



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA CROCE ROSSA ITALIANA
CON PARTICOLARE RIGUARDO AI RAPPORTI
CONTRATTUALI NELL'AMBITO SANITARIO DEL SOCCORSO
E ALLE PROSPETTIVE DI SVILUPPO DELLE ATTIVITÀ
ISTITUZIONALMENTE SVOLTE

254^a seduta: martedì 17 maggio 2011

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E**Audizione di esperti**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11	* CARACCI	Pag. 4
BASSOLI (PD)	6	* MOIRANO	3, 4, 8 e <i>passim</i>
COSENTINO (PD)	10, 11		
* GRAMAZIO (PdL)	6		
SACCOMANNO (PdL)	5		

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud: CN-Io Sud; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT; UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.-Na.S.), il dottor Fulvio Moirano, direttore, il dottor Giovanni Caracci, dirigente della sezione qualità ed accreditamento e la dottoressa Antonietta Gangale, collaboratrice della sezione qualità ed accreditamento.

I lavori hanno inizio alle ore 15,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla Croce Rossa Italiana con particolare riguardo ai rapporti contrattuali nell'ambito sanitario del soccorso e alle prospettive di sviluppo delle attività istituzionalmente svolte, sospesa nella seduta del 4 maggio scorso.

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

È oggi prevista l'audizione di esperti. Saluto e ringrazio per la loro presenza il dottor Fulvio Moirano, direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.Na.S.), il dottor Giovanni Caracci, dirigente della sezione qualità ed accreditamento e la dottoressa Antonietta Gangale, collaboratrice della sezione qualità ed accreditamento.

Cedo dunque la parola agli auditi.

MOIRANO. Innanzitutto, rivolgo un saluto ed un ringraziamento per l'invito che ci è stato rivolto. Per l'occasione abbiamo predisposto una breve nota che abbiamo consegnato agli atti.

Preliminarmente voglio precisare che tra i compiti istituzionali dell'Age.Na.S. non rientra, in modo specifico, quello riguardante lo studio dei modelli organizzativi convenzionali né quindi quelli propri della Croce Rossa. Peraltro, nell'attività di affiancamento in favore delle Regioni sottoposte a piani di rientro dal *deficit* ci imbattiamo anche nel tema della gestione dell'emergenza e del trasporto assistiti tra una struttura gerarchicamente sovraordinata (specificamente, per meglio comprendere, un DEA di secondo livello o di primo) ed un normale pronto soccorso.

Consegno inoltre agli uffici un lavoro da noi svolto che si muove sugli algoritmi della vostra indagine conoscitiva legata all'attività di emergenza, poiché è chiaro che la riorganizzazione della rete dell'emergenza

e di quella ospedaliera porta con sé, come corollario, un'organizzazione puntuale dell'attività di trasporto degli infermi. Infatti, più si concentrano e si definiscono i ruoli dell'emergenza più è importante che, laddove queste strutture non sono così organizzate e coordinate, ci siano i punti di primo intervento ed i trasporti secondari, tra presidi sanitari, nell'ambito della rete *hub and spoke*.

Il tema qui affrontato delle Regioni sottoposte a piano di rientro ha alcune ricadute. Leggendo gli atti ho notato, ad esempio, che si cita tra l'altro un problema di cassa, ovvero di difficoltà che la Croce Rossa incontra con Regioni le cui liquidità scarseggiano, ma anche relativo alle disorganizzazioni che noi stessi in alcune aziende abbiamo rilevato durante la nostra attività di affiancamento.

Non mi dilungo, infine, sulle conseguenze che nelle Regioni sottoposte a piano di rientro potrebbe avere una riorganizzazione come quella che abbiamo descritto nel numero 27 di «Monitor», allegato alla nostra relazione.

Ora, se mi è consentito, cederei la parola al dottor Caracci per presentare il lavoro che abbiamo realizzato in collaborazione con il Ministero della salute.

