



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 18

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

**10<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME INTEGRATIVE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA SANITARIA NEL QUADRO DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DEI SISTEMI DI *WELFARE* E DI TUTELA DELLA SALUTE

159<sup>a</sup> seduta (antimeridiana): martedì 6 febbraio 2024

Presidenza del presidente ZAFFINI

**INDICE****Audizione di rappresentanti della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute**

|                                |                               |                       |            |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------|------------|
| PRESIDENTE . . . . .           | Pag. 3, 9, 12 e <i>passim</i> | * CICCHETTI . . . . . | Pag. 3, 12 |
| FURLAN (PD-IDP) . . . . .      | 12                            |                       |            |
| MAZZELLA (M5S) . . . . .       | 10                            |                       |            |
| MURELLI (LSP-PSd'Az) . . . . . | 9                             |                       |            |
| ZAMPA (PD-IDP) . . . . .       | 11                            |                       |            |
| ZULLO (FdI) . . . . .          | 13                            |                       |            |

---

**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: Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-Il Centro-Renew Europe: IV-C-RE; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-PATT, Campobase): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, Americo Cicchetti, direttore generale, accompagnato da Maria Donata Bellentani, direttore dell'Ufficio II DGPROGS, e da Giovanna Giannetti, dirigente in servizio presso l'Ufficio II DGPROGS.*

*I lavori hanno inizio alle ore 12,40.*

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

#### *PROCEDURE INFORMATIVE*

##### **Audizione di rappresentanti della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di *welfare* e di tutela della salute, sospesa nella seduta del 30 gennaio scorso.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute.

Sono presenti il professor Americo Cicchetti, direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, accompagnato da Maria Donata Bellentani, direttore dell'Ufficio II DGPROGS, e da Giovanna Giannetti, dirigente in servizio presso l'Ufficio II DGPROGS. Ringraziando i nostri ospiti per la disponibilità, do subito la parola al professor Cicchetti, al quale segnalo che avrà a disposizione una decina di minuti per la sua esposizione; avremo così lo spazio per le domande dei colleghi senatori e per un'eventuale replica.

*CICCHETTI.* Benissimo. Buongiorno a tutti, ringrazio il Presidente e tutti voi per questa occasione che ci permette anche di aggiornarvi sul

lavoro sin qui svolto da parte del Ministero della salute, in particolare della Direzione generale e dell'Ufficio II, che acquista competenza sulla gestione dell'anagrafe, del cruscotto e dell'osservatorio, quindi sul modello di *governance* che ci siamo dati sinora per la gestione dei rapporti con i fondi integrativi, sostitutivi e complementari del Servizio sanitario nazionale.

Poche rapide premesse; partiamo, e credo sia importante, dalla volontà di mantenere la sostenibilità del nostro Servizio sanitario nazionale. Una sostenibilità che è messa un po' in difficoltà da questioni che hanno a che fare con la dinamica demografica, con le cronicità, con l'impatto dell'innovazione tecnologica che da un lato è positiva, dall'altro – dal punto di vista della generazione dei costi – è negativa. E poi c'è il tema della fiducia nella scienza e nelle istituzioni, che la World Health Organization (WHO) ha sottolineato essere un problema di tutti i sistemi sanitari in questo momento a livello globale.

In genere, partiamo da confronti internazionali, l'Italia spende un po' meno – qualcuno dice molto meno – rispetto agli altri Paesi; quello che vedete nella *slide* è il confronto con l'Europa a 27. Tengo a sottolineare che il nostro è un servizio sanitario di tipo pubblico, universalistico, gratuito al punto di accesso; un sistema sanitario che, rispetto a quelli ad esempio dei nostri amici francesi e tedeschi che hanno un sistema mutualistico, sappiamo essere più efficiente per definizione. In sostanza, il nostro sistema spende il 3-4 per cento in meno per fornire le stesse prestazioni dei sistemi di tipo mutualistico, totalmente a base sociale. Quindi, lo ribadisco sempre, il confronto va fatto tenendo conto di queste differenze.

Altri elementi di riflessione: l'Italia non ha mai speso più del 7 per cento del PIL per la spesa pubblica, con l'eccezione del 2020, e non ha mai raggiunto il 10 per cento di spesa sanitaria sul PIL – lo hanno già raggiunto, invece, la Francia e la Germania –; questo anche, come dicevo, per la sua natura di servizio sanitario nazionale.

