



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 65

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

**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

68^a seduta: martedì 4 maggio 2010

Presidenza del presidente MARINO

INDICE

Audizione della professoressa Sabina Nuti

PRESIDENTE	<i>NUTI</i>
ASTORE (<i>Misto</i>)	
BIONDELLI (<i>PD</i>)	
BOSONE (<i>PD</i>)	
COSENTINO (<i>PD</i>)	
POLI BORTONE (<i>UDC-SVP-IS-Aut</i>)	
RIZZI (<i>LNP</i>)	

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP, Io Sud e Autonomie: UDC-SVP-IS-Aut; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Interviene la professoressa Sabina Nuti.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 28 aprile 2010 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, vi comunico che è stata chiesta l'attivazione (la richiesta è venuta da Radio radicale) dell'impianto audiovisivo. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Ricordo altresì che dei nostri lavori viene redatto e pubblicato il Resoconto stenografico.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Qualcuno di voi avrà certamente seguito sui quotidiani e sui mezzi di comunicazione, ieri e oggi, il drammatico evento di una morte in un ospedale a Napoli; l'attivazione delle Commissioni d'inchiesta com'è stata riportata dagli organi di stampa non corrisponde alla realtà. Quindi per me è importante precisare che c'è stato uno scambio di opinioni tra il presidente Orlando e me ed abbiamo deciso - com'è accaduto in altre occasioni - che il nostro gruppo dei NAS si occupasse dell'istruttoria iniziale. Successivamente, dopo aver verificato alcuni aspetti tecnici, la presenza dell'anestesista, la presenza delle attrezzature per la rianimazione cardiorespiratoria, trasmetteremo queste informazioni al presidente Orlando.

Devo dire che il presidente Orlando è stato disponibile dicendo che se io intendevo sottoporre l'argomento al nostro Ufficio di Presidenza e quest'ultimo, avendo già attivato i NAS, voleva occuparsi di un'indagine su questa vicenda, lui non avrebbe attivato la sua. Quindi in effetti non c'è alcuna sovrapposizione tra il lavoro delle due Commissioni. La nostra ha effettivamente attivato il gruppo dei NAS; la Commissione del presidente Orlando attende di sapere come intendiamo muoverci ed evidentemente poi si muoverà di conseguenza.

Audizione della professoressa Sabina Nuti

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

È oggi in programma l'audizione della professoressa Sabina Nuti.

Registro con soddisfazione che, con la seduta odierna, il lavoro della Commissione entra nel vivo anche di questo filone di inchiesta: quest'oggi vi sarà un'ampia esposizione ed illustrazione del notevole lavoro di approfondimento e di elaborazione condotto nel corso degli ultimi mesi con l'ausilio della scuola superiore «Sant'Anna» di Pisa; in una prossima seduta, probabilmente già martedì prossimo, i relatori (i senatori Cosentino e Rizzi) integreranno l'esposizione odierna con le proprie considerazioni in ordine al prosieguo dell'attività d'inchiesta, sulla scorta dell'attività di approfondimento scientifico sin qui svolta.

Ritengo doveroso sottolineare che il lavoro innovativo basato sugli indicatori è stato reso possibile anche dalla collaborazione del Ministero della salute, che ha messo a disposizione i dati necessari, successivamente oggetto di autonoma elaborazione; peraltro, lo stesso Ministero, per le sue

finalità istituzionali, che sono autonome e distinte da quelle della Commissione, ha negli ultimi mesi utilizzato tale innovativa metodica di analisi: pertanto mi sembra si sia realizzata - pur nella doverosa distinzione dei ruoli istituzionali - una pregevole sinergia tra poteri dello Stato.

COSENTINO (*PD*). Intervengo solo per confermare ai colleghi della Commissione la disponibilità e anzi l'impegno dei due relatori, nella prossima settimana, a portare le conclusioni del lavoro analitico fin qui svolto, con le proposte relative agli interventi che si suggerisce di fare nelle varie realtà regionali ed ASL e anche sul prosieguo di questo lavoro.

Abbiamo ritenuto opportuno distinguere le due parti di questa relazione: una, l'audizione di oggi con la professoressa Nuti, che dà il quadro delle informazioni, dei dati e del lavoro analitico svolto, che diventa la base comune del nostro lavoro; nella prossima seduta della Commissione, invece, la proposta dei relatori su come proseguire l'indagine. Questo è il percorso e quella di oggi è la presa da parte nostra di tutti gli elementi, le domande, eccetera, che ci consentono di avere una comune base di valutazione per le decisioni che prenderemo la prossima settimana.