CARACCI. Approfitto dell'occasione per consegnare agli atti della Commissione un documento relativo ai contenuti informativi di una campagna lanciata dall'Agenzia in collaborazione con il Ministero della salute sulla corretta informazione ai cittadini riguardo al sistema di emergenza-urgenza. Il fine di tale campagna è l'appropriato utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza e la possibilità, attraverso la metodologia dell'*empowerment*, di fornire ai cittadini i mezzi conoscitivi per un appropriato uso.

Tale campagna, che si svolge secondo la metodologia dell'intersettorialità (quindi del massimo coinvolgimento), ha visto la sottoscrizione dei contenuti informativi di tutte le Regioni e di tutte le società scientifiche di settore. Tali contenuti sono stati al momento tradotti in otto lingue e sono disponibili sul sito dell'Agenzia. Crediamo che questo sia un passo importante, in accordo con la strategia che il dottor Moirano ha dato all'Age.-Na.S., per promuovere la massima trasparenza nei confronti dei cittadini.

MOIRANO. Prendo nuovamente la parola per soffermarmi brevemente su un particolare che a me sembra rilevante. Non mi stupisce che il tema del trasporto assistito tra gli ospedali abbia incontrato qualche difficoltà nell'ultimo periodo, posto che in molte Regioni numerose aziende si sono auto organizzate (per la verità, la situazione è un po' difforme nel Paese) attrezzandosi anche con trasporti autonomamente gestiti. In altri casi si è dato spazio a gare ed a soggetti più o meno idonei. Quindi, alla luce di una ottimizzazione delle risorse, possono essersi determinate anche conseguenze negative, non solo per la Croce Rossa ma per tutta una serie di altri soggetti che a livello nazionale si occupano del trasporto all'interno della complessa rete dell'emergenza. Peraltro, non avendo in merito competenze di tipo amministrativo, né di tipo normativo possiamo solo far rilevare che questo tema lo ab-

biamo incontrato e ci è stato esposto in alcune occasioni nelle varie Regioni, specialmente – insisto sul punto – in quelle sottoposte a piano di rientro.

SACCOMANNO (*PdL*). Non sono molti gli argomenti che abbiamo affrontato in questa audizione. Tuttavia, la prima cosa che mi domando, considerato l'alto ruolo che ricoprite, è se vi siate posti come Age.Na.S. degli interrogativi sulla funzione reale della Croce Rossa nel trasporto assistito italiano. In base alla vostra esperienza, sorgono in voi interrogativi che possono sfuggire al semplice parlamentare, il quale può interrogarsi su cosa facciano, se siano d'aiuto oppure no, se sono d'aiuto coordinato, o sono d'aiuto solo perché esiste un albo di fornitori di questo tipo di servizi? Avendo una posizione privilegiata nell'ambito dello Stato, nel momento in cui si redigono delle leggi bisogna avere la preoccupazione di escludere, tra gli altri, la sanità militare e la Croce Rossa: ciò è giusto per voi che valutate il servizio in generale?

Di conseguenza, sorge spontaneo chiedersi chi provveda al loro accreditamento: accedono *per tabulas*, o perché esiste un sistema di valutazione? E partecipano solo ad avvisi pubblici e mai a concorsi? Non vengono mai esaminate? Abbiamo stipulato un accordo con le cooperative del territorio per il trasporto degli ammalati, ma a nostro avviso – così come emerge dall'inchiesta – è importante che ci sia un sistema di accreditamento coordinato, controllato e simile in tutto il territorio nazionale. Nella realtà non mi sembra che sia così, ma non è questo l'oggetto della domanda.

