



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 67

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

INCHIESTA SULL'ANALISI COMPARATIVA DELL'EFFICIENZA,  
DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA DELLE AZIENDE  
SANITARIE ITALIANE

70<sup>a</sup> seduta: martedì 11 maggio 2010

Presidenza del presidente MARINO

## INDICE

### Comunicazioni dei relatori

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 9, 11 e <i>passim</i>
BIONDELLI (PD) . . . . .	14
COSENTINO (PD) . . . . .	3, 11, 12 e <i>passim</i>
MASCITELLI (IdV) . . . . .	12
RIZZI (LNP) . . . . .	9

*I lavori hanno inizio alle ore 13,40.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 5 maggio 2010 si intende approvato.

*SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, avverto che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

**Comunicazioni dei relatori.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle aziende sanitarie italiane.

La settimana scorsa si è svolta l'audizione della professoressa Sabina Nuti, la quale ha illustrato il lavoro di approfondimento e di elaborazione che la scuola superiore «Sant'Anna» di Pisa ha realizzato sulla base delle indicazioni impartite dalla Commissione e dai relatori dell'inchiesta, senatori Cosentino e Rizzi.

Ho già avuto modo di sottolineare che questo importante filone di inchiesta può ora entrare nel vivo, dopo i mesi di lavoro preparatorio svolto in sinergia, pur nel rispetto delle relative sfere d'autonomia, da questa Commissione e dal Ministero della salute.

Darei quindi immediatamente la parola ai relatori, senatori Cosentino e Rizzi, perché illustrino alla Commissione le proprie proposte e considerazioni circa il prosieguo dell'attività di inchiesta sulla scorta delle informazioni contenute nel *dossier* presentato durante la precedente seduta plenaria.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, penso, d'intesa con il senatore Rizzi, che si possa dare un giudizio molto positivo del lavoro sin qui compiuto da parte della professoressa Nuti e della sua *equipe* della scuola superiore «Sant'Anna».

Non entro nel dettaglio e nel merito delle considerazioni e dei dati emersi, perché nella scorsa seduta abbiamo voluto effettuare un approfondimento tecnico con l'illustrazione dei risultati per ciascuno dei 32 indicatori sottoposti a verifica.

Mi limiterò adesso a svolgere alcune riflessioni. Intanto, vi è il fatto positivo che dal 26 aprile, per la prima volta in Italia, sul sito del Ministero della salute esistono, pubblicate ed accessibili a tutti i cittadini, le

informazioni relative al raggiungimento o meno degli obiettivi da parte delle singole Regioni e delle singole ASL. Basta accedere al sito per avere un quadro di informazioni che certamente è molto positivo. Che questo sia anche – lo dico con una piccola punta di orgoglio – il risultato dell’attività di questa Commissione che, a partire dalla seduta seminariale tenutasi a Pisa poco dopo l’insediamento e l’apertura di questa legislatura, ha avviato questo lavoro ed ha sottolineato, anche negli incontri con il Ministro e all’epoca con il sottosegretario Fazio, la necessità di dotarsi di strumenti di questo genere, è già di per sé un passo avanti, che significa che non è stato inutile il nostro lavoro fino ad ora.

Mi pare adesso possibile andare avanti in due distinte direzioni: una, per una serie di iniziative sul territorio, che tra poco proporrò; l’altra, per capire se e come può andare avanti il lavoro di ricerca, sottoponendo alla riflessione di questa Commissione se non sia opportuno proseguire il rapporto di collaborazione con la scuola superiore «Sant’Anna», proprio per impegnarla in un approfondimento ulteriore, che è possibile.

Qual è, con tutti gli elementi positivi che ho già detto, il limite del lavoro sin qui svolto e che anche la professoressa Nuti ha sottolineato nella scorsa seduta? È che abbiamo potuto lavorare sulla base dei sistemi informativi accessibili, che sono quelli possibili presso il Ministero della sanità e che sono stati utilizzati per la ricerca, ossia il sistema delle schede di dimissione ospedaliera, le valutazioni degli *screening*, il sistema della spesa farmaceutica. Solo parzialmente sono accessibili i dati, per esempio, per la specialistica.

Non so se i colleghi se ne sono accorti, ma vorrei segnalare che tra gli indicatori che la Commissione aveva dato due anni fa e quelli che sono oggi oggetto di analisi, sia della Commissione, sia del lavoro del Ministero, manca l’elaborazione dei dati relativi all’attività specialistica, che pure avevamo indicato e che, in una prima versione giunta qui in Commissione, riguardava soltanto, purtroppo, nove Regioni sul totale di venti e quindi, a livello nazionale, si è ritenuto giusto non introdurre un dato nazionale che era mancante dei dati di 8-10 Regioni. La scelta la condivido, ma rimane un punto di incertezza; poter usare i dati del sistema specialistico è utilissimo per proseguire questo lavoro analitico.

