolo le dieci spiagge migliori, le cinquanta auto più belle, i quaranta sistemi informatici che funzionano meglio. Sulle classifiche delle università, che per certi aspetti hanno problemi molto simili a quelli che state affrontando, ci sono società che hanno creato la loro ricchezza. US News, una sorta di Panorama italiano, realizza gran parte dei suoi utili per il numero speciale sugli ospedali e sull'università.

Questa tendenza massiccia è un dato caratteristico del sistema dei

media statunitensi e progressivamente si è diffuso anche in Europa, nei settori a minore complessità. Ormai anche da noi, tuttavia, si fanno le classifiche sui migliori atenei, i migliori master, le migliori università, e progressivamente questa tendenza arriverà anche nel vostro settore, perché è una dinamica inarrestabile.

Tutte queste informazioni valgono oro dal punto di vista del business della comunicazione. Qualche anno fa, lavoravo in uno dei principali giornali italiani, in cui si valutavano settimanalmente le notizie con il più alto indice di lettura, tramite un panel costante di lettori, a cui venivano sottoposti una serie di servizi per capire che cosa gradiva maggiormente il pubblico. Erano dati che venivano condivisi dai capi settori e dalla direzione e non venivano messi a disposizione di tutto il corpo del giornale, perché ciò avrebbe causato crisi di identità soprattutto per alcune grandi firme. Mentre era certo, infatti, che sul principale giornale della borghesia lombarda i temi del Sud ottenevano un



gradimento bassissimo, anche se l'autore dell'editoriale era una delle più grandi firme del giornale, RC auto e sanità erano sempre al massimo livello di gradimento. L'attenzione era elevatissima, e del resto non è casuale che, per esempio, un giornale regionale come Il Gazzettino si occupi di sanità molto spesso, essendo la sanità l'attività principale delle regioni.

È giustissimo dire che i sistemi di valutazione non devono diventare classifiche, non possono servire per elaborare una sorta di Gambero Rosso delle strutture ospedaliere. Credo, però, che il discorso vada rovesciato: c'è una domanda di informazione che va in una direzione a cui gli operatori devono porsi il problema di dare una risposta, altrimenti, fra cinque anni, vi troverete qui a far vedere non un articolo di Repubblica o del Corriere della Sera, ma l'inserito speciale che questi giornali fanno ogni sei mesi sui migliori ospedali. Vi troverete a fare i conti con questo tipo di informazione attraverso i quotidiani.

Il problema, perciò, oggettivamente esiste. Ho ascoltato con grande interesse la relazioni, in cui si è cercato di indicare anche un percorso per affrontare questo problema, logicamente dal vostro punto di vista. Mi permetto di dare un suggerimento: voi avete una serie di informazioni e state ragionando intorno alla individuazione dei criteri più giusti, più omogenei, più corretti per stilare i sistemi di valutazione. Secondo me dovrete tenere conto di un altro aspetto: che cosa chie-

de il mondo della comunicazione? Il mondo della comunicazione ha una tendenza alla semplificazione, che di per sé è un fatto positivo, ma un confine molto labile la separa dalla banalizzazione, che invece è proprio il pericolo da evitare.

Se mi è permesso darvi un contributo, il problema, a mio parere, è non solo quali siano le informazioni giuste da dare, i criteri più corretti da usare per evitare le difformità, ma anche quali siano le informazioni che il mondo della comunicazione chiede ed è giusto dare ad un pubblico indifferenziato. Prima è stato ricordato che non tutti sono preparati, ma questa è la condizione base di tutto quanto scriviamo sui giornali. Il lettore di un quotidiano, generalista o popolare, non è certo preparato su tutto. Se parliamo di politica estera non è che il lettore abbia gli strumenti culturali per capire tutto quello che noi scriviamo e ciò vale, a maggior ragione, per settori, come il vostro, dove c'è un elevato livello di complessità. Anche questo è un elemento di cui tenere conto.

ora. Dategli, quindi, la giusta importanza, perché gli strumenti di comunicazione sono molti. Non lo dico per difesa della categoria, ma i giornalisti fanno più o meno il loro mestiere e il loro dovere, il problema è il tipo di informazioni che si mettono a loro disposizione ed è su questo punto che bisogna lavorare.

Prima ho citato le classifiche delle università, un mondo complesso e articolato, ma molto meno del vostro, che si è trovato già da venti anni ormai a fare i conti con questo sistema delle classifiche. Ogni volta che noi pubblichiamo queste classifiche (ce ne sono alcune considerate più autorevoli, altre un po' meno, ma comunque significative) si scatenano polemiche, anche attraverso spiegazioni assolutamente logiche e coerenti. Ciò non toglie, tuttavia, che la classifica in una certa misura faccia testo, soprattutto nel mondo anglosassone, ed orienti poi i flussi di iscrizione ad alcune università rispetto ad altre.

Il mondo delle strutture ospedaliere è più articolato, diverso il ruolo



Se una rivista, ad esempio Focus, ha un pubblico con una attitudine ad affrontare determinate questioni, capace di maneggiare un certo tipo di linguaggio, avrà un approccio oggettivamente diverso. Dal vostro punto di vista se Focus, che pure è una rivista molto diffusa, fa una classifica di questo genere, non altera, tuttavia, nella sostanza la percezione delle vostre realtà nella grande opinione pubblica. Diverso è se invece se ne occupano le televisioni e i quotidiani. Questi sono gli orizzonti di attesa che dovete avere presenti nella vostra attività.

È in corso un processo inarrestabile che porta il cittadino a rivolgere alle strutture ospedaliere, al mondo della sanità nel suo complesso, una domanda di maggiore informazione e coinvolgimento. A questa domanda sul piano informativo non si può semplicemente rispondere, dicendo che i sistemi di valutazione sono utili solo per gli operatori. Anche se ciò è oggettivamente vero, non basta: bisogna porsi il problema di dare una risposta adeguata, tenendo conto che voi avete le informazioni, ma c'è qualcuno che le vuole, bisogna quindi trovare il modo corretto per fornirle in modo non scientifico, perché questo credo sia impossibile, ma sufficientemente corretto perché non squilibri i veri rapporti di valore delle vostre attività.

A maggior ragione mi sembra positiva la proposta di un comitato scientifico che elabori delle proposte, senza dimenticare che i giornali, i quotidiani in particolare, escono una volta al giorno, vivono qualche

dei soggetti intermedi, quindi dei medici, chiamati a svolgere una funzione importantissima. Credo nondimeno che la prospettiva sia quella delle classifiche.

Noi abbiamo un sistema sanitario nato nel '78 dove, soprattutto nel Veneto, avevamo un ospedale in ogni campanile, il medico non veniva messo in discussione, si dava per scontato che avere l'ospedale vicino alla propria casa fosse un valore. Se andate a rileggere la 833, all'art. 27, non è nemmeno vero che era prevista la libera circolazione del cittadino. L'organizzazione della sanità in Italia, strutturata per unità socio-sanitarie locali, per medici di medicina generale, non comportava la possibilità di scelta. Tutta l'organizzazione è stata fatta perché si aderisse ai criteri, che lo Stato, la Regione avevano messo a disposizione, non era previsto che i sistemi sanitari e i medici venissero valutati.

In tutti gli altri settori opera il mercato: se un giornale non vende, si cambia il direttore; se un'azienda non funziona, si cambia il management, oppure si fabbricano altri prodotti. In sanità questo non è possibile.

Quando è successo che i cittadini del Sud, non gradendo i servizi sanitari offerti dai loro ospedali, sono andati al Nord, in particolare in Lombardia – per il valore di 1,5 miliardi di fatturato di prestazioni sanitarie - in qualsiasi mercato normale alcuni ospedali, che non hanno curato bene i propri cittadini, sarebbero stati chiusi. Invece sono ri-

masti aperti, sia pur vuoti, sono stati pagati gli stipendi, e così le regioni del Sud sono andate in deficit, mentre i cittadini del meridione hanno continuato a curarsi nei sistemi sanitari del settentrione, favorendo quei sistemi. Non è cambiato nulla.

Oggi ci sono due fattori nuovi: il primo, lo avete sottolineato, è che il cittadino vuole essere informato ed ha tutti gli strumenti possibili, Internet, Facebook. Non so se sia sbagliato o giusto, ma se ci si deve operare alla prostata, si va in Internet e si cerca chi ha il robot. Magari non è indicativo, ma così funziona.

C'è un altro fattore che è stato introdotto. Ieri ad Amsterdam si è tenuto un congresso internazionale di Hope, un'associazione ospedaliera europea, e si è trattato degli standard di accreditamento per le reti europee. Tra poco l'Europa ci arriva sulla testa, creando le reti europee con determinati standard, chi sarà fuori diventerà un ospedale o una sanità di serie B.



Un altro tema di cui si sta parlando in Europa è la questione dell'eventuale fallimento di un ospedale.

Come ho già detto, il cittadino vuole essere informato e dovremo quindi porci il problema di come informarlo e da parte di chi. Su questo punto stiamo lavorando con il Ministero, che ha varato il Piano Nazionale Esiti, affidandolo ad AGENAS. Decideremo se ci potranno essere altre forme di informazione ai cittadini che dovranno in qualche modo essere certificate, perché non possiamo consentire che qualcuno metta in un sito tutto ciò che vuole in materia di sanità, dando informazioni errate o quanto meno che possono essere manipolate sul sistema degli ospedali. Deve essere attivo un sistema di accreditamento di chi dà le informazioni.

Quello della comunicazione è un tema che va governato, ma è inarrestabile e cambierà la nostra sanità al punto tale che la conseguenza sarà che anche gli ospedali pubblici, anche i professionisti delle strutture pubbliche dovranno essere valutati, come già fanno i privati. Anche gli ospedali pubblici, se non attirano i pazienti, se non fanno integrazione tra ospedale e territorio, se non parlano con i propri medici di medicina generale, dovranno registrare il fatto che il cittadino non viene indirizzato in quell'ospedale.

Siamo entrati in un mondo globale e si deve cambiare. La sanità ci è arrivata un po' più tardi, ma questi sono i risultati della globalizzazione,

dell'informazione, e anche noi dobbiamo rispondere in qualche modo al mercato.

Con la direttiva europea sull'accesso alle prestazioni transfrontaliere, recepita a dicembre scorso, oggi il cittadino italiano può andare a curarsi dove vuole, in Germania o altrove in Europa. La sfida è dunque di mantenere la competitività del nostro sistema sanitario.

Vi faccio i complimenti perché il tema di questo convegno è di una attualità straordinaria, è stato illustrato da relatori autorevoli e dovremo anche in futuro affrontarlo seriamente.

GABRIELE PELISSERO

Grazie direttore, lei ha chiuso proprio sul tema che volevo inserire come conclusione. Torneremo a parlare di queste problematiche domani in assemblea e poi in una riflessione che spero sia molto approfondita in AIOP. Oggi abbiamo rilevato che i sistemi di valutazione sono



un dato di fatto, una realtà poco utilizzata, ma destinata a crescere sempre di più. La ricerca di Mannheim è molto interessante, racchiude grandi aspettative, per cui possiamo aspettarci che su questa materia cresca l'attenzione e l'utilizzo.

I sistemi, almeno quelli più seri e maturi, dichiarano di essere fatti per lavorare all'interno, cioè per servire a chi governa e a chi produce le prestazioni per migliorarsi: questo è esplicitato nel modello degli esiti, ma costituisce anche la consapevolezza di tutto il mondo scientifico che opera su questi temi.

Il direttore Papetti ci ha anche fatto presente che c'è una domanda di informazione e credo perciò che questi sistemi informativi diventeranno classifiche, anche se non è il loro scopo iniziale e se è possibile un'infinità di distorsioni. Non è, tuttavia, cercando di impedire che essi diventino classifiche che si può vincere. Allora bisogna fare un lavoro, come è affiorato in diversi interventi, per garantire che questi sistemi siano buoni, che usino dati corretti in modo da non inglobare errori nocivi. Questo è sicuramente il primo problema che abbiamo, ma non l'unico.

Dobbiamo imparare ad utilizzare questi sistemi, dobbiamo entrarci noi per primi e usarli per quello che è il loro scopo originario e vero: l'autovalutazione. Ho una grandissima fiducia nel fatto che lo sviluppo dei sistemi di valutazione di qualità incrementi la competitività interna

al grande sistema sanitario italiano ed ai suoi sistemi regionali. Se ciò avverrà, per le reti AIOP sarà una formidabile occasione, perché si vedrà ancora una volta che cosa siamo capaci di fare. Credo che l'essenza della imprenditorialità sanitaria sia la rapidità del cambiamento, la capacità di cogliere un obiettivo e arrivarci prima degli altri. Se saremo capaci di vincere queste sfide, riproporremo esattamente il vantaggio competitivo che dimostra, in moltissime situazioni, la componente AIOP del Servizio Sanitario Nazionale.

Il nostro sistema è nato con una visione, che non andava certamente a cercare noi e a sposare la libertà di scelta del cittadino. Nell'idea del 1978, lo scopo era, infatti, di dare tutta la risposta sanitaria attraverso le Unità Sanitarie Locali pubbliche. Poi non è andata così, il cittadino si è mosso perché noi siamo stati capaci, in tutte le nostre realtà, di fare un'offerta migliore, percepita e vissuta come tale, che nella quotidiana attività delle nostre aziende si è rivelato come il fattore di suc-

tante: quello che gli anglosassoni chiamano reputation, che non indica l'attività analitica propria della valutazione scientifica di un fenomeno. Reputation, tuttavia, non è neanche un concetto effimero, è un concetto reale. Se andiamo ad analizzare i flussi di pazienti che si sono verificati negli ultimi venti anni nel Paese nella sua interezza, ma anche nelle realtà territoriali più piccole, vediamo in modo molto chiaro che tutte le volte in cui c'è stata la possibilità, questi flussi di pazienti hanno seguito una razionalità che per l'operatore era chiara: è molto improbabile che un grande flusso di pazienti si orienti verso una realtà ospedaliera cattiva. Ci possono essere singoli episodi che fanno balenare una realtà non autentica, ma in medicina dopo un po' anche questo viene fuori, perché lavoriamo con migliaia di persone vere che usano un servizio e poi raccontano che cosa è successo.

La reputazione è e resterà una bussola importante, ma è anche vero che non possiamo più pensare che il mondo funzionerà solo su questa



cesso. Se c'è stata un'epoca in cui "migliore" poteva dire avere la camera e non lo stanzone, avere più pulizia sui pavimenti, avere l'infermiere più attento, avere maggiore facilità di accesso, progressivamente ha significato avere anche l'impianto di tecnologie più innovative. Migliore domani vorrà dire anche essere migliori nel ranking delle casistiche.

