

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

7° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 15 GENNAIO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE**Seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e servizi del Ministero della sanità
sulle tematiche inerenti le inchieste**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>	<i>SCIOTTI</i>	Pag. 3, 6, 7 e <i>passim</i>
BERNASCONI (<i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i>)	9, 11	<i>ZOTTA</i>	15
CASTELLANI Carla (<i>AN</i>)	11		
LAURIA Baldassare (<i>Forza Italia</i>)	7		
MIGNONE (<i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i>)	13		
MONTELEONE(<i>AN</i>)	11		
PAPINI (<i>Misto</i>)	6, 7		
SARACCO (<i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i>)	13		

Intervengono il dottor Giovanni Zotta, direttore del servizio per la vigilanza sugli enti, nonché il dottor Bruno Sciotti, direttore del servizio rapporti convenzionali con il Servizio sanitario nazionale.

I lavori hanno inizio alle ore 15,25.

Seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e di servizi del Ministero della sanità sulle tematiche inerenti le inchieste

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e di servizi del Ministero della sanità sulle tematiche inerenti le inchieste.

Nella seduta del 18 dicembre scorso il dottor Zotta ha svolto il suo intervento.

Do la parola al dottor Sciotti per illustrare le tematiche inerenti la verifica di rendimento e qualità (VRQ) della medicina generale.

SCIOTTI. Signor Presidente, nell'affrontare il tema della diffusione delle metodiche di verifica e di revisione della qualità e la conseguente ricaduta sulla programmazione e gestione dei servizi sanitari e desidero sottolineare innanzi tutto la particolare attenzione che negli ultimi anni è stata posta all'introduzione del concetto di qualità nel sistema sanitario a garanzia del cittadino. La legge n. 833 del 1978 (articoli 1, 3, 4, 13 e 49) contiene alcune indicazioni generali riguardo al metodo della programmazione, l'integrazione operativa multidisciplinare, i modelli organizzativi dei distretti e dei dipartimenti, i progetti-obiettivo, le garanzie sulla partecipazione degli operatori e dei cittadini e la relazione sui livelli assistenziali raggiunti; indicazioni ancorché generiche cui sono seguiti altri provvedimenti, tra cui le sollecitazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) del 1984 che nel documento «Salute per tutti nell'anno 2000», indirizzato ai medici convenzionati, indicava gli obiettivi 31 (assicurare la qualità delle prestazioni) e 38 (valutazione delle tecnologie sanitarie). Ma è solo con i decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 nel 1993 che il concetto di qualità, come controllo sia della qualità sia dei costi, diventa metodo ordinario ed essenziale nella gestione delle strutture sanitarie e quindi di verifica destinato ad incidere sulla organizzazione e, soprattutto, a sovvertire il precedente sistema di controllo formale sugli atti, spostando l'attenzione sui risultati concreti a fronte delle prestazioni erogate.

Basti ricordare i recenti richiami agli operatori sul concetto di «buon operare» o gli incentivi economici previsti da contratti e convenzioni, per quanto riguarda sia le figure convenzionabili sia la dipendenza.

Nel 1995, con le regole generali di comportamento, si è introdotto l'obbligo di certificare con la Carta dei servizi (disciplinata dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995) la qualità e la quantità di prestazioni che possono essere erogate nonché la qualità delle strutture ospedaliere territoriali.

Lascero' agli atti della Commissione la documentazione relativa alla Carta dei servizi, sulla quale fornira' i necessari approfondimenti il dottor Verdecchia: si tratta di quaderni estremamente interessanti nei quali sin dal 1995 sono stati approfonditi alcuni aspetti delle norme di riferimento nonché la valutazione dei programmi di attuazione; una serie di rapporti sul processo di attuazione della Carta dei servizi, tra cui alcune interessanti monografie (Come definire ed utilizzare gli *standards* di qualità; Come comunicare la carta dei servizi e i suoi contenuti; Come coinvolgere il personale della Carta dei servizi).

Per la parte di competenza, al di là delle varie leggi finanziarie che hanno riguardato l'argomento, vorrei in questa sede ricordare l'emana-zione di una serie di raccomandazioni internazionali (ad esempio la Carta di Lubiana del giugno 1996) che vanno ad aggiungersi ai decreti 24 luglio 1995 e 15 ottobre 1996, attuativi degli articoli 10 e 14 dei decreti legislativi nn. 502 e 517, che definiscono e puntualizzano i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e qualità. Con il primo decreto è stato individuato un insieme di informazioni comuni a tutte le realtà regionali, definite sulla base di due criteri principali: la compatibilità con i livelli uniformi di assistenza sanitaria e la definizione di specifici indicatori per valutare la domanda e l'accessibilità delle prestazioni, le risorse impiegate nel processo di produzione delle prestazioni, le attività svolte, ed, infine, i risultati ottenuti.