Da questo punto di vista, è probabilmente necessario – lo sottopongo alla valutazione dei colleghi – che anche la Commissione, nelle vie informali o formali che riterrà, sottolinei due esigenze, che vorrei qui richiamare, Presidente: la prima è che occorrerebbe valutare, insieme alle strutture ministeriali ed eventualmente insieme alle Regioni, la possibilità di avere, aggiornati all’anno 2009 o al più tardi al 2010 (ma vediamo qual è la situazione per le Regioni), i dati sull’uso di prestazioni specialistiche nelle varie Regioni e nelle varie ASL. La Commissione igiene e sanità del Senato ha sollevato lo stesso problema in occasione del parere sul contributo che il KPMG sta dando per i piani di rientro. Probabilmente, questi dati ci sono; comunque la ricognizione di cosa c’è e cosa non c’è mi sembra una priorità per capire come proseguire. Da questo punto di vista, i relatori potrebbero svolgere un ruolo di sollecito presso il Ministero della

sanità o la Conferenza Stato-Regioni per valutare insieme tecnicamente se esiste una necessità, per esempio, di atti normativi che definiscano i flussi come per le schede di dimissioni ospedaliere anche per i sistemi informativi della specialistica.

Un secondo elemento, emerso anche in queste valutazioni di ordine tecnico, è che forse occorre una precisazione normativa per le informazioni raccolte attraverso le schede di dimissione ospedaliere o di prestazioni specialistiche, utilizzabili ai fini di politica di tutela della salute – penso al Garante per la *privacy* – che consenta, magari con il meccanismo corrente di inserimento dei codici, di legare e mettere in *link* le varie anagrafi dei dati: senza questo elemento è difficile proseguire il nostro lavoro.

Fatte queste premesse, in che misura si può andare oltre rispetto ai dati degli indicatori e quindi cosa chiedere come prosecuzione del lavoro di analisi alla scuola superiore «Sant’Anna» di Pisa? Ad esempio, dovremmo riuscire a legare le informazioni già adesso presenti nei dati e aggiungere informazioni presenti negli archivi della specialistica e della farmaceutica.

Prendiamo il caso, abbastanza studiato in letteratura internazionale, del tumore della mammella. Oggi sappiamo quanti sono gli interventi che vengono effettuati; quando avremo una valutazione anche dell’esito, conosceremo la qualità di questi interventi nelle singole strutture ospedaliere; abbiamo l’elenco delle persone che nella fascia di età prevista si sono sottoposte allo *screening*, ma non sappiamo, ad esempio, se la diagnosi nei singoli casi è avvenuta attraverso lo *screening* o del tutto casualmente, ovvero se dopo l’intervento chirurgico c’è stato o meno, nei tempi previsti, un intervento di radioterapia o chemioterapia previsto da tutti i protocolli.

Sarebbe possibile avere questi dati; avere il dato di qualità non del singolo atto medico o del singolo intervento chirurgico, ma del percorso terapeutico, che va dalla diagnosi all’intervento chirurgico, alla radioterapia, alla chemioterapia? Attraverso il semplice incrocio dei dati, a partire dal sistema della scheda di dimissione ospedaliera, si potrebbe definire – faccio un esempio banale – la coorte di coloro che hanno subito l’intervento e verificare quanti di loro erano stati sottoposti al programma di *screening*, per capire l’incidenza o meno di questo meccanismo di allarme precoce; quanti nei 45 giorni, dal momento della diagnosi, hanno effettivamente avuto accesso alla chemioterapia, alla radioterapia o hanno fatto l’intero percorso di cura.

Tutto ciò ci consentirebbe di valutare la completa efficacia, dal punto di vista del cittadino (in questo caso, delle donne), della possibilità di accesso alle cure, variabile per ASL e per Regioni. Al di là dei dati che già possediamo (l’anagrafe degli *screening*, l’anagrafe delle SDO e, almeno in molte Regioni, anche della chemioterapia e della radioterapia come specialistica ospedaliera), potremmo tranquillamente ottenere un risultato.

Ciò vale per il tumore della mammella, per il tumore del colon e per tutte le malattie oncologiche; probabilmente il ragionamento è uguale anche per l’ictus.

Sarebbe interessante – mi soffermo ancora su tale punto e poi nella mia proposta operativa ne spiegherò il motivo – valutare alcuni indicatori che evidenziano i ricoveri impropri. Questi ultimi, infatti, rappresentano una spia dell'inadeguatezza dell'assistenza domiciliare o territoriale (penso ai ricoveri per il diabete e per le malattie pneumo ostruttive). Da questo punto di vista, si potrebbe approfondire il lavoro: incrociando i dati delle schede di dimissione ospedaliera con quelli della ricerca farmaceutica – che sono nazionali e si trovano presso l'OsMed e l'AIFA – si potrebbe capire se la quantità di farmaci dedicati è sufficiente.