Sono assolutamente convinto che, se ci metteremo ad usare questo strumento, che dobbiamo acquisire nelle nostre aziende, avremo la capacità di andare in cima alle classifiche che inevitabilmente si faranno. Questa è una sfida di competitività che va presa esattamente come si prendono questi tipi di sfide, comprendendo bene il terreno su cui bisogna confrontarsi e avendo la capacità di investire e creare, per vincere questa battaglia. Sono assolutamente fiducioso nella capacità di AIOP di scendere su questo terreno che le è congeniale, quello cioè dell'imprenditore, che vede la difficoltà del futuro come una sfida, la raccoglie e la vince.

C'è un'osservazione, che è circolata spesso su questo tema, sulla quale volevo introdurre un elemento di perplessità e di riflessione. Si è tanto parlato di asimmetria informativa, su tale questione che ha in sé un elemento di verità, vorrei anche ricordare che le infinite asimmetrie informative sono la condizione normale per tutti.

In sanità, il terreno che noi conosciamo, gioca un fattore molto impor-

base. Probabilmente l'uso progressivo dei sistemi di valutazione andrà ad inserirsi nei meccanismi che formano la reputazione, senza diventare esclusivo, anche perché la materia si presta poco. Nel medio e lungo periodo, però, diventerà gradualmente uno dei fattori determinanti nella costruzione della reputazione di un professionista, di una istituzione sanitaria, di un sistema sanitario, che sono i tre punti nei quali la competitività esiste. Ecco perché noi istituzioni sanitarie, che utilizziamo professionisti e ci inseriamo nelle reti, abbiamo assolutamente bisogno di non perdere nessuno di questi passaggi ed essere presenti in modo attivo. Ciò implica prima di tutto la capacità di migliorare noi stessi continuamente. Questo è e deve essere il nostro grande obiettivo: se diventiamo sempre più bravi, avremo sempre più possibilità di vincere dentro un sistema di competizione. Alla lunga la bravura scardinerà, almeno in parte, anche i vincoli.

Abbiamo certamente bisogno di essere sicuri che questi sistemi di valutazione non siano truccati volontariamente o involontariamente, a nostro danno, e su questo punto dovremo fare un lavoro associativo comune. Se l'interesse, che mi sembra di avere colto in questa mattina di lavori, si consoliderà all'interno di AIOP, potrà costituire uno dei grandi mandati che la nostra Associazione dovrà assumere nei confronti dei propri associati, per fare un buon lavoro nei prossimi anni. Ne discuteremo insieme in Assemblea. ■



RENATO MANNHEIMER - “Sistemi di va dei sistemi os conoscenza, u Confronto: popolazione italiana

La ricerca ha messo sotto osservazione quanto i portali ‘dovesalute.gov.it’ e doveecomemicuro.it, siano conosciuti, utilizzati, considerati di facile e utile fruizione da parte della popolazione italiana maggiorenne. In particolare, con riferimento a chi ha avuto un’esperienza ospedaliera più recente (ultimi 12 mesi), l’obiettivo è stato quello di capire se i pazienti (o i famigliari caregiver) al momento di decidere in quale struttura andare a ricoverarsi abbiano utilizzato tali portali.

Oltre a studiare la popolazione, si è ritenuto importante interpellare in materia anche i MMG (medici di medicina generale) e i medici specializzati che operano negli istituti di cura del pubblico e del privato (accreditato e non) in Italia.

Lo studio si articola pertanto in tre diversi moduli indipendenti, ma strettamente correlati tra loro:

Metodologia

Modulo 1: Indagine quantitativa CATI (popolazione italiana)
Il presente modulo ha indagato le tematiche oggetto di indagine presso un ampio campione di 2000 individui, rappresentativi della popolazione italiana per sesso, età, ampiezza del comune e area di residenza geografica*, includendo nel campione anche coloro che non hanno un telefono fisso ma che sono in possesso solo del cellulare (28,4% della popolazione italiana, ISTAT 2008).

Modulo 2 e 3: Indagine quantitativa CATI MMG (medici di medicina generale) e Medici specializzati
Il secondo modulo ha indagato i temi di ricerca presso un campione di 200 medici generici, mentre il terzo presso un campione di 100 medici specializzati. Entrambi i campioni sono stati stratificati per quota rappresentativa filogeografica dei medici per area di residenza geografica.

Di seguito le principali evidenze emerse.

1. La scelta degli ospedali (solo campione popolazione italiana)
“World of mouth” e sapere esperto: per scegliere il luogo di cura la maggioranza degli italiani si fa consigliare, preferibilmente da un medico. Al momento attuale internet non sembra essere un’opzione autorevole, solo il 3% vi si rivolge.



TESTO DELLA DOMANDA: “Parliamo di salute ed in particolare delle strutture ospedaliere in Italia. Siamo interessati a capire meglio come i cittadini italiani scelgono i luoghi in cui curarsi. A tal proposito, mi può dire innanzitutto in genere cosa fa/o cosa farebbe se avesse bisogno di scegliere un istituto/ospedale?”.
Valori percentuali

2. Livello di conoscenza dei portali (popolazione italiana, medici generici, medici specializzati)

I portali on-line sono scarsamente conosciuti e assai poco utilizzati dagli italiani: due italiani maggiorenni su 10 dicono di avere sentito parlare genericamente di portali on line per la scelta dell’ospedale, a dire di averli anche utilizzati è il 3,8% ma è solo lo 0,15% a citare correttamente in modo spontaneo il nome di uno

* Tasso di risposta campione popolazione italiana: 35,3%. Numero di intervistatori coinvolti nell’indagine: 200. Metodo di controllo degli intervistatori: presenza di un supervisor in sala ogni 15 intervistatori. Controllo minimo garantito: monitoraggio 5% delle interviste con ascolto di almeno il 50% dell’intervista.

** Tasso di risposta: 9,1%. Numero di intervistatori coinvolti nell’indagine: 105. Metodo di controllo degli intervistatori: presenza di un supervisor in sala ogni 15 intervistatori. Controllo minimo garantito: monitoraggio 5% delle interviste con ascolto di almeno il 50% dell’intervista.

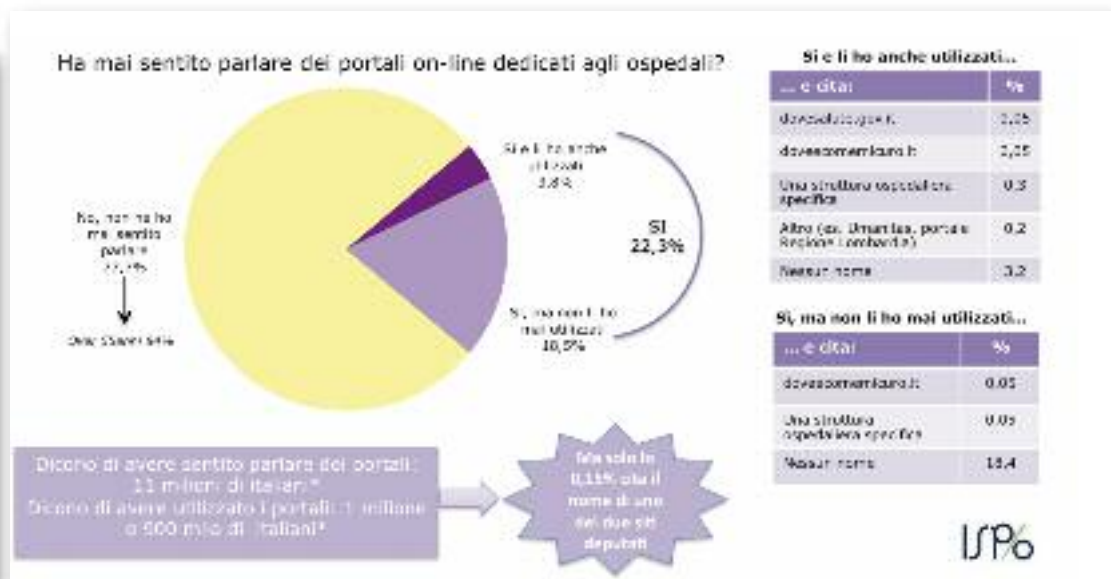
*** Tasso di risposta: 9,9%. Numero di intervistatori coinvolti nell’indagine: 50. Metodo di controllo degli intervistatori: presenza di un supervisor in sala ogni 15 intervistatori. Controllo minimo garantito: monitoraggio 5% delle interviste con ascolto di almeno il 50% dell’intervista.

RICERCA ISPO

Valutazione pedalieri in Italia: utilizzo, fruibilità”

- medici generici - medici specializzati

dei due portali dedicati. Come atteso i portali on-line, sono relativamente più conosciuti e utilizzati tra chi ha avuto esperienza di ospedali: circa 7 su 10 ospedalizzati dice di averli usati contro 2 su 10 non ospedalizzati. Ma anche qui tra gli utilizzatori è un'esigua minoranza ad indicare anche correttamente il nome dei portali in modo spontaneo.



Confronto risposte valori % in base alle esperienze di ospedalizzazione ultimo anno

	Sì e li ho anche utilizzati	Sì ma NON li ho anche utilizzati
Totale campione	3,8	18,5
Ospedalizzati	6,9	21,2
Non ospedalizzati	1,5	16,6

Ai medici generici e medici specializzati è stato invece chiesto il livello di conoscenza di quattro dei portali specifici dedicati alla salute

diffusi su internet: dovesalute.gov.it, doveecomemicro.it, *Programma nazionale esiti (PNE)*, *pazienti.it*.

La conoscenza dei portali informativi dedicati alla sanità appare in generale bassa per tutti i siti internet proposti sia tra i medici generici sia tra gli specializzati. Solo l'1% dei MMG e il 2% degli specializzati dichiara di conoscere bene/abbastanza bene i siti on-line 'dovesalute.gov.it' e, a percentuali invertite, 'doveecomemicro.it'. Anche per l'area dedicata al 'Programma nazionale esiti' e il sito 'pazienti.it' il livello di conoscenza non supera, in entrambi i casi, l'1% tra MMG e il 2% tra gli specializzati.

3. Esperienza ed utilizzo dei portali (popolazione italiana, medici generici, medici specializzati)

Con riferimento al campione popolazione italiana, nel complesso solo il 33% tra chi ha assertedo di avere utilizzato i portali ne ha indicato uno dei tre suggeriti, pari all'1,3% del totale campione... Insomma la conoscenza reale dei portali pare essere attualmente assai bassa.

Per quanto concerne i medici generici e medici specializzati la conoscenza del livello di utilizzo dei portali ha interessato coloro che hanno dichiarato di conoscere (almeno per sentito dire) i portali dovesalute.gov.it e doveecomemicro.it.

A questo sottocampione abbiamo chiesto se utilizzassero i siti on-line interessati come strumento di lavoro e se ne suggerissero l'utilizzo ai pazienti. Nel complesso alla prima azione hanno ri-

TESTO DELLA DOMANDA: "Parliamo ora di portali on line dedicati alle strutture ospedaliere. Si tratta di siti internet creati recentemente con lo scopo di aiutare il cittadino a scegliere gli ospedali in cui curarsi. Lei ne ha mai sentito parlare?"

Valori percentuali - *Stima calcolata a partire dalla popolazione italiana maggiorenne [fonte: Istat 2013]

sposto "qualche volta" il 37% dei MMG (solo 7% sul tot. campione) e il 22% degli specializzati (solo 6% sul tot. campione), mentre alla seconda il 21% dei MMG (solo 4% sul tot. campione) e l'1% degli specializzati (solo 3% sul tot. campione). L'utilizzo e il suggerimento ad oggi risultano assai bassi con riferimento al totale campione per entrambi i target di medici.

4. Validità del "sistema Tripadvisor" applicato ai portali sanitari

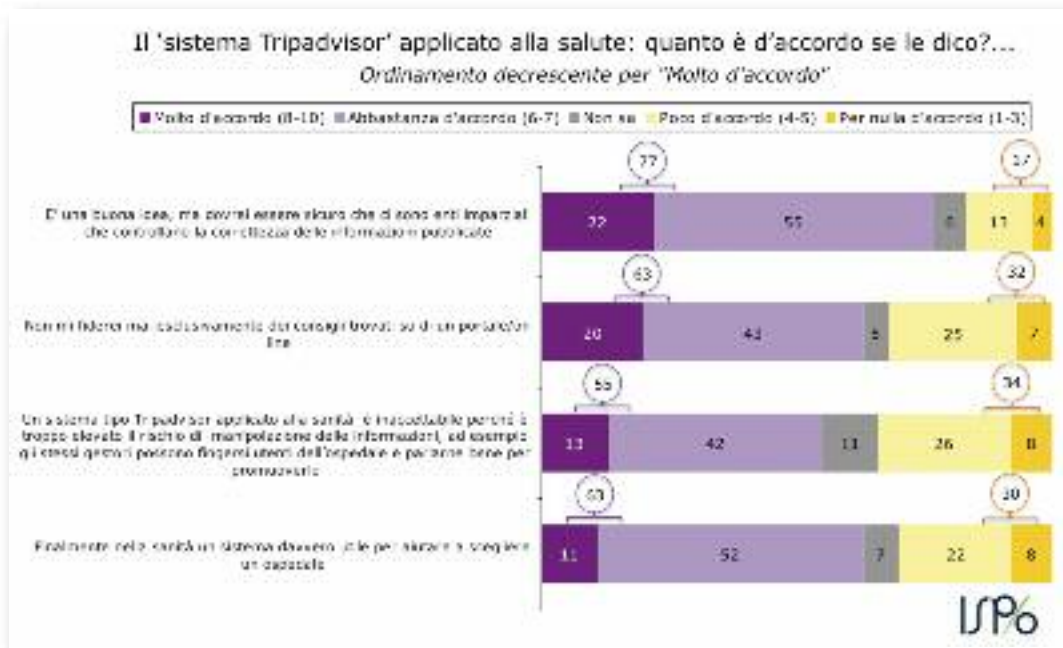
e dei portali dedicati (*popolazione italiana, medici generici, medici specializzati*)

Sono grandi le perplessità per il Tripadvisor applicato alla sanità: più della metà degli italiani ritiene inaccettabile questo sistema. Ma potrebbe divenire interessante se ci fosse un ente garante della correttezza delle informazioni. L'età sembra avere un ruolo importante nella predisposizione alla fiducia: i giovanissimi sono meno inclini al Tripadvisor – sono probabilmente anche quelli che meglio lo conoscono – applicato alla sanità, ma lo diventano di più se subentra un ente imparziale a garanzia delle informazioni. Una

maggiore accettabilità al Tripadvisor in sanità è attribuita da coloro che dicono di avere utilizzato i portali. Ma si tratta di un sotto-campione esiguo.

Ipotizzando una **tipologia di atteggiamento verso Tripadvisor applicato alla sanità*** emergono **due aree: una contro (55%) ed una a favore (34%)**, alle quali si aggiunge una quota di incerti. Nella prima figurano i cosiddetti **"scettici"** (4 su 10), ovvero coloro potrebbe cambiare idea nel caso enti imparziali controllassero le informazioni pubblicate, e i **"contrari"** a prescindere. Nella seconda il 29% è composta dai **"propensi"** (favorevoli ma preferibilmente con un ente che vigila) e i **"favorevoli"** a prescindere.

