



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 172

BOZZE NON CORRETTE
versione solo per Internet

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazio-
nale**

SEGUITO DELL'INCHIESTA SULL'ANALISI COMPA-
RATIVA DELL'EFFICIENZA, DELLA QUALITÀ E
DELL'APPROPRIATEZZA DELLE AZIENDE SANITA-
RIE ITALIANE

178^a seduta: martedì 25 settembre 2012

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione della professoressa Sabina Nuti

PRESIDENTE	<i>MURANTE</i>
COSENTINO (<i>PD</i>)	<i>NUTI</i>
D'AMBROSIO LETTIERI (<i>PdL</i>)	
RIZZI (<i>LNP</i>)	

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Interviene la professoressa Sabina Nuti, accompagnata dalla dottoressa Anna Maria Murante.

I lavori hanno inizio alle ore 13,30.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni il processo verbale della seduta del 19 settembre 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori odierni, oltre che attraverso il resoconto stenografico, sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno.

Non facendosi osservazioni, dispongo l'attivazione di tale ulteriore forma di pubblicità dei nostri lavori.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Prima di passare alla trattazione dell'argomento all'ordine del giorno, comunico alla Commissione la designazione, ai sensi dell'articolo 23 del Regolamento interno della Commissione, di un nuovo collaboratore. Si tratta del dottor Antonino Girolamo Guarneri, dirigente medico presso il Dipartimento materno infantile del Policlinico Paolo Giaccone di Palermo, il quale svolgerà il suo incarico, a titolo gratuito e a tempo parziale, fino al termine della legislatura.

Audizione della professoressa Sabina Nuti

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa di efficacia ed efficienza nel Servizio sanitario nazionale, che in base al deliberato unanime dell'Ufficio di Presidenza rientra tra i filoni cui accordare la priorità in questa parte finale della legislatura.

In particolare, quest'oggi la professoressa Nuti e la sua collaboratrice, che ringrazio per la presenza e la disponibilità e cui do il nostro benvenuto, riferiranno sullo stato di avanzamento della ricerca sui percorsi di cura nel settore dell'oncologia e in quello della salute mentale.

Prima di cedere la parola, reputo opportuno fornire alla Commissione un breve riepilogo.

Nell'imminenza della pausa estiva, questa Presidenza ha provveduto a sensibilizzare le Regioni che risultavano non aver fornito i dati richiesti: Calabria e Lombardia. Devo dare atto alla Calabria di essersi immediatamente attivata, mentre la Lombardia ha assicurato, solo nella giornata di ieri e solo dopo un ulteriore colloquio con la Presidenza di detta Regione, il pronto invio dei dati.

Risultano mancare, inoltre, i dati della Regione Campania, che pure in un primo momento si era mostrata collaborativa. Questa Presidenza ha già provveduto a contattare i vertici istituzionali di quella Regione parlando personalmente la settimana scorsa con il presidente, il quale ha assicurato che nel giro di pochi giorni dovrebbero pervenire anche i dati della Regione Campania.

Per il resto, sono già stati raccolti i dati relativi agli anni 2009 e 2010 delle altre Regioni oggetto d'approfondimento: Emilia Romagna, Lazio, Molise, Toscana e Umbria.

Ciò premesso, darei ora la parola alla professoressa Nuti, per consentirle di illustrare il lavoro svolto e le prospettive in merito alla predisposizione di un rapporto finale che possa formare la base per la relazione conclusiva che sarà elaborata dai senatori Cosentino e Rizzi.

NUTI. L'obiettivo di oggi è fare insieme il punto sui lavori e su quali sono i dati che abbiamo a disposizione, dandovi qualche esempio dei primi indicatori. A tal fine abbiamo selezionato quelli sui quali abbiamo trovato maggiore adesione da parte delle Regioni coinvolte. In realtà, come vedremo, la situazione non è proprio quella che ha descritto il presidente Marino, perché le Regioni che hanno inviato i dati li hanno mandati incompleti, anche se possiamo dire che si sono impegnate abbastanza.

Come ricorderete, l'obiettivo era quello di individuare alcuni indicatori che potessero consentire una valutazione dei percorsi assistenziali, quindi non solo relativamente al funzionamento complessivo delle strutture o dei sistemi ma, incrociando i dati dei diversi flussi, verificare se effettivamente esistesse un percorso di cura ed una adeguata presa in carico, per esempio, dopo la fase ospedaliera, con attenzione anche alla problematica dell'appropriatezza farmaceutica.

Abbiamo iniziato questo lavoro nel luglio 2010 e ad aprile 2011, dopo aver condiviso con la Commissione quali indicatori avremmo richiesto alle Regioni, eravamo pronti con la nostra piattaforma *web* che doveva servire alle Regioni per caricare i loro risultati. Ricordo che la responsabilità dei risultati era in carico alla Regione e noi dovevamo fornire il supporto per il calcolo degli indicatori e una piattaforma *web* per confrontarci.

Il 10 maggio 2011 la Commissione ha presentato il progetto, ricevendo i primi commenti ed indicazioni e in quella sede tutte le Regioni si sono dichiarate disponibili. Nella documentazione che lasceremo agli atti troverete indicate le persone presenti alla presentazione, alla quale è mancato solo un rappresentante della Campania. Nel maggio 2011, le Regioni hanno ricevuto le schede tecniche per il calcolo degli indicatori e dal 6 giugno hanno potuto caricare i loro dati.