Sappiamo che vi è una tendenza alla sottoprescrizione e alla sottoutilizzazione dei farmaci necessari (ad esempio, quelli successivi ad un infarto del miocardio); incrociando i dati, si potrebbe valutare l'effettiva qualità del percorso di cura *post* acuzie, cioè di assistenza successiva al fenomeno acuto o comunque per le malattie croniche riabilitative; tale valutazione potrebbe fornire indicazioni straordinariamente puntuali sulla capacità di presa in carico da parte dei servizi (medico di famiglia, strutture territoriali, centri di riferimento di primo livello, come ad esempio quelli per il diabete) e sul funzionamento del nostro sistema sanitario.

Rispetto al grande lavoro già svolto, in questo caso si effettuerebbe un significativo approfondimento. In particolare, vi è un aspetto molto interessante che voglio rendere esplicito. Finché lavoriamo solo sui dati separati, analizziamo soltanto l'efficienza dell'offerta; dobbiamo invece riuscire ad incrociare i dati. Partendo dal problema del cittadino (ad esempio, un tumore della mammella), potremmo verificare attraverso l'incrocio dei dati la risposta di una determinata ASL e analizzare le varie informazioni disponibili; valutare se ha partecipato alla diagnosi; se l'intervento è stato fatto in tempo; se la radioterapia e la chemioterapia sono state effettuate entro 30 giorni, come avviene negli Stati Uniti, oppure entro 45 giorni, come accade in Italia (o addirittura entro 60 giorni, cioè quando è ormai troppo tardi).

Con un'analisi di questo tipo riusciremmo a capire il punto di vista dei cittadini rispetto alla risposta che ottengono dal sistema sanitario e non ci limiteremo ad avere solo una tabellina del funzionamento e dell'efficienza degli apparati. Ovviamente può accadere che in un territorio vi sia una struttura molto ben funzionante che magari effettua anche prestazioni inutili; in quel territorio, però, vi possono essere cittadini che non accedono alla struttura e quindi si vedono negati i propri diritti alla salute.

Si tratta, dunque, di una proposta innovativa, che crea molte possibilità. È facile immaginare quale sia il significato di una valutazione delle prescrizioni e delle analisi, ad esempio attraverso la specialistica e la farmaceutica, per comprendere l'adeguatezza e la coerenza dei percorsi terapeutici in un campo vastissimo di malattie (che peraltro riguardano le fasce più anziane e più fragili della società). Tutto ciò ci permetterebbe di fornire indicazioni alle sedi centrali, all'Agenas e al Ministero per quanto riguarda le funzioni proprie, e come Commissione ci consentirebbe nei prossimi mesi di disporre di uno strumento che finora in Italia non ha alcuna Regione.

Per tale motivo, propongo che la Commissione avvii un confronto con due Regioni del Nord, due del Centro e due del Sud. Le Regioni che propongo – che ovviamente possono variare – sono per il Nord la Lombardia e l'Emilia Romagna, per il Centro il Lazio e la Toscana e per il Sud la Campania e la Sicilia. In realtà, esistono problemi anche in altre Regioni, ma io ho proposto quelle più grandi sotto il profilo della popolazione e della complessità. Avviando un confronto con tali Regioni, otterremo risultati in termini di interscambio e di valutazione maggiori di quelli che avremmo esaminando una piccola realtà, su cui incide una popolazione troppo ristretta.

Propongo, dunque, di stabilire sei incontri nei quali si avvii in primo luogo una discussione di *audit* della Commissione con i governi regionali e le strutture tecniche di direzione degli assessorati, delle principali ASL o comunque delle agenzie esistenti, per una valutazione del rapporto. Quindi, si dovrebbero discutere con la Lombardia come con la Sicilia, la Toscana, la Campania e le altre Regioni alcuni aspetti significativi: il tempo medio di degenza, gli elementi di ritardo negli interventi al femore oltre la seconda giornata, la percentuale dei parti cesarei e quella dei programmi di *screening*, il dato aggiunto – che considero molto interessante – della degenza media preoperatoria nelle strutture ospedaliere.

Si tratterebbe di una prima forma di *audit* sui risultati per Regione e per ASL. È ovvio che si terrebbero in considerazione anche le notevoli differenze esistenti. Ricordo in proposito che il rapporto rileva due aspetti: il primo – a noi già noto, che ora viene documentato con i dati – è che esiste una profonda differenza tra Nord e Sud nella capacità di risposta; il secondo – senz'altro meno scontato – è che anche all'interno delle Regioni del Nord, del Centro e del Sud vi sono profonde differenze. Si pone, dunque, un problema di adeguamento delle singole realtà territoriali (aziende territoriali, ospedali e così via) agli *standard* regionali.