PRESIDENTE. Lascio ora la parola alla professoressa Nuti.

NUTI. Signor Presidente, l'obiettivo della mia breve presentazione è quello di riportare il lavoro che è stato svolto in questo anno e mezzo, da quando abbiamo iniziato la collaborazione.

Con la *slide* iniziale potete ricordare con me quali sono state le finalità di questo lavoro, ossia cercare di verificare se si potesse adottare un metodo che permetta una selezione delle organizzazioni in termini o di erogazione o di aziende sanitarie locali, per selezionare quei casi che possono essere emblematici e segnaletici di una situazione più complessa, da verificare attraverso un'indagine successiva. Questa era la finalità del nostro lavoro: individuare delle misure capaci di selezionare casi che avevano necessità di un ulteriore approfondimento, per verificare le determinanti di risultati apparentemente assai critici.

In questi termini si parlò (in quel nostro incontro che risale al 2008, a Pisa) anche della possibilità di individuare le *best practice* per capire quali erano le differenze tra realtà particolarmente positive e realtà particolarmente critiche, almeno per quanto è possibile evidenziare dagli indicatori calcolabili.

Quindi questo era il metodo: individuare un *set* di indicatori significativi; lavorare con il *benchmarking* come un meccanismo capace di evidenziare le situazioni di maggiore criticità, dopodiché adottare un momento successivo di analisi, di verifica sul campo, che sarà poi compito della Commissione svolgere direttamente.

Ricordo che gli ambiti di indagine sono suddivisi in due diverse tipologie: da un lato, per azienda sanitaria locale (con questa prospettiva abbiamo analizzato tutti gli indicatori che hanno a che fare con la popolazione residente, qualsiasi sia il luogo dove il cittadino poi ha ricevuto la propria prestazione; quindi, quando si guardano i risultati per ASL, si guardano rispetto all'azienda di residenza); dall'altro lato, per soggetto erogatore, cioè andando ad analizzare anche alcuni indicatori per istituzione che ha erogato direttamente il servizio. Queste sono le due prospettive.

La domanda che ci siamo posti è la seguente: cosa è possibile misurare attraverso la selezione di questo primo *set* di indicatori?

Nella scheda sono indicati quattro significativi ambiti di indagine. Il primo è la qualità dei servizi, in cui abbiamo raggruppato la sicurezza del paziente, la tempestività dell'erogazione della prestazione sanitaria in modo da poterne garantire il buon esito e l'adeguatezza rispetto alle linee guida

internazionali, per quanto riguarda lo svolgimento del processo assistenziale.

Il secondo ambito è l'equità in termini di accesso e risposta al bisogno. In questo caso l'indicatore più che valutare se le prestazioni sono erogate ai gruppi fragili della popolazione, ad esempio emigrati o persone con particolari difficoltà, valuta se la variabilità esistente risponde a fabbisogni diversi, a scelte organizzative o, peggio, a differenti livelli nelle competenze professionali, per cui non a tutti i cittadini viene erogata una prestazione con la stessa qualità.

Terzo ambito di indagine riguarda l'appropriatezza delle prestazioni e delle strutture. Il concetto di appropriatezza significa assicurare ad ogni paziente niente di più e niente di meno di quanto è effettivamente necessario per rispondere al proprio bisogno nel contesto assistenziale più adeguato ed efficace alla risoluzione del problema.

Ultimo ambito è l'efficienza nell'uso delle risorse, ossia evitare sprechi e garantire il massimo valore aggiunto al cittadino rispetto alle risorse che la collettività mette a disposizione degli amministratori pubblici.

Come abbiamo detto, il metodo per misurare i risultati è il *benchmarking*, che consideriamo fondamentale in quanto nella sanità

pubblica, in assenza di un vero e proprio mercato, siamo in presenza di una situazione di asimmetria. Anche nelle Regioni che più si basano sulla scelta del cittadino, il metodo migliore per poter evidenziare situazioni di criticità sembra essere il confronto sistematico tra strutture pubbliche e private e tra strutture pubbliche laddove il sistema è quasi interamente pubblico.

Se al *benchmarking* abbiniamo il *trend*, si evidenziano le effettive aree di criticità. Infatti, se individuiamo casi al di sotto della media nazionale nei quali non si è nemmeno avviato un processo di miglioramento, vuol dire che per quei casi si ripete una situazione che non si riesce a modificare.