Gli aspetti concernenti il valore degli indicatori di qualità e la necessità della loro conoscenza sono stati confermati nel decreto del 23 dicembre 1996 che adegua i modelli di rilevazione, perfezionandoli e definendone i contenuti e le specifiche informazioni necessarie, ed indica i tempi di realizzazione. Con altro provvedimento poi è stato fissato al 1° gennaio 1998 il termine per la trasmissione dei flussi informativi dal direttore generale dell'azienda alla regione e al Ministero del sanità.

Il decreto 15 ottobre 1996, sempre di attuazione dell'articolo 14 del decreto legislativo n. 502, definisce invece un insieme di 79 indicatori più specifici per valutare il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale relativamente alla personalizzazione ed all'umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere ed agli aspetti della prevenzione. Questi 79 indicatori sono peraltro negli ultimi tempi oggetto di approfondimento, a titolo di sperimentazione, in circa 100 unità sanitarie locali, al fine di «tararli» meglio e raggiungere i risultati che il legislatore si era prefissato. Anche per questi provvedimenti é prevista una prossima definitiva attuazione: si tratterà di verificare le volontà politiche a livello regionale, la disponibilità di risorse umane, tecnologiche e finanziarie, l'apporto e lo stimolo dei cittadini utenti e delle loro organizzazioni, nonché delle organizzazioni sindacali. Il tutto consentirà ai vari livelli di governo del servizio sanitario di ope-

rare in modo coordinato, a partire dal livello centrale. Del resto, un apposito capitolo della relazione sullo stato sanitario del paese (secondo quanto prevede la legge) fa riferimento agli indicatori onde verificare eventuali scostamenti, che potranno trovare conferma nel piano sanitario ed essere portati a conoscenza delle singole regioni; in sintesi, una generale attività di monitoraggio.

Vorrei in questo quadro sottolineare il ruolo del cittadino utente. Come chiarisce la Carta dei servizi, disciplinata dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 maggio 1995, egli dovrà, a pieno titolo, partecipare ad un processo finalizzato sostanzialmente alla sua soddisfazione.

Con riferimento ai medici liberi professionisti convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, ricorderei gli accordi collettivi nazionali, che di fatto perfezionano le indicazioni sulla qualità delle prestazioni: l'ultimo accordo per la medicina generale, valido per il triennio 1995-1997 ma tuttora vigente, richiama espressamente tale obbligo alla qualità. In materia di aggiornamento obbligatorio, si afferma testualmente che «i temi della formazione saranno scelti in modo da rispondere ai bisogni organizzativi del servizio, ad azioni programmate e a qualità e quantità delle prestazioni». È inoltre prevista l'istituzione di commissioni professionali regionali con compiti di assistenza e verifica di qualità, nonchè quello di definire criteri, *standard*, indicatori per le procedure di verifica di qualità della medicina generale. Senza per questo dimenticare il capo VI degli accordi regionali, contenuti nel decreto del Presidente della Repubblica 22 luglio 1996, n. 484, che pone a carico delle regioni l'obbligo di partecipare a procedure di verifica della qualità.

Per quanto concerne il personale medico dipendente, la previsione di particolari indennità (di funzione, di posizione, di qualità) sottoposte alla valutazione di appositi nuclei sulla base di indicatori in un certo senso facilita il compito. D'altronde, nell'ambito della medicina generale, la stessa figura del medico di famiglia dovrà necessariamente nel tempo andare oltre il vero atto medico: egli dovrà soprattutto saper valutare il rapporto costo-opportunità e selezionare le priorità in modo razionale, tenendo conto dell'ammontare delle risorse disponibili e di tutti i possibili impieghi alternativi. Nel contesto sanitario i concetti di efficacia e di efficienza non sempre sono considerati delle variabili strettamente legate; in alcune circostanze ad un'elevata efficacia corrisponde una scarsa efficienza (intese la prima come rapporto risultati-obiettivi e la seconda come rapporto risorse-risultati) e viceversa.

Come dicevo, per il personale medico dipendente si tiene conto della produttività organizzativa: individuato un livello minimo di efficacia, si determina il livello massimo di risorse disponibili e rispetto ad essi si calcola l'efficienza.

Tornando al medico di famiglia e al nuovo ruolo che dovrà assumere, voglio sottolineare che negli ultimi anni tale figura è stata considerata «subalterna» rispetto ad altre figure professionali. In passato, in sede di programmazione, si è sempre posta maggiore attenzione alla struttura ospedaliera che al territorio; si è privilegiata la cura rispetto alla prevenzione, la diagnostica specialistica rispetto alla medicina di pri-

mo livello, favorendo lo sviluppo di dinamiche assistenziali di secondo e terzo livello. Tutto questo per dire della necessità di responsabilizzare, all'interno del nuovo modello di sviluppo della medicina di primo livello, la figura del medico di famiglia sì da produrre effetti positivi non solo in materia di controllo della spesa ma anche sul fronte dell'offerta di risposte soddisfacenti al cittadino utente, vero obiettivo delle metodiche di verifica e revisione della qualità delle prestazioni.