Propongo pertanto di identificare, per ognuna di queste Regioni, alcune realtà che possano essere oggetto di specifica attenzione, visto che dai dati risultano essere più carenti: non è una critica generale, perché naturalmente in ogni realtà vi sono settori che funzionano meglio di altri; evidentemente, però, vi è un elemento che rileva l'esistenza di problemi.

Ad esempio, dai dati che abbiamo potuto consultare in queste settimane risulta, per la Lombardia, che gli «Ospedali riuniti» di Brescia e l'ASL territoriale di Brescia presentano alcune problematiche. Sarebbe l'occasione per incontrare chi governa queste realtà; affrontare insieme le questioni; verificare i programmi che si intendono attuare e individuare le ragioni alla base dei differenziali in termini di efficienza di risposta.

Per quanto riguarda l'Emilia Romagna, sarebbe interessante comprendere le ragioni per cui nella ASL di Ferrara quasi tutti gli indicatori evidenziano un elemento differenziale peggiorativo rispetto alla media regionale.

Il Lazio non ha indicatori peggiori, ma rappresenta una realtà assai significativa; in particolare, potrebbe essere interessante valutare i dati del policlinico Umberto I.

Per la Sicilia dovremmo sicuramente valutare gli indicatori riguardanti l'ASL di Enna.

Per la Campania si potrebbero esaminare le strutture ospedaliere più note di Napoli, come ad esempio gli ospedali Cardarelli o Santobono, oppure la stessa ASL di Salerno che ha tutti gli indicatori negativi; possiamo scegliere tra l'una e l'altra ipotesi, anche ascoltando le opinioni dei colleghi senatori.

Quanto alla Toscana, per la verità, non ho ancora completato l'esame, ma seguirò sempre lo stesso criterio.

In questi incontri potremmo chiedere ai governi regionali e agli assessori anche una collaborazione per avviare quel lavoro che suggerivo nella prima parte del mio intervento. In sostanza, quelle Regioni come la Lombardia, l'Emilia Romagna, il Lazio e forse per alcuni settori anche la Sicilia, che hanno sistemi di conoscenza e di valutazione informativa ben funzionanti potrebbero cominciare ad avviare, di pari passo con il lavoro che proponiamo alla scuola superiore «Sant'Anna», una specifica attività di rendicontazione, ad esempio, rispetto alla valutazione del rischio fragilità, dei tempi di presa in carico, delle esperienze costruite, a partire dai sistemi informativi di integrazione sociosanitaria di cui solo l'Emilia Romagna dispone.

Oppure, tenendo conto che la Lombardia è l'unica Regione che ha sviluppato un modello istituzionale che divide nettamente le prestazioni ospedaliere da quelle offerte dalle ASL a tutela dei bisogni di salute del cittadino, ma anche che l'eccellenza di quella Regione nella rete ospedaliera non corrisponde ad un'eccellenza nelle cure territoriali (i cui indicatori sono nella media), ragionare con loro su come si possano utilizzare i sistemi informativi delle prestazioni specialistiche e farmaceutiche per ritornare sul punto della continuità assistenziale e dei meccanismi di cura delle malattie cronicoriabilitative, a partire ad esempio dal diabete. Una collaborazione quindi, tra Commissione e Regioni, finalizzata all'utilizzo di esperienze e sistemi informativi adeguati.

Sarei molto interessato ad individuare con il Lazio una risposta sullo specifico punto della rete oncologica, nel cui ambito mi pare vi siano buone strutture che singolarmente erogano buone prestazioni, ma senza capacità di un lavoro in rete.

Se ve ne fossero le condizioni – va certamente discusso sul punto con l'assessore locale – si potrebbe poi ragionare sulla gestione delle urgenze in Sicilia, che mi dicono essere (e mi pare emerga anche dai dati che abbiamo) uno dei punti di debolezza del sistema.

Un esempio ancora concerne la Campania: i tassi molto elevati di ospedalizzazione in quella Regione richiederebbero una specifica attività di approfondimento e valutazione, atta a capire per quali ragioni e in quali settori vi sono queste ospedalizzazioni e cosa questo comporta.

Mi fermo qui perché, come capite, è un *work in progress* che propongo come modo di lavorare di questa Commissione.

La mia impressione è che questo lavoro potrebbe essere svolto dalla Commissione sollecitamente, perché ho avuto cura di evitare proposte che

richiedessero la messa in moto di nuovi sistemi informativi, altrimenti il tempo non sarebbe sufficiente. Il solo utilizzo dei sistemi informativi già esistenti a livello nazionale e, in parte, regionale, con l'incrocio dei dati consentirebbe – se decidessimo in tal senso – di avere risultati che secondo me potrebbero essere di grande interesse.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Cosentino. Prima di dare la parola al senatore Rizzi, desidero svolgere le seguenti osservazioni.