E i **portali dedicati alla sanità e il 'sistema Tripadvisor' secondo i medici?** Ai due campioni è stato chiesto di esprimere quanto fossero opportune la "Promozione di un sistema del tipo Tripadvisor per aiutare nella scelta degli ospedali" e "la Promozione tra i cittadini dell'utilizzo dei portali per scegliere l'ospedale dove curarsi". Dall'indagine sono emerse posizioni differenti: i **Medici specializzati sono apparsi più favorevoli rispetto ai MMG alla promozione tra i cittadini dell'utilizzo dei portali per scegliere l'ospedale**



TESTO DELLA DOMANDA: "Abbiamo raccolto alcune opinioni da altri intervistati prima di lei sull'iniziativa del Ministero della Salute di applicare un sistema simile al "Tripadvisor (che oggi molti utilizzano per scegliere un ristorante o un albergo) per aiutare i cittadini a scegliere gli ospedali dove curarsi, ossia una pagina on line dove chiunque può verificare il livello di giudizio medio dato dagli altri utenti e aggiungere il proprio. Per ognuna delle opinioni raccolte le chiederò di esprimere il suo grado di accordo, ossia se si sente...".

Valori percentuali

dove curarsi. I **MMG si sono dimostrati i più scettici riguardo al "sistema" Tripadvisor per aiutare nella scelta degli ospedali: il 51% lo considera non opportuno.**

5. Utilizzo dei portali: autovalutazione dell'influenza dei portali sulla scelta delle strutture di cura ed intenzioni (campione popolazione) e ipotesi di utilizzo da parte dei pazienti (campione medici generici e medici specializzati)

La metà di chi dice avere utilizzato il portale on-line è certa che



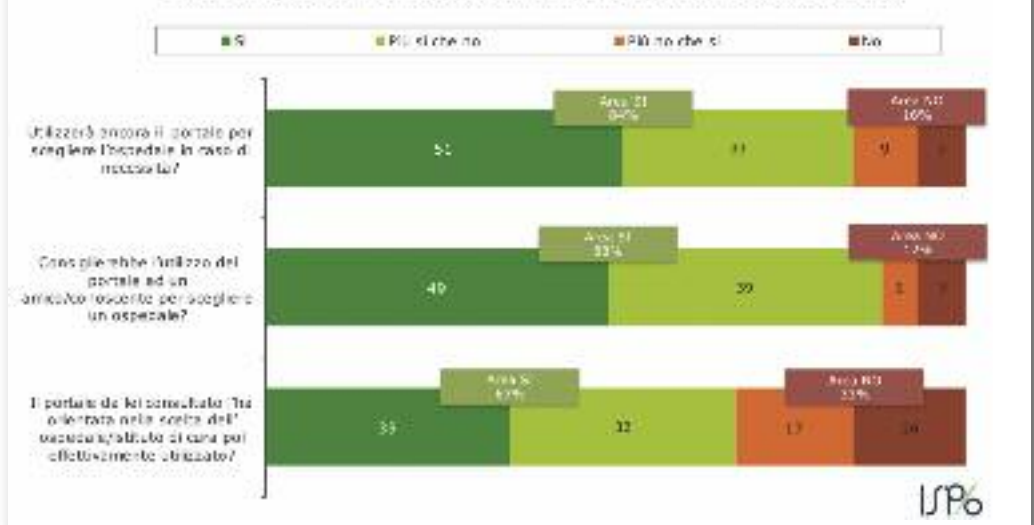
lo utilizzerà di nuovo e che lo consiglierà. Ed è il 35% a dire di essere stato orientato dai portali – qualunque essi siano – nella scelta dell'ospedale.

Ai medici è stata invece posta una domanda sull'ipotesi di utilizzo/influenza tra i loro pazienti dei portali "dovesalute.gov.it" e/o "doveecomemicro.it". La risposta è stata negativa per entrambi i campioni: l'80% dei MMG e il 77% dei medici specializzati ha dichiarato poco o per nulla.

6. Valutazione delle caratteristiche dei portali (popolazione italiana, medici generici, medici specializzati)

Premettendo – di nuovo – che stiamo parlando di una minoranza del 3,8% sul campione popolazione italiana e che tra questi la maggioranza può riferirsi anche a siti diversi da quelli di nostro interesse primario, il giudizio sulle caratteristiche dei siti è

Autovalutazione dell'influenza dei portali sulla scelta degli ospedali...
Ordinamento decrescente per "Sì"
Solo chi ha detto di avere utilizzato i portali (3,8% Totale campione)



TESTO DELLA DOMANDA: "E direbbe che?..."
Valori percentuali

Che giudizio darebbe a ciascuno dei seguenti aspetti del portale utilizzato?...
Ordinamento decrescente per "Ottimo"
Solo chi ha detto di avere utilizzato i portali (3,8% Totale campione)



TESTO DELLA DOMANDA: "E che giudizio darebbe a ciascuno dei seguenti aspetti del portale che ha utilizzato? Risponda dando un voto da 1 a 10, dove 1 = pessimo e 10 = ottimo (11 = non so, non leggere)". *Esclusi i 'non sa'. Valori percentuali

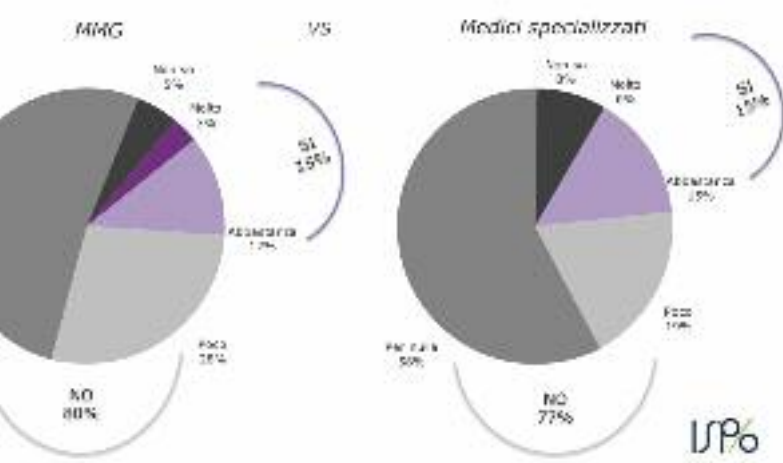
tendenzialmente positivo: facilità di fruizione e utilità raccolgono rispettivamente il 93% e il 92% dei consensi. Anche se sull'attendibilità nelle informazioni il giudizio si fa più cauto.

Caratteristiche dei portali che hanno un riscontro positivo anche nei medici (da notare, come per la popolazione,

che si tratta di un campione esiguo). Tra i MMG e i medici specializzati che hanno dichiarato di conoscere almeno superficialmente il sito 'dovesalute.gov' (pari in

Ritiene che i suoi pazienti utilizzino i portali "dovesalute.gov.it" e/o "doveecomemicro.it"?

% di risposte sul totale campione



TESTO DELLA DOMANDA: "Ma a lei sembra che i suoi pazienti utilizzino e siano influenzati nella scelta dell'ospedale dai portali "dovesalute.gov.it" e/o "doveecomemicro.it"?". Valori percentuali

entrambi i casi al 7% del tot. Campione), appare elevato il livello di giudizio positivo per tutti gli aspetti del portale proposti. Spiccano l'utilità e l'attendibilità delle informazioni contenute. Anche la stragrande maggioranza di chi ha dichiarato di conoscere il portale 'doveecomemicro.it' (sul tot. Campione: 3% MMG e 4% specializzati) ne giudica positive tutte le sue caratteristiche. Di nuovo, le più soddisfacenti risultano essere l'utilità e l'attendibilità delle informazioni. ■

WORKSHOP

La fiscalità delle aziende sanitarie e i controlli a tutela della spesa pub



GABRIELE PELISSERO

Vorrei ringraziare molto i partecipanti al Workshop di questo pomeriggio, ovviamente in modo particolare gli organizzatori e gli autorevoli relatori. Stamattina abbiamo parlato di qualità, un tema importante, oggi parliamo di fiscalità, argomento non meno importante, di assoluta rilevanza per le nostre aziende. La possibilità di confrontarci con dei relatori così autorevoli su questa materia così delicata è un'opportunità preziosa che dobbiamo assolutamente cogliere.

Non voglio togliere tempo alle relazioni, per cui passo la parola all'amico Chinellato, il moderatore di questo pomeriggio il quale introdurrà i relatori e i temi che tratteremo.

MODERATORE:

GIANFRANCO CHINELLATO

Docente di Diritto tributario presso l'Università degli Studi della Tuscia e presso l'Accademia della Guardia di Finanza, Consulente Aiop

Ben trovati a tutti, anche dopo tre anni dal primo esordio di una Tavola Rotonda fiscale, mi ricordo a Torino, il timore che dopo

un interessantissimo iniziale convegno mattutino, si temeva che non ci fosse nessuno in aula, invece avemmo un grande successo, grazie ai relatori di allora, ancora maggiore sarà oggi con quelli odierni. A questo riguardo vi segnalo che per una serie di motivi, uno istituzionale il generale Buratti non è presente ma è oltremodo ben rappresentato dall'amico Colonnello Giuseppe Arbore che al Comando Generale si occupa proprio della tutela della spesa pubblica.

L'altro autorevolissimo relatore, ben noto, adesso Direttore centrale aggiunto della Direzione centrale normativa, cioè colui che ogni volta in cui esce una nuova norma o un nuovo provvedimento in materia fiscale, sia essa attinente al comparto delle imposte dirette, cioè, sui redditi, sia ad IVA che conosciamo bene come imposta, ormai ne è l'assoluto supremo interprete. Tra l'altro, con l'amico Giovanni Spalletta ci ha contraddistinto un antico percorso e confronto su tutta una serie di decisioni interpretative che dovevamo prendere, proprio in favore delle case di cura.

In questo tavolo distribuiremo gli argomenti, il primo dell'amico Arbore, si occupa del controllo della Guardia di Finanza come Corpo di Polizia Tributaria, del controllo

della spesa pubblica in particolar modo nella sanità. Il mio senso di appartenenza, ahimè!, secoli addietro sono stato uno dei primi ufficiali di complemento della guardia di finanza e poi la docenza ventennale presso la Guardia di Finanza, all'accademia e non solo, presso la Scuola Vanoni mi fa sentire, il colonnello e gli altri, veramente degli amici e di condividere sempre dei percorsi per il bene comune, per l'Italia, prima sentivo le parole del colonnello, mi sembravano musica, quando la Guardia Di Finanza arriva e costruisce dei teoremi basati sull'acqua, fa danno alla GdF e alle aziende, tutte. Perché poi l'Agenzia delle Entrate, non a livello centrale, ma locale, territoriale, provinciale, ecc. per metodo, quasi sempre, prende e si appiattisce, acriticamente sulle tesi, su questi stupendi teoremi che sono fantastici perché corroborati da interpretazioni giuridiche oltremodo articolate, che poi sono fini a se stesse.

L'amico Arbore e il prossimo Capo di Stato Maggiore hanno detto basta, ma perché questi teoremi? Loro hanno impostato le proprie attività di verifica, soprattutto i loro bilanci sugli obiettivi monetari che altro non sono che il budget, un termine di cui si è parlato tantissimo, anche stamattina, di cui

private blica

la Guardia Di Finanza va a verificare i ricavi e i costi relativi a ricavi extra budget, ecc. Adesso la GdF, notizia importantissima fondamentale per il nostro Paese, a forza di rifare il lavaggio del cervello e cercare di insistere su questi aspetti, ha abbandonato gli obiettivi monetari. Il budget era basato su un criterio: quanto abbiamo verificato nell'anno precedente? Quanto maggiore imponibile, quindi maggiori imposte,

l'anno scorso abbiamo accertato un milione, bene, l'anno prossimo dobbiamo accertare 1,2 milioni.

Budget è un concetto, un obiettivo, un criterio economico-aziendale che è affidato, invece, alla preziosissima e delicatissima attività della Guardia Di Finanza, prima, dell'Agenzia successivamente come ente accertativo impositore, autonomamente, è deleterio, devastante. Invece, la lotta vera all'evasione si fa andando a colpire la ricchezza nascosta, la ricchezza manifesta ma che non si riesce ad attribuire ad un soggetto o ad un altro, questo in ossequio al principio di capacità contributiva. Effettivamente, chi gode di quella ricchezza? Andiamo a vedere, al di là dell'intestazione di chi ne gode.

Le famose verifiche spettacolo, Cortina docet, che si sono offesi, allora andati a Courmayeur, e non le ha fatte la Guardia Di Finanza, ma l'Agenzia delle Entrate, attenti bene! Potevano benissimo essere evitate, tanto alla fine ci si arriva.

C'è anche una considerazione da fare, andate a fermare un soggetto che guida una bellissima Ferrari c'è il rischio che quello dica: non sa di chi è la proprietà della Ferrari? Certo che l'Agenzia o la GdF lo sa perfettamente. Mi raccontava prima il colonnello, proprietari di venti, cinquanta Ferrari che vivono sotto i ponti di Roma ce ne sono tantissimi. Quindi, in ossequio al principio di capacità contributiva, tutti devono concorrere alla spesa pubblica in ragione della loro

venerdì 30 maggio

SALA VENETIAN BALLROOM

WORKSHOP

La fiscalità delle aziende sanitarie private e i controlli a tutela della spesa pubblica

ore 15.00 presentazione
prof. Gabriele Pelissano, Presidente nazionale Aisp

ore 15.15 introduce e modera - prof. Gianfranco Di Nefelata,
docente di Diritto Tributario presso l'Università degli Studi della Tuscia
e presso l'Accademia della Guardia di Finanza, Coordinatore Aisp

Dalle esperienze investigative in tema di indebiti rimborsi ai costi standard
col. ST. Giuseppe Arbore
Capo Ufficio Tutela Fisco, Comando Generale della Guardia di Finanza

La disciplina dell'imposta sul valore aggiunto
dr. Giovanni Spalletti
Direttore Centrale Aggiunto, Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia delle Entrate

17.00 Conclusioni - dr. Francesco Betti Bini
Coordinatore nazionale Commissione Aisp Area accreditate

capacità contributiva, della loro ricchezza di cui usufruiscono, di cui hanno la disponibilità, si va a vedere chi effettivamente gode di quella Ferrari. Poi tutti felici se puoi permettersi questo lusso, però contribuendo pro-quota in modo equilibrato e giusto, alla spesa pubblica.