Il nostro servizio sanitario nazionale ha una sua storia, che nella *slide* che vi mostro ora vedete rappresentata per gli ultimi vent'anni circa con due indicatori: finanziamento e spesa. Osserviamo, in particolare, un lungo periodo di forte accelerazione della spesa sanitaria, che coincide con un'accumulazione di *deficit* che ha generato debito, e due successivi interventi che lo hanno riportato in equilibrio economico-finanziario, che non vuol dire necessariamente in termini di capacità di erogare i livelli essenziali di assistenza. Il primo, a partire dal 2005, con la disciplina dei piani di rientro, che ha permesso di generare sicuramente molta efficienza nel sistema intervenendo soprattutto su alcune Regioni, come ben sappiamo; ci sono poi, in secondo luogo, gli interventi legati alla crisi finanziaria, che hanno per un lungo periodo garantito questo equilibrio, ma a tassi di crescita della spesa sanitaria sicuramente inferiori rispetto a quelli degli anni precedenti. In questo arco temporale va riscontrato anche il periodo di divaricazione del nostro livello di spesa rispetto a quello dei grandi Paesi europei.

C'è poi, chiaramente, una storia a parte, quella del Covid, che ha portato alla creazione di uno scalino sia nel finanziamento che nella spesa sanitaria, sul quale siamo ora in piedi. Questo scalino in termini di finanziamento in realtà non ha cambiato molto la capacità di spendere da parte delle diverse Regioni, perché chi era abituato ad essere in equilibrio continua ad esserlo e chi era abituato a spendere di più di quello che in genere è il finanziamento continua ad avere questo tipo di problemi.

In generale, come vedete da questa tabella, noi abbiamo una sorta di disavanzo strutturale che è di circa l'1 per cento negli ultimi almeno dieci anni; quindi, spendiamo l'1 per cento in più rispetto a quello che è il finanziamento del servizio sanitario. È bene ricordare, però, che abbiamo avuto un'iniezione finanziaria importante durante il Covid – parliamo di circa quasi 12 miliardi di euro – a valere sul fondo, oltre che spese eccezionali, e come potete vedere nella colonna in fondo non tutti questi soldi sono stati spesi. Quindi, c'è stata la capacità di spendere in molte Regioni, ma non in tutte.

Quella che vi mostro ora è la situazione di oggi; i numeri della *slide* sono un po' piccoli, però ci mostrano quella che è la proiezione nei prossimi tre anni. Fondamentalmente c'è un incremento di 11,2 miliardi – vi dico il dato sintetico – grazie all'ultima legge di bilancio; questi sono numeri che conoscete molto bene e che quindi non sottolineo. Oltre a questi ci sono i finanziamenti aggiuntivi relativi ad una serie di iniziative; una di queste è indirizzata verso la riduzione delle liste d'attesa e il potenziamento dell'assistenza territoriale.

Tutto ciò lo dico semplicemente per ricordare a me stesso la responsabilità di utilizzare al meglio possibile, attraverso un'attività di programmazione sanitaria, questa dotazione finanziaria che comunque direi è molto importante.

I bisogni delle cure mediche non soddisfatte sono in realtà contenuti e molto vicini a quelle che sono le situazioni di altri Paesi europei. Sappiamo che la nostra difficoltà sta nella variabilità dell'accesso e nella capacità delle diverse Regioni di offrire compiutamente quello che è il rispetto della tutela della salute per tutti i cittadini. Questo è testimoniato dal nostro sistema di garanzia, cioè il sistema di indicatori che ci mostra qual è la situazione delle Regioni, e purtroppo il gradiente Nord-Sud continua ad esistere. Questa che vi mostro ora è la selezione degli indicatori – vedete l'ultimo dato disponibile, ancora non consolidato, relativo al 2022 – dove abbiamo ancora effettivamente un'Italia tagliata in due parti.

Credo che questa premessa sia importante per arrivare, molto rapidamente, a dirvi alcune cose sull'attuale sistema.

È evidente che comunque quei numeri ci mostrano una certa difficoltà nel rispondere a tutti i bisogni che vengono espressi. Le liste di attesa, per esempio, rappresentano un elemento di questa difficoltà. Ricordo però a me stesso e a voi che le liste d'attesa sono un elemento fisiologico di funzionamento di un servizio sanitario universalistico pubblico. Non avere liste d'attesa vuol dire, e questo ce lo dicono gli studi,

avere sicuramente molta inappropriatezza. La lista d'attesa è un fattore di governo della domanda e quindi di ottenimento del modo migliore di utilizzare le nostre risorse. Chiaramente non deve superare dei limiti che noi consideriamo fisiologici; questi paletti li dobbiamo mettere noi come sistema, li abbiamo messi, li stiamo monitorando, dobbiamo monitorarli meglio. È stato avviato un cantiere al Ministero della salute, proprio la settimana scorsa, per rivedere il piano nazionale di governo delle liste d'attesa perché abbiamo bisogno di dati molto più puntuali, e questo ha a che fare anche con quello che andremo a dire adesso.