Considerando che a livello nazionale non sono stati ancora condivisi gli *standard* di riferimento (nemmeno il Patto per la salute lo ha fatto) per cui sono stati stabiliti gli indicatori ma non sono stati specificati gli *standard* di riferimento né l'obiettivo cui le Regioni devono tendere, abbiamo deciso di procedere alla valutazione attraverso la definizione di 5 fasce di riferimento secondo la logica dei quintili, e quindi in base al posizionamento del soggetto erogatore (Regione, ASL o ospedale) rispetto alla graduatoria. Il primo quintile, di colore verde, indica un risultato ottimo mentre il quinto quintile, di colore rosso, sta a significare il risultato peggiore.

La presentazione dei risultati prevede vari livelli di analisi. Abbiamo proposto al Ministero e alla Commissione di individuarli con la logica del bersaglio, ma può essere scelto qualsiasi altro meccanismo di rappresentazione, purché permetta di vedere in un'unica *slide* quali sono i punti di forza e di debolezza di ciascuna istituzione. Per ora il bersaglio è calcolato a livello di Regione, ma può essere proposto per qualsiasi diverso livello.

Abbiamo la possibilità di operare un confronto tra le Regioni e poi un confronto tra i soggetti erogatori di ciascuna Regione, in modo da vedere le determinanti di quel risultato. Sia nelle analisi fatte in prima battuta per la Commissione che successivamente nel lavoro svolto per conto del Ministero, emerge che anche nelle Regioni *best practice* c'è un'altissima variabilità, il che significa che in tutta Italia esistono spazi di miglioramento, anche nelle realtà che hanno conseguito un miglior risultato complessivo.

Per quanto riguarda le fasi di lavoro nel tempo, il punto di partenza della nostra indagine è stato l'analisi di una giornata di lavoro della Commissione a Pisa (dicembre 2008) presso la scuola superiore «Sant'Anna». A febbraio 2009 abbiamo svolto un lavoro ristretto per selezionare i primi indicatori al fine di avviare il processo di analisi. A

marzo 2009 abbiamo effettuato la prima richiesta dati al Ministero della salute cui è seguito un periodo lungo e complesso per ottenere i dati. Uno dei problemi più rilevanti, al fine di una chiarezza nelle modalità di calcolo, è stato l'individuazione di dati davvero confrontabili.

A settembre 2009 il Ministero ha consegnato una prima raccolta di dati, basati sul *database* provvisorio 2007, con una serie di indicatori consegnati a tutte le Regioni il 15 settembre per conoscere il loro punto di vista e per dividerne il numero, ossia verificare se il numero era lo stesso che le Regioni avevano nel loro *database*. Questo piccolo e importantissimo passaggio non era mai stato fatto prima. I dati venivano mandati dalle Regioni al Ministero ma quest'ultimo non li aveva mai restituiti alle Regioni calcolati. Era molto importante invece effettuare questa verifica per controllare se il *database* era corretto e congruente.

Dopo un periodo di lavoro svolto sia a livello di Commissione che a livello ministeriale, nell'aprile 2010, qualche giorno fa, sono stati resi pubblici i primi 34 indicatori, condivisi dalle Regioni, di cui 23 di valutazione.

Vorrei far presente, da tecnico che ha vissuto questo lungo processo, che il fatto che la Commissione abbia avanzato questa richiesta e che il Ministro sia fortemente interessato ad avere a disposizione questi dati, ha

determinato un accorciamento dei tempi. Mentre fino all'anno scorso il *database* rimaneva provvisorio per due anni, oggi i tempi si sono estremamente ridotti. Al momento abbiamo a disposizione i dati definitivi del 2008. Di solito questi arrivavano molto in ritardo ed erano inutilizzabili dal punto di vista gestionale, perché ognuno poteva dimostrare di aver fatto nel frattempo tutto quello che era necessario per cambiarli. Il fatto di anticipare ogni anno di qualche mese la restituzione è a mio avviso molto significativo.

Ad oggi, questo è il primo gruppo di indicatori selezionati. Non abbiamo la pretesa di avere elaborato un elenco di indicatori esaustivo, ma abbiamo selezionato quelli da noi ritenuti più significativi. Non a caso sono gli stessi che altri Paesi, come Inghilterra e Canada, hanno selezionato per realizzare una prima valutazione di sintesi del sistema e si dividono in diversi ambiti che corrispondono ai nostri livelli essenziali di assistenza. Abbiamo un gruppo di indicatori più corposo sull'assistenza ospedaliera, che vede alcuni indicatori relativi al governo della domanda; dietro questi indicatori c'è la capacità o meno di una Regione o di una ASL di saper usare il *setting* assistenziale corretto per il tipo di bisogno: principalmente il tasso di ospedalizzazione correlato ai suoi sotto indicatori fa capire come viene utilizzato il *setting* assistenziale.