Ho già detto che il Generale Buratti non poteva venire, altrettanto il dottor Marco Di Capua che è sulla graticola da sei mesi per essere il successore di Befera. Ma è possibile una situazione del Genere? L'attuale nostro Primo Ministro penserebbe, lo ha detto più volte, di nominare Direttore dell'Agenzia delle Entrate il PM Francesco Greco. Tanto di cappello, come uno dei massimi esperti sulla lotta ai reati finanziari, ma abbiamo appena riferito che Befera in uscita ha detto: basta criminalizzare i contribuenti, basta con le verifiche spettacolo. Per cambiare rotta, perché si era orientato a delle direttive politiche del nuovo vento, vanno a nominare un PM come Direttore dell'Agenzia delle Entrate. È quanto di più nefasto e incredibile, improvvido si possa verificare.

Fatto questo sermone a vantaggio dell'Italia e delle preziosissime attività dei nostri amici, ricordo che è già in essere da novembre, sull'onda del successo dell'avvocato Gallozzi e di altri consulenti, il martedì mattina la linea diretta con l'Associazione per rispondere ai quesiti ciclici, oppure importanti che le case di cura propongono all'AIOP che è molto importante nella sanità, assolutamente

te rappresentativa, quindi, un'associazione importante deve essere in grado di proporre le proprie linee interpretative, anche in materia fiscale.

Con l'amico Spalletti e altri funzionari, tante volte ci siamo trovati a confrontarci, le circolari uscite dall'Agenzia delle Entrate in materia di sanità, quindi di fiscalità delle imprese, sono frutto di un confronto nostro, preventivo, perché si arrivi ad una corretta interpretazione della norma, non che non siano in grado, ma in diverse situazioni non è detto che conoscano tutte le realtà effettive, sostanziali, operative.

Questo ci ha dato modo, oltre che a rendere dei servizi specifici agli associati, anche di vedere la situazione. Questi problemi attengono sia al campo dell'imposizione diretta, lì in particolar modo si va a vedere i ricavi che non sono stati contabilizzati, costi indeducibili e l'IVA.

Parliamo velocemente dei ricavi, uno dei pallini della Guardia Di Finanza, sulla via di Damasco, hanno avuto l'ispirazione di andare a contestare le modalità di rilevazione dei ricavi extra budget. Questo deriva da altre assurdità, con il pubblico, ancora adesso le imprese sono costrette ad emettere delle fatture anche per le prestazioni extra budget, se no non entra nel ciclo dei pagamenti.

Poi si arriva a fine anno, la Regione, spending review, contesta quei ricavi, o quanto meno dice che non rientrano in certi criteri. La società doverosamente, opportunamente, iscrive in bilancio degli storni dei ricavi, quali note credito da emettere. Questo è assolutamente e rigorosamente corretto è l'opportuna interpretazione dei principi contabili, del principio di prudenza, dei principi di certezza nella loro esistenza di oggettiva determinabilità nel quantum dei ricavi. Ma la Guardia di Finanza la pensa in un altro modo, in alcune regioni è capitato ciclicamente, nel Veneto, in Emilia, in Sicilia, in modo anche deflagrante, porta avanti questi teoremi, che non dovrebbero esserci. Oppure, su questi teoremi ci deve essere subito un confronto a livello di Agenzia delle Entrate regionale o a livello centrale, perché sono, appunto, devastanti perché naturalmente gli obiettivi monetari, il budget, impongono alla Guardia di Finanza, o la inducono, una volta che ho trovato un filone mi ci butto, poi vediamo che cosa succede.

Sotto il profilo delle imposte dirette questi sono gli aspetti, la contabilizzazione o meno, le imputazioni a ricavi degli extra budget che sono solo presunti ricavi, li attendo, spero in buona parte o meno di realizzarli, ma non è detto che li realizzi.

Ma il passo ancora più diabolico è che i costi che inequivocabilmente ho sostenuto per realizzare questi ricavi extra budget di cui non so se riuscirò ad ottenerne l'incasso, che i costi in alcune situazioni la Guardia di Finanza è andata a dichiararli indeducibili. Questo è ancor più aberrante sotto il profilo fiscale, i criteri di determinazione del reddito d'impresa che sono mutuati in base al principio di derivazione, prima si redige il bilancio di esercizio, poi andiamo a vedere le regole fiscali, si discostano i parte dai principi civilistici, ma con maggiore precisione per cercare di andare ad evitare degli arbitraggi fiscali, evitare delle speculazioni fiscali. Ma sono oltremodo chiari.

Il famoso principio di correlazione dei costi ai ricavi che interpreta il principio della competenza economica, cioè, della imputazione all'esercizio dei costi e dei ricavi, il famoso principio se è tendenziale sotto il profilo civilistico è accorto, sotto il profilo fiscale non è così rigoroso è tutt'altro che rigoroso. Questi sono alcuni dei problemi.

Passiamo all'IVA in materia sanitaria, i vari quesiti che ci sono stati rivolti, c'è l'art. 10, operazioni esenti IVA e il punto 18 e il 19. Il primo riguarda la disciplina IVA, quindi l'applicazione dell'esenzione dell'imposta alle prestazioni sanitarie vere e proprie, di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio della professione sanitaria di cui all'art. 99 DEL 1934. Attenti, cioè, le tipiche canoniche prestazioni mediche e poi di tutta una serie di paracategorie mediche individuate con decreto ministeriale. Poi il punto 19, le prestazioni di ricovero e cura rese da istituti e case di cura convenzionate, siamo ancora nella norma, al termine convenzionato di quarant'anni fa, all'epoca della introduzione del decreto IVA. Su tutto questo si gioca il meccanismo.

È evidente che quando una casa di cura svolge solo attività convenzionate, il ricovero sarà tutto esente e questo consentirà evidentemente al paziente, ma questo deriva, come tutte le norme tributarie, una norma armonizzata la troviamo uguale in linea di principio in tutti gli stati aderenti all'Unione Europea. Questo fa sì che la casa di cura da un lato, poi tanto addebita tutto in particolare alle regioni, alle ASL e così via, in esenzione da IVA.

Se la casa di cura non è convenzionata, evidentemente le prestazioni di ricovero e cura saranno addebitate in regime normale con l'IVA ordinaria nella misura del 22%.

Ricordo una battuta che più volte ci siamo detti con l'amico Franco Bonanno, cioè: vado all'Hilton in vacanza, in un alloggio spettacolare, pago un'IVA del 10%. Sto male, vo-

glio essere curato, però voglio avere quel comfort che non è detto ci sia (non me ne vogliamo le case di cura accreditate), cioè, tutta una serie di comfort maggiori, pago l'IVA AL 22%. È questo corretto? Può essere una norma così razionale, fondata, ecc.? Ma questo è un aspetto politico, bisogna andarne a discutere non solo qui in Italia con i nostri legislatori, ma soprattutto in Europa e vedere

che cosa combinare a tale riguardo. Ma forse il Four Season, la catena Hilton, Sheraton, ecc., hanno più peso politico comunque dell'ospedalità, nonostante la direttiva preveda espressamente che la spesa sanitaria, cioè, il paziente, il malato, deve essere agevolato nel massimo dei criteri.

Altro aspetto, andare a vedere, proprio per le case di cura non accreditate, come si riesce a diminuire il carico fiscale verso il "consumatore finale".

A mio avviso, nell'ambito della prestazione di cui al punto 19 dell'art. 10, occorre andare ad individuare quali sono le prestazioni sanitarie tipiche, canoniche del medico, quindi prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, e quali sono le prestazioni di ricovero e cura. Dico questo perché la prestazione canonica del medico in più direttive della Comunità, sentenze della Corte di Giustizia, circolari dell'Agenzia delle Entrate, in più direttive, è stato detto che la prestazione medica è oggettivamente esente, quindi la SpA più grossa del mondo o rende il singolo medico, la prestazione medica di diagnosi, cura e riabilitazione resa alla persona è oggettivamente esente.

Qual è allora il ragionamento? Se vado a Villa Bianca o a Villa Rossa o a Villa Blu, che non è accreditata, però a Villa Bianca mi trovo l'amico Arbore, a Villa Rossa mi trovo l'amico Spalletta e a Villa Blu l'amico Berti Riboli, se scelgo Arbore o Spalletta e non Berti Riboli, lo faccio perché vi è un rapporto intuitu personae, cioè mi affido alla maggiore professionalità dell'amico Spalletta o di Arbore rispetto a quella dell'amico Berti Riboli.

A mio modesto avviso si può arrivare ad individuare, nell'ambito della prestazione di



ricovero e cura, di una casa di cura non convenzionata, ad individuare una parte di prestazioni che sono inequivocabilmente mediche. Poi ci sono le prestazioni di ricovero e cura.

La critica che ci ha sempre fatto l'amico Spalletta è: ma per quale motivo nella norma si parla di ricovero e cura? Cioè, ricovero è inequivocabilmente la prestazione di ospedalizzazione, di ospitalità in un ambiente sanitario. Se mettono cura vuol dire che... non è così. Anzitutto, abbiamo fatto una ricerca, poi ha avuto frutto in un articolo che è stato girato su Informa AIOP del 23 novembre 2012, un ampio articolo in cui ricostruisco (scusate l'autocitazione) anche con i principi comunitari queste mie considerazioni, le direttive comunitarie in primo luogo mirano sempre e comunque ad evitare che il malato sopporti il peso dell'IVA.

In questa ricostruzione io sono tuttora profondamente convinto che nell'ambito di una fattura di una casa di cura non accreditata, si possano individuare quelle prestazioni canoniche mediche, quindi farle inequivocabilmente collocare nel punto 18, ve ne sono altre, prestazioni di ricovero e cura, che rientrano nel punto 19, quindi, evidentemente supporteranno l'aliquota ordinaria del 22%.

Che contenuto ha il termine cura? Che stanza ha? Il fatto che se ti sto ospitando non all'Hilton o alla Locanda Cipriani dove si mangia estremamente bene, ma ti sto ospitando in un ambiente ospedaliero sanitario dove c'è tutta un'assistenza medica che attiene alla cura preventiva subito dopo l'intervento, durante la notte, ecc. quello è il contenuto che si deve dare alla parola cura. In tutto questo, che cosa ha detto l'Ammini-



strazione finanziaria? Per certi versi sull'IVA è ancora ferma alla famigerata (nel termine etimologico, cioè portata dalla fama, perlomeno per gli addetti ai lavori in materia sanitaria) circolare 40 del 1983.

Da lì poco è stato detto, abbiamo un impegno amicale con il dottor Spalletta che più volte ci siamo ripromessi di andare a rivisitare questa circolare. Dall'83 mi sembra che di acqua sotto i ponti ne sia passata veramente tanta, per rivedere tutti questi passaggi, tra cui uno che sta tornando di moda, un passaggio particolare in cui viene detto che qualora una casa di cura non accreditata fatturi le prestazioni nei limiti del DRG, mutua, assistenziale e così via, solo queste prestazioni possono essere fatturate in esenzione da IVA, è stato anche ribadito nel '96 e la differenza può essere fatturata a IVA.

Questo attiene anche alla politica dei prezzi, evidentemente, per quanto incide l'IVA è una scelta che può essere suggerita e adottata. Ricordiamo anche che in tante situazioni il "beneficio" che le case di cura hanno alla fatturazione dell'IVA, viene però drammaticamente in qualche modo aggravato dal fatto che a monte non può detrarsi alcuna parte dell'IVA che assolvono sulle forniture. Non voglio debordare oltre, di quesiti ce ne sono stati tantissimi, regime fiscale del direttore sanitario, o meno, IVA non IVA, ma sempre andando al punto 18 dell'IVA o non punto 18, ma la risposta per me è molto facile, poiché l'art. 18 parla di prestazioni, di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona, il direttore sanitario potrà anche essere un medico, ma tutto fa tranne che a rendere delle prestazioni alla persona. Lo vedo molto difficile.

Detto questo, come presentazione anche troppo lunga, passiamo oltre, cambiamo tema, poi andiamo a vedere l'attività della Guardia di Finanza nel controllo della spesa pubblica nel settore sanitario, preziosissimo compito. Così il dottor Spalletta, con il quale ci eravamo già confrontati, riflette e si convince di tutto questo. Passiamo la parola al colonnello Giuseppe Arbore, Capo Ufficio Tutela Entrate, Comando Generale della Guardia di Finanza.

GIUSEPPE ARBORE

Capo Ufficio Tutela Entrate,
Comando Generale della Guardia di Finanza

Grazie all'Associazione per questo invito, ma anche a Gianfranco Chinellato con il quale, al di là del rapporto di amicizia e di stima professionale, ci lega anche una visione di quello che può essere il rapporto con il fisco.

Io dovrei parlare di spesa, ma tante e tali sono state le provocazioni che mi vorrete concedere due minuti giusto per fare il punto su alcune cose.

Dobbiamo cambiare approccio, è ovvio. L'evasione fiscale è un problema serio, è cresciuta negli ultimi anni e non diminuita, nonostante tutti gli sforzi profusi. Probabilmente c'è da rivedere qualcosa. Volendo fare un ragionamento molto semplice, quali sono le cause alla base del fenomeno "evasione fiscale"? Gli studiosi sono pressoché tutti concordi nel dire che esistono tre/quattro fattori: quello meno importante è la pressione fiscale. Basti pensare alla Svezia che, pur essendo il Paese in Europa dove è la più elevata, ha il più basso tasso di evasione fiscale del vecchio continente. Non è di per sé la pressione fiscale il problema, ma tutto il resto. Cosa se ne fa di quei soldi? Com'è la spesa pubblica? Questo mi consentirà, poi, di affrontare quest'ultima domanda.

L'Amministrazione finanziaria deve essere credibile così come devono essere effettive le sanzioni. La credibilità dell'Amministrazione finanziaria passa attraverso il dialogo, la coesione delle anime della stessa Amministrazione. Ecco perché in questi ultimi anni con l'Agenzia delle Entrate abbiamo costruito un percorso comune che ci porta a condividere indicatori di performance. Di qui l'abbandono delle logiche meramente monetarie. Se condividiamo indicatori di performance induciamo la sinergia fra di noi. Se ognuno misura se stesso in modo diverso è chiaro che ci si comporta in maniera diversa.

Massima sinergia: noi non ci fermiamo al nostro lavoro, ma verifichiamo, grazie all'aiuto dell'Agenzia delle Entrate, che fine fa la nostra constatazione, per capire se sbagliamo qualcosa. Non ci si disinteressa più, come forse avveniva un tempo, di ciò che avviene dopo. Quante volte sarà capitato a qualcuno di voi, che ha avuto la "sventura" di conoscerci in sede professionale, di sentirsi dire: "non si preoccupi, so che abbiamo forzato un po' la mano, se la vedrà poi in sede di contenzioso". Non va bene questo approccio, non costruisce il rapporto di fiducia

Amministrazione-fisco/ cittadino- contribuente.

Queste manifestazioni sul territorio erano il frutto di una impostazione incoerente nella individuazione dell'indicatore di performance. Abbiamo cambiato. Probabilmente ci vorrà qualche anno ancora perché l'ultimo dei "soldati" ai confini dell'impero comprenda la nuova strategia, ma non ci arrendiamo di certo.