Il nostro modello di *governance* è fatto così: abbiamo un'anagrafe che raccoglie i fondi delle diverse tipologie A e B; un osservatorio; e un cruscotto.

L'anagrafe oggi ci restituisce i dati, che sono ben noti e penso che siano già stati mostrati in quest'Aula; ricordo solo che la maggior parte dei fondi sono quelli che mettono insieme la parte LEA ed extra LEA, mentre sono pochissimi, una piccola percentuale, quelli che invece erogano prestazioni al di fuori dei livelli essenziali di assistenza. Un altro dato che emerge chiaramente è che in media la soglia del 20 per cento è stata superata, quindi c'è una propensione ad erogare prestazioni all'interno dei LEA leggermente superiore rispetto a quella che è la soglia. L'altro elemento che emerge dalla tabella in basso a destra è che il numero di persone in Italia interessate ai fondi integrativi cresce e cresce nel tempo.

Poi abbiamo il cruscotto, che credo sia un elemento importante di questo disegno. L'anagrafe in qualche maniera fa una fotografia, ci permette di raccogliere i documenti, i regolamenti, gli statuti dei fondi che ci forniscono alcune informazioni. Il cruscotto, invece, ci permette di avere informazioni non solo di tipo amministrativo ma anche relative all'operatività, a che cosa erogano questi fondi. Questa è un'innovazione – il decreto del Ministro della salute è del 30 settembre 2022 – che è stata avviata in fase di sperimentazione e che adesso è in fase di attuazione. Il cruscotto è stato rinnovato da un punto di vista tecnologico: nella sua prima *release* era ancora abbastanza limitato tecnologicamente, è stato aggiornato prima di Natale, è stato anche discusso nell'ambito dell'osservatorio, che è l'altro strumento che abbiamo, e certamente ci garantirebbe una quantità di dati e di informazioni utili a fare programmazione. Riteniamo infatti che la programmazione si possa fare anche andando a vedere quello che il sistema non sta erogando e quello che viene coperto da altri operatori all'interno di questo sistema che – questo è un parere – dovrebbero essere visti come dei *partner* all'interno della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, che può essere garantita anche, anzi sicuramente, attraverso anche questo secondo pilastro.

Il cruscotto è molto elaborato, prevede tanti dati, tante informazioni che vengono richieste ai fondi, e laddove i fondi poi si avvalgono evidentemente di *broker*, di assicurazioni, chi detiene alcune di quelle informazioni sono le assicurazioni, non i fondi. Quindi, immaginiamo un passaggio di informazioni che permetta di farle arrivare fino a noi; è un

punto che sottolinea perché rappresenta un elemento di complessità. Non ve lo mostro tutto, perché i dati sono parecchi; ci dà la possibilità di andare a capire, ad esempio, quali sono le prestazioni e quante e quali sono erogate nei LEA ed extra LEA, quali sono le popolazioni, il dove, il perché; quindi, permette di cominciare a comprendere effettivamente quali sono i bisogni che vengono coperti attraverso questo secondo pilastro in alternativa al precedente, laddove invece esiste una sovrapposizione.

L'ultimo strumento di cui ci siamo dotati è un osservatorio, che fondamentalmente ci dice che dobbiamo implementare il sistema di *governance*, dobbiamo anche studiarlo, e vogliamo studiarlo con tutti gli interlocutori del sistema.

Alcune considerazioni, e veramente vado alla conclusione.

Chiaramente questo sistema (anagrafe, cruscotto e osservatorio) deve ancora essere ottimizzato, tant'è che l'iscrizione al cruscotto sarà obbligatoria – oggi è volontaria – a partire dal 2025 in funzione all'anagrafe. Alcune informazioni ancora ci mancano, proprio da un punto di vista di sistema: non è noto ad esempio l'intero panorama dei fondi integrativi, perché l'iscrizione all'anagrafe non è obbligatoria, ed evidentemente questo potrebbe essere un elemento di discussione. I regolamenti e gli atti costitutivi ci danno alcune informazioni, ma non troviamo altre cose: se ad esempio esistono degli intermediari dei fondi, quali sono; non sappiamo esattamente quali siano le prestazioni garantite, sia quelle LEA che quelle extra LEA. Le informazioni presenti nell'anagrafe non permettono una programmazione che noi vorremmo fare in maniera integrata, che non vuol dire fare la programmazione per gli altri, però certamente fare la nostra sulla base di quelle che sono le programmazioni del settore dei fondi integrativi, e lì ci sono alcune domande alle quali vorremmo avere delle risposte ma per le quali abbiamo bisogno del cruscotto.