In ogni caso, sono ancor più preoccupato perché sono convinto che per la Croce Rossa non esiste nemmeno lontanamente il dubbio che si debbano effettuare delle verifiche. Non dovrebbe invece essere necessario il costante esame di un servizio che nello Stato ha una medaglia a parte? E quali controlli immaginate siano opportuni? Avete scritto che non ne siete a conoscenza perché non sono state condotte analisi strutturate *ad hoc*. Vorrei sapere allora a quali caratteristiche dovrebbe secondo voi rispondere una problematica contrattuale di questo tipo. Il lavoro della Commissione risulterebbe infatti impreziosito se avesse dalla vostra esperienza un suggerimento su come immaginare un percorso di contrattualizzazione con la Croce Rossa che – ripeto – può presentare determinate caratteristiche di salvaguardia dell'istituzione, ma deve avere la coerenza di quanto voi esaminate, controllate e vi trovate davanti ogni giorno.

Sono questi i dati rilevanti; su quelli economici c'è poi da fare un approfondimento a parte. Se il percorso funzionale di un'istituzione così protetta diventa estremamente rilevante nelle Regioni soggette a piano di rientro, comincio a sentirmi preoccupato. A questo punto il bilancio della Croce Rossa è da rivedere in termini generali, per capire se nelle zone di maggiore difficoltà dello Stato quest'ultimo intervenga con una qualche generosità e disponibilità o se invece esiste un meccanismo burocratico identico a quello che si verifica nelle zone dove questa necessità non esiste. La dinamicità della disponibilità della Croce Rossa, anche nell'ambito del servizio di emergenza-urgenza, dovrebbe presentare minori

difficoltà rispetto ad altri soggetti. La Regione Campania, la Puglia e l'Abruzzo, dove ci sono i piani di rientro, non riescono a contrattualizzare nuovi percorsi con nuove cooperative; problema che non dovrebbe esistere con la Croce Rossa che ritengo abbia una mutualità interna in grado di garantire proprio quelle zone. Tutto questo accade? Ne siete a conoscenza?

È un'ipotesi che torno a ripetere: potremmo richiedere all'Age.Na.S. – poi la Commissione e il Presidente valuteranno – un aiuto per definire contratto tipo, volto a regolare i rapporti tra le Aziende sanitarie e la Croce Rossa.

GRAMAZIO (*PdL*). Vorrei soffermarmi sui contratti siglati dalla Croce Rossa per il servizio di emergenza-urgenza. Penso alle agenzie regionali preposte; penso, ad esempio, al contratto in discussione in questi giorni tra l'ARES Lazio e la Croce Rossa per alcuni servizi che quest'ultima svolge per l'ARES 118 ormai da sei anni (ricordo che il direttore generale che firmò quel contratto era De Salazar). Cosa sta avvenendo in questo momento? Dalle notizie che abbiamo sembra che la Croce Rossa anziché venire incontro alle esigenze del servizio, sostituendosi così ad una carenza dei servizi pubblici, stia diventando una società di interesse che aumenta i prezzi. La Croce Rossa è l'ente preposto ad una serie di servizi che svolge sicuramente bene e con encomio, ma quando si verifica una crescita ulteriore dei prezzi in un contratto tra una Regione e un'azienda regionale, mi domando perché non si faccia un accordo con le Caritas o le Onlus, che possono svolgere quel servizio a prezzi inferiori. Riprendo il discorso che faceva il collega Saccomanno; la Croce Rossa ha un ruolo, non è il negozio di Michele Saccomanno o Domenico Gramazio, ma dovrebbe essere un insieme di servizi resi alla comunità per il ruolo che essa svolge.

BASSOLI (*PD*). Signor Presidente, nelle domande dei colleghi colgo sicuramente una preoccupazione di tipo economico perché in questo frangente, con il taglio delle risorse, è evidente che un servizio di emergenza-urgenza costoso incide notevolmente sia sulla sostenibilità che sulle possibilità di rientro da parte delle Regioni che sono in debito. Tuttavia, noi abbiamo anche studiato i dati emersi dall'indagine che è stata condotta sull'emergenza-urgenza, dai quali emerge un quadro preoccupante per quanto riguarda la qualità dei mezzi, la formazione e la precarietà del personale. C'è tutta una serie di elementi di qualità che rischiano di essere sacrificati al fatto che comunque alcune Regioni – non so esattamente quali in questo momento – fanno dei bandi di concorso per l'assegnazione di questo servizio che sono essenzialmente al ribasso e non tengono conto di alcuni elementi di qualità che invece sono importantissimi per un servizio così delicato come quello dell'emergenza-urgenza.