Era una premessa che volevo fare proprio per collegarmi al resto.

Torniamo al tema dello spreco nella spesa pubblica, uno dei motivi alla base dell'evasione fiscale che costituisce, di fatto, la scusa del contribuente disonesto, il modo per tacitare la propria coscienza. "Tanto i soldi che pago quelli se li mangiano": parliamoci chiaro, è una giustificazione del contribuente disonesto, talvolta fondata. Allora il controllo della spesa pubblica è l'altra faccia della medaglia, importante, fondamentale.

Ciascuno di noi ha un bilancio familiare, ed ognuno di noi sa benissimo come un bilancio si tuteli sui due versanti: entrate ed uscite. Noi possiamo inasprire il gettito fiscale finché vogliamo, ma se è una vasca da bagno con il tappo tolto non si riempirà mai. Bisogna mettere in campo un'azione forte di controllo sulla spesa pubblica. Di lavoro ce n'è ancora tanto da fare.

Solo una premessa, non voglio fare elucubrazioni giuridiche: perché la Guardia Di Finanza si occupa di spesa pubblica? Nel 2001 hanno ridisegnato i nostri compiti dicendo: la Guardia Di Finanza è a tutela del bilancio, non è solo polizia tributaria. Questo vuol dire tutelare le due parti del bilancio, entrate ed uscite.

Noi abbiamo due obiettivi strategici: tutela delle entrate, con un approccio tipico di una forza di polizia, e tutela delle uscite. Attenzione, noi non ci sovrapponiamo in alcune modo all'Agenzia delle Entrate, il nostro target è il delinquente fiscale che, ahimè!, non manca in questo Paese. Delinquente fiscale è chi "froda" il fisco, con una condotta fraudolenta, artificiosa, falsificando i documenti, trasferendo dolosamente in ambito globale la propria residenza fiscale per sottrarsi al pagamento delle imposte in Italia; questo è il nostro obiettivo, non il piccolo contribuente che, certo, anche lui evade, ma abbiamo altri strumenti per aggredire quel tipo di evasione, non l'indagine; non possiamo colpire la mosca con il fucile. Quindi, dobbiamo differenziare i nostri approcci.

Gli stessi poteri che abbiamo in materia di polizia tributaria, li abbiamo a tutela delle entrate. La legge del 2001 dice che la Guardia di Finanza può utilizzare i medesimi po-

teri che utilizza in materia di tutela delle entrate, anche nella tutela della spesa.

Problema della spesa pubblica: ci sono tanti controlli, che evidentemente non funzionano; esiste un controllo chiaramente parlamentare, la Guardia Di Finanza mai e poi mai si sognerebbe di andare a sindacare. Mi riferisco alle scelte di spesa, queste non attingono chiaramente ad una forza di polizia, la quale va a colpire gli sprechi. Questo vuol dire che una volta che si è deciso di effettuare una determinata spesa, questa deve essere effettuata nel modo più efficiente ed economico possibile, a parità del risultato, evidentemente. A ciò si aggiungano le distrazioni di fondi pubblici, cioè, il patologico. Esistono già degli organismi all'interno degli enti deputati ai servizi auditing, e con questi noi dobbiamo certamente dialogare. Probabilmente queste inefficienze che continuano a manifestarsi, oltre ad essere espressione di un sistema da rivedere, sono anche, evidentemente, espressione di una inefficacia dei sistemi di auditing interno.

Il dialogo con questi servizi che noi abbiamo quotidianamente, ci consente anche di capire se è necessario suggerire delle modifiche a questi strumenti.

Che tipologie di illeciti noi abbiamo nel settore della spesa? Essenzialmente possiamo individuare due categorie di illeciti, le stesse che abbiamo anche nel settore delle entrate. Abbiamo, cioè, da un lato una sorta di illegalità diffusa, magari di piccolo calibro, se si guarda il singolo comportamento, che nel complesso fa la grande evasione, e dall'altro il grande spreco. Pensate all'esenzione dai ticket sanitari e in genere alle prestazioni sociali agevolate. A me capita spesso di andare con la Panda di mia moglie ad accompagnare mio figlio a scuola, trovare delle signore con i SUV che si fanno spazio per far scendere i figli; ecco, molte di quelle signore sono esenti dal pagamento della mensa scolastica, cosa che io pago al massimo livello perché per lo Stato sono ricco. Queste sono prestazioni sociali agevolate indebite. Così come indebite sono le esenzioni dai ticket.

Quest'anno avremo in linea tutte le informazioni: per ogni codice fiscale sapremo se ha ricevuto benefici o esenzioni di qualsiasi tipo. Questo vuol dire che quando in verifica fiscale ricostruiamo un reddito, è ovvio che facciamo venir meno tutti gli altri benefici correlati con la richiesta di recupero. Questa è giustizia sociale.

Poi abbiamo gli aspetti più complessi, le frodi. Pensate agli appalti o alle pubbliche forniture: ci sono vere e proprie manifestazioni di criminalità nel settore della spesa. Qui

l'approccio è diverso: non sono le banche dati, ma le indagini di polizia giudiziaria, sono le intercettazioni; mettiamo in campo tutti gli strumenti di cui disponiamo. Agiamo su iniziativa e, chiaramente, su delega dell'Autorità Giudiziaria e della Corte dei Conti. Anche le case di cura in regime di convenzione, oggi accreditate, possono rispondere dinanzi alla Corte dei Conti, non certamente per quanto riguarda eventuali danni di tipo "professionale", non esiste un rapporto di dipendenza con la Pubblica Amministrazione da parte del medico, ma in caso di indebita attribuzione di risorse pubbliche: lì si che risponde anche dinanzi alla Corte dei Conti.

Protocollo d'intesa. Abbiamo stipulato seicento protocolli d'intesa con gli enti, di cui circa 89 in materia di spesa sanitaria. In cosa consistono? Forse dovrei dirlo in premessa, ma ho la possibilità di farlo adesso. Noi vogliamo dialogare con le associazioni di categoria, la mia presenza qui lo dimostra, perché riteniamo, ne sono assolutamente convinto anche a titolo personale, che debbano rappresentare dei presidi di legalità: non possiamo permetterci di considerare solo le forze di polizia, solo le istituzioni, come presidi della legalità, non ce la facciamo. Ciascuno di noi può fare qualcosa, anche le associazioni di categoria. Perché affermare la legalità significa tutelare la concorrenza, quindi, il bene e la meritocrazia nel pubblico, ma anche nel privato. La disponibilità delle associazioni di categoria in questo ultimo periodo, soprattutto, ci fa capire che la strada è quella giusta.

Associazioni di categoria da un lato, ma anche enti. Questi protocolli d'intesa cosa ci consentono? Di avere informazioni. In buona sostanza, quando gli uffici di auditing interno si rendono conto delle presenze di anomalie ce le comunicano, anche se, purtroppo, talvolta ciò non accade e i dati ce li andiamo a prendere noi. Ma le cose stanno cambiando.

Ricordo un caso che ho gestito personalmente quando ero "operativo": c'era la diffusione, un consumo particolarmente strano, di un certo farmaco. Sapete che i farmaci hanno più o meno un consumo rapportato alle patologie di un territorio. Abbiamo fatto una mappatura delle caratteristiche demografiche del territorio nel quale prestavo servizio e abbiamo riscontrato che dal punto di vista demografico, dell'età e della diffusione delle patologie, non c'era diversità rispetto ad altri territori, ma il consumo di quel farmaco era dieci volte più elevato. Andiamo a vedere e scopriamo che questo farmaco veniva erogato da due farmacie; c'era-



no dei pazienti che facevano anche 300 km per andare a comprare il farmaco in quel posto. Non si trattava certo di assoluta fiducia per una determinata farmacia: evidentemente c'era una frode.

Basta analizzare i dati. Le anomalie statistiche testimoniano che c'è qualcosa che non va, ma non deve venire necessariamente la Guardia di Finanza a scoprire le frodi. I servizi di auditing interno devono fare queste verifiche, le sanno e le possono fare. La Guardia di Finanza entra come polizia investigativa, quando l'esame statistico è già stato fatto, ed allora si consegnano le informazioni alla GdF.

Questi protocolli hanno lo scopo di veicolare determinate anomalie affinché si passi dall'anomalia statistica alla verifica sul campo di tipo investigativo, per capire cosa c'è dietro. Non vi racconto i casi che abbiamo avuto in materia di piani terapeutici, per



esempio l'ormone somatotropo: anche lì avevamo una diffusione di nanismo spaventoso in determinate aree del territorio, chiaramente falso.

Non vuole essere autoreferenzialità, non voglio dire quanto siamo bravi, anzi, ma dimostrare quanto il fenomeno sia diffuso. Nel 2013, 25.000 interventi, 19.500 persone denunciate per truffa, quasi una ad intervento. La cosa più importante per noi è individuare il flusso finanziario prima che venga erogato, lì è la vera vittoria, bloccarlo sul nascere. Talvolta quando il flusso illecito è già erogato riusciamo a recuperare, ma quanto? Un 25%, questo è quanto si riesce a sequestrare dopo. Il grande successo è accorgersene prima e bloccare prima che il flusso finanziario parta. È lì che puntiamo i nostri indicatori di performance, quindi induciamo il comportamento sul territorio.

Quali sono i numeri della spesa sanitaria in

particolare? 112 miliardi, dati ISTAT del 2011, 63 miliardi attengono l'erogazione diretta da parte del Servizio Sanitario Nazionale, 41 miliardi in regime di convenzione. Questa è una fetta assolutamente importante. È per noi un settore importante da vigilare per l'impatto che ha sulla spesa pubblica. In Italia abbiamo una spesa media pari a 1.853 euro di spesa sanitaria per individuo che ci colloca più o meno nella media europea, al di sopra di paesi come Spagna, come Slovenia, ma al di sotto della Germania, Regno Unito, Francia. In Italia abbiamo una forte disomogeneità nella spesa, ci sono zone del meridione dove si spende di meno, ma dove si eroga anche di meno.

Un miliardo di danni erariali per spesa sanitaria nel solo 2013, 631 funzionari e dipendenti pubblici denunciati. È un esercito!

Un'attività che stiamo svolgendo in Calabria, la cito solo come esempio, è una colla-

borazione con il Commissario ad acta per il rientro del disavanzo della sanità di quella regione. Abbiamo un gruppo di nostri uomini che stanno, di fatto, ricostruendo un sistema organizzativo che non consentiva il benché minimo controllo. La Pubblica Amministrazione non funzionava, tant'è vero che le stesse somme stanziare per il rientro dal deficit continuavano ad essere utilizzate in maniera illecita per pagare prebende, ore di straordinario non prestate. Senza contare le centinaia di cartelle cliniche falsificate anche dalla sanità in regime di convenzione, facendo passare per interventi particolarmente invasivi quelli che, in realtà, erano di chirurgia estetica. Questo è un problema che si sta diffondendo molto in Italia. Se andiamo a vedere chi sono, scopriamo che sono parenti e amici di pubblici funzionari. Quindi, se voglio farmi un intervento estetico vado in una clinica convenzionata, attendendo, però, di essermi sottoposto ad un intervento di altra natura che viene tranquillamente posto a carico del Servizio Sanitario Nazionale: migliaia di interventi di questo tipo.

Alcune irregolarità.

False autocertificazioni. Ne abbiamo parlato prima: è un fenomeno che ormai si va restringendo perché stiamo incrociando tutte le banche dati possibili e immaginabili; l'unica cosa che ci mancava era la possibilità che abbiamo da quest'anno di avere una visione completa per ogni soggetto di tutte le tipologie di agevolazioni. Non è stato facile perché questo tipo di informazioni sono sparse in tanti enti territoriali; occorre, quindi, creare una enorme banca dati condivisa, perché bisognava mettere insieme le informazioni che aveva il comune, la scuola, la provincia, la regione e non è stato assolutamente semplice. Però adesso disponiamo di una banca dati in grado di fornirci il quadro completo.

Gare pubbliche. Quanti casi ci sono ancora di apertura delle buste? Quasi tutti i giorni, si continua ancora con queste procedure.

Falsi certificati di ricovero, poi accennerò a casi specifici, se ne avrò il tempo. Comunque, quanti casi abbiamo trovato anche di ricoveri mai effettuati, anche da parte di case di cura in regime di convenzione? Addirittura abbiamo trovato casi molto semplici da scoprire, perché sono state ricoverate persone decedute da anni, o, addirittura, persone emigrate all'estero negli anni '30: continuavano ad essere curate in Italia da parte di strutture in regime di convenzione. Senza parlare del frazionamento artificioso dei periodi di lungodegenza. Addirittura abbiamo trovato casi in diverse regioni in cui

la medesima persona risultava contemporaneamente ricoverata in diverse case di cura in regime di convenzione.

L'estrema approssimazione con cui si realizzano queste pratiche vi dà contezza di come sia bassa la percezione del controllo, questo è il problema.

Quindi torno al concetto principale, ci deve essere credibilità della Pubblica Amministrazione ed effettività delle sanzioni, ovviamente oltre ad un sistema equo e trasparente.

In Puglia il caso delle buste per l'assegnazione di appalti che venivano aperte: l'anno scorso in una gara di appalto abbiamo constatato che veniva aperta le buste, si leggevano le offerte degli altri e si avvisava la ditta che si voleva avvantaggiare, la quale produceva l'ulteriore offerta che veniva sostituita all'interno della busta e richiusa. Pratiche degli anni '60!

Dopo tangentopoli, anni '93-94, si è sviluppata una corrente di pensiero, soprattutto da parte della magistratura, in relazione alla quale la corruzione poteva essere in qualche modo debellata procedimentalizzando tutto, rendendo le procedure più dettagliate.

Non è stato così. Non solo questo ha incrementato il costo della gestione dell'appalto, la burocrazia, ma dall'altro lato, forse, ha fatto anche elevare il prezzo della corruzione, ma il fenomeno non è stato debellato. Non esiste una regola procedimentale scevra da questo rischio, è un problema di cultura, di etica e di senso di legalità.

Tutto qui, è un problema dell'uomo, non di procedura.

In Lombardia, ahimè, avrete sentito parlare della famosa clinica degli orrori: lì si è arrivato proprio a prendere il Giuramento di Ippocrate e buttarlo nella spazzatura. Non solo si falsificavano le cartelle cliniche, ma si facevano interventi chirurgici a persone che non potevano sopportare quegli interventi. Occorre dunque recuperare il senso dell'etica.

Le pratiche sono sempre quelle, non c'è differenza fra centro, nord e sud, il tentativo di porre a carico del SSN costi che non sono stati sostenuti, o comunque, che non possono essere attribuiti al pubblico. Non sto dicendo che il sistema così com'è organizzato vada bene, probabilmente c'è da rivedere molto, non lo metto in dubbio, ma prima di tutto cominciamo a recuperare fette di spesa illecite. Parliamo di decine e decine di miliardi. Il famoso fiscal compact, di cui tanto si parla oggi, sapete quanto potrebbe valere come manovra? 5 miliardi. Già solo recuperando queste spese togliamo il rischio di

una manovra di fiscal compact.