Per quanto riguarda il cruscotto, aggiornato come detto dal punto di vista tecnologico, abbiamo notato una qualche resistenza all'implementazione, cioè al fornire i dati. Prima c'era una motivazione tecnologica oggettiva, e l'abbiamo sistemata. Oggi forse il problema è quello della complessità, forse dobbiamo dare del tempo per l'utilizzo pieno del cruscotto; ma dobbiamo darci dei tempi prefissati, dobbiamo fare degli *step*, e questo è fondamentale perché con il cruscotto possiamo avere le informazioni che ci servono per capire il nostro bisogno come sistema e quello che stiamo dando ai cittadini attraverso un altro percorso, che è quello dei fondi integrativi.

Il cruscotto, come detto, ci permette di avere informazioni non reperibili in altro modo. Per avere questo cruscotto al 100 per cento – ma soprattutto per avere una *governance* al 100 per cento – il passaggio fondamentale è che i fondi possano concordare i nomenclatori. Questa sarebbe, in buona sostanza, la via per utilizzare tutti lo stesso linguaggio e quindi avere la capacità di integrare i dati e le informazioni.

Venendo alle conclusioni, personalmente ritengo che i prossimi saranno i tre anni più difficili del Servizio sanitario nazionale, e lo dico

molto semplicemente, perché siamo in attesa di vedere il risultato della riforma del decreto ministeriale n. 77 del 2022 e gli effetti di un grandissimo investimento che è stato fatto. In questi tre anni, quindi, visti da tecnico, mi sembra che siano il gradino più alto da superare e credo che le scelte di questo momento siano davvero cruciali. Per garantire il sostegno a tutto questo vorremmo utilizzare, riprendendolo dal passato, uno strumento di programmazione che è il Piano sanitario nazionale. Stiamo anche ragionando con il Ministro della salute, con il Capo di gabinetto e tutti gli altri, sull'orizzonte temporale: abbiamo avuto piani sanitari triennali, oggi forse abbiamo bisogno di un *range* un po' più lungo. È quello che stanno facendo gli inglesi, che hanno un *long range planning* e poi fanno delle programmazioni biennali. Questo ci sembrerebbe l'approccio migliore.

Perché il Piano sanitario nazionale? Perché passa da queste Aule, e quindi il livello di condivisione è più alto. È lì che si possono prendere decisioni importanti che impattano su tutto il sistema non solo sanitario, ma sociale.

L'assetto attuale – anagrafe, cruscotto e osservatorio – deve essere completato: non abbiamo informazioni sui modelli di *governance* interni, su quale sia il livello delle competenze all'interno, che sono assolutamente fondamentali e che vorremmo avere. Dobbiamo evidentemente fare un passo avanti in termini di meccanismi di vigilanza; e poi, lo dicevo anche prima, è fondamentale avere un unico nomenclatore perché questo permette una vera *governance* integrata, per esempio per capire quali sono gli interventi che potrebbero essere incentivati. I pacchetti di prevenzione non sono tutti uguali: concordandoli insieme, sarebbe possibile realizzare un'operazione in termini di costo-efficacia veramente fenomenale e quindi di utilizzare bene i soldi dei cittadini – che magari attraverso il meccanismo della detassazione ricadono poi in parte sulla spesa pubblica – per ottenere dei benefici all'interno del Servizio sanitario pubblico in termini di crescita dell'efficacia. Potremmo evitare tante cose, come la duplicazione delle prestazioni. Forse potrebbe essere la via anche per ampliare la platea interessata: penso a un mondo di soggetti che rimangono esclusi perché non hanno un fondo a cui fare riferimento; ai pensionati che sono interessati alla *long term care*; e via dicendo.

L'ultima cosa che voglio dire è che abbiamo tanti esempi a cui guardare, in Francia e in Germania. Per esempio i francesi rispetto a noi non hanno ciò che è LEA e ciò che è extra LEA, hanno tre livelli: ci sono le cose tutelate, le cose considerate meritorie – per esempio loro hanno i farmaci di fascia B dove si paga un *ticket* moderatore un po' più robusto – e poi le cose extra LEA che vengono considerate a libera scelta da parte del cittadino. È questo che vorremmo fare anche all'interno dell'osservatorio, guardarci bene intorno, e credo che comunque il lavoro portato avanti da questa Commissione sia estremamente utile. Noi siamo a vostra disposizione per darvi tutto quello che possiamo dal punto di vista dell'informazione ma anche dell'impegno, e credo di parlare anche a nome delle colleghe, che ringrazio per la puntualità di quello che fanno

nel portare avanti la sfida – è una vera sfida – di gestire tutto questo sistema.

Mi fermo qui, grazie per l'attenzione.