Alcune indagini dell'ISTAT rivelano che ad un bassissimo grado di soddisfazione del cittadino per il complesso dei servizi offerti dal sistema sanitario nazionale corrisponde un elevato grado di soddisfazione (variabile per classi di età e per sesso, arrivando per alcune categorie a raggiungere talvolta l'80 per cento) nei confronti del medico di famiglia. Tale atteggiamento nasce da una effettiva disponibilità e una maggiore vicinanza di quest'ultimo al paziente, in modo particolare a colui che ricade in certe fasce di età o che ha un determinato stato civile; mi riferisco ad esempio alle donne in stato di vedovanza per le quali il medico di famiglia rappresenta la prima figura alla quale rivolgersi per problemi di salute. Un altro dato evidenzia invece che il 10 per cento dei cittadini laureati non ricorre quasi mai a tale figura. Posso lasciare alla Commissione questa pubblicazione dell'ISTAT su «Stili di vita e condizioni di salute»: essa contiene dati estremamente interessanti, da cui si evince che la quasi totalità dei cittadini si consulta con il proprio medico di famiglia quando ha un problema di salute, frequentemente quando necessita di visite specialistiche; solo il 3 per cento della popolazione non si rivolge mai al medico di famiglia. Inoltre, vi sono interessanti chiavi di lettura anche relativamente ad altri parametri cui facevo riferimento prima.

Per il momento avrei concluso la mia esposizione, signor Presidente. Vorrei precisare che sono stato sintetico proprio perché avrò modo di fornire successivamente ulteriori approfondimenti. Pertanto, se lei è d'accordo, attenderei le richieste di chiarimento da parte dei senatori.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Sciotti per la sua esposizione. I commissari che intendono porre quesiti al dottor Sciotti hanno facoltà di parlare; ricordo che, essendo presente anche il dottor Zotta, le domande potranno riguardare anche la relazione da lui svolta nella seduta dello scorso 18 dicembre.

PAPINI. Dottor Sciotti, vorrei chiederle dei chiarimenti a proposito degli indicatori. Se non ricordo male, in particolare due decreti definiscono gli indicatori di carattere sanitario per valutare le risorse impiegate, le attività svolte ed i risultati ottenuti nonché le prestazioni alberghiere, pur rinviando ad ulteriori decreti attuativi. Non ho ben capito se si è provveduto ad emanare i decreti attuativi per entrambi i provvedimenti.

SCIOTTI. Per quanto riguarda il decreto 15 ottobre 1996, concernente la qualità, si sta conducendo, come ho già detto, una sperimentazione per tarare meglio i 79 indicatori.

PAPINI. Ed è il decreto relativo alle prestazioni alberghiere e alla qualità.

SCIOTTI. Esatto. Invece, per quanto riguarda l'altro provvedimento, relativo all'efficienza, emanato in attuazione dell'articolo 10 del decreto legislativo n. 502 del 1992, è stato emanato il decreto attuativo il 23 dicembre 1996 con cui si è fissato al 1° gennaio 1998 il termine di decorrenza dei flussi informativi. In sostanza, per effetto di tale decreto, cominceranno ora a pervenire al servizio programmazione tutte le comunicazioni relative agli indicatori previste dal provvedimento.

PAPINI. Allora, per essere il più possibile sintetici, possiamo dire che sul versante dell'efficienza, ad oggi, non disponiamo di alcuna rilevazione. Invece, per quello che riguarda gli indicatori relativi alla qualità e alle prestazioni alberghiere, siamo in una fase di sperimentazione.

SCIOTTI. Sì, e bisognerà attendere i tempi tecnici anche per la sperimentazione degli indicatori sull'efficienza. In pratica, gli strumenti oggi ci sono – ci tengo a precisarlo – grazie ai provvedimenti adottati in questi ultimi anni, compresi i decreti di attuazione e di riordino; adesso si tratta di effettuare la verifica ai vari livelli. Il primo, come lei sa, è quello dei direttori generali, come è ribadito anche nel «collegato» alla finanziaria, recante «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica» (legge n. 449 del 27 novembre 1997) che fa proprio riferimento alle aziende sanitarie locali e alla loro ulteriore attività di indirizzo e di coordinamento. L'articolo 32, al comma 9, lettera b), infatti, recita: «le aziende unità sanitarie locali esercitano funzioni di indirizzo e coordinamento dell'attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta supportando i sanitari nell'individuazione di linee di intervento appropriate al fine di ottenere il migliore rapporto costo-beneficio tra le opzioni eventualmente disponibili».