L'altro indicatore è l'efficienza, ovvero il corretto utilizzo di una risorsa che è la più cara in assoluto nei setting assistenziali disponibili. Quindi, l'appropriatezza chirurgica, che presenta problematiche diverse da quella medica e infine alcuni indicatori di qualità clinica.

Per quanto riguarda invece «territorio e prevenzione» abbiamo un gruppo, per ora, di tre indicatori sull'assistenza distrettuale, un gruppo di quattro indicatori sull'assistenza farmaceutica ed un gruppo di sei primi indicatori sull'assistenza collettiva e di prevenzione.

Nel gruppo di dati che ha avuto a disposizione la Commissione nel settembre 2009 compariva anche una serie di indicatori sull'assistenza ambulatoriale, specialistica e diagnostica. Non sono qui inclusi perché i dati riguardavano solo nove Regioni: le altre Regioni ancora non hanno inviato i flussi, quindi per completezza non sono stati inseriti in questa analisi. Così come non sono ancora presenti indicatori di appropriatezza farmaceutica, che sono in fase di studio con l'AIFA, ed alcuni indicatori di esito, che sono nelle mani della GENAS, che li sta elaborando e che nel giro di qualche mese dovrebbero essere disponibili.

Un altro elemento importante è che grazie al lavoro della Commissione, che ha aiutato a tenere il passo, e al forte interesse del Ministero, adesso questi indicatori sono tutti sul sito del Ministero,

scaricabili a livello di ASL e di azienda ospedaliera: è la prima volta che questo avviene in Italia.

Vediamo a questo punto gli indicatori principali cosa misurano e cosa la Commissione ha a disposizione per svolgere il lavoro nella seconda fase.

Sono partita dalla qualità dei servizi nelle LEA, con la logica che avevamo identificato in qualche *slide* precedente, e penso sia il punto principale, quello che interessa veramente al cittadino. Gli indicatori scelti sono abbastanza emblematici, perché sono indicatori *proxi*. Gli studi internazionali ci dicono, ad esempio, che se funziona il percorso per la frattura del femore, vuol dire che funziona anche l'accoglienza al Pronto soccorso, che il percorso è rapido, che l'ortopedia funziona adeguatamente e se così è, spesso vuol dire che funzionano bene anche l'organizzazione delle sale operatorie, la linea programmatica rispetto alle emergenze e così via.

Quanto contano allora i fatturati di femore sul totale delle attività ospedaliere? In realtà, non molto, però sono un indicatore *proxi* di tutto quel che gira attorno a questo evento e, se funziona quest'indicatore, funziona molto bene anche il sistema ospedaliero.

Le evidenze scientifiche ci dicono che una frattura di femore, per poter recuperare rapidamente, dovrebbe essere operata addirittura in ventiquattr'ore. Siamo stati magnanimi ed abbiamo lavorato su una base di due giorni, anche perché il *database* nazionale non ci permette di misurare le ventiquattr'ore, e la situazione è riportata nella *slide*, che indica la percentuale di fratturati operati entro due giorni. In realtà, c'è un ulteriore indicatore, che stiamo calcolando e che verrà introdotto prossimamente, che ci dice anche la percentuale di pazienti che non vengono proprio operati.

Il 95 per cento dei pazienti dovrebbe essere operato: non usa più lasciare ricomporre la frattura, perché vuol dire bloccare definitivamente il paziente. Ebbene, le Regioni del Centro-Nord hanno intorno al 90 per cento di interventi chirurgici e una Regione come il Lazio arriva al 56 per cento. La *slide* riporta la percentuale di pazienti operati entro i due giorni tra coloro che subiscono un intervento chirurgico e, come vedete, la situazione è molto molto critica, anche nel confronto internazionale.

Sono poi riportate le modalità di calcolo, che ometto, ma il cui dato resta a vostra disposizione. Per ognuno degli indicatori abbiamo il dettaglio di ogni Regione. In questo caso, facciamo l'esempio della Regione Veneto, che è una delle migliori. Come potete vedere, in Veneto si va dal 14,75

all'85,26 per cento. È questo il fenomeno di cui ho detto, per cui anche nelle «buone» Regioni c'è una elevata variabilità.