PRESIDENTE. Sono io che la ringrazio, professore, e mi complimento per la documentazione che ci ha sottoposto.

Do ora la parola ai colleghi che desiderano intervenire.

MURELLI (*LSP-PSd'Az*). Grazie Presidente, ringrazio il direttore Cicchetti e i funzionari che lo accompagnano per l'illustrazione e per l'importante lavoro che ci hanno presentato oggi. Sicuramente porta alla luce una necessità, quella dell'interpretare i dati dei sistemi, su cui ho insistito molto anche la settimana scorsa: quando si parla di fascicolo sanitario elettronico nazionale come obiettivo del PNRR prima di tutto dobbiamo darci questo obiettivo sia nel nostro Sistema sanitario nazionale sia quando andiamo ad allargare l'orizzonte al settore privato. È importantissimo, nella fase di programmazione delle attività, andare a integrare il sistema sanitario integrativo che ognuno di noi si fa, anche per poter programmare quali sono le esigenze di prevenzione, perché è inutile parlare di *screening* e prevenzione se poi le persone se lo fanno privatamente. Quindi, nel momento in cui dobbiamo capire quali sono le esigenze e vogliamo dare la possibilità a tutti i medici del sistema sanitario di seguire a 360 gradi il paziente, è importante integrare tutti i dati.

È davvero molto importante, lo sottolineava il professor Cicchetti, il nomenclatore: ho partecipato un mese fa ad un convegno, non lo sapevo, il registro nazionale delle malattie rare non ha dati perché purtroppo i registri delle singole Regioni – scusatemi se uso espressioni di informatica, io arrivo da quel mondo – utilizzano *script* e inviano *data log* che non sono leggibili dal sistema centrale, o magari solo una parte delle informazioni possono essere lette e non tutte sono analizzate. È importante, quindi, che questo sistema sia implementato e speriamo che i fondi integrativi privati aderiscano.

Mi domando, in conclusione, se possiamo fare qualcosa dal punto di vista legislativo per fare in modo che in Italia – sarebbe importante – i fondi che vengono offerti dal sistema integrativo siano per così dire obbligati, partecipino a questa raccolta di dati e utilizzino lo stesso nomenclatore. È uno sforzo importante quello che il Sistema sanitario fa, però serve per poter dare un servizio a 360 gradi sia ai pazienti – per seguirli dalla presa in carico alla cura, per seguirne le terapie, l'aderenza delle terapie – sia ai medici che li seguono. Se io vado da uno specialista che mi dà una serie di terapie, nel momento in cui con quelle terapie riscontro degli effetti magari particolari, da chi vado? Vado dal medico di medicina generale; il quale magari mi dà delle ulteriori medicine senza coordinarsi con lo specialista. Quindi, se parliamo di comunicazioni in rete – lo facciamo anche e soprattutto per quanto riguarda l'oncologico; penso alla rete oncologica dei medici – dobbiamo poterlo fare anche con questo tipo di dati. Secondo me è una cosa molto importante, un'ambi-

zione che il nostro Ministero della salute ha, e chiedo quindi quali possano essere dal punto di vista legislativo eventuali aspetti in cui possiamo intervenire per fare in modo che questo sistema venga effettivamente implementato.

MAZZELLA (M5S). Ringrazio il direttore per l'esautiva rappresentazione del Sistema sanitario nazionale nella sua spesa e nella sua sostenibilità. Vorrei fare una domanda in qualche modo interpretativa e conclusiva di un dibattito che parlamentariamente si è sviluppato durante tutto quest'anno e rispetto al quale potrà darci finalmente un parametro di riferimento. Nella sua relazione lei prende in esame la spesa in rapporto al Pil; abbiamo sempre avuto una discussione, direi neanche tanto pacifica, in Aula quando abbiamo cercato di esporre i dati, tutti, da qualsiasi parte fosse venuta questa esposizione, in questi termini. Un suo chiarimento su come, in termini internazionali, nazionali, non so, si debba esprimere questo parametro ci sarebbe di aiuto in modo definitivo, così facciamo chiarezza.

La seconda domanda riguarda la sua prima affermazione, che mi sembra sia stata abbastanza chiara e che rappresenta anche un po' la nostra preoccupazione, sulla spesa *out of pocket* e cioè sui sistemi mutualistici o bismarckiani. Se è vero, così come sembra dire lo studio che ci presenta, che effettivamente il sistema Bismarck incrementa del 3-4 per cento la spesa sanitaria *pro capite* senza che ciò si traduca in un miglioramento dell'efficacia delle prestazioni, ebbene, questo è un dato che dobbiamo rilevare. Non possiamo fare finta di non considerarlo. E vorrei capire se la Direzione generale della programmazione ha chiara l'idea di che cosa possano significare l'intermediazione e i costi aggiuntivi in un sistema complessivo che non riguarda esclusivamente la spesa così come la conosciamo, basata cioè sulla fiscalità generale e tutto quello che sappiamo, ma la spesa che gli italiani dovranno affrontare, e non solo per farmaci di fascia C piuttosto che altri, di tasca loro, facendosi un'assicurazione, perché il sistema sanitario pubblico non è riuscito. Vorrei un chiarimento su questo punto.