Da questo periodo in poi abbiamo dato ad esse la massima disponibilità per confrontarci sul metodo, sulla tipologia degli indicatori selezionati ed anche per valutare se avevano proposte di ulteriori indicatori da includere nel sistema. Come ho detto, dal 6 giugno le Regioni hanno cominciato ad utilizzare questa piattaforma, che prevede la possibilità di vedere i dati (se lo vorrete, potremo poi collegarci via *web* e vedere come funziona questo strumento). Il sistema permette di individuare ciascun indicatore con una gradazione di colore, consentendo di vedere una mappa tematica, e quindi il risultato di ciascuna Regione su una carta geografica ovvero lo stesso indicatore espresso con un istogramma, la tabella con tutti i numeri e poi il *trend* per ciascun indicatore, avendo noi richiesto i dati del 2009 e del 2010.

Dal maggio al luglio 2011 le Regioni Calabria, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana hanno presentato note recanti commenti su alcuni indicatori, chiedendo alcune modifiche nel calcolo. Soprattutto, appare complesso l'indicatore della salute mentale, in quanto il flusso a livello ministeriale è molto recente, ad esempio la Calabria lo ha implementato soltanto nell'ultimo anno e quindi non ha i dati per il 2009 e 2010.

Per quanto riguarda l'oncologia, il tipo di commenti che riceviamo dalle Regioni è che essendo questi indicatori calcolati dai flussi ministeriali non abbiamo una serie di informazioni che possono essere invece significative per interpretare l'indicatore, per esempio la dimensione del tumore, che chiaramente può essere significativa per una valutazione.

Il 27 luglio del 2011 si chiude la fase di discussione degli indicatori, questi vengono modificati in base alla segnalazione delle Regioni e a questo punto ogni Regione riceve la scheda aggiornata.

Nella documentazione troverete segnalati i cambiamenti che sono stati apportati: sono stati contrassegnati in azzurro gli indicatori nuovi, aggiunti grazie ai suggerimenti delle Regioni, ed in rosso gli indicatori eliminati perché non condivisi dalle Regioni. Come potrete vedere, la gran parte degli indicatori è rimasta invariata sia per il percorso per la salute mentale, sia per quello dell'oncologia.

Qual è la situazione al 25 settembre 2012? Lombardia e Campania non hanno caricato i dati, però con entrambe le Regioni abbiamo avuto vari momenti di scambio e credo che la Regione Lombardia abbia tutti gli indicatori pronti per essere caricati. Tra l'altro, avendo condiviso con i responsabili lombardi un percorso di riflessione, sappiamo che li stanno utilizzando con i loro professionisti per discuterli all'interno della Regione. Direi quindi che, anche se ancora non hanno caricato i dati, l'obiettivo di questa Commissione di attivare nelle Regioni un processo di riflessione in Lombardia senz'altro è stato raggiunto, nel senso che gli indicatori sono in fase di discussione con i professionisti.

PRESIDENTE. Chiedo scusa per l'interruzione, lo dico soprattutto a beneficio dei relatori: avendo parlato personalmente con il Presidente della Regione ed avendo ricevuto un impegno in tal senso, sono convinto che abbiano gli indicatori e che li caricheranno nel sistema. Ne sono certo.

NUTI. Infatti, come ho detto, la Regione Lombardia ha senz'altro i dati e li sta usando, mentre per quanto riguarda la Regione Campania sinceramente non so a che punto sia. Noi abbiamo dato la massima disponibilità, anche

ad andare a Napoli a lavorare con loro, ma sembra che ancora non abbiano individuato il referente.

L'Emilia e la Toscana hanno caricato tutti i dati, li hanno usati e hanno attivato anche un processo di scambio tra professionisti delle due Regioni.

L'Umbria ha caricato i dati, ma soltanto in parte, perché gli indicatori relativi al flusso della salute mentale ancora non sono perfettamente funzionanti; non sono riusciti a calcolare gli indicatori che integrano il flusso della salute mentale con il flusso delle schede di dimissione ospedaliera.

Il Molise ha fatto un grande sforzo per caricare i dati, ma - come vedrete - gli indicatori mostrano dei risultati completamente diversi da quelli delle altre Regioni. Gli abbiamo chiesto di fare una serie di verifiche per analizzare ulteriormente il lavoro fatto, perché probabilmente ci sono degli errori di calcolo.

Il Lazio ha caricato la quasi totalità degli indicatori e la Calabria, con uno sforzo veramente significativo, ha calcolato alcuni indicatori della salute mentale, non utilizzando il flusso, ma attraverso una serie di segnalazioni telefoniche che è riuscita a rilevare dalle aziende.

Potete vedere nell'immagine, per i vari indicatori, quali sono le Regioni che hanno compilato la richiesta, e quindi il livello di copertura.

Se siete d'accordo, ora possiamo analizzare gli indicatori più significativi, in modo da avere un'idea di cosa è emerso da questo lungo lavoro. Ne abbiamo scelti quattro o cinque per la salute mentale e altrettanti per l'oncologia.

Per quanto riguarda il percorso salute mentale, partiamo dall'indicatore chiave, ossia il tasso di ricovero per le patologie psichiatriche su popolazione maggiorenne, chiaramente standardizzato. Il dato dell'Umbria è significativo in quanto è particolarmente più basso rispetto a quello delle altre Regioni. Faccio presente che se in precedenza il dato si riferiva al confronto regionale, ora procederemo ad un confronto per ASL: si può notare che per Città di Castello o Perugia il tasso di ospedalizzazione è quasi tre volte più basso rispetto a quello della ASL Roma E.