LAURIA. In riferimento ai medici di famiglia, come lei li ha definiti, o medici di base, non capisco su quali dati poggi l'indagine condotta dall'ISTAT. Si è chiesto, cioè, all'utente come si trova con il medico di famiglia o si è effettuato un controllo di efficienza vero e proprio? Sappiamo con certezza, infatti, che l'assistito è compiacente con il medico di famiglia, mentre un controllo di qualità su questa figura professionale evidenzerebbe ciò che è a tutti noto: il medico di famiglia oggi non visita ed ha un rapporto solo di «compiacenza» con l'utente.

Vorrei sapere allora come valuta questa disparità tra il consenso manifestato dai pazienti nei confronti del medico di famiglia ed il minor consenso riscosso dal medico delle strutture pubbliche, considerando tra l'altro che quest'ultimo opera in condizioni più disagiate, in quanto non sempre tali strutture gli forniscono ciò di cui ha bisogno per dare risposte di qualità.

SCIOTTI. Ho citato – peraltro senza attribuirgli eccessiva rilevanza – il documento ufficiale dell'ISTAT intitolato «Stili di vita e condizioni

di salute», i cui dati risalgono al 1994, per dire che nella parte dedicata al medico di famiglia tale pubblicazione non solo riporta dati ed informazioni sulla frequenza con cui il cittadino si rivolge al medico di famiglia, ma fornisce anche delle chiavi di lettura rispetto ad appositi parametri. Tenendo conto delle modalità di rilevazione dell'ISTAT (su cui non credo esistano riserve), il ricorso al medico di famiglia risulta inversamente proporzionale al titolo di studio posseduto.

Fra le varie indagini effettuate vorrei ricordarne una, svolta nel 1995 da una fondazione collegata ad una azienda farmaceutica, con la quale si verificava il grado di soddisfazione del cittadino nei confronti dei vari servizi, dalla Telecom ai servizi postali, a quelli tributari e così via. Anche in quel caso la risposta dei cittadini a proposito del settore sanitario offriva un'indicazione inversa rispetto alle singole figure professionali.

Bisogna considerare, però, che nel rispondere il cittadino non sempre si attiene strettamente alla domanda, è portato ad esemplificare un approccio negativo ad un singolo servizio con un giudizio negativo sull'intero Servizio sanitario nazionale: è sufficiente fare lunghe file ad una Usl per dire che il Servizio sanitario non funziona. Obiettivamente non è questo il dato da prendere come punto di riferimento. Pertanto, penso che tali rilevazioni possono fornire indicazioni valide se inquadrare in un contesto più ampio e generale.

Per quanto riguarda la verifica sul controllo, facevo riferimento agli accordi regionali anche in relazione ai vari livelli di governo del Servizio sanitario nazionale, e quindi a quanto si dovrà fare. A partire dalla legge di riordino del 1978, di fatto abbiamo dovuto attendere vent'anni per arrivare ai decreti legislativi del 1992 e del 1993 per iniziare un discorso proprio in materia di qualità.

Comunque, il collega Verdecchia potrà fornire ulteriori chiarimenti in materia di ospedali incompiuti, liste d'attesa, indicatori di gestione e responsabilità gestionale, verifica dello stato di aziendalizzazione, stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela. Quindi, sia le mie precisazioni sia i chiarimenti del responsabile del settore della programmazione potranno condurre ad un quadro più generale, anche perché molti argomenti da me affrontati sono comuni a quelli che il dottor Verdecchia tratterà.

PRESIDENTE. Sono perfettamente a conoscenza della ricerca dell'ISTAT citata dal dottor Sciotti, come di un analogo studio condotto un anno dopo da DataMedica che, oltre ad arrivare alle stesse conclusioni, entra maggiormente nel merito dell'attività di questo tipo di medico. In quel caso, il quesito posto agli utenti era volto a verificare se era abitudine del medico di famiglia visitare i malati, a riscontrare la sua tempestività e la sua assiduità in orari diversi da quelli di servizio; considerava inoltre l'ipotesi di estendere gli orari delle visite ambulatoriali. La risposta conclusiva è stata altamente positiva: con un indice da zero a dieci, la valutazione media data a livello nazionale al medico di famiglia è stata di 8,5.

Il problema dell'efficienza, posto dal senatore Lauria, certamente cruciale, andrebbe invece considerato in relazione a ciò che la convenzione, in termini di prestazione obbligatoria, chiede a quel tipo di medico: l'ambito, cioè, in cui egli deve operare e quali sono le mansioni ad esso attribuite; solamente in quei termini, infatti, si può elaborare un rapporto sull'efficienza e stabilire se questo tipo di convenzione è idonea a rispondere alle reali esigenze.