La terza domanda, più tecnica, riguarda una sua affermazione che mi sembra veramente corretta e sulla quale dovremmo riflettere tutti noi qui in Commissione. Lei ha detto che l'andamento della spesa negli ultimi dieci anni ha avuto un disavanzo medio di circa l'1 per cento. Poi ha fatto riferimento alla spesa rispetto al prodotto interno lordo, che non è stata mai superiore al 7 per cento, tranne che nel periodo della pandemia. Nel dibattito pubblico e parlamentare che si è acceso durante la legge di bilancio noi abbiamo rilevato che l'incremento di spesa attuale era in linea con una curva incrementale di spesa che, come lei dimostra, è stato abbastanza simile in tutti gli altri anni, insomma, c'è sempre un aumento di spesa; e quindi quello che andrebbe realmente aumentato è il finanziamento al sistema sanitario pubblico. Mi domando, e poi concludo, se lei questo lo vede come un aumento, cioè un incremento del finanziamento del sistema sanitario pubblico, oppure come un aumento della

spesa in intermediazione integrativa. Perché questo è il tema. Quell'1 per cento, che corrisponde a diversi miliardi, devono metterlo gli italiani di tasca loro con l'intermediazione sanitaria oppure è la fiscalità generale che lo deve inserire nel sistema per aumentare i servizi?

ZAMPA (*PD-IDP*). Signor Presidente, ringrazio anch'io per il materiale che ci è stato fornito e che sarà oggetto di studio, almeno da parte mia. Confesso che non mi è tutto chiarissimo; in particolare, però, richiamo una delle questioni, il punto che politicamente ritengo centrale, già richiamato dal collega Mazzella. Non trovo risposta in quello che lei ha detto – e neanche la vedo qui, nella documentazione, se non appunto nella valutazione delle analisi comparative sulla spesa sanitaria – rispetto a un punto che è decisivo nella valutazione certamente politica che si deve fare del tema della spesa sanitaria integrativa. Si tratta di domandarsi non solo se migliora o non migliora il sistema, ma quale parte in realtà sta andando a coprire questa spesa integrativa: la stiamo utilizzando per sostituire con la spesa nostra ciò che il sistema non ci dà o stiamo davvero accedendo a servizi che sono aggiuntivi o non previsti nel Servizio sanitario nazionale e quindi ovviamente non compresi nei LEA?

Secondo punto: l'impatto che ha, per esempio, sulle liste d'attesa. Lei ha detto, e io lo condivido totalmente, che sono un elemento di governo e che in un sistema universalistico pubblico come quello che noi conosciamo dobbiamo immaginarci che ci sia sempre una qualche lista d'attesa. Ha poi detto, però, che deve esserci un punto oltre il quale questa lista d'attesa non deve andare perché altrimenti diventa solo un elemento altamente negativo. Mi piacerebbe capire dove viene fissato il pannello e dove si colloca il suo superamento; ma questo punto, mi rendo conto, può essere anche oggetto di un successivo approfondimento.

Mi hanno colpito poi alcuni altri punti. Il primo: non ho capito, glielo dico sinceramente, che cosa significa che i prossimi tre anni saranno i più difficili del Servizio sanitario dal tempo della sua istituzione. Ho dei dubbi – mi scusi se mi permetto – sul fatto che siano i più difficili dal momento dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale perché attendiamo l'implementazione del processo di adeguamento del decreto ministeriale n. 77 del 2002 e l'impatto degli investimenti del PNRR. Forse l'impatto degli investimenti, se sono gestiti bene, dovrebbe migliorarlo, io la pensavo così, però forse non ho capito cosa volete dire in quello che avete scritto. Perché se dobbiamo immaginare che diventi negativo anche quello, allora, non so, getto la spugna.

Così come, per quanto riguarda il Piano sanitario nazionale 2024-2029, in che senso è l'occasione per rivedere i principi di giustizia distributiva? State lavorando a qualche intervento che possa fare in modo che migliori la giustizia distributiva relativa, ovviamente, all'allocazione delle risorse del Servizio sanitario nazionale? Deve comprendere il ruolo del secondo pilastro? Però mi domando: siccome ci avete fatto vedere un sacco di Regioni dove i soldi non vengono spesi – non sono stati spesi neanche quelli del Covid, basta questo per farsi un'idea – immagino che

il primo degli interventi – oltre agli altri che presumo vogliate immaginare quando si parla di giustizia distributiva e di Servizio sanitario nazionale – sia quello di studiare come intervenire nelle Regioni dove poi non succede assolutamente niente, che tu ci metta le risorse o non ce le metta.