Progetto Apoteke. Un altro esempio di come, nonostante la presenza di una legge, le aziende sanitarie non si siano adeguate. Sapete che nel 2001 è stata emanata la Legge 405 relativa alla distribuzione di farmaci a malati cronici, che individua non solo un tetto massimo di spesa farmaceutica, ma anche due modalità alternative di approvvigionamento e distribuzione, per agevolare proprio l'erogazione del farmaco da parte delle ASL. Intanto dice una cosa importantissima: se tu ASL ti approvvigiona direttamente dalle case produttrici di farmaci, hai lo sconto del 50% minimo, per legge. Dopo di che puoi scegliere due modi, o distribuisce direttamente il farmaco al paziente, oppure ti avvali della distribuzione di farmacie convenzionate, riconoscendo loro un aggio. Chiarmente in questo ultimo caso risparmi meno perché riconoscere l'aggio, ma comunque risparmi rispetto al rimborso diretto del farmaco al privato, il quale, se acquista il farmaco e chiede il rimborso al SSN, lo prende in farmacia a prezzo pieno. Questa legge avrebbe dovuto abbattere i costi farmaceutici.

Dopo dieci anni, nel 2011, ma forse per eccesso di zelo, abbiamo deciso di andare a controllare convinti che non avremmo trovato nessuna ASL ancora con rimborso diretto: la maggior parte continuava a rimborsare direttamente i farmaci ai privati! Tant'è vero che siamo partiti poi su tutto il territorio nazionale e in un solo anno si è prodotto un risparmio di circa 1,5 miliardi di euro. Nel documento finanziario per il 2012 si è avuto un risparmio dell'8,3% di questa tipologia di spesa. Bastava soltanto controllare questo dato che era previsto per legge, fra l'altro.

Costi standard. Come possiamo arginare questo fenomeno? Questo è uno studio di aprile scorso in cui chiaramente, ancora una volta, si testimonia come sia elevata la percezione del livello di corruzione nel mondo sanitario, probabilmente lo conoscete. Abbiamo avviato, con la Legge Costituzionale n. 3 del 2001 in Italia, un processo di federalismo, ma, ben lungi dal realizzare un federalismo a modello svizzero, anche spagnolo per certi versi, abbiamo realizzato un federalismo a metà dicendo: tu ente locale gestisci la spesa, ma devi gestire anche i tributi. Di fatto, al di là di qualche piccola cosa relativa alla tassazione immobiliare, la tassazione è rimasta di competenza nazionale mentre si è proceduto solo ad una regionalizzazione della spesa: insomma, un federalismo a metà. Per cui l'amministratore locale non è responsabile in qualità di esattore, ma ge-

stisce la spesa. Situazione deleteria, perché non c'è la correlazione costi-benefici in capo al medesimo soggetto. Di qui il dilagare incontenibile della spesa pubblica.

Cosa fare? Intanto, costi standard. Il Decreto Legislativo n. 216/2010, attuato proprio in relazione alla riforma sul federalismo, prevede l'introduzione di costi standard, cioè, si individua il fabbisogno sanitario nazionale, lo si distribuisce sui vari territori e si individuano dei costi standard sopra i quali non si può andare perché quelle sono le risorse che si assegnano all'ente locale. Bisogna indurlo ad essere efficiente.

Cito due casi recentissimi che sono particolarmente significativi. In materia di appalti sappiamo benissimo come in sanità sia facile, data la discrezionalità, determinare le caratteristiche di un prodotto in modo tale da individuare di fatto il fornitore. Quante volte abbiamo trovato i bandi di concorso nei computer delle ditte che se lo sono aggiudicato! Se lo sono scritti loro il bando, evidentemente. Un flacone di disinfettante per sala operatoria, costa all'ingrosso 60 euro, lo stesso flacone viene acquistato da una ASL a 1.920 euro. Non solo, servono cento flaconi, ne sono stati comprati mille. Questo è lo sperpero di denaro pubblico che noi dobbiamo arginare e i costi standard devono rappresentare almeno un primo argine. Ma non basta, ci vuole sempre legalità, senso etico e per i medici, fedeltà al Giuramento di Ippocrate.

GIANFRANCO CHINELLATO

Come avete visto, nel suo rigore, nella sua onestà intellettuale, nella sua capacità, il suo entusiasmo, la sua passione, ce ne fossero e ce ne sono tanti, i servitori dello Stato, come li chiamo io, con questo modo, con questo approccio, con questi principi. Grazie veramente, ne ero profondamente convinto, per questo avevo proposto all'AIOF, anche la partecipazione di autorevoli esponenti delle gerarchie della Guardia Di Finanza. Il rapporto di una grande associazione deve essere costruttivo per il bene comune, per un'Italia migliore, e non sono parole, ma effettivamente bisogna collaborare in modo responsabile, autorevole in questi termini. Altrettanto in modo autorevole nelle nostre dissertazioni, è l'amico Giovanni Spalletta, Direttore centrale aggiunto della normativa all'Agenzia delle Entrate, cioè colui che scrive e ha scritto in passato, tutta una serie di interpretazioni ufficiali. Il pensiero dell'Amministrazione finanziaria su ogni e qualsiasi nuova norma in uscita o anche su quelle pregresse, la circolare 40 completamente rivista.

GIOVANNI SPALLETTA

*Direttore Centrale Aggiunto,
Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia
delle Entrate*

Anzitutto mi preme ringraziare tanto l'AIOP, quanto Gianfranco Chinellato per avermi invitato dandomi l'opportunità di partecipare a questo incontro con il quale posso, in qualche modo, riannodare un discorso già iniziato a Torino nel 2011, ricco di suggestioni e di stimoli, e non dubito che anche oggi sarà così, verranno idee, suggestioni, spunti da approfondire.

Già dagli interventi di Gianfranco Chinellato e del colonnello Arbore, me ne sono ve-

do, è un discorso assolutamente ragionevole al quale dobbiamo fare molta attenzione adesso che si parla insistentemente dalla parte politica di una riforma della Pubblica Amministrazione. Comprensibilmente, parlando di questa riforma si dice che uno dei cardini deve essere quello di valutare i dirigenti pubblici, quindi condizionare la permanenza del dirigente in una certa localizzazione, perché no, condizionare anche il quantum del suo compenso al raggiungimento di determinati obiettivi, che adesso si stanno variamente immaginando e disegnando. Per esempio, qualcuno ha parlato di collegamento alla crescita del PIL nazionale, a mio avviso è una sciocchezza, ma finché si discute prima di fare le norme, tutto ci può

Da questo punto di vista il colonnello Arbore ha detto correttamente che negli ultimi anni, tanto la Guardia Di Finanza, quanto l'Agenzia delle Entrate in stretta sinergia, hanno già cominciato a lavorare in questo senso. Posso confermare che anche nell'Agenzia delle Entrate sono stati inseriti degli indicatori qualitativi che correggono le performances degli uffici sul territorio, in casi in cui quantitativamente possono sembrare insufficienti, quindi in termini di recupero di evasione, invece tenendo conto di profili che attengono alla qualità del lavoro svolto. Mi sembra un ragionamento molto importante in questo momento storico.

Un'altra notazione di Gianfranco sulla quale volevo intervenire prima ancora di entrare



nute tante di suggestioni, tant'è che prima di approcciare l'argomento tecnico che mi è stato assegnato e ancora una volta riguarda il problema caldo della interpretazione da dare alle norme IVA che si riferiscono al comparto della sanità, volevo fare due notazioni fuori sacco.

Condivido pienamente quanto ha detto con qualche accenno critico Gianfranco quando ha criticato l'estensione alla Guardia Di Finanza, piuttosto che all'Agenzia delle Entrate, una politica di budget, che premia il raggiungimento di obiettivi e li misura in termini quantitativi. Sono perfettamente d'accor-

stare.

Credo sia molto importante concentrare l'attenzione sul profilo della determinazione degli indici del raggiungimento degli obiettivi perché probabilmente sta qui il punto più delicato della questione. Non è possibile immaginare che per tutte le strutture amministrative pubbliche possa essere valutata la performance del dirigente, quindi della struttura di cui costituisce il vertice, sulla base di indicatori puramente quantitativi. Ci sono dei comparti in cui sicuramente bisogna introdurre dei correttivi in termini di misurazione della qualità degli interventi.

nel discorso tecnico, ancora una volta lui ricorda che paradossalmente costa meno un giorno e una notte di vacanza all'Hilton piuttosto che un paio di giorni di ricovero in una clinica privata non accreditata, in termini di IVA perché l'albergo sconta l'aliquota del 10% e la clinica, se non rientra nel sistema dell'accreditamento, sconta il 22% salvo poi a ritornare più nel dettaglio su questa problematica.

È un altro assurdo che abbiamo nel nostro sistema nazionale, viene dalle norme comunitarie, ne abbiamo uno tutto nostro per cui in quella stessa clinica non convenzionata in

cui alla prestazione di ricovero e cura si applica il 22%, poi la prestazione di maggior comfort alberghiero che può significare il televisore nella stanza o il letto supplementare per il parente che assiste, o un vitto particolare, quella nuovamente va all'aliquota del 10%. Un nonsenso totale.

In relazione a queste distorsioni correttamente Gianfranco ha detto che il problema è politico, di chi fa le norme, ma non soltanto in Italia, soprattutto a Bruxelles, mi sentirei di dire. Da questo punto di vista bisogna tenere presente che le norme comunitarie già in passato, mi riferisco ai periodi in cui l'Europa era a sei, otto e dieci, tanto più adesso che siamo arrivati a 28 se non sbaglio, quelle norme risultano dal raggiungimento di faticosi compromessi. Questo spiega tante cose.

Attualmente in Europa c'è un blocco dei paesi nordici che trova in qualche modo l'appoggio e il seguito della Commissione, i quali sostengono che per garantire effettivamente la neutralità che dovrebbe essere la caratteristica principale dell'IVA, cioè di evitare distorsioni a prescindere dal ciclo di produzione e distribuzione di un prodotto o un servizio, tanto più a prescindere dalla diversa localizzazione del consumatore, del produttore, del distributore. Per raggiungere una neutralità perfetta, quindi una concorrenza perfetta, c'è bisogno di eliminare tutte le esenzioni e tutte le aliquote diverse da quella ordinaria che in questa logica di pena concorrenza, dovrebbe essere un'aliquota uguale in tutti gli stati europei. Capite bene che, se questo può essere vero, e non è detto che lo sia, in termini di efficienza economica, come loro dicono, il sistema così funzionerebbe meglio.

Se questo è vero in termini di pura teoria, invece la maggior parte degli Stati membri, soprattutto quello del blocco latino, affermano ancora l'esigenza forte di poter utilizzare la leva fiscale IVA per interventi di carattere economico, ancora più spesso, di carattere sociale. Quindi, dicono: no, l'esenzione in questo comparto ci deve essere perché quella prestazione deve costare un po' meno al consumatore finale. Oppure, l'aliquota ridotta sul pane è necessaria perché il morto di fame magari vive sotto i ponti, ma il pane lo dovrà comprare. Allora se paga il 4% ha un sostegno, un'assistenza da parte della cosa pubblica.

È evidente che dalla spinta tra queste contrapposte ideologie, quindi dall'attuazione pratica di modelli di riferimento diversi, derivano norme che probabilmente già quando sono state introdotte erano paradossali, poi nell'applicazione pratica nei singoli stati



diventano ancora più discorsive.

Un'ultima cosa prima di parlare dell'argomento che mi è stato assegnato, rispetto al quale ha detto quasi tutto Gianfranco, quindi mi devo limitare a delle piccole notazioni di dettaglio. Mi sono ritrovato pienamente in tante cose che ha detto il colonnello Arbore, condivido pienamente la sottolineatura iniziale sull'esigenza di un nuovo approccio al problema della lotta all'evasione fiscale. Io estenderei anche il discorso, direi un nuovo approccio rispetto alla problematica fiscale.

Se è vero che c'è un problema di recuperare risorse che attualmente vengono distorte attraverso fenomeni di evasione o di elusione, in particolare in questo momento forse va combattuta l'elusione internazionale, ma c'è anche un discorso di necessaria assistenza e servizi da rendere ai contribuenti in un contesto in cui l'adempimento, l'obbligo tributario passa per procedure sempre più complicate. Non vi nascondo, siamo a giugno, in questi giorni ho i giramenti di testa, perché non capisco se devo pagare la TASI, non mi ricordo se devo pagare l'IMU per il 2013 oppure no, devo fare il mio 730, chiaramente la mia è una fiscalità da persona fisica, abbastanza semplificata, tra l'altro lavoro all'Agenzia delle Entrate, quindi qualche cosa in più degli altri contribuenti dovrei sapere.

Questo per dire che ci vuole un approccio

diverso al problema fiscale, mi permetto di aggiungere una notazione politica che forse da tecnico non dovrei fare, ovviamente bisognerebbe cercare, in questo momento in cui non siamo ancora usciti dalla crisi, anche un punto di equilibrio tra ragioni di repressione e contrasto e ragioni di sviluppo economico, che in qualche modo consenta delle aperture allo sviluppo. In questo senso, personalmente ho visto molto positivamente delle norme che nell'ultimo biennio sono intervenute per esempio sul fronte della riscossione, consentendo piani di rateazione più ampia, dilazioni che possono dare ossigeno ad imprese in momenti di crisi.

Venendo ad aspetti più tecnici, volevo tornare sui discorsi che ha già accennato Chinnello. Le problematiche IVA del comparto sanitario evidentemente sono tante, si collegano non solo e non tanto al regime delle prestazioni sanitarie, quanto anche ai rapporti tra gli enti ospedalieri, le strutture che operano nel comparto sanità e gli altri soggetti, i fornitori, le assicurazioni, le cooperative e quant'altro. I problemi sono variegati. Questo però concettualmente ci dà più pensiero e rispetto al quale avevamo cominciato un discorso a Torino, lo riprendo, ripercorro alcuni passi e vediamo se, rispetto ad allora, siamo andati avanti, se si è mosso qualcosa o c'è la possibilità che si muova. Il problema riguarda il coordinamento tra le due disposizioni che troviamo tanto nella



Direttiva comunitaria, la 112 del 2006, ma la formulazione è uguale a quella della sesta Direttiva del 1977, quindi parliamo di norme vecchie, con omologhe disposizioni nella normativa nazionale. È inutile ricordarvi che l'IVA è un tributo completamente armonizzato, quindi tutte le nostre norme in qualche modo replicano, si conformano a disposizioni comunitarie, se così non fosse, incorreremmo in censure da parte degli organismi comunitari, procedure di infrazione e quant'altro. È evidente che quanto è scritto nella Direttiva è riportato quasi sempre nella normativa nazionale.