BERNASCONI. Premesso che i parametri per la verifica di qualità del lavoro del medico di medicina generale non sono stati ancora esattamente codificati a differenza di quelli inerenti al settore ospedaliero e ambulatoriale, dalla relazione si evince che uno dei parametri di verifica della qualità del lavoro del medico è il controllo di spesa o perlomeno una costante valutazione costi-efficacia dell'intervento. Questo parametro potrebbe avere una certa validità se si riconoscesse al medico di medicina generale il ruolo professionale primario che gli spetta, mentre oggi così non è. Laddove è stato assunto il medico di medicina generale come controllore di spesa (ad esempio in ambito farmaceutico c'è stata quella brutta alzata d'ingegno di alcune aziende sanitarie locali che hanno adottato i benefici economici personali come mezzi d'incentivo) si è finito per stravolgere il sistema e penalizzare gli atteggiamenti virtuosi di alcuni medici di medicina generale.

Al di là del controllo di spesa, il problema è quello di capire, all'interno della convenzione e della quota di pagamento a prestazione concordabile rispetto a precisi obiettivi, qual è il ruolo del medico di medicina generale e quale titolarità di scelta ad esso è riconosciuta in un sistema incentrato sugli ospedali o sulle indicazioni dello specialista. Laddove si è cercato di coinvolgere il medico di medicina generale ci si è riferiti, per fortuna, a protocolli non prescrittivi, quindi a linee guida o a percorsi diagnostico-terapeutici indicati dal centro, tesi a rendere omogeneo il sistema. Tuttavia si tratta di semplici indicazioni che non approderanno ad alcun risultato, se non verrà richiesta la partecipazione diretta, territoriale dei medici di medicina generale; sono, infatti, della convinzione che questi rappresentano le figure centrali del sistema sanitario nel suo insieme e che, al di là dei controlli di spesa, sono gli unici ad avere titolarità di scelta di forme di riferimento terapeutico anche più economiche poiché sono loro i diretti interlocutori dei pazienti.

Chiedo, pertanto, quali siano gli indirizzi operativi pratici e gli strumenti che il Ministero della sanità intende attuare affinché quanto stiamo dicendo diventi effettivamente patrimonio comune.

SCIOTTI. Nella relazione ho sottolineato il nuovo ruolo che, a mio avviso, dovrà ricoprire il medico di medicina generale: non sempre l'efficacia e l'efficienza sono valori direttamente proporzionali. In alcune circostanze ad un'elevata efficacia corrisponde una bassa efficienza; sono valori direttamente dipendenti dalle modalità di utilizzo delle risorse che il medico impegna, in vista del conseguimento del risultato da perseguire.

L'efficienza implica una valutazione di funzione, di qualità e di rendimento; è pertanto più facile misurare la produttività del medico stesso. A tale proposito, vorrei ricordare come la commissione sulle macroattività espresse nell'aprile 1997 qualche perplessità a fronte degli incentivi, non avendo riscontrato alcuna positiva novità nel conseguimento dei risultati.

A mio parere, il medico di medicina generale dovrà diventare un esperto nella valutazione del rapporto costi-opportunità, nella selezione preventiva delle terapie e quindi avere impieghi alternativi rispetto al momento della prescrizione, senza per questo dimenticare che egli ha come primaria responsabilità l'atto medico, la ricetta, la prescrizione.

Di qui l'importanza degli accordi regionali, laddove la legge n. 449 del 1997 trasferisce all'azienda la funzione di indirizzo e di coordinamento dell'attività del medico di medicina generale. Questa disposizione va letta assieme all'articolo 10 della legge n. 502 che individua nel direttore generale il responsabile di una serie di adempimenti, non solo la verifica dei costi e quindi dell'efficienza e dell'efficacia, ma anche dei risultati.

Dopo l'entrata in vigore dell'accordo collettivo nazionale del luglio 1996, solo la metà delle regioni ha stipulato accordi, nonostante i termini di applicazione della convenzione scadessero il 31 dicembre 1997. In questo stesso mese ha avuto luogo un incontro finalizzato a rinnovare l'accordo per il triennio 1998-2000, tra assessori ed organizzazioni sindacali, ma siamo ancora in regime di *prorogatio*. Aggiungo che allo stato attuale non risultano ancora efficienti alcuni interventi adottati nel territorio per un coordinamento soddisfacente dei medici di medicina generale.

Sotto questa luce va visto il rapporto tra medico di base e specialista, tra primo e secondo livello di assistenza: la prevenzione in senso stretto si può realizzare nel territorio a costi contenuti, se non addirittura pari a zero.