Mi prenderei l'incarico, sulla base di quanto appena detto dal senatore Cosentino e quanto dirà il senatore Rizzi, di stilare una *road map*, che per martedì prossimo sarà inviata ai membri della Commissione, cosicché possa essere valutata ed integrata, e un successivo Ufficio di Presidenza possa disegnare il piano delle audizioni e procedere con una certa speditezza.

Formulo poi un suggerimento personale, sul quale decideremo tutti assieme. Sia dal sito sia dai documenti forniti dalla professoressa Nuti mi sono reso conto – ma può darsi che sbagli – che, al di là delle grandi Regioni indicate dal senatore Cosentino, ci sono problematiche peculiari in piccole Regioni, quali il Molise o l'Umbria (forse per ragioni di campanilismo, duplicano o addirittura triplicano alcuni servizi): in un'area molto ristretta, è difficile immaginare di dover avere due neurochirurgie o cinque ostetricie.

Ad un esame superficiale, la Regione più problematica in tal senso risulta essere il Molise, ma proporrei di scegliere una Regione governata dal centrodestra ed una governata dal centrosinistra, e procederei con l'idea di valutare se è concreto o meno il sospetto che nelle piccole realtà il numero di servizi per specialità forniti sul territorio è determinato anche da altre valutazioni rispetto a quelle sanitarie.

Non so se condividete, ma svolgerei una riflessione in proposito; ciò aggraverebbe di poco il lavoro della Commissione, perché si tratterebbe di poche audizioni in più. Come ho detto, il mio è soltanto un suggerimento.

Do senz'altro la parola al senatore Rizzi.

RIZZI (*LNP*). Signor Presidente, condivido – e l'abbiamo precedentemente concordato – quanto esposto dal corelatore senatore Cosentino.

Vorrei svolgere alcune piccole precisazioni. La prima, è che, come abbiamo già avuto modo di rilevare, siamo stati «piacevolmente costretti» a cambiare in corsa l'idea iniziale rispetto all'obiettivo della nostra inchiesta, per la quasi inaspettata risposta ottenuta dal Ministero. Non speravamo che il Ministero della salute fosse così illuminato da seguirci rapidamente e in qualche caso addirittura precederci in questo lavoro di raccolta, pubblicazione e valutazione dei dati.

Questo è di per sé già una buona conclusione del lavoro della nostra Commissione, che è passato così com'è al Ministero. Sono convinto che il Ministero farà tesoro dei dati raccolti e potrà utilizzarli per una programmazione sanitaria globale per molti anni: per la prima volta ha a disposizione una banca dati reale, valutata su indicatori specifici su tutto il terri-

torio nazionale, Regione per Regione, e nella maggioranza dei casi anche ASL per ASL, a livello di territorio.

L'errore che non dobbiamo commettere è quello di andare a sovrapporci al lavoro che è di competenza del Ministero e che mi sembra quest'ultimo intenda proseguire celermente, oltre che concretamente.

Condivido perfettamente quanto detto dal senatore Cosentino, ossia che dobbiamo riuscire a spostare il baricentro della nostra azione per ottenere dati più specifici e particolari, che potranno avere un senso compiuto nell'inchiesta della nostra Commissione, ma anche costituire un'ulteriore fonte di riflessione per il Ministero, per gli enti preposti alla programmazione sanitaria e per le stesse Regioni, che grazie allo scambio di dati potranno ulteriormente migliorare la loro programmazione. Il nostro scopo dovrebbe essere proprio questo.

Sono un pochino scettico solo su una delle Regioni proposte dal relatore Cosentino, ossia la Sicilia, anche se è vero che essa presenta grandi criticità, soprattutto per quanto riguarda le urgenze.

Concordo con il Presidente che il Molise presenta alcune peculiarità, ma ricordo che la Regione che assieme alla Campania porta la maglia nera dei sistemi regionali è sicuramente la Calabria, che in alcune ASL presenta situazioni veramente preoccupanti.

Peraltro, ogni Regione e quasi ogni ASL ha punte di diamante e negatività e credo sia quasi impossibile scegliere dei campioni.

Condivido il metodo di selezionare due Regioni al Nord, due al Centro e due al Sud, con attenzione a Regioni valide e meno valide; l'unico mio dubbio è se sostituire la Sicilia con la Calabria, piuttosto che con il Molise, scelta quest'ultima che sicuramente asseconderebbe il ragionamento del Presidente sulla specificità, ma introdurrebbe un'unica Regione piccola e limitata nell'utenza tra un campionario di altre di dimensioni diverse. Questo dovrebbe essere uno spunto di riflessione. Per un'omogeneità maggiore dei dati, sarebbe effettivamente meglio scegliere la Sicilia.