Ci interessa valutare non solo che l'ospedalizzazione è un *setting* assistenziale utilizzato in modo molto differenziato, ma anche analizzare la scheda che mostra qual è la diagnosi per cui il cittadino è stato ospedalizzato nel percorso salute mentale. I diversi colori dell'immagine corrispondono alle diverse diagnosi e mostrano che, a seconda della Regione (abbiamo fatto un *focus* a titolo di esempio sulla Toscana) e a seconda della ASL, la diagnosi più gettonata può modificarsi. Pertanto non sembrerebbe una problematica di salute del cittadino, ma probabilmente un tipo di diagnosi do-

vuta allo studio e alla ricerca dei professionisti che operano in quel determinato territorio.

Potete immaginare quali siano le conseguenze, perché chiaramente una diagnosi si porta dietro prescrizioni farmaceutiche e tutto un intero percorso. Per esempio, la Regione Calabria in proporzione presenta molti più casi di schizofrenia rispetto all'Emilia Romagna, dove i disturbi della personalità sono particolarmente più significativi. Se entriamo nel dettaglio della Regione Toscana, per esempio, potete notare che a Pisa la maggioranza dei casi riguarda ricoverati per disturbi dell'umore a differenza di altre realtà che presentano una probabilità di ospedalizzazione per questa diagnosi assai più bassa.

Questo ci fa riflettere sul fatto che non c'è solo una variabilità nell'utilizzo del *setting*, ma anche nella diagnosi, e diagnosi vuol dire percorso, quindi dobbiamo domandarci quanto esso sia effettivamente legato al bisogno del cittadino o alla professionalità specifica dei medici che operano in quel territorio.

Un altro aspetto che vorrei segnalare, sempre per illustrare come si svolge il percorso della salute mentale, concerne i dati sui pazienti che sono ospedalizzati per fasce d'età. Emilia e Toscana presentano risultati abbastanza simili, con la maggior parte dei ricoveri nelle fasce d'età 18-30 anni

e 31-64 anni, invece la situazione delle altre Regioni è molto diversa. Quindi in questo senso la domanda è quando viene preso in carico per la prima volta dall'ospedalizzazione il paziente che inizia un percorso di cura di salute mentale.

Abbiamo cercato di dare alle Regioni delle indicazioni sulle modalità di utilizzo di questi indicatori, per esempio facendole ragionare sull'ipotesi di miglioramento che potevano adottare grazie al confronto. Abbiamo il caso della ASL Roma E, dove il tasso di ospedalizzazione - come potete notare nel grafico - è il più alto nell'ambito del *network* che abbiamo analizzato. Se questa ASL riuscisse non tanto a muoversi con il tasso di ospedalizzazione migliore in assoluto, ma almeno a lavorare sul tasso mediano rispetto alle realtà che abbiamo utilizzato, quindi a ridurre l'utilizzo di questo *setting* che è particolarmente costoso e in molti casi anche poco efficace, potrebbe ridurre solo per questa tipologia di ospedalizzazione le sue giornate di degenza di oltre 8.000 e di 23 i posti letto che sta attualmente utilizzando. Rilevo questo per far capire come si possono aiutare le aziende e i sistemi a individuare dove focalizzare l'attenzione, anche in linea con le nuove indicazioni ministeriali sulla riduzione dei posti letto. È molto importante che ciò non avvenga in modo orizzontale, ma che si sappia quali sono gli

ambiti dove c'è maggiormente un rischio di inappropriata nell'ospedalizzazione.

Un altro indicatore riguarda la capacità di lavorare con farmaci a brevetto scaduto nel percorso di salute mentale, perché è un altro meccanismo che permette di liberare risorse e poterle investire di più sul territorio e che in molti ambiti risulta carente. Nel documento sono riportati gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina a brevetto scaduto. Come potete notare, la migliore *performance* la ottiene la AUSL 11 di Empoli, mentre il Molise non lo prenderei in considerazione perché probabilmente c'è un errore di calcolo; la ASL Roma F ha ben trenta punti in meno.

Anche al riguardo, riprendendo sempre i dati della stessa ASL che avevamo considerato precedentemente, se essa riuscisse ad allinearsi questa volta sì alla migliore realtà, in quanto senz'altro sappiamo che dal punto di vista degli *outcome* lavorare con i farmaci a brevetto scaduto non determina un peggioramento, riuscendo a conseguire la *performance* di Empoli potrebbe ottenere un risparmio secco di 500.000 euro solo per questo farmaco, solo per questa patologia.

Un altro indicatore che abbiamo selezionato riguarda la percentuale di pazienti aderenti alla terapia con antidepressivi. Per poter dichiarare che effettivamente i pazienti sono aderenti alla terapia, abbiamo identificato un

criterio di calcolo che individua i pazienti che assumono almeno 290 unità patologiche di antidepressivi nell'anno, il che identifica pazienti che effettivamente stanno seguendo questo tipo di terapia. Nel grafico è riportata la percentuale che abbiamo verificato essere presente nelle nostre ASL: come potete notare, si va dal 23,33 per cento della AUSL di Parma al 31,13 per cento della AUSL di Ravenna, che è la *best practice*.

Un altro indicatore di valutazione per percorso assistenziale, complicato da calcolare e per ora presente solo in due Regioni, è la capacità di prendere in carico il paziente dopo l'ospedalizzazione. Questo indicatore misura il numero dei pazienti contattati dai servizi territoriali entro 15 giorni dalla dimissione. Sono pazienti non noti al Dipartimento di salute mentale in quanto al loro primo ricovero. In questi casi è fondamentale che questo contatto avvenga nel più breve tempo possibile. In una *slide* abbiamo evidenziato i risultati delle Regioni Emilia Romagna e Toscana ed è evidente la presenza di molti zeri. Ciò dipende dal fatto che si lavora con numeri piccolissimi. In sostanza, nell'anno 2010 una struttura potrebbe non aver avuto primi ricoveri oppure potrebbe non aver raggiunto la *performance*. Sono pazienti non noti, per cui non li conosce né il Dipartimento della salute mentale né l'ospedale.