Nella relazione leggo che da parte dell'Age.Na.S. si propone l'individuazione di strategie e l'implementazione di sistemi di monitoraggio ai processi di miglioramento delle prestazioni e, all'interno di questo percorso, si segnala l'opportunità, nello specifico ambito del trasporto in-

fermi, di promuovere azioni volte alla valutazione da parte dei cittadini della qualità dei servizi erogati. È un punto interessante e forse sarebbe meglio avere una specifica più approfondita dell'idea, che può essere poi resa concreta e attuabile a livello nazionale come indicazione applicabile da parte delle Regioni nel momento in cui si va a definire questo tipo di bandi, tenendo conto che abbiamo avvertito da parte della Croce Rossa – almeno dalle audizioni svolte in precedenza – la forte preoccupazione di non riuscire a dare qualità e, nel contempo, a rientrare dei costi che essa deve sopportare.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per quanto già ci avete detto e mi scuso perché potrei fare qualche richiesta impropria; in questo caso, mi potrete dire che non riguarda la vostra competenza o che ci fornirete successivamente la relativa documentazione.

Avrete sentito parlare dell'importante indagine conoscitiva che abbiamo svolto sul trasporto degli infermi e sul primo soccorso, in particolare sulle situazioni di trauma, cardiovascolari e di disturbo del sistema nervoso centrale e, specularmente, sull'elemento accettante dipartimenti di emergenza-urgenza. È un punto di partenza importante e laddove questo documento non vi fosse arrivato ve lo faremo pervenire quanto prima. Secondo me, infatti, ben s'interfaccia con il documento presentato dal dottor Caracci. A tale riguardo, proprio per la funzione della Age.Na.S., vorrei capire, al di là della sintesi con cui il direttor Moirano ci ha spiegato il discorso di una diversità di sistema a livello delle varie Regioni, quali sono nella media i mezzi e come vengono classificati, quali sono gli equipaggi e come sono previsti nella diversità tra le varie Regioni e come viene fatta la formazione. Questo è il primo elemento di paragone che possiamo attuare tra un servizio come la Croce Rossa e gli altri soggetti, per valutare se esiste un criterio di paragone che li renda equiparabili e controllabili, basato non esclusivamente sull'elemento economico.

È necessario inoltre comprendere in quante Regioni accade quanto rilevato dal senatore Gramazio nel Lazio o in Lombardia (che sembrano al momento le uniche due Regioni ad avere attivato le agenzie regionali dell'emergenza-urgenza), da cui discende una difficoltà contrattuale per la Croce Rossa, che ovviamente si trova a doversi misurare con gli altri soggetti. Questo per capire se l'offerta è paragonabile e se c'è un metodo di controllo e di intervento.

Passo ad un secondo problema. A noi risulta che, attraverso il Ministero della sanità, la Croce Rossa Italiana riceva un congruo finanziamento, che addirittura sembra sia stato incrementato rispetto allo scorso anno. Ebbene, l'Age.Na.S. è in grado di dirci come vengono impiegate tali risorse per la sanità? Quando parliamo della rete dell'emergenza-urgenza ci riferiamo ad un trasporto che dovrebbe figurare già attivo sulla base della convenzione, o magari da ripianare. Dunque, tutte le altre risorse attribuite per quali compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale vengono utilizzate? E sono utilizzate nella maniera corretta?