Non avevo considerato – l'ho pensato solo in un secondo tempo – se le Regioni fossero di centrodestra o di centrosinistra: dovremmo però riuscire a capire se sono Regioni che lavorano bene o lavorano male, indipendentemente da chi sono governate o da quale lato della barricata stanno.

A mio avviso, l'obiettivo dichiarato deve essere estremamente chiaro fin dall'inizio. Come è già emerso dalle parole del collega Cosentino, dovremmo superare una valutazione legata all'efficienza del servizio. Al riguardo è estremamente calzante l'esempio della Regione Lombardia, che dimostra una grande efficienza del sistema, soprattutto a livello ospedaliero, ma presenta qualche lacuna nell'efficacia dell'azione territoriale.

Proseguendo nell'interazione con la scuola superiore «Sant'Anna», dovremmo riuscire ad incrociare i diversi dati – nell'audizione della scorsa settimana della professoressa Nuti sono stati forniti parecchi spunti al riguardo – per passare dalla pura valutazione dell'efficienza ad una molto più completa dell'efficacia del sistema sanitario direttamente sul territorio. A mio avviso, da questo punto di vista i *marker* più importanti sono quelli

legati all'appropriatezza dei ricoveri intersecati con quelli di efficacia della medicina del territorio e i dati del *follow-up* rispetto a quelli dell'incidenza dei ricoveri ospedalieri.

Tuttavia aleggia ancora in molte Regioni un grande problema rappresentato dalla rivalutazione informatica dei dati. Questo è un altro limite all'inserimento nello studio della Calabria perché, per ammissione della stessa Regione, la sua capacità di effettuare una valutazione informatica dei dati è pressoché nulla; pertanto, l'indagine darebbe risultati completamente disomogenei e, quindi, potremmo rischiare di «non cavare un ragno dal buco».

Anche se di norma preferisco verificare la situazione direttamente sul campo, in questa indagine suggerisco dal punto di vista metodologico di limitare il più possibile le visite negli ospedali e nelle ASL. Più che cercare la specifica magagna, dovremmo tentare di rafforzare l'*audit* di queste Regioni (ponendole tra loro a confronto anche con la nostra mediazione) e soprattutto proseguire il grande lavoro statistico ed epidemiologico con la scuola superiore «Sant'Anna». Quindi, propongo di limitare le visite territoriali per evitare di perdere tempo e di fare gite poco significative nelle quali si può solo verificare quanto già traspare dai dati.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, vorrei aggiungere un'ultima considerazione affinché i colleghi senatori possano esprimere una migliore valutazione.

Anch'io sono stato molto incerto nella scelta tra la Calabria e la Sicilia e, quindi, vorrei conoscere al riguardo anche l'opinione dei colleghi che interverranno. Comunque, desidero rendere esplicita la ragione alla base della mia scelta. I dati della Calabria, in particolare quelli relativi a Lamezia Terme e a Vibo Valentia, evidenziano situazioni molto complicate e già compromesse, che sarebbe il caso di mettere sotto osservazione.

Alla fine, gli elementi che mi hanno dissuaso sono due. Il primo è che non esistono dati: come ci hanno già spiegato, i sistemi informativi non sono in funzione e, quindi, probabilmente avremmo dati poco indicativi; le stesse schede di dimissione ospedaliera (SDO) non sono significative. Il secondo elemento è rappresentato dal fatto che ci troveremmo di fronte ad un nuovo assessore e a nuovi direttori generali: probabilmente non avremmo neanche interlocutori efficaci.

Pertanto, ho pensato di rinviare l'approfondimento in Calabria ad una fase successiva, magari nei prossimi mesi; viceversa in Sicilia c'è un assessore che lavora su questi temi già da diversi anni e che quindi potrebbe essere più utile. Ripeto, però, che l'una o l'altra Regione pari sono dal punto di vista del percorso che vogliamo compiere.

Vorrei concludere con una battuta: le strutture migliori, che operano le fratture del femore entro due giorni, si trovano vicino alle piste da sci. Se osservate i dati, potete verificare che è esattamente così!

PRESIDENTE. Effettivamente è così; l'ho notato anch'io. Evidentemente Bolzano ha il primato dell'efficienza anche per la considerevole

presenza di eventi patologici che richiedono un intervento di questo genere.

Desidero svolgere alcune osservazioni prima di lasciare la parola ai colleghi senatori. Ricordo, però, che dovremo concludere la seduta entro le ore 14,30.