COSENTINO(PD). In sostanza se un paziente è noto qui non c'è.

NUTI. Si sta parlando di piccoli numeri e quindi uno zero potrebbe nascere da una *performance* legata a volumi particolarmente bassi per cui la struttura può non aver avuto nuovi ricoveri. La tabella dei numeri spiega meglio la situazione.

Un altro indicatore, al momento calcolato solo dalla Regione Emilia Romagna, è dato dalla percentuale di utenti con disturbo bipolare trattati con stabilizzanti dell'umore nei tre mesi successivi la dimissione. Anche questo è un indicatore di continuità assistenziale che, ripeto, abbiamo solo per l'Emilia Romagna.

Questi indicatori hanno dato vita ad un processo di discussione notevole all'interno della comunità professionale. Ad esempio, su questo indicatore, che al momento possiamo calcolare solo per gli utenti maggiorenni non noti al servizio, perché il sistema non ci permette di fare lo stesso calcolo per gli utenti noti, tutti i professionisti hanno evidenziato che sarebbe interessante avere entrambi gli indicatori. Le Regioni Emilia Romagna e Toscana hanno previsto pertanto di modificare il flusso informativo inserendo tale informazione in modo che dal 2012 sarà possibile calcolare an-

che questo indicatore. Comunque, il processo di analisi di questi dati ha determinato cambiamenti nel processo di rilevazione dell'informazione.

Per quanto concerne il percorso oncologico lascio la parola alla dottoressa Murante.

MURANTE. Nel documento si evidenziano 11 indicatori del percorso oncologico, partendo da quello per i tumori alla mammella, di cui è possibile osservare la percentuale degli interventi conservativi rispetto al totale degli interventi effettuati per neoplasie mammarie.

Nelle cinque Regioni (Emilia Romagna, Lazio, Umbria, Toscana e Molise) che hanno fornito le relative informazioni, il dato oscilla attorno al 70 per cento per tutte. Viene poi evidenziata la distribuzione tra le singole ASL di queste Regioni con valori che vanno dal 51 all'86 per cento; nel primo caso si tratta di una ASL della Regione Lazio, nel secondo di una ASL della Toscana.

Il secondo indicatore riguarda il linfonodo sentinella. Nella rilevazione di questo indicatore abbiamo notato che possono esserci difficoltà nell'identificazione della procedura attraverso i flussi perché non tutte le Regioni codificano correttamente la procedura del linfonodo sentinella per distinguerla dall'asportazione radicale del cavo ascellare.

Tra l'altro, lo dico affinché possiate commentare in maniera adeguata il dato dell'Emilia Romagna, in questa Regione esiste una linea guida che permette alle strutture sanitarie di effettuare la valutazione del linfonodo sentinella prima dell'intervento, là dove non sia possibile la valutazione estemporanea dello stesso. Quindi diverse aziende sanitarie, nella Regione Emilia Romagna, sono in coda alle ASL.

NUTI. In realtà lo fanno prima dell'intervento.

MURANTE. L'indicatore successivo, sempre relativo al percorso del tumore alla mammella, esamina la percentuale di donne che effettua la radioterapia nei sei mesi successivi all'intervento conservativo. Si è dibattuto molto sul perché scegliere quest'intervallo temporale ed una delle ragioni principali è stata il poter considerare altresì i casi in cui la donna viene sottoposta anche a chemioterapia. Abbiamo poi il numero anomalo della Regione Molise che stiamo verificando. In ogni caso, per alcune Regioni su tutti gli indicatori che richiedono il *data-linkage* tra i *database* del flusso ospedaliero e di quello ambulatoriale ci potrebbero essere dei problemi. A volte, pertanto, la variabilità del dato potrebbe essere condizionata anche da questo fattore.

COSENTINO (*PD*). È comunque molto elevata.

MURANTE. Sì, a seconda delle realtà. Gli indicatori successivi, invece, fanno riferimento al percorso del tumore al retto e al colon retto e, in particolare, nella documentazione è evidenziato il caso dell'indicatore relativo alla radioterapia preoperatoria.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, ma a Rieti quando eseguono l'intervento in quadrectomia, nel 90 per cento dei casi sottopongono la paziente a radioterapia? Anche a Forlì.

MURANTE. Questi sono i dati.

PRESIDENTE. Scusi se l'ho interrotta, ma sono dati molto importanti.

MURANTE. Come dicevo, nelle *slide* successive alcuni indicatori fanno riferimento al tumore al retto e al colon retto. In particolare ce n'è uno che si riferisce a casi di pazienti che hanno effettuato la radioterapia preoperatoria nei cinque mesi precedenti l'intervento. In realtà questi dati andrebbero letti considerando la casistica dei pazienti con tumore al retto effettivamente e-

leggibili a questo tipo di procedura. Valori che potrebbero sembrare bassi in realtà andrebbero bilanciati in funzione di questa informazione.

Gli indicatori successivi fanno invece riferimento alla fase del *follow-up* per capire quanti pazienti, nell'anno successivo all'intervento, hanno effettuato un dosaggio CEA, quindi il rilievo del marcatore tumorale. Si possono notare le differenze esistenti tra le varie Regioni e le ASL. L'indicatore successivo fa riferimento al numero di pazienti sottoposti ad una ecografia o ad una TAC epatica.