Senza entrare nel merito della problematica relativa alle forme di assistenza domiciliare, è evidente la maggiore attenzione da prestare al territorio piuttosto che all'ospedale, anche se nelle strutture ospedaliere è possibile disporre di un'analisi dell'andamento dei costi. Fino ad ora i provvedimenti adottati (vedi i DRG) hanno teso a contenere le spese di degenza, che assorbono buona parte del fondo sanitario e non a favorire un'attività di prevenzione sul territorio, magari attraverso unità valutative; salvo verificare, in alcune regioni, in relazione al tipo di popolazione, se il responsabile della gestione sanitaria debba essere un geriatra o un medico di medicina generale. Tale decisione - a mio avviso - deve essere riservata alla regione e, ancor di più, al direttore generale dell'azienda sanitaria, vale a dire a coloro che hanno responsabilità di governo e di gestione.

Quanto ai compiti del Ministero, l'articolo 11 della legge n. 449 del 1997, stabilisce che il Ministro della sanità vigila sull'attuazione del piano sanitario nazionale e sull'attività gestionale delle aziende promuovendo, a livello centrale, gli interventi necessari ad evitare sprechi e dispersioni nell'utilizzo delle risorse.

BERNASCONI. Dottor Sciotti, deve darci atto che qui tutti conosciamo bene le disposizioni contenute nel provvedimento di stabilizzazione della finanza pubblica; ciò che desideriamo sapere è cosa intendete fare, operativamente, per dare attuazione agli obiettivi indicati nella legge.

SCIOTTI. Richiamavo i contenuti della norma solo per un'abitudine che abbiamo noi amministrativi: abbiamo sempre bisogno di leggere le carte. E comunque il riferimento era ai 79 indicatori che hanno riflessi anche sulla qualità. Fermo restando che ulteriori informazioni in ordine allo stato di avanzamento della sperimentazione potranno essere fornite dal dottor Verdecchia, direttore del dipartimento della programmazione, desideravo chiarire che si sta procedendo ad una verifica, su richiesta delle regioni, con il servizio centrale di programmazione del Ministero, per accertare la congruità dei parametri indicati rispetto alle singole realtà regionali. Tutto ciò a vantaggio del cittadino in una prospettiva di contenimento dei costi e degli sprechi.

CASTELLANI Carla. Dottor Sciotti, mi scuso per il ritardo dovuto alla mia partecipazione ai lavori di altra Commissione: per questo non ho potuto assistere alla prima parte della sua audizione.

Desidero sapere se la Carta dei servizi ha trovato attuazione su tutto il territorio nazionale e, laddove ciò non sia avvenuto, quali ne siano le ragioni.

SCIOTTI. Ricordavo in precedenza la designazione del dottor Verdecchia, direttore del dipartimento della programmazione: in attesa di una sua audizione, lascio a disposizione della Commissione tutta la documentazione relativa alla Carta dei servizi. In realtà il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del maggio 1995 è stato determinante, in quanto ha inserito i cittadini, a pieno titolo, tra i diversi livelli di gestione.

Dal rapporto nazionale di valutazione è possibile evincere lo stato di attuazione della Carta dei servizi (rilevabile anche da due rapporti precedenti che rispondono in maniera analitica ai vari quesiti). Ci sono anche dei quaderni che stabiliscono le modalità di definizione degli *standard* di qualità, le procedure per informare sui contenuti della Carta dei servizi e per coinvolgere il personale stesso.

Riconosco al Ministero il merito di aver dato seguito con estrema celerità alla Carta dei servizi; il collega Falcitelli ha dato un *input* molto forte a tutta la materia. Lascio agli atti della Commissione anche il materiale elaborato dal dottor Falcitelli, in quanto rappresenta forse il momento migliore della ricerca svolta in materia di metodiche e verifica e revisione della qualità; forse uno dei più importanti punti di avvio dei decreti legislativi del 1992 e del 1993.

MONTELEONE. Dottor Sciotti, vorrei di nuovo soffermare l'attenzione sull'indagine ISTAT, a proposito dei rapporti tra paziente e medico di medicina generale, per esprimere una valutazione critica. Alla luce

dell'esperienza acquisita negli ultimi 10 anni, credo che considerare tale rapporto solo dal punto di vista del paziente, tralasciando quello del medico di medicina generale, sia fuorviante. Si sta evidenziando sempre più un'eccessiva burocratizzazione del medico di medicina generale. Può darsi che ciò sia dovuto al processo di aziendalizzazione e quindi ad un certo modo di attuare le normative vigenti, ma ritengo che per compiere una corretta valutazione occorra muoversi in un'ottica diversa.

Nel corso del suo intervento lei ha usato l'espressione «atto medico». Ogni medico compie un atto medico, necessariamente, a meno che non sia sovraccaricato da incombenze burocratiche che non glielo consentono. Questo bisogno di riprendere l'atto medico è perché esso dà la possibilità all'operatore di riconsiderare i concetti di qualità, quantità, efficienza e quanto ne deriva. Se si priva però il medico di medicina generale di quel minimo di libertà, che può anche prescindere dal dato specialistico, si rischia davvero di non raggiungere il risultato sperato.