Un altro elemento importante è il seguente. Nell'ambito di quello stesso bilancio oltre alla convenzione con il Ministero della salute risultano altre convenzioni (e, dunque, relativi finanziamenti) con il Ministero della difesa, con il Ministero degli esteri e con il Ministero degli interni? Vorremmo capire, a tale riguardo, quali sono i servizi svolti nell'ambito istituzionale perché ciò farebbe in parte luce sugli elementi emersi dalle prime audizioni e cioè le difficoltà dei comitati regionali a mantenere piante organiche, volontari e addetti ai servizi a fronte di quanto avviene a livello centrale, posto che, almeno stando ai primi dati, le due realtà sembrano essere in contraddizione tra loro.

Sottopongo, inoltre, alla vostra attenzione un ulteriore elemento. Si sostiene da alcune parti che i servizi resi dalla Croce Rossa Italiana costerebbero molto meno se si passasse da un sistema istituzionale, quale quello italiano, ad uno volontario, magari non militarizzato, come avviene all'estero. Al riguardo sollevo però due obiezioni per la via breve, attendendo però ovviamente dei dati al riguardo. In primo luogo, all'estero si parla di volontariato ma, in realtà, è un sistema militarizzato analogo a quello della Protezione civile, quindi con oneri da sostenere. In secondo luogo, le nazioni estere non sono in grado di prestare i servizi che offre la Croce Rossa Italiana in occasione di calamità nazionali e internazionali. Questo forse è dovuto ad alcune anomalie, come il corpo militare, grazie alla cui conservazione però quei servizi sono garantiti.

Infine, un accenno ad un tema che mi preoccupa. Corre voce che vi sono iniziative volte a trasformare in una istituzione privata la Croce Rossa, laddove invece, per vari elementi, la situazione patrimoniale su cui si fonda la Croce Rossa (e alcuni corpi particolari cui ho già fatto cenno) rendono problematica una simile scelta. Al riguardo vorremmo acquisire le vostre valutazioni.

MOIRANO. Tanto per sgombrare il campo da dubbi, vorrei chiarire che non intratteniamo alcun rapporto diretto con la Croce Rossa a livello centrale, né conosco la modalità di finanziamento (se non come cittadino), né quali rapporti abbia con gli altri Ministeri. Quindi, al riguardo non posso assolutamente fornire risposte.

Quanto alla domanda del senatore Saccomanno, per la verità non ho strumenti tecnici per rispondere. Posso dire però che le Regioni presentano situazioni fortemente variegate, legate anche alla presenza del volontariato. Pertanto, accanto a realtà in cui si registra un esubero di personale volontario, ve ne sono altre in cui esso è carente e dunque si deve ricorrere a personale con contratto di lavoro. Queste differenze sono abbastanza visibili, come pure le relative conseguenze che ricadono sui costi della gestione.

Ogni Regione stipula convenzioni e accordi di tipo diverso. A questo punto colgo l'occasione per allacciarmi alla domanda sulle agenzie regionali per l'emergenza. Nei documenti che abbiamo depositato agli atti (se lo riterrete opportuno potremmo produrre i volumi 25 e 27 della rivista Monitor in più copie per dare l'opportunità a tutti i senatori di visionarli)

sono riportate delle proposte di riorganizzazione della rete di emergenza territoriale e delle discipline ospedaliere su cui abbiamo lavorato, lasciando la possibilità di scegliere (fermo restando che non è nostra competenza) tra un'entità autonoma all'interno della Regione e delle strutture che abbiano *budget* e organizzazione autonomi. Evidentemente, nel momento in cui si analizzeranno i costi ed i risultati emergeranno contesti difformi ed amministrazioni che hanno spinto più in una direzione piuttosto che in un'altra. Non ci sono situazioni di monopolio; a seconda di quali Regioni e di quali aziende si prenderanno in considerazione si potrà riscontrare una presenza più o meno importante, o più o meno residuale.