La prima è solo una provocazione. Anch'io non ho un'opinione particolare rispetto alla scelta tra Sicilia e Calabria. Sottolineo però – questa è la provocazione – che la Calabria, proprio per la mancanza di un sistema informativo, ha una qualità delle cure molto inferiore allo *standard* nazionale; se per lo stesso motivo di fatto non venisse neanche controllata, sarebbe davvero paradossale! Si verificherebbe una situazione simile a quella degli evasori fiscali perfetti, cioè di coloro che non hanno mai denunciato nulla e che, quindi, non possono essere individuati perché non hanno lasciato alcuna traccia.

COSENTINO (*PD*). L'argomento mi sembra convincente!

PRESIDENTE. Si tratta chiaramente di una provocazione. In ogni caso, ritengo sia il caso di fare una riflessione al riguardo.

Quanto poi alla questione delle dimensioni, mi permetterei di insistere su Regioni come l'Umbria ed il Molise. Ad esempio, mi pare – potrei sbagliarmi – che il Molise abbia almeno quattro reparti di ostetricia e quindi quattro aree in cui le donne vanno a partorire a fronte di 250.000 abitanti. Peraltro, in alcuni di questi reparti il numero di parti è di gran lunga inferiore allo *standard* considerato minimo dall'Organizzazione mondiale della sanità. Probabilmente ciò accade perché nessuno ha la determinazione di affermare con chiarezza quanto sia pericoloso avere un reparto nel quale si fanno meno di cento parti all'anno.

Quindi, la valutazione di Regioni che hanno 750.000 abitanti o 250.000 abitanti sarebbe comunque diversa da quella di una Regione come la Calabria che ha due milioni di abitanti e, peraltro, un'estensione geografica che evidentemente non consente di concentrare tutte le sale parto in una sola parte del suo territorio.

MASCITELLI (*IdV*). Signor Presidente, cercherò di attenermi ai tempi stabiliti.

Vorrei svolgere qualche considerazione con tutti i limiti derivanti dal fatto che, nel momento in cui è stata avviata questa importante inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza delle aziende sanitarie del nostro Paese, non ero stato ancora assegnato dal mio Gruppo a questa Commissione. Pertanto, intervengo con tutti i limiti di chi arriva in corso d'opera.

Mi hanno stimolato sia la relazione preliminare del senatore Cosentino sia quella svolta dal senatore Rizzi. Quest'ultimo, in particolare, ha sottolineato che le funzioni di questa Commissione non dovranno comunque sovrapporsi a quelle del Ministero della sanità, con tutti i limiti – ricordati dal senatore Cosentino – che derivano dalla carenza dei dati. Non bisogna dimenticare, però, che dal 2001-2002 la costituzione di un nuovo

sistema informativo sanitario rientra tra le priorità del Ministero stabilite in sede di accordo della Conferenza Stato-Regioni.

Pertanto, auspico che questa inchiesta dia alla Commissione qualche elemento aggiuntivo che le consenta di non essere semplicemente una succursale o di limitarsi a integrare carenze esistenti. In realtà, la raccolta di tali dati è già prevista dal Patto per la salute sancito tra Stato e Regioni; diversamente rischieremmo di svolgere una funzione ancillare o appendicolare.

Ritengo che la relazione della scuola superiore «Sant'Anna» sia estremamente interessante. Vi è, però, una contraddizione di partenza e mi spiego. La relazione si è posta l'obiettivo di fare un'analisi comparativa del servizio sanitario ASL per ASL e – come viene riportato a pagina 4 della stessa relazione – anche per singolo soggetto erogatore. È certamente un obiettivo ambizioso, ma è quello che interessa realmente alla Commissione d'inchiesta: tra i suoi compiti istitutivi vi è quello di esaminare i diversi livelli di assistenza sanitaria presenti nelle Regioni, nelle ASL, nei singoli presidi ospedalieri rivolti ai cittadini.

Se leggendo questa relazione apprendo che in una determinata Regione nel 40-50 per cento dei casi si praticano parti cesarei, penso che aggiunga poco alla nostra funzione d'inchiesta; aggiungerebbe molto di più se la scuola superiore «Sant'Anna» riuscisse a spingersi oltre ed esaminare anche i dati dei singoli erogatori all'interno delle ASL. Si comprenderebbe allora se il presidio ospedaliero con un'alta percentuale di parti cesarei è una struttura complessa, per cui essi possono avere la giustificazione che vi sono altre patologie ostetriche, ovvero è una struttura semplice, per cui la giustificazione è che i primari ed i medici alle ore 14 devono andare nei loro studi privati.

Ho fatto un esempio banale, che non va generalizzato: ma è questo approfondimento che può essere utile ad una Commissione d'inchiesta, per capire dove possono esservi correzioni di palesi disfunzioni del sistema sanitario.

Chiederei quindi alla professionalità eccellente della professoressa Nuti e della scuola superiore «Sant'Anna» se fosse possibile effettuare, come recita la relazione nel suo preambolo ma senza allungare troppo i tempi di lavoro di questa Commissione, proiezioni per singoli erogatori, dal punto di vista di strutture e presidi.