In sostanza, vorrei sapere se dalle indagini svolte è emersa questa esigenza – sentita da molti operatori del settore – di ridurre questa eccessiva burocratizzazione della medicina. Il medico subisce tra l'altro forti condizionamenti anche a causa delle ristrettezze economiche del settore: spesso gli si danno indirizzi sul piano operativo ispirati esclusivamente al dato economico. Da un lato, quindi, si vuole un atto medico onnicomprensivo e dall'altro lo si limita. La nostra Commissione vede peraltro ad uno stato piuttosto avanzato l'esame del provvedimento sull'aggiornamento professionale obbligatorio – qualcuno preferisce parlare di formazione professionale; l'importante è che sia obbligatoria – e mi auguro che sia approvato al più presto.

Penso di averle fornito sufficienti elementi di riflessione, e pertanto concludo ricordando che nessun aggiornamento di riforma – e di questo sono profondamente convinto – può prescindere dalla considerazione del rapporto fra paziente e medico di medicina generale.

SCIOTTI. Condivido le sue considerazioni, senatore Monteleone. Già in altri passaggi del mio intervento ho auspicato che il medico di medicina generale non debba limitarsi all'atto medico ma debba andare oltre, fino a diventare esperto nel valutare il rapporto costo-opportunità. In questo senso necessariamente egli dovrà indicare delle priorità nella terapia da seguire, i percorsi alternativi e quant'altro è necessario, in modo che la relazione personale con l'utente, che allo stato attuale risulta già soddisfacente, possa esserlo veramente per tutti i cittadini utenti e non risenta dell'influenza di determinati parametri (prima ho accennato all'età, allo stato civile e al grado di istruzione). Se poi questo tipo di rapporto paziente-medico di medicina generale in ambulatorio si estendesse anche al pronto soccorso, per esempio, o a reparti di vero e proprio ricovero ospedaliero, penso che si compirebbe un passo avanti notevole sulla strada della risposta alla crescente richiesta, peraltro un po' anomala, di salute da parte del cittadino.

Quindi, condivido perfettamente le sue considerazioni sul ruolo del medico di base, che è determinante; però occorrerebbe andare anche ol-

tre, pur tenendo conto dei diversi problemi che si riscontrano nelle singole realtà.

SARACCO. In questa fase del dibattito pensavo ad un elemento che appartiene ormai all'esperienza di ognuno di noi; io non sono medico, sono architetto, e sono membro di questa Commissione a tale titolo. Il collega Monteleone faceva riferimento all'eccessiva burocratizzazione dell'attività del medico di base. Se è necessario conservare un certo grado di burocraticità affinché resti traccia, segno tangibile dell'attività professionale, non si può pensare di coprire con l'attività burocratica «altro». Insomma, l'attività professionale non migliora in forza dell'appesantimento degli atti burocratici; anzi, direi che l'eccesso di burocraticità riduce la responsabilità dei soggetti professionali e pertanto impedisce l'espressione piena della professionalità, del medico come di qualsiasi altro professionista.

Dal momento che tutti auspichiamo di essenzializzare l'attività burocratica, nobile di per sé, per ricondurla alla dimensione, alla qualità e alla quantità essenziali, dobbiamo ridare alle professioni capacità di assumere responsabilità evitando quei «sotterfugi» – consentitemi questo termine inadeguato – con cui si pensa talvolta di sviluppare, stimolare una professionalità senza passare dall'assunzione di responsabilità.

In sintesi, credo che si possa ridurre la burocrazia nella misura in cui si attribuisce alle professioni la capacità di assumere responsabilità (lasciando loro anche lo spazio necessario per farlo); spesso ciò consente di colmare insufficienze o limiti della norma stessa.

SCIOTTI. Concordo pienamente sul fatto che ad ogni atto adempiuto debba corrispondere la responsabilità di colui che lo ha compiuto; che l'imposizione di vincoli burocratici non aiuta a migliorare la situazione; che, pertanto, una semplificazione dei vincoli burocratici potrebbe dare maggiore riconoscimento alla responsabilità propria del medico di famiglia. Viene talvolta da chiedersi se, con una quota capitaria che supera talvolta i 1.500 assistiti e con i tempi da dedicare necessariamente all'aggiornamento, il medico di medicina generale possa modificare il suo ruolo.

MIGNONE. Negli ultimi tempi in ogni azienda sanitaria e ospedaliera vengono lamentati da parte degli operatori sanitari sempre maggiori adempimenti amministrativi tesi a verificare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi resi. Occorrerebbe allora forse ipotizzare un organigramma differente, affiancando all'operatore sanitario altre figure professionali che possano snellire la prestazione del medico, essenzialmente tecnica.