Il tema è di particolare delicatezza. Normalmente, convenzioni fatte senza una preliminare procedura selettiva determinano un certo conflitto. Nel momento in cui viene avviata una convenzione la negoziazione si sposta sul piano, possiamo dire, più politico. In base alle mie precedenti esperienze aziendali e regionali, so che ciò genera dei conflitti. Alcune aziende, come ho già detto, hanno addirittura pensato di rendersi autonome gestendo in proprio una parte dei trasporti, ad esempio secondari, a volte scatenando lamentele delle varie Croci. Quindi, al riguardo non ho né risposte, né competenze. Posso però rispondere alle altre domande.

Come sapete, l'Agenzia ha un consiglio composto per metà da una rappresentanza del Ministero della salute e da una componente regionale; dunque ci muoviamo in questo ambito cercando di mantenere un equilibrio, che a volte può risultare difficile conseguire. Siamo riusciti a fare alcune cose ed altre potremmo farne. Come è stato rilevato in questa sede, abbiamo aperto un *focus* ed abbiamo scritto che siamo potenzialmente interessati – ne parlerò meglio in conclusione – al tema della valutazione dei servizi da parte dei cittadini. Quanto al *focus*, che riprende l'indagine da voi condotta e che ho avuto occasione di seguire (qualcuno ha anche detto che vi avevo copiato, mentre a dire il vero ci siamo mossi autonomamente), non ci siamo calati nelle reti cliniche. Abbiamo dimensionato le strutture complesse stabilendo che un reparto di cardiocirurgia non può esistere per meno di mezzo milione, un milione di abitanti. Come pure sono stati dimensionati i reparti di emodinamica, quelli di cardiologia e le unità coronariche. Da lì si può arrivare alla rete cardiologica, tuttavia non abbiamo predisposto modelli di reti cliniche. Ci siamo accontentati, considerata l'ampiezza dei problemi che abbiamo constatato visitando reparti di malattie infettive che contavano un solo malato o addirittura nessuno e volumi bassissimi, di stabilire un parametro da tenere in considerazione in fase di analisi dei piani di rientro, che ci consentisse di rilevare un sovradimensionamento. Ciò anche in riferimento alla rete di emergenza, oltre che per tutte le reti collegate che sono state descritte in maniera esaustiva (penso a quelle neurologiche, al *trauma center* e quant'altro).

Non siamo riusciti ancora a raggiungere l'obiettivo che ci siamo prefissati, ma stiamo lavorando nel tentativo di arrivare a questa definizione. Naturalmente i nostri sono documenti tecnici, non hanno alcuna valenza di norma e sono molto cedevoli. Voglio cioè dire che il documento n. 27,

che dimensiona anche l'emergenza, in realtà è figlio di una previsione normativa che è quella del Patto per la salute. Tale Patto prevedeva che il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e la Conferenza Stato-Regioni definissero un dimensionamento di questo tipo sulla base di un documento proposto dall'Age.Na.S. e noi abbiamo pertanto operato in questo senso; siamo partiti naturalmente dall'emergenza perché la prima cosa che si deve garantire ai cittadini è un accesso nell'emergenza con tempi di percorrenza certi. Ci siamo così imbattuti in questa tematica. Non abbiamo quindi una competenza specifica e neanche una relazione istituzionale, se non quando ci interfacciamo sul territorio regionale, con la Croce Rossa in senso lato.