Questi due indicatori, al pari dei precedenti, richiedono il *match* tra la banca dati ospedaliera e quella ambulatoriale. Parliamo tra l'altro di percorsi che potrebbero svolgersi all'interno della stessa Regione ma anche all'esterno, là dove un paziente migra dalla propria Regione per effettuare l'intervento, per cui in alcuni casi è possibile che l'informazione si perda.

NUTI. Prima di chiudere la nostra presentazione, vorrei fare un'ultima considerazione. Più volte abbiamo sottolineato la difficoltà nel collegare i flussi. Facciamo presente che questa è la prima volta che alle Regioni è stato chiesto di collegare questi flussi. Quindi, quando si calcolano gli indicatori per la prima volta ci possono essere dei problemi. Mi sembra tuttavia opportuno sottolineare che complessivamente le Regioni hanno apprezzato

questo tipo di sforzo per cui una serie di errori nel processo di rilevazione dei dati è stata in parte corretta.

Questi dati riguardano il 2010, perché così la Commissione aveva chiesto, ma sono certa che se si chiedessero i dati del 2011 questi ultimi sarebbero più attendibili essendo stati effettuati nel frattempo diversi interventi. D'altronde, se i professionisti non hanno il ritorno dell'informazione non si rendono nemmeno conto degli errori commessi nella codifica delle schede di dimissione ospedaliera o negli altri flussi. Quindi c'è un processo di apprendimento che ha sempre bisogno di qualche anno prima di arrivare ad una perfetta rappresentazione dell'effettivo utilizzo delle risorse e comportamento dei professionisti.

PRESIDENTE. Ringrazio la professoressa Nuti per questo lavoro davvero eccellente che credo sarà molto utile per la nostra Commissione.

RIZZI (*LNP*). Signor Presidente, considerando la documentazione fornita, desidererei alcuni chiarimenti tecnici.

Anzitutto, mi sembra vi sia una sostanziale differenza fra lo studio concernente l'oncologia e quello relativo alla salute mentale, nel senso che i

dati del primo sono molto più omogenei mentre il secondo presenta dati molto più volatili e differenziati.

Ad un primo esame dei dati riguardanti l'oncologia balza all'occhio una sostanziale differenza tra Emilia Romagna e Toscana. In base al grafico riportato nella documentazione depositata, la Toscana appare essere molto più efficiente per quanto riguarda l'indagine del linfonodo sentinella, anche se abbiamo capito che l'Emilia Romagna la fa prima; abbiamo poi un'Emilia Romagna che effettua il doppio dei trattamenti radioterapici su chirurgia conservativa rispetto alla Toscana. Vorrei sapere se fosse possibile intersecare un dato di *follow-up*, in modo da poter capire quale dei due sistemi è più funzionale. Credo che il sistema dell'Emilia Romagna sia unico al mondo mentre quello della Regione Toscana è allineato con le linee guida, però magari grazie all'Emilia Romagna potremmo scoprire se c'è qualche novità procedurale e se questa migliori la sopravvivenza ed il *follow up* del paziente. Non so se avete questi dati, ma se fossero in fase di elaborazione si potrebbe, vedendo il *follow-up* specifico, capire quale dei due sistemi sia maggiormente funzionale.

COSENTINO (PD). Sono dati del 2010, quindi è un po' presto per avere un *follow-up*.

RIZZI (*LNP*). Dipende da quando hanno cominciato ad utilizzare questo sistema.

Questo era un primo dubbio. Un altro dubbio concerne i dati del Percorso salute mentale. Alcuni sono assolutamente chiari: ad esempio, è fuori discussione che la Toscana persegua il contatto entro 15 giorni con il Dipartimento di salute mentale per gli utenti maggiorenni alla dimissione del ricovero ospedaliero (indicatore S18) meglio dell'Emilia Romagna. Così come è chiaro che l'esplosione per ASL nell'utilizzo del farmaco inibitore della ricaptazione della serotonina raggruppa le ASL per Regione e viene prima il Lazio, poi l'Emilia Romagna e la Toscana, dando una fotografia perfetta della situazione.

Vi sono poi dati anomali. Ad esempio, il tasso elevatissimo dei ricoveri per patologie psichiatriche di Massa Carrara, che è lo stesso della ASL Roma E. Il dato riferito alla ASL Roma E non mi stupisce, perché probabilmente la qualità di vita a Roma E è diversa, ma mi chiedo se quello di Massa Carrara, così divergente rispetto alla media nazionale e regionale, dipenda da una epidemiologia particolare ovvero semplicemente da una migliore offerta. Anche in proposito, se riuscissimo a trovare quale particolarità può fornire l'indicatore avremmo fatto un altro passo in avanti.

COSENTINO (*PD*). Ringrazio la dottoressa Nuti, perché mi sembra abbia svolto un lavoro notevole, ancora in fase iniziale ma che fa capire che potrà offrire grandi strumenti di valutazione e programmazione.

Non entrerò nel merito, anche perché vi sono aspetti che richiedono di essere approfonditi con una lettura più attenta. Ad esempio, è non dico certo ma possibile che influisca sul dato anomalo dei ricoveri nella ASL Roma E il fatto che in quel territorio vi era il Santa Maria della Pietà, ovvero quello che con espressione orribile veniva chiamato "residuo manicomiale", e che quindi gli ospiti del Santa Maria della Pietà, che ha chiuso 10 anni fa, sono stati ricoverati nelle strutture di quel territorio. Come tutti i dati, anche questo è un elemento che andrebbe valutato con molta attenzione, come suggerito anche dal senatore Rizzi.

A me pare evidente, come pensavo e come la Commissione condivideva, che sperimentare per la prima volta l'incrocio dei flussi informativi sia nel campo della salute mentale che in quello oncologico, offra qualcosa di più delle pure tabelle degli esiti elaborate da AGENAS o dei primi indicatori ottenuti nel lavoro comune degli anni passati. Mi pare quindi che tutto questo sia molto utile.