Vediamo cosa dice la Direttiva comunitaria. Ci sono due norme che ci interessano, contenute nell'art. 132 paragrafo 1, una alla lettera B e l'altra alla lettera C. L'incipit è: gli Stati membri esentano le seguenti operazioni. Alla lettera B troviamo l'ospitalizzazione e le cure mediche, nonché le operazioni ad esse connesse assicurate da enti di diritto pubblico, oppure, a condizioni sociali analoghe a quelle vigenti per gli enti pubblici da istituti ospedalieri, centri medici e diagnostici e altri istituti della stessa natura debitamente riconosciuti.

Quali sono gli elementi da tenere presente? Questa norma parla di ospedalizzazione e di cure mediche, rese da istituti pubblici e da altri istituti che pubblici non sono, ma che sono debitamente riconosciuti.

La lettera c) successiva fa riferimento, sem-

pre in termini di esenzione, perché l'incipit è "gli Stati membri esentano", alle prestazioni mediche effettuate da soggetti che esercitano le professioni mediche e paramediche disciplinate da ciascuno degli Stati membri. La normativa nazionale ha recepito in maniera abbastanza precisa queste norme, solo che l'ordine è inverso, ha messo prima il numero 18 dell'art. 10, del DPR 633 del '72, la norma sulle prestazioni mediche, e al punto 19 la norma sulle prestazioni di ospedalizzazione.

La norma sulle prestazioni sanitarie in senso stretto, fa riferimento in Italia alle prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese da soggetti esercenti arti o professioni soggette alla vigilanza di cui all'art. 99 del Testo Unico delle leggi sanitarie che addirittura è del 1934; oppure, per modernizzare il legislatore è intervenuto successivamente, oppure riconosciute tramite decreti del Ministero della Salute emanati di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze. Infatti l'ultimo decreto è del 2002 che in qualche modo ha individuato nuove professioni che si possono ritenere sanitarie, quindi danno diritto a chi le esercita di fatturare in esenzione di IVA.

La norma del 19 parla di prestazioni di ricovero e cura rese da enti ospedalieri e da cliniche e case di cura convenzionate, nonché da società di mutuo soccorso, da ONLUS ecc., compresa la somministrazione di medicinali, il vitto, poi conclude, con le prestazioni rese dagli stabilimenti termali. Come vedete sono norme assolutamente simili, conformi a quelle comunitarie. Il problema però sorge nel capire, dato che tutte e due le disposizioni, tanto quella che si riferisce alla prestazione sanitaria, quanto quella che si riferisce alla ospedalizzazione, contengono la parola cura. Perché il legislatore comunitario ha avuto bisogno di utilizzare due volte questo termine cura?

Anzitutto, per risolvere il problema interpretativo possiamo fare riferimento ai principi che sono stati enucleati dalla giurisprudenza comunitaria, quindi dalla Corte di Giustizia della UE, la quale una prima volta con una sentenza del 1988 ci ha detto delle cose interessanti, ha cercato di delimitare l'ambito di applicazione dei due titoli di esenzione, lettera b) e c) e ha detto che la lettera b), quella che si riferisce alla ospedalizzazione, fa riferimento ad un complesso di prestazioni di cura medica che sono effettuate normalmente senza scopo di lucro da soggetti che perseguono scopi sociali (soggetti pubblici), principalmente la tutela della salute visto che parliamo del comparto sanitario. La lettera c) invece fa riferi-

mento a prestazioni rese semplicemente da soggetti che effettuano attività medica o paramedica.

Detto questo, la Corte di Giustizia nella sentenza cerca di dare una spiegazione alla compresenza di due norme che in parte si accavallano, cioè: le prestazioni di cui alla lettera c), non quelle di ospedalizzazioni, ma quelle sanitarie in senso stretto, si connotano perché sono effettuate normalmente al di fuori degli istituti ospedalieri e sono caratterizzate da un rapporto di particolare fiducia tra il prestatore delle cure e il paziente. Inoltre dice un'altra cosa, probabilmente importante, ossia: normalmente rese, le cure sanitarie in senso stretto nello studio privato del medico.

Successivamente, precisamente nel 2010, la Corte di Giustizia è tornata sull'argomento e ha aggiunto qualche altra cosa, parliamo sempre della norma comunitaria, quindi quella che si riferisce all'ospedalizzazione, cioè: la lettera b) si riferisce alle cure mediche che sono rese in ambito ospedaliero; mentre la lettera c), che riguarda le prestazioni sanitarie semplici, si riferisce a prestazioni mediche che sono fornite fuori dal contesto ospedaliero, ma possono essere rese tanto nello studio del medico, quando in altri luoghi, per esempio nel domicilio del paziente. Quindi ha già detto qualche cosa di diverso, la prima sentenza parlava di prestazioni rese prevalentemente nello studio privato del medico, adesso dice che possono essere rese anche a domicilio.

Questa sentenza aggiunge un'altra cosa importante, che mi porta a non essere completamente d'accordo con la ricostruzione fatta da Gianfranco, cioè: la nozione di cure mediche di cui alla lettera b) è quella di prestazioni mediche di cui alla lettera c), riguardano entrambe prestazioni che hanno lo scopo di diagnosticare, curare e, nella misura possibile, guarire malattie o problemi di salute. Quindi stiamo parlando delle stesse cose.

Un'altra sentenza della Corte di Giustizia del settembre 2002, molto importante, la quale dice: l'esenzione di cui all'art. 132 n. 1 lettera c) - stiamo nuovamente parlando dell'esenzione che riguarda la prestazione sanitarie in senso stretto, non connessa alla ospedalizzazione - non dipende dalla forma giuridica del soggetto passivo che fornisce le prestazioni tanto mediche, quanto paramediche. Questo significa che anche se la prestazione è resa da un soggetto che riveste la forma di società di capitali, se il contenuto oggettivo intrinseco è quello di prestazione di diagnosi, cura, riabilitazione, spetta lo stesso il trattamento di esenzione. Idem

dicasi per le prestazioni paramediche. È evidente che c'è un qualcosa di sotteso, è ovvio che il soggetto formalmente responsabile della prestazione può avere natura giuridica diversa da quella di una persona fisica, ma è vero pure che la persona fisica che rende la prestazione deve rientrare nelle professioni mediche o paramediche riconosciute, abilitate dai singoli Stati membri.

A questo punto, concentriamoci solo sulla norma comunitaria perché quella nazionale ne è una derivazione assolutamente conforme, una interpretazione strettamente letterale delle norme porterebbe a dire che il rapporto tra le due norme si spiega in questo modo: quando c'è una prestazione resa in un ente ospedaliero, piuttosto che in un istituto ospedaliero riconosciuto, o in un altro ente che ha comunque riconoscimento, assimilazione, ad un ente ospedaliero, si applica l'esenzione di cui alla lettera b). Quando invece la prestazione è resa in un ambito estraneo a quello degli istituti ospedalieri, quindi lo studio privato del medico, piuttosto che a domicilio, o in un ambulatorio estraneo ad un contesto ospedaliero, allora si applica l'esenzione ai sensi della lettera c). Se fosse vero quanto ci siamo detti, questa interpretazione porterebbe a dire che assolutamente la prestazione di carattere sanitario resa in un istituto ospedaliero che non è regime di accreditamento con il servizio nazionale, comunque dovrebbe essere imponibile IVA perché non potrebbe rientrare in nessuno dei due titoli di esenzione, non perché prestazione resa da un medico in quanto stiamo parlando di una prestazione resa in un contesto ospedaliero, non come prestazione resa da un istituto ospedaliero, da una clinica, da una casa di cura perché stiamo parlando di un soggetto che non è riconosciuto dalla parte pubblica, quindi, non è assimilabile ad un ospedale pubblico, per cui resta fuori dal regime di esenzione. Contro questa lettura, questa interpretazione strettamente letterale della norma, al di là di quello che già ci eravamo detti nel 2011 a Torino, successivamente si è sviluppata una autorevole dottrina ha sostenuto una tesi diversa, cioè afferma: è vero che la Corte di Giustizia nel 1988 ha detto che l'esenzione prevista per le prestazioni sanitarie extra ospedalizzazione, si connota per due caratteristiche, cioè, per il fatto di essere resa fuori dall'istituto ospedaliero e di essere connotata da un rapporto intuitu personae, da un rapporto di stretta fiducia tra il paziente e il sanitario. Però queste due condizioni non sono poste sullo stesso piano, in realtà la condizione dominante, che deve guidare l'interpretazione, è quella per

cui dobbiamo guardare se c'è un rapporto fiduciario tra il paziente e il suo medico. Allora, anche nell'eventualità in cui la prestazione fosse resa in un contesto di ospedalizzazione, la potremmo esentare ai sensi della lettera c) della direttiva, o numero 18 della norma nazionale.

Ulteriore corollario di questa affermazione, anche se per caso la clinica fosse fuori del regime di accreditamento, fermo restando l'imponibilità di IVA per tutte le altre prestazioni, ma quella del sanitario potrebbe essere comunque oggetto del regime di esenzione perché c'è proprio il rapporto di fiducia tra il paziente che va in quella clinica, non perché ha fiducia nella struttura, ma in quel determinato sanitario.

Su quale paletto interpretativo si fonda questa tesi? Perché la dottrina arriva a dire che non sarebbero da considerare sullo stesso piano i due requisiti richiesti dalla Corte di Giustizia nel 1988 e poi nel 2010? Più volte la stessa Corte di Giustizia ha detto che le norme che stabiliscono delle esenzioni vanno interpretate nel senso da non ostacolare, anzi, da massimizzare il risultato finale che le norme di esenzione stesse si prefiggono, quello che a noi interessa è di rendere socialmente attenuato il peso delle cure mediche, di garantire ai pazienti un accesso più economico alle cure mediche.

Questa è la tesi di Gianfranco che si colloca in una posizione antitetica rispetto alla interpretazione letterale. Personalmente non sono d'accordo con questa tesi esposta dalla dottrina, perché se il legislatore comuni-

tario avesse voluto raggiungere questo effetto, avrebbe dovuto semplicemente scrivere la norma sull'ospedalizzazione senza parlare di cure mediche, per cui avrebbe fatto riferimento all'ospedalizzazione e alla fornitura di beni e servizi, con il che avrebbe chiuso il cerchio, avrebbe garantito un'esenzione piena per il comparto sanitario in quanto le prestazioni dei medici e dei sanitari sarebbero state sempre esenti in base alla lettera c). Le prestazioni di alloggio, di fornitura di vitto, di medicinali e di prestazioni eventualmente di supporto, sarebbero state assorbite dalla previsione della lettera b). Se il legislatore in tutti e due i casi ha parlato di cure mediche, è perché invece aveva di mira, a torto o ragione, fattispecie completamente diverse. Cioè, una fattispecie in cui c'è un complesso di prestazioni che si combinano per consentire l'ottenimento di un determinato risultato, sono prestazioni di cura, di alloggio, di vitto, infermieristiche, somministrazione di medicinali e quant'altro. Ma qui torno al discorso che facevo prima, pensiamo alle logiche di compromesso che hanno portato alla scrittura e alla revisione delle norme comunitarie. L'altra prestazione invece era considerata come spot, ossia la cura sanitaria che prescinde dall'ospedalizzazione.

Tutto ciò premesso, la posizione ufficiale dell'Agenzia delle Entrate, cioè quella espressa nella famosa risoluzione del '87 del 2010, tutto sommato sta nel mezzo, perché non ravvisa il discrimine per applicare la norma che riguarda l'esenzione della pre-



stazione sanitaria in senso stretto, senza ospedalizzazione, non va a guardare dove viene resa la prestazione.

Tant'è vero che in quella risoluzione si dice che anche prestazioni rese da medici nel contesto di un istituto ospedaliero o di una clinica, vanno fatturate in esenzione, tanto se sono fatturate dal medico che ottiene i locali a disposizione, ma poi risponde personalmente in termini di fatturazione del rapporto, tanto se, invece, è la stessa clinica che fattura nei confronti del cliente. Noi abbiamo detto che queste prestazioni vanno fatturate in esenzione, pur essendo rese nella clinica, perché si tratta di prestazioni che non sono rese in regime di ricovero. Quindi noi abbiamo visto l'elemento determinante per discriminare il campo di applicazione, rifacendoci alla direttiva, del numero 18, 19, c) e b), quindi presenza o assenza del regime di ricovero.

Per semplicità pensiamo a cliniche o istituti ospedalieri in regime di accreditamento, quale norma di esenzione si applica? Quella del punto 19 della normativa italiana, che fa riferimento a ricovero e cura, se il paziente effettivamente è ricoverato, quindi ha avuto un pacchetto, tutta una serie di prestazioni, non sono quella sanitaria, che si combinano a fornire il prodotto finale che si spera sia utile per la cura, per ritrovare la salute e risulta da tutti questi elementi combinati.

Se invece, in quello stesso istituto, per esempio nell'ambulatorio, al pianterreno, viene resa una visita da un medico che può essere un dipendente della clinica oppure

fattura alla clinica, la prestazione rientra nell'altro titolo di esenzione, cioè, quello del numero 18.

Ricostruita in questi termini evidentemente la vicenda crea un problema laddove andiamo a pensare alle cliniche che sono fuori dal regime di accreditamento, perché questa nostra impostazione porta a dire che in ogni caso, comunque, se c'è un ricovero in una clinica non accreditata, alla fine della degenza il paziente deve avere in mano una fattura, o al limite anche più di una, ma tutte in regime di imponibilità IVA al 22% perché lui ha ricevuto una prestazione complessa e non una prestazione sanitaria. Mentre l'opposta tesi, sostenuta dall'autorevole dottrina (vedi Gianfranco), aspirerebbe ad uno spaccettamento della prestazione complessiva per dare, comunque, rilevanza al fatto che lì dentro c'è pure una prestazione sanitaria che di per sé, se fosse resa in un altro contesto sarebbe esente.

Torniamo a quell'effetto paradossale: perché, se io sono ricoverato la prestazione mi costa di più e se non sono ricoverato mi costa meno? Questo è il ragionamento banalizzando.

A Torino nel 2001 ci eravamo lasciati dicendo che forse si potrebbe ragionare in termini di ulteriori prodotti dell'Agenzia delle Entrate per tentare di trovare degli indici e valorizzare in qualche caso il rapporto fiduciario. Probabilmente è vero che il paziente sceglie una determinata clinica, magari in regime di non accreditamento con il SSN perché vuole farsi operare da quel determinato

clinico che opera soltanto in quella struttura. Però il problema non è semplice da affrontare perché poi si sposta sul piano probatorio, dobbiamo capire quali sono questi indici che ci consentono di capire. Quando sono andato lì per quel motivo e non per un altro, che può essere banalmente dovuto al fatto che io ho un'assicurazione medica convenzionata con determinate cliniche, siccome non ho soldi, devo fare affidamento sulla polizza, faccio una scelta non perché li opera quel determinato luminare, ma perché è nell'elenco. Sono due situazioni diverse che dovremmo ricondurre in qualche modo a regimi diversi, ma logicamente passando per l'individuazione di elementi probatori non facili.