Vorrei poi soffermarmi sulla questione sollevata dalla senatrice Basoli in merito al gradimento del cittadino. Noi riteniamo che per bilanciare la forza del conto economico, che viene rilevato con la competenza che è riconosciuta al Ministero dell'economia e delle finanze, la parte sanitaria deve avere una forte espressione numerica anche sulla qualità, che si declina soprattutto sull'efficacia. A tal fine ci stiamo muovendo sul Programma nazionale degli esiti che abbiamo già realizzato dal 2008 al 2009 e che, quando ci saranno i dati sulle SDO, predisporremo anche per il 2010. Ci muoviamo anche sui temi dell'appropriatezza, della qualità organizzativa, dell'efficienza, ma in particolare dell'equità e dell'*empowerment* del cittadino. In questo senso stiamo lavorando su alcuni progetti dell'Agenzia, concentrandoci non specificamente sull'emergenza, ma sul gradimento dell'utenza, con indagini di *customer satisfaction*, e su temi più generici in cui ci sarà anche spazio per l'emergenza. Tuttavia se c'è una richiesta in questo senso, che può arrivare dal livello centrale o regionale, l'Agenzia è disponibile – per quel che sono le sue risorse sia di personale che di bilancio – a lavorare sul tema poiché al riguardo la sensibilità dei cittadini è piuttosto alta. È per questo che per definire la nostra rete nelle Regioni soggette a piano di rientro siamo partiti proprio dall'emergenza ospedaliera e territoriale. Da lì infatti si articolano tutte le conseguenze; non è importante sapere dove è la chirurgia toracica, ma è importante che il cittadino, in un arco temporale che varia a seconda dei casi dai 30 ai 60 minuti, abbia accesso ad alcune discipline di fondamentale importanza.

Il nostro lavoro si è quindi mosso in questa direzione. L'idea di andare a vedere cosa ne pensano i cittadini, specialmente nelle Regioni in cui andiamo a svolgere azioni di supporto, ci è sembrata particolarmente interessante e così l'abbiamo messa in cantiere; dal momento però che abbiamo tante cose da realizzare e siamo circa cinquanta dipendenti, qualche volta purtroppo dobbiamo metterle in fila.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, il dottor Moirano ha citato nella sua risposta il Programma nazionale degli esiti che, a mio parere, meritoriamente, l'Age.Na.S. sta svolgendo da un paio d'anni. L'indagine sui dati delle SDO relativi al 2009 è conclusa e immagino che, quando avranno la disponibilità dei dati relativi al 2010, sarà ripresa. Per quanto riguarda l'analisi del

2009, credo che assai opportunamente il Ministero della salute e l'Age.Na.S., d'intesa con le Regioni, hanno ritenuto di mantenere riservata la valutazione sugli esiti: essa è accessibile tramite *password* dai soggetti istituzionali, come il Ministero della salute e le Regioni.

Le chiedo, Presidente, se ella non ritenga opportuno che la Commissione possa essere tra quei soggetti istituzionali che hanno accesso alle valutazioni di esiti condotte da Age.Na.S.

PRESIDENTE. Non ho problemi a fare una richiesta formale in tal senso, che poi il direttore valuterà, ma penso che sicuramente ci sarà consentito questo accesso.

MOIRANO. Il nostro vincolo è che le SDO ci sono assegnate dal Ministero; il Programma nazionale degli esiti si basa su un progetto che trae la sua origine da un «Mattone», proseguito nel tempo, i cui risultati abbiamo consegnato al Ministro. A causa della delicatezza di alcuni dati sulle mortalità e sull'esito di alcune procedure, si è deciso di consentire l'accesso agli assessori con *password* e *username*; quindi, ogni assessore ha i dati relativi ai propri esiti regionali. C'è stata una discussione sul rapporto tra Regioni e livello centrale. In questo momento l'accesso al programma è per Regione e per dati regionali. Su questo argomento devo perciò fare riferimento al Ministero che è titolare dei dati.

COSENTINO (PD). Tenendo conto delle considerazioni condivisibili del dottor Moirano, che poi rispecchiano la realtà, suggerirei, se la Commissione parlamentare è d'accordo sul fatto che essa debba essere tra i soggetti istituzionali che hanno accesso ai dati, di rivolgere la richiesta direttamente al Ministro, in modo da scaricare lo strumento tecnico da una decisione politica che spetta al Ministro; quest'ultimo poi ci risponderà in modo affermativo o negativo, ma comunque avremo una risposta.

PRESIDENTE. Prendo atto della sua richiesta, senatore Cosentino, e mi riservo di inviarla al Ministro della salute.

Ringrazio ancora gli auditi per il contributo offerto ai lavori della Commissione.

Dichiaro così conclusa l'odierna audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16.