La relazione conclusiva sarà rivolta al Parlamento ed al Governo, come indirizzo a proseguire su questa strada e a raggiungere l'obiettivo di un progressivo miglioramento della qualità del dato, degli strumenti di lettura e di un loro ampliamento. Useremo gli esempi che fin qui abbiamo potuto circoscrivere in base ai dati forniti dalle Regioni a motivazione di una scelta di valutazione, indirizzo e programmazione mediante l'utilizzo di questi strumenti come sistema.

Per questa ragione, visti i tempi ormai molto stretti a disposizione prima della conclusione della legislatura, al di là degli approfondimenti che potremo svolgere anche in modo più informale prima di avere una visione conclusiva, vorrei chiedere di stabilire un *deadline*, in modo da avere tutto ciò che è possibile alla data in cui concluderemo questo lavoro ed inizieremo, con una riflessione comune, a stendere la relazione. Quest'ultima descriverà il grande lavoro compiuto ed anche le difficoltà incontrate, alcune oggettive ed altre soggettive, nell'elaborazione dei dati, dal momento in cui è stata offerta alle Regioni la piattaforma *web* fino al momento in cui le Regioni hanno implementato i dati, posto che anche questi sono problemi di *governance* del sistema.

Vorrei chiedere perciò al Presidente uno sforzo per capire cosa possiamo ottenere dalle Regioni nei prossimi 10 giorni e, qualora verificassimo

che nulla possiamo ottenere, valuterei se fare ricorso ad altre forme di pressione o accontentarci di quello che abbiamo ottenuto. L'obiettivo sarebbe fare il pieno di tutti i dati possibili in una o al massimo due settimane, chiedendo poi alla dottoressa Nuti di implementare in poche settimane sistema con i dati forniti dalle Regioni o con ulteriori elementi in suo possesso, completando così la parte più scientifica di questo lavoro. In tal modo, da qui a 30 giorni, la Commissione potrebbe iniziare una riflessione su come leggere i dati e quale atto di indirizzo rappresentare al Parlamento ed al Governo nella sua relazione conclusiva, come l'utilizzo di uno strumento di valutazione che va oltre le esperienze già fatte (peraltro molto positive fino adesso) suggerendo anche indicatori che possono utilizzare una strumentazione più complessa.

Segnalo che nel recente decreto sulla *spending review*, il cui articolo 15 mi sembra fosse relativo alla sanità, c'è una determinazione di anonimizzazione dei dati e dei sistemi informativi delle Regioni e una funzione nazionale rivendicata da parte del Ministero. Essendo già legge è uno strumento aggiuntivo, di cui la Commissione potrà tenere conto nel definire gli obiettivi del Governo e naturalmente delle Regioni che vorranno incamminarsi su questa strada.

Quindi tenterei di raccogliere nei prossimi dieci giorni tutto ciò che le Regioni si sono impegnate a darci, verificando nello stesso termine cosa c'è e cosa manca. Dovremmo poi procedere ad una valutazione e a quel punto usare i dati di cui disponiamo per concludere questo lavoro scientifico. Si dovrebbe altresì costruire una riflessione su cosa avrebbe potuto darci una maggiore rispondenza da parte delle Regioni e su cosa in realtà pensiamo che il Governo debba fare, su come dovrebbe modificarsi il quadro legislativo perché questo diventi uno strumento a disposizione della comunità scientifica, degli operatori e anche di chi ha responsabilità di governo dei sistemi sanitari, dai presidenti di giunta regionale ai direttori generali delle ASL.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Cosentino. Devo rilevare che quanto egli ha appena affermato era di fatto l'idea che la Presidenza aveva formulato in precedenza e che avevamo discusso in Ufficio di Presidenza. A questo punto arriverei alle conclusioni. Con l'aiuto della professoressa Nuti, potremmo concepire un riassunto di quanto chiedere alle Regioni Lombardia, Campania ed eventualmente Calabria, dandoci una scadenza di dieci giorni. Mi attiverei immediatamente sollecitando di nuovo personalmente i presidenti di quelle Regioni. Come ho già affermato (e devo dire che ha sortito degli effetti almeno per alcuni dati), ho comunicato agli stessi presi-

denti che noi comunque saremmo giunti alla conclusione della nostra indagine e avremmo reso pubblici i dati, per cui avremmo dovuto anche rendere pubblico il fatto che i loro dati non erano disponibili.

Darei di nuovo la parola alla professoressa Nuti chiedendole di indicarci quali sono i dati che realisticamente possono essere inseriti nel sistema nei prossimi dieci giorni e io cercherò di ottenerli, altrimenti procederemo alla fase di analisi finale consegnando il lavoro ai relatori.

NUTI. Intervengo brevemente per rispondere ai vostri interventi. Per quanto riguarda i percorsi salute mentale e oncologia, non spetta a me farne un'interpretazione perché sono diversi. Per quanto è nella mia esperienza, posso rilevare che l'oncologia comunque vede coinvolti i professionisti in un processo già attivo da anni di condivisione delle linee guida, quindi si può discutere; comunque ormai ci sono dei protocolli che sono fortemente condivisi e questo secondo me fa sì che, là dove c'è un'enorme variabilità tra le Regioni, magari c'è proprio un problema di calcolo degli indicatori, come per il Molise. La media tendenzialmente è molto più simile, come giustamente è stato detto, però a mio avviso c'è un lavoro dei professionisti che si è attivato da più tempo e più evidenza scientifica a disposizione.