Trovo interessante l'invito del senatore Cosentino a non far ricorso a nuovi sistemi informativi, perché ciò allungherebbe i tempi di lavoro della Commissione oltre ogni limite. Tuttavia, vorrei sapere se questa Commissione ha avuto occasione di chiedere al Ministero della salute l'accesso ai dati del «progetto mattoni», avviato nel 2003-2004 e diviso in diverse linee di inchiesta, alcune delle quali già chiuse. I risultati di tali analisi sono stati codificati e in parte criptati dal Ministero; sarebbe utile se la Commissione d'inchiesta potesse accedere a quei dati che – a quel che mi dicono – sono un'opera pregevole, di buona qualità (credo che alla loro acquisizione abbia contribuito la stessa professoressa Nuti).

Si tratta di dati codificati dall'Istituto superiore della sanità che sarebbero di aiuto nell'analisi delle singole ASL e dei singoli presidi ospedalieri: ci consentirebbero di relazionare al Parlamento ed offrire un ottimo servizio al Paese. Nel «progetto mattoni» c'è un indicatore che nella relazione a noi presentata è stato sottovalutato: quello degli esiti di qualità; un indicatore che il presidente Marino, che ha abitudine con i Paesi anglosassoni, sa essere accessibile sui siti ufficiali in qualsiasi di quei Paesi.

In Inghilterra, ad un paziente che vuole sapere in quale ospedale ci si può operare nel miglior modo possibile per la sua patologia è sufficiente accendere il *computer* ed accedere alle statistiche, alle qualità, agli esiti e a quant'altro. Cerchiamo di accettare la sfida anche in questo senso.

Chiedo pertanto alla Commissione se sia possibile accedere agli esiti di questo lavoro pregevole dell'Istituto superiore della sanità, il «progetto mattoni» e di decriptarne i risultati. In quella analisi sono esaminate le singole strutture ospedaliere, ma dai dati cui i parlamentari ed i cittadini possono accedere non risulta la singola codificazione del presidio ospedaliero: si evince, ad esempio, che in Lombardia 3 una data patologia non viene trattata male, ma non è possibile sapere a cosa corrisponda Lombardia 3.

È questo il dato importante che chiedo di poter avere come elemento aggiuntivo.

PRESIDENTE. Mi sembra un'ottima idea, senatore Mascitelli. Oggi stesso scriverò al Ministro chiedendo questa documentazione e poi valuteremo come inserirla nel nostro lavoro.

Sono assolutamente d'accordo con le parole del senatore Mascitelli, che d'altronde sono le stesse che il senatore Cosentino ripete spesso, sulla impossibilità di accedere direttamente, attraverso la rete, ai risultati degli ospedali come avviene in altri Paesi; d'altra parte mi pare che sia proprio il percorso che abbiamo avviato con questo nostro lavoro.

BIONDELLI (PD). Signor Presidente, anzitutto considero eccellente il lavoro della scuola «Sant'Anna» e ringrazio i due relatori per la loro relazione, molto puntuale.

Con riferimento alle sue osservazioni sulla Regione Molise, dove vi sono quattro reparti di ostetricia, consideravo con il senatore Rizzi che magari poi si scopre che la popolazione è per giunta molto anziana: per questo è meglio approfondire i motivi di questa strutturazione.

Credo poi che di fronte al fatto che la Calabria non predisponga un piano di rientro, non abbia un sistema informatico e faccia sempre caso a sé, dobbiamo chiedere che questa Regione si allinei a tutte le altre, e non solo per chi governa, ma proprio a tutela del cittadino, che non può avere un sistema sanitario da Terzo mondo.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, preparerei una *road map* sulla base delle osservazioni svolte, nella quale includerei anche due Regioni piccole come il Molise e l'Umbria. Sottoporro la *road map* entro

martedì prossimo ai due relatori per un ulteriore approfondimento, per poi prendere le decisioni finali, ormai limitate a selezionare la Calabria piuttosto che la Sicilia e ai dettagli che cercherò di esplicitare.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, se siamo tutti d'accordo, valuterei l'opportunità di proseguire il rapporto di collaborazione con la scuola «Sant'Anna» con l'impegno per un approfondimento dei dati, come suggerito anche dai colleghi. Credo che la Commissione possa già darle mandato in tal senso.

PRESIDENTE. Avevo già considerato, nella preparazione di questo documento, una sua integrazione con una proposta alla Commissione per la prosecuzione della consulenza, in modo da poter avere questo supporto tecnico-scientifico, altrimenti probabilmente non riusciremmo a produrre il tipo di lavoro che vogliamo. Non essendovi osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

*I lavori terminano alle 14,30.*