Detto questo, vorrei sapere se nell'indagine statistica dell'ISTAT è stato preso in esame un altro parametro: la qualità della prestazione resa dal medico di medicina generale in rapporto al numero degli assistiti. È infatti verosimile che un medico con un elevato numero di assistiti abbia minore tempo da dedicare loro, con un conseguente scadimento della qualità.

SCIOTTI. Dal documento ISTAT questo aspetto non emerge. Sarebbe opportuna una ricerca di questo tipo, anche se il Ministero già dispone dei dati relativi alla distribuzione degli assistiti per i 50.000 medici convenzionati.

L'eccessiva burocratizzazione legata ad una serie di adempimenti (in forza del provvedimento normativo adottato nel dicembre dello scorso anno) è stata oggetto di riflessione in sede parlamentare: è stata per questo prevista l'istituzione di appositi uffici; lo stesso direttore generale dell'azienda sanitaria, per la trasmissione dei flussi informativi rispetto agli indicatori ai quali si faceva poc'anzi riferimento, avrà la possibilità di avvalersi di questi uffici e quindi di ulteriore personale. Personalmente non vedrei questo aspetto burocratico come una limitazione, anzi: prevedere, al fine di migliorare l'efficienza dell'intero apparato, figure professionali che possano occuparsi specificamente di alcuni aspetti credo significhi andare per una strada che tutti dobbiamo percorrere, per ottenere la massima efficienza con le risorse disponibili.

PRESIDENTE. Vorrei fare anch'io alcune considerazioni. Dal dibattito è emersa l'importanza della funzione che è chiamato a svolgere il medico di medicina generale nell'intero sistema; qualche dubbio rimane semmai su come migliorarne l'efficienza. Si è parlato, ad esempio, di burocratizzazione, ma di funzionalità burocratica dello studio personale del medico non si parla mai: della possibilità di fruire di un servizio di segreteria, di schedatura elettronica, di un sistema che migliora l'economia complessiva dell'attività medica.

Quanto al problema dell'efficienza, ci si è soprattutto riferiti al rapporto costi-benefici, ma si potrebbe in definitiva pensare all'esperimento del *fund holding* che altrove ha dato buoni risultati; altrettanto si potrebbe proporre per le nuove mansioni o le prestazioni accessorie, usando in questo caso i fondi di incentivazione. Ovviamente tali mansioni andrebbero soppresse laddove sono altamente inefficienti e fortemente onerose. In particolare, ho sentito citare il «secondo livello»: proprio perché si sta affrontando una tematica contrattuale, vorrei evidenziare come spesso si tratta di un falso secondo livello che finisce per essere soffocato dal richiamo dei casi. La prassi che si instaura potrebbe essere demandata ad un livello di partenza diverso.

Nel prossimo piano sanitario triennale è stata prodotta un'analisi molto dettagliata dei parametri di verifica della qualità delle cure. Vorrei sapere se nella sua relazione è stato preso in esame quel parametro o, in caso contrario, come si intende considerarlo.

Quanto alla Carta dei servizi, di cui sicuramente parleremo a lungo con il dottor Verdecchia, ho l'impressione che, nonostante il sostegno ricevuto dal Ministero, sia uno strumento ancora poco noto ai cittadini e applicato non dappertutto. Ad esempio, in occasione dell'ispezione alle camere iperbariche, abbiamo riscontrato la mancata applicazione della Carta dei servizi e la mancata informazione dei cittadini sui loro diritti-doveri.

Da ultimo, quando si parla di verifica della qualità delle cure non si può prescindere dall'aspetto etico e bioetico del sistema; quindi, vor-

rei sapere qual è il rapporto con i comitati etici e bioetici delle singole unità sanitarie locali; qual è lo stato di verifica dell'attuazione del sistema di etica e bioetica e in che misura questi elementi possono intervenire nel sistema di verifica della qualità.

Vorrei infine chiedere al dottor Zotta, anche in relazione all'ultima mozione presentata al Senato in occasione della discussione della legge finanziaria, se è possibile disporre del sistema di ripartizione dei fondi della ricerca per i singoli IRCCS.

ZOTTA. Signor Presidente, ho presentato una memoria su tutte le domande che mi sono state rivolte, comprese quelle del senatore Papini. Quanto alla sua domanda volevo capire se si riferisce al 1998 o al 1997.

PRESIDENTE. Si riferisce al 1997.

ZOTTA. Abbiamo una documentazione relativa ai criteri di ripartizione per il 1997 che le posso consegnare immediatamente.

PRESIDENTE. Possiamo quindi considerare conclusa l'audizione del dottor Zotta. Il dottor Sciotti tornerà ancora invece per rispondere alla Commissione su questi temi.

Ringrazio i presenti e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,40.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere preposto alla segreteria della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario

DOTT. GIANCARLO STAFFA