Questo determina magari problematiche organizzative nell'attivare la radioterapia, quando deve essere attivata, oppure nel percorso.

Sulla valutazione dei modelli organizzativi, quali sono i più efficaci, quelli che funzionano meglio o peggio, penso che il dibattito andrebbe aperto con le Regioni stesse per mettere a disposizione anche il modello organizzativo che sta dietro le scelte che poi i professionisti e le strutture fanno. Da questo punto di vista, mi allaccio alla considerazione del senatore Cosentino. Nel processo di restituzione dei dati attraverso un rapporto da parte della Commissione che in parte vedrà il nostro elaborato, pensiamo che possa essere opportuno un passaggio di ritorno anche alle Regioni che possono dare una loro interpretazione visto che hanno fornito i dati? Questo è un punto su cui potremmo riflettere. La mia sensazione è che in alcune Regioni, tipo l'Emilia Romagna e la Toscana, i professionisti sono stati coinvolti a discutere gli indicatori e il processo è partito perché sono stati presentati comunque non come indicatori di valutazione ma come indicatori per aprire un dibattito e un ragionamento sulle modalità in cui il percorso è organizzato. Però la mia percezione è che la tecnostruttura regionale e gli assessorati, questi indicatori, benché la piattaforma è a loro disposizione, non li hanno mai visti. Quindi valutate se non sia il caso comunque di mandargli una *preview* del lavoro; questa è una problematica vostra. Penso che,

così come abbiamo operato un coinvolgimento nella fase di *start-up*, forse un momento di coinvolgimento prima della pubblicazione dei dati potrebbe essere opportuno.

Un secondo elemento riguarda la salute mentale, che è un settore veramente interessante. Infatti si lavora con gli indicatori da moltissimi anni, ma il processo che è in atto in molte Regioni, per esempio Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, è un processo di condivisione dei criteri. Tale condivisione va avanti con il metodo Delphi, con una logica quasi assembleare per individuare i criteri. Questo processo è lunghissimo ed estenuante: per esempio nella Regione Toscana penso che abbiano fatto decine e decine di riunioni. Non c'è ancora l'abitudine a confrontarsi sul numero: quando arriva il numero, il numero è impossibile; cerchiamo un nuovo indicatore invece di spiegare quel numero.

La variabilità della diagnosi identifica che in realtà qui c'è poca abitudine ad un confronto clinico. La *second opinion* in questo caso andrebbe attivata non per il paziente ma per il professionista in fase diagnostica, perché effettivamente c'è un rilevante problema di autoreferenzialità. Io almeno interpreto così questo ambito e in qualche modo le direzioni sanitarie fanno molta più fatica a dialogare con questi professionisti.

Per quanto riguarda i tempi - rispondendo al Presidente - credo che la Regione che effettivamente sarà in grado di mandare i suoi dati è la Lombardia, perché li ha già calcolati, li sta già usando, deve solo caricarli. Non so se in dieci giorni le altre Regioni saranno in grado di fare qualcosa. Spero che il Molise possa correggere il tiro per quanto è già fatto, perché alcuni indicatori non sono plausibili. Quindi credo che le Regioni possano lavorare su quanto hanno già caricato; non credo che in dieci giorni saranno in grado, se non hanno fatto qualcosa prima, di fare altro.

Ritengo che nel giro di qualche settimana potremo presentare alla Commissione un rapporto ragionato che vede tutti gli indicatori e un commento da un punto di vista tecnico-scientifico su quali sono state le difficoltà di calcolo e quindi le possibili *variance* che possono avere questi indicatori e cosa possono evidenziare, però sottolineo la parola "possono", perché andrebbe aperto un confronto con le Regioni.

Per quanto concerne Massa posso rispondere perché conosco la Regione e so che bisognerebbe vedere l'ospedalizzazione della salute mentale guardando comunque a tutto il resto dell'ospedalizzazione, perché è la più alta di tutte. Non c'è una problematica solo lì, in quanto fino al 2010 c'è stata un'abitudine all'ospedalizzazione molto più alta rispetto alle altre ASL. Adesso è stata ripresa in mano la questione, ma non è focalizzata solo in

quell'ambito. Però questa è un'interpretazione che nasce dalla conoscenza del territorio. Potrebbe essere attivato un confronto Regione per Regione per capire ed interpretare cosa c'è dietro questi numeri e cosa può essere fatto per correggerli, se evidenziano un risultato migliorabile.

PRESIDENTE. Quindi abbiamo un piano di lavoro molto chiaro. Certamente produrrò la corrispondenza oggi stesso in modo che comunque sia documentato che abbiamo esercitato un ulteriore sollecito. Sono anch'io molto ottimista sui dati della Lombardia, non nel merito ma sul fatto che li otterremo.

RIZZI (*LNP*). Vorrei rispondere brevemente all'interrogativo posto dalla professoressa Nuti sull'opportunità di riconsegnare preventivamente alle Regioni almeno la bozza dei dati conclusivi. A mio avviso, ciò sarebbe opportuno (magari non totalmente per non dare la possibilità di rivedere completamente i numeri con il rischio di falsarli), aggiungendo però la specifica richiesta di aiutarci a interpretare alcuni dati particolarmente devianti, come quelli di Massa e di Roma. Sempre in questo ambito potremmo chiedere spiegazioni circa le differenze esistenti nei dati riferiti alla radioterapia *pre* o *post* intervento. In sostanza, là dove emergono devianze specifiche sareb-

be opportuno chiedere chiarimenti per capire se esiste una spiegazione a livello territoriale che a noi sfugge.

NUTI. Sarebbe senz'altro opportuno.