Vedo anche molti punti delle conclusioni declinati al futuro: quindi è un lavoro in corso? Avete una programmazione con delle scadenze, e se sì quando possiamo immaginare che la definizione delle prestazioni presente nei nomenclatori e uniformata con il cruscotto arriverà? L'appropriatezza degli interventi dovrà essere promossa congiuntamente? C'è una previsione di tempi per tutti questi punti che lei mette nelle conclusioni? Perché si parla di conclusioni per qualcosa che, appunto, arriva a conclusione, ma qui le conclusioni vertono tutte su cose che avverranno nel futuro e non si dice quando questo futuro si compie.

In conclusione, volevo capirci qualcosa di più; però comprendo che la mia domanda è molto ampia.

PRESIDENTE. La ringrazio, senatrice Zampa.

Colleghi, Direttore, non abbiamo margini di tempo sufficienti per farla rispondere; se lei ci dà la sua disponibilità, farei completare gli interventi dei colleghi con le domande e rinvierei ad un'altra seduta le sue risposte.

CICCHETTI. Va bene, signor Presidente.

PRESIDENTE. La ringrazio. Procediamo quindi con gli interventi dei commissari.

FURLAN (PD-IDP). Grazie, Presidente, ringrazio anche io il Direttore per la sua esposizione. Vorrei tornare sulla riduzione delle liste d'attesa e cioè su quello che prevede la finanziaria, che lei ha fotografato di fatto – non potrebbe essere altrimenti – ma che secondo me va un po' in contraddizione con altre valutazioni che abbiamo nell'insieme del documento e che vorrei capire meglio. Il primo punto – l'aumento della tariffa oraria per prestazioni aggiuntive, medici e infermieri – praticamente rimette sulle spalle degli stessi, pagandoli un po' di più, il gran lavoro, il *surplus* di lavoro che già oggi fanno, quindi non è risolutivo. Facciamo lavorare ancora di più persone che già oggi lavorano moltissimo per supplire alle carenze di organico.

La seconda questione mi fa venire in mente i gettonisti: basta parlare con qualsiasi medico o infermiere che lavora nei nostri reparti di pronto soccorso e ci spiegherà bene cosa significa lavorare con i gettonisti: è una cosa che sta rovinando la qualità di lavoro nel nostro Sistema sanitario pubblico in generale ma che nelle strutture di pronto soccorso sta diventando dirompente. Spesso parliamo di medici di 65, 67, 68 anni, con tutto quello che ne consegue.

Lei prima diceva, osservazione assolutamente importante, che nel dialogo – definiamolo così – con i fondi sanitari dovremmo cercare di dirottare anche il rapporto con le strutture pubbliche dei fondi stessi. Mi sembra esattamente l'opposto di quello che si è deciso nella finanziaria, che aumenta il tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie dai privati accreditati. Quindi, non solo non creiamo questo dialogo virtuoso per cui l'utilizzo va dai fondi integrativi verso il pubblico, ma anzi rafforziamo l'acquisto del pubblico di servizi da privati. Secondo lei, questi provvedimenti sono in qualche modo coerenti rispetto agli obiettivi oppure no?

ZULLO (*FdI*). Signor Presidente, non mi dilungo. Noi in sanità abbiamo un compito a mio avviso nobile, quello cioè di trovare la corrispondenza tra l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e il buon uso delle risorse. Abbiamo un sistema di valutazione dei LEA attraverso la griglia LEA; a mio giudizio, però, è un sistema di valutazione autoreferenziale da parte delle Regioni, nel senso che nessuno controlla quello fanno che le Regioni. Vengo al dunque riguardo alla spesa integrativa: se noi non sappiamo quello che effettivamente viene erogato nelle Regioni, possiamo sapere dove si rivolge il cittadino con la spesa integrativa o con l'*out of pocket*? Secondo me no. Quindi, abbiamo dei dati che a mio avviso non sono veritieri rispetto a quello che avviene nella realtà. E questo sarà fino a quando le Regioni autoreferenzialmente scriveranno, sapendo quali sono gli indicatori della griglia, quello che fanno senza che nessuno verifichi, perché poi noi sul territorio vediamo che non viene assistito nessuno, eppure le Regioni vengono promosse.