Tenuto conto che dopo la risoluzione del 2010 non abbiamo più scritto niente, probabilmente c'è un patto di non belligeranza, immagino che nella operatività degli istituti di cura non convenzionati vengano utilizzate procedure diverse, neanche mi interessa tanto saperlo.

In questi giorni ci stava venendo un'idea per muoverci da questa impasse e poi per arrivare ad una revisione della circolare dell'83 che sicuramente necessita di restyling sulla quale mi trovo perfettamente d'accordo, un passaggio intermedio a cui stiamo pensando, che potrebbe essere utile, se non decisivo, è di proporre la questione al Comitato IVA, un organismo consultivo istituito presso gli organismi comunitari e che vede i rappresentanti degli Stati membri impegnati a discutere di questioni che riguardano l'interpretazione della norma della Direttiva, non delle norme nazionali, ma siccome queste sono conformate a quelle della Direttiva, è la stessa cosa.

Noi stiamo pensando di rivolgere al Comitato IVA un quesito e vedere cosa succede. Quando si raggiunge una posizione con l'unanimità o una larghissima maggioranza degli Stati, nel Comitato IVA, quella posizione poi diventa norma, viene trasfusa in un regolamento comunitario che non solo chiarisce la portata della norma in via interpretativa ma la modifica sostanzialmente. Se non si raggiunge l'unanimità, comunque, le indicazioni che pervengono dalla maggioranza hanno un forte valore in sede di interpretazione, quindi potrebbero essere recepite dall'Italia che potrebbe fare una circolare dicendo, se la soluzione fosse conforme alla dottrina, ad esempio, Chinellato, potremmo prenderne atto e cambiare la nostra interpretazione.

Questo potrebbe essere un passaggio importante per uscire dall'impasse in cui ci troviamo. Comunque, noi come Agenzia



delle Entrate andiamo, però a supporto del MEF che riveste la posizione cardine.

GIANFRANCO CHINELLATO

Il bello della materia tributaria e delle discipline giuridiche tutte è che, evidentemente, non offrono un'univoca lettura, ma un approccio di sedimentazione, maturazione della lettura, della volontà del legislatore, delle varie fonti di produzione normativa a tutti i livelli. Comunque, a parte la capacità, la qualità, la non condivisione (quella è una pecca, ma lo convinceremo!), è ben interessante e prezioso avere un confronto di questo genere, altrimenti non sarebbe stata esaltata la spettacolare interpretazione del sottoscritto. Scusate la battuta!

L'aspetto fondamentale che traspare è questa volontà di collaborazione, di confronto, di un leale confronto in un'attenta, rigorosa lettura delle norme che devono essere an-

hanno delle rappresentanze a livello internazionale, parlano con gli organismi comunitari, quindi possono influenzare in qualche modo il contenuto delle norme che vengono emanate, al di là di quello che uno possa immaginare.

Da questo punto di vista voi come AIOP a Bruxelles avete la possibilità di farvi sentire e chiedere o un ripensamento della normativa o dei chiarimenti interpretativi che non sarebbero lasciati a un'eventuale possibile intervento della Corte di Giustizia. Anzi, ci auguriamo che non ci si arrivi su questa questione, almeno noi in Italia.

GIANFRANCO CHINELLATO

Grazie ancora all'amico Giovanni Spalletta, depositario del pensiero ermeneutico dell'Agenzia delle Entrate.

Al Presidente Francesco Berti Riboli, le conclusioni.

FRANCESCO BERTI RIBOLI

Coordinatore nazionale Commissione Aiop Non accreditate

Intanto noto con piacere che siamo cresciuti di numero rispetto al precedente workshop di Torino.

Cerco di fare delle conclusioni da Coordinatore del nostro organismo di strutture private non accreditate. Non è bello definirsi con una negazione, un giorno arriveremo anche a parlare di questo. Per il momento con l'Osservatorio consumi privati in sanità, parlare di valutazione in sanità, quindi di certificazioni, di qualità percepita, di necessità di informazione, siamo arrivati a parlare addirittura di TripAdvisor, ecc., abbiamo tentato di camminare nel futuro. Ci sono state alcune posizioni un po' troppo di retroguardia, ma in un'associazione è bello avere questi confronti.

Noi come piccolissimo gruppo, veramente poche decine in Italia le strutture private con queste caratteristiche, lavoriamo intensamente, cerchiamo di dimostrarlo. Ringrazio, oltre a Roberto Totò, Margherita Patti, Andrea Mecenero e Sonia D'Agostino, che fanno parte di questo coordinamento.

Abbiamo al centro delle nostre preoccupazioni i problemi di tutti i giorni, sicuramente, a parte i problemi autorizzativi che sono comuni a tutte le strutture in AIOP, uno dei nostri problemi principali è legato ai rapporti con i nostri clienti, compagnie e fondi, ma anche i singoli, i privati.

Abbiamo proprio bisogno di qualità, tanta, soprattutto percepita. Mi ha fatto piacere il riferimento del colonnello Arbore alla meritorietà in ambito privato. Siamo laboratori

artigiani di salute, dicevamo ieri, ma di altissimo livello e ne siamo orgogliosi.

Oggi abbiamo parlato di presente, di fiscalità.

Ce ne siamo già occupati, come hanno ricordato Giovanni Spalletta e Gianfranco Chinellato, che ringrazio perché è sempre animatore con il suo Laboratorio del martedì a rispondere alle problematiche che noi associati poniamo. Il colonnello Arbore ci ha parlato di controllo della spesa pubblica, ha ragionato sull'attività della polizia tributaria. Come cittadino non posso che condividere il fatto che la frode, se poi accompagnata da lesioni personali gravissime, merita tutta l'attenzione investigativa. Il nostro ringraziamento va fatto a tutela di noi operatori seri.

Ci ha illuminato poi con una visione positiva, ne siamo tutti felici, ma per usare una terminologia che lui ha richiamato, qualche soldato ai confini dell'impero questo messaggio non lo ha ancora percepito, quindi gli chiediamo di spingersi ancora in questa visione nuova perché da noi arrivano spesso persone che hanno una visione old style, quella che ha richiamato Gianfranco Chinellato e, a volte, anche nei metodi non sono propriamente fair, le regole dell'ingaggio sono un po' forti.

Il dottor Giovanni Spalletta ci ha aggiornato in maniera esaustiva, come sempre, sul nostro annoso problema, con un impegno rinnovato a portare anche ragionamenti in sede comunitaria, noi saremo al suo fianco, ma anche delle nostre aziende e dei nostri clienti. I cittadini che si recano presso le nostre realtà e che hanno un delta che abbiamo percepito nell'ordine di almeno 10-12 punti percentuali fra un'IVA al 22 e una al 10% che più volte si è richiamata come ospitalità in strutture alberghiere.

Abbiamo detto che non è un problema. Noi potremmo stare qui a parlare un'altra ora, ovviamente usciremmo tutti super convinti, ma dobbiamo affrontarlo in altre situazioni. Non credo sia solo una questione di forza lobbistica, non penso che Four Season o l'Hilton, c'entrino, è una questione di impegno, di lobby, di indotto, il turismo ovviamente ha tutta una serie di situazioni che premono in questo senso. Quindi non è solo la ricettività alberghiera, ma anche quella ristorativa.


Non essendo un tecnico non posso che ringraziare tutti voi presenti, anche a nome di Gabriele Pelissero che è impegnato nel perfezionamento dei dettagli dell'Assemblea di domani, ringrazio i relatori e ringrazio tutti per la pazienza e per l'attenzione. ■



che interpretate secondo l'evolversi dei tempi e delle situazioni. Questo è molto apprezzabile. Farò di tutto per accompagnare l'esponente dell'Agenzia delle Entrate alla Commissione Europea per sollecitare una più moderna interpretazione dei principi comunitari.

GIOVANNI SPALLETTA

Ancora un attimo, da questo punto di vista quanto dice Chinellato mi fa fare una riflessione. Dicevo che le norme comunitarie sono fatte male perché vengono da logiche di compromesso, aggiungo che è molto importante anche l'azione che le associazioni di categoria possono svolgere. Normalmente



Sistemi Informativi
Ospedalieri

Contabilità e logistica

Laboratori
e servizi diagnostici

RIS-PACS

Sistemi di Reparto
e Cartella Clinica

Sale Operatorie
e percorsi di cura

www.dedalus.eu

**la vita scorre nei
nostri software**

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE

LECTIO MAGISTRALIS

Massimo Cacciari incontra l'Assemblea Generale dell'AIOP



Una sorpresa forse, per i numerosi presenti all'Assemblea Generale, scoprire che la "filosofia", lungi dall'essere qualcosa di nebuloso e astratto, è una vera e propria, concretissima, pratica che può toccare da vicino le questioni fondamentali che gli operatori sanitari incontrano ogni giorno nel loro lavoro.

di Sara Boldrin

L'intensa *lectio magistralis* del professor Cacciari ha rotto il luogo comune di una riflessione "lontana dalla realtà" per attraversare e fondare quei concetti che così spesso ascoltiamo e utilizziamo in maniera irriflessa. Una filosofia che si prende cura dei nostri discorsi, operando "un'igiene del linguaggio" che cerca di definire, interrogare, appro-

fondire che cosa siano la salute, l'etica, la professione, la legge, il pubblico e il privato. Occuparsi della salute – termine in cui risuona la stessa radice della Salvezza, *salus* – non può essere un semplice mestiere: in questo ambito, più che in altri, si incontrano una motivazione, una spinta del tutto particolari, il sentirsi chiamati a prendere parte a una dimensione fondamentale per tutta la comunità. In questo senso, il lavoro di chi opera nella sanità è un "Beruf" – il termine tedesco che indica sia la professione, sia la vocazione. I lavori che perseguono la salute sembrano mostrarci un sostrato "etico", ma siamo certi di sapere cosa significhi? Che senso diamo a que-

"Senza paura ogn'uomo franco camini, e lavorando semini ciascuno, mentre che tal comune (comune) manterrà questa donna (Giustizia) in signoria, ch'efa levata a' rei ogni balia (ha tolto ogni potere al re)"

Iscrizione dall'affresco dell'Allegoria del Buon Governo di Ambrogio Lorenzetti, Siena

sta parola, "etica", che torna continuamente nei nostri discorsi?

Difficile sostenere che "etico" equivalga a "conforme alla legge" o coerente con principi che si possano dimostrare con la sola

il video integrale è su www.aioptv.it



GUARDA IL VIDEO DIRETTAMENTE SU SMARTPHONE O TABLET TRAMITE QUESTO QR CODE





razionalità.

Quando i latini chiedono quale legge può valere, essere autenticamente normativa se mancano nei cittadini i costumi morali - "*quid leges sine moribus*" - ci forniscono un'indicazione preziosa: l'*ethos* greco, il *mos* latino, corrispondono a un complesso di idee e comportamenti che viene prima della legge, prima di qualsiasi convenzione. Attengono a quella dimensione pre-razionale che è legata alla nostra formazione, agli atteggiamenti che sentiamo profondamente nostri, che sono per noi una natura, un'abitudine connaturata senza costrizioni. Ecco dunque che ci sentiamo chiamati a curare gli altri, a insegnare, a educare, a fare politica e scegliamo le nostre professioni. Certamente poi la nostra quotidianità, i nostri mestieri si svolgono in termini ra-

zionali, attraverso il calcolo. Ma l'inizio delle nostre attività non può essere ridotto né all'osservanza di qualche precetto, né a un puro calcolo razionale. Nessuno scandalo poi se ciascuno perseguirà il suo utile, l'ottimo del suo fare - di nuovo la filosofia, con l'aiuto della grande pittura italiana, ci invita a mettere in discussione le nozioni che diamo per scontate. Il professor Cacciari ricorda le figure del grandioso ciclo di affreschi del Lorenzetti, nel Palazzo Pubblico di Siena. Nel-

l'Allegoria del Buon Governo i cittadini senesi sono rappresentati in un corteo, riuniti con due corde - con-cordi - unite nella mano della donna che raffigura appunto la Concordia. Sul suo grembo è posata una pialla. Come interpretiamo questa uguaglianza? Come un livellamento? Forse non vi erano differenze nella Siena del tempo, di ceto, di censo, di fazione?

Ovviamente c'erano, allora come oggi. Una comunità è convivenza di differenze, parti, corporazioni. Eppure, se il governo della città è buono, se l'*ethos*, la nostra educazione, la nostra natura è comune, dovrà essere riconosciuta con equità la misura di ciò che ciascuno produce per il bene di tutti. Ben lungi dal misconoscere le differenze, la legge (nel senso greco del *nomos*, "fare le parti") sarà lo strumento che riconosce a ciascuno il suo, vigilando che nessuno prevalga irrazionalmente sugli altri, che le differenze esistenti siano figlie dell'utile prodotto per l'intera città.

Ciascuno deve, per lo star bene della comunità, perseguire il proprio interesse, la funzione per cui è vocato, all'interno della misura (*nomos*, legge) che non gli permette di prevaricare l'interesse comune e il per-

seguimento dell'utile non può esserci se non si esprime quell'uguaglianza che è l'opposto di ogni astratto egualitarismo, di ogni appiattimento, ma il riconoscimento pieno del diritto per ciascuno di mettere a frutto il suo, con condizioni eque, creando utilità comune. Poco importano, nel contesto che così si delinea, le differenze solo nominali di "pubblico" e "privato" che vanno sconfessate come delle pure, irreali astrazioni: non vi è

pubblico che sia "disinteressato" - perché se non si persegue l'utile si distrugge l'interessa del sistema comune; così come non esiste una forma del fare, un lavoro che sia di per sé solo privato, singolo, che non coinvolga la dimensione comunitaria, che non si rivolga agli altri. Arduo il compito che rimane ai cittadini che aspirano al Buon Governo: l'esercizio della loro libera responsabilità che coltiva l'*ethos*, evita la prevaricazione, l'ingordigia e lavora guardando all'ottimo. ■



La convenzione AIOP

offre le migliori condizioni
di mercato per la

RESPONSABILITÀ CIVILE
con Primarie Compagnie
di Assicurazione



VERDE

848 789901

CHIAMATA GRATUITA



GEAS

Insurance Broker

Semplifica la gestione dei processi documentali con Ricoh

RICOH

image. change.

Ricoh, multinazionale che fornisce soluzioni per la stampa office, servizi documentali gestiti e servizi IT, collabora con le principali organizzazioni sanitarie consentendo loro di ottimizzare i processi documentali aziendali, inclusi quelli relativi al percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente.

Grazie a una conoscenza specifica dei processi documentali di questo settore, ha sviluppato soluzioni e servizi per:

- Migliorare l'accesso alle informazioni mediche
- Ridurre i costi per la gestione dei documenti
- Aumentare la sicurezza dei dati

seguici su:

www.ricoh.it

www.document.it