PRESIDENTE. Colleghi, a questo punto riterrei opportuno inviare lettere di sollecito alle Regioni e, per quanto riguarda la Lombardia, nel caso di mancata risposta farò seguire la lettera da una conversazione con il presidente della Regione. La professoressa Nuti, seguendo l'ultima indicazione del relatore, senatore Fabio Rizzi, una volta ricevuti i dati potrebbe procedere ad un'ulteriore verifica con le Regioni ed entro 45 giorni da oggi potrebbe essere in grado di consegnarci il lavoro definitivo. A quel punto potremo discuterne in Ufficio di Presidenza.

Inoltre, anche se in questa fase finale di legislatura ciascuno di noi è impegnato in moltissime attività, ipotizzerei una giornata di incontri a Pisa per concentrarci insieme sul lavoro svolto per poi tradurlo nella relazione finale che verrà elaborata dai relatori Rizzi e Cosentino.

NUTI. Accolgo il suggerimento del senatore Rizzi. Comunque, se fosse possibile, sarebbe opportuno che il Presidente, una volta raccolti i dati, in-

viasse una lettera alle Regioni comunicando la conclusione della fase di raccolta e la predisposizione del rapporto finale, sottolineando che la Scuola superiore Sant'Anna è disponibile a recarsi presso le Regioni per un momento di confronto con le stesse al fine di inserire l'interpretazione dei numeri e i commenti di ciascuna Regione nel rapporto finale.

PRESIDENTE. Credo sia una richiesta logica e, senza attendere ulteriore tempo, provvederò a inviare le lettere a ciascuna Regione inserendo questa richiesta. Chiederei poi ai nostri uffici di lavorare con voi per impostare correttamente la lettera in modo che la richiesta pervenga nella forma più utile al raggiungimento del risultato migliore.

A mio avviso, il lavoro che stiamo svolgendo è davvero importante in quanto consente di aprire, su questi due percorsi, una finestra informativa di estremo valore per le nostre Regioni.

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

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

D'AMBROSIO LETTIERI. Signor Presidente, intervengo per chiederle un aggiornamento sulle determinazioni dell'Ufficio di Presidenza, con riferimento alla mia richiesta di avviare iniziative in merito ai problemi dell'assistenza psichiatrica nella Regione Puglia emersi nelle scorse settimane e da me rappresentati in questa sede anche con elementi documentali, che disegnano un quadro piuttosto allarmante.

Credo infatti che la Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale abbia la competenza per svolgere alcuni approfondimenti, magari anche attraverso specifiche audizioni in merito ai fatti denunciati. Tali fatti arrecano una profonda ferita nella comunità pugliese, con riferimento al presunto sperpero di svariati milioni di euro per prestazioni non erogate e all'esistenza di un conflitto tra le disposizioni emanate dal Consiglio regionale e gli atti adottati dalla ASL in contrasto con i regolamenti regionali.

Inoltre, con riferimento alla richiesta avanzata dal senatore Astore di trasmissione del verbale della seduta relativa all'audizione del senatore Caforio, rispetto alla quale l'Ufficio di Presidenza avrebbe assunto le determinazioni del caso, vorrei sapere se tali determinazioni siano state assunte e quali siano.

PRESIDENTE. In Ufficio di Presidenza avevamo stabilito di concludere tre inchieste considerate prioritarie. Si era pertanto ritenuto, in relazione alla sua segnalazione, di richiedere chiarimenti per iscritto alla ASL. Avevamo quindi pensato di procedere in questo modo, se per lei è soddisfacente, altrimenti, dovendo ancora svolgere circa tre audizioni relativamente all'inchiesta sulla salute mentale, se lo ritiene davvero necessario potrei parlare con i relatori e aggiungere un'ulteriore audizione. Forse però conviene prima chiedere chiarimenti per iscritto alla ASL e, dopo la risposta, valutare insieme cosa è più opportuno fare.

Mi scusi, ma non ho compreso la sua richiesta relativamente al verbale dell'audizione del senatore Caforio.

D'AMBROSIO LETTIERI. Sulla prima questione mi affido alla sua sensibilità e a quella dell'Ufficio di Presidenza. Credo che acquisire una nota informativa della ASL della Regione sia sufficiente a chiarire gli estremi della questione, consentendo all'Ufficio di Presidenza di assumere poi le determinazioni del caso.

Relativamente al secondo punto, in occasione dell'audizione del senatore Caforio, il senatore Astore chiese di trasmettere il verbale alla pro-

cura della Repubblica. Sull'argomento - almeno così dovrebbe essere riportato agli atti - si stabilì di demandare la decisione all'Ufficio di Presidenza.

Vorrei sapere se questa decisione è stata assunta e, se così è, in che termini.

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, non sono certo che il resoconto stenografico di quella seduta, con le bozze da correggere, sia già pervenuto, a causa della sospensione dei lavori nel periodo di agosto. Pertanto, in Ufficio di Presidenza la richiesta avanzata dal senatore Astore potrebbe non essere stata ancora discussa. La Presidenza non ha nulla in contrario a trasmettere alla procura della Repubblica taluni documenti, dal momento che il lavoro condotto su tutte le inchieste, e in particolare su quella relativa alla corruzione, è stato svolto in uno spirito di leale collaborazione con le procure della Repubblica, tant'è che ogni volta che abbiamo chiesto delle informazioni ci sono state trasmesse.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, era soltanto un'esigenza di informazione non una richiesta; si tratta solo di sapere come si è conclusa la questione, informazioni che poi lei, nelle modalità che riterrà, potrà fornirmi non appena verranno assunte le determinazioni.

PRESIDENTE. Sarà certamente mia cura comunicarlo.

I lavori terminano alle ore 14,30.