PRESIDENTE. Grazie, collega Zullo. Vorrei sottoporle anch'io alcune brevissime considerazioni. La prima: ragionando per blocchi, noi abbiamo da un lato 126-128 miliardi di Fondo sanitario nazionale, dall'altro una stima di spesa di tasca degli italiani intorno ai 40 miliardi per la sanità e ai 23-24 miliardi per il socio-sanitario. Questi due ultimi ordini di grandezza hanno un livello di intermediazione che oscilla da un 4-5 per cento, a seconda di chi ci dà i dati, ad un massimo di 9-10 per cento per i più ottimisti. Il panorama europeo vede invece da un lato un'incidenza minore della spesa *pocket* rispetto alla spesa pubblica e dall'altro un livello di intermediazione molto più alto, addirittura quasi un 50 per cento della spesa privata. È evidente che dobbiamo andare a guardare bene cosa succede dentro questi blocchi e quindi la carenza di dati e di funzionamento della triade anagrafe, cruscotto e osservatorio ci preoccupa fortemente. La mia prima domanda, quindi, è cosa possiamo fare a livello legislativo per rendere cogente questo sistema.

Seconda considerazione: è evidente che da tutto questo sistema deriva una profonda ingiustizia che grava sugli ultimi, comunque sui fragili, sugli ultrasessantacinquenni, sugli anziani, su coloro che escono dal circuito dell'algoritmo assicurativo, della copertura del contratto di secondo livello. In più c'è un tema legato al costo al valore attribuito alla singola

prestazione, perché sappiamo che il principio di mutualità interviene immediatamente sul costo e quindi sul valore della singola prestazione. È del tutto evidente che per quello che attiene all'assorbimento, per esempio, delle liste di attesa noi abbiamo intanto la necessità di mettere in campo tutta la forza di fuoco della nostra impiantistica, sia essa pubblica sia essa privata convenzionata, e poi ovviamente anche quella di contenere i costi delle prestazioni, in modo da poterle erogare più ampiamente e assorbire finalmente le liste d'attesa.

Ultimo appunto: la necessità di rendere omogenea la distribuzione dei LEA. È evidente che abbiamo una disparità di distribuzione dei LEA, peraltro certificata dall'aspettativa di vita che vede quattro anni regalati per chi nasce al Nord rispetto a chi nasce al Sud. Non è degno di un Paese civile e soprattutto di un Paese che si vanta di avere un Servizio sanitario nazionale universalistico e a disposizione di tutti. Le idee di cui noi abbiamo bisogno servono per produrre un documento conclusivo dell'indagine che evidenzia queste criticità.

Mi sento di rispondere alla collega Zampa: dopo il Covid, i prossimi tre anni saranno veramente cruciali (*Commenti della senatrice Zampa*). Non mi addentro nei sofismi filosofici, però di sicuro, dai 43-44 anni del Servizio sanitario nazionale, dal disegno dell'architettura del nostro servizio sanitario nazionale. C'è da dire che il Covid ha scavato il baratro rispetto a questi problemi. Pensiamo al mondo delle professioni sanitarie, ai difetti di programmazione di tutte le disponibilità delle professioni sanitarie, che in questo momento ci mancano a tutti i livelli. Insomma, i prossimi tre anni saranno quelli in cui o salviamo questo schema di Servizio sanitario nazionale universalistico, che è quello che vogliamo fare tutti, oppure, è evidente già oggi, dobbiamo concludere che il nostro Servizio sanitario nazionale universalistico è inesistente, non c'è. Questo è il dato di fatto. Difendere una cosa che non c'è, o che esiste solo sulla carta, personalmente non mi entusiasma. Quindi, e concludo, quando tornerete la prossima volta per le risposte vorrei indicazioni precise su come mettere a sistema questa enorme cifra che attualmente è sistemata solo dal mercato, da domanda e offerta, ma domanda e offerta tra un cittadino che ha bisogno di cura e un erogatore di prestazioni sanitarie che sta bene, tanto bene, anche economicamente probabilmente, non c'è, perché il contratto che regola il mercato presuppone una sostanziale parità tra i contraenti e io se sto male e ho bisogno di una prestazione sanitaria, che sia terapia o diagnostica, magari vendo casa ma non mi metto a trattare il prezzo della singola prestazione. Il sistema deve garantirmi; lo Stato deve rientrare in questa enorme cifra che in questo momento invece è libera e non si capisce bene che cosa copre, come interviene sul Servizio sanitario nazionale, come interviene sul privato, insomma è tutto allo stato brado. Ecco, questo è l'obiettivo della nostra indagine.

Ringrazio il professor Cicchetti, i suoi collaboratori e tutti gli intervenuti e rinvio il seguito dell'audizione e della procedura informativa in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 13,30.*