Ho messo in evidenza la variabilità, chiaramente presente nel *database*, a disposizione per i due anni. Anche questo dato è estremamente importante, perché fa capire se l'istituzione sta migliorando o peggiorando, cosa che possiamo valutare anche a livello regionale.

Vi è poi la *slide* che riporta la percentuale dei ricoveri entro 30 giorni per la stessa MDC, a parità di tasso di ospedalizzazione. Questo è importante, perché laddove c'è un tasso di ospedalizzazione molto elevato c'è un rischio elevato di inappropriatazza: è chiaro che se un paziente è andato in ospedale e non ci doveva andare la prima volta, è difficile che ci torni. Quindi, si è vista qual è la percentuale dei ricoveri a parità di tasso di ospedalizzazione. Come potete vedere, in 30 giorni, per la stessa MDC e quindi per lo stesso tipo di problema, la percentuale è elevata: passare dal 3,23 del Piemonte al 7,64 per cento della Sardegna non è poco. Le aziende, le ASL e le Regioni possono avere il dettaglio della MDC, cioè dove si verificano e da cosa dipendono questi ricoveri. Per esempio, posso già dire che c'è un alto livello di ricoveri per le patologie mentali, ed è uno di quei casi in cui l'entra-ed-esci dall'ospedale vuol dire che manca la presa in

carico territoriale, che è uno dei problemi maggiormente presenti sul nostro territorio.

RESIDENTE. Professoressa Nuti, per capire come leggere i dati che ci presenta, vorrei tornare alla *slide* precedente, dove sono esplosi i dati della Regione Veneto. Rispetto al 2007, la lettura è che a Chioggia il 91 per cento dei pazienti non è stato operato (quindi Chioggia è come Catanzaro) e, all'estremo opposto, ad Arzignano quasi il 90 per cento dei pazienti è stato operato nelle ventiquattr'ore?

NUTI. Sì.

PRESIDENTE. Certo è una variabilità enorme in una stessa Regione!

NUTI. Posso anche dire, per esperienza, che quando ci sono salti quantici, non so nel caso del Veneto, ma nella mia Regione è perché ci sono stati cambiamenti di uomini. Invece il cambiamento incrementale è indice di miglioramento nell'organizzazione, perché vuol dire che si sistemano i processi.

PRESIDENTE. Di questo ragionavamo anche ieri, osservando il dato dei parti cesarei a Castellammare di Stabia, che è come quello di Amsterdam: sono soltanto il 17 per cento, in una Regione che ha una percentuale di cesarei pari al 61 per cento.

COSENTINO (PD). Il dato qui indicato è interessante: bisognerà valutarlo meglio, ma fa emergere che le realtà migliori, nel 2008 rispetto al 2007 tendono a peggiorare e anche questo fa parte della riflessione che dovremo svolgere.

NUTI. Per dare un'idea delle differenze, ogni volta ho scelto una Regione diversa per dare uno spaccato di ogni indicatore.

Una *slide* si riferisce ai parti cesarei di cui si è parlato. Questo è un tipico indicatore per il quale si può fare un lavoro molto più pulito ed analitico; il problema è che il *database* nazionale non lo consente: per esempio, si potrebbero escludere i parti gemellari, i parti prematuri e così via. Per le Regioni che hanno un sistema più sofisticato lo abbiamo già fatto, ripulendo il dato dalle complicità, ma quando vi è una simile differenza tra i dati il problema rimane, perché quando si fa il *risk adjustment* si aggiusta di uno o due punti, non si cambia totalmente la

situazione. La situazione italiana per i cesarei va dal 23,01 per cento del Friuli Venezia Giulia al 61,88 per cento della Campania, ed il Friuli, che è la prima Regione, ossia la *best practice*, come potete vedere va dal 16,54 al 35,90 per cento, a dimostrazione che anche nelle Regioni *best practice* ci sono realtà che potrebbero migliorare e spazi di miglioramento significativi.

Una *slide* reca la percentuale di fuga in punti DRG. Quello delle fughe è un fenomeno complesso, come penso sappiate meglio di me. Le fughe possono essere lette in termini di percentuale di risorse economiche che se ne vanno o di tipologia di prestazioni. Noi le abbiamo calcolate moltiplicando il numero dei ricoveri, o l'assenza di offerta, per il peso della complessità. Questo metodo mette in luce solo alcuni aspetti; non abbiamo trattato tutti i ricoveri nello stesso modo, ma li abbiamo pesati in base al livello di complessità.

Ricordate che c'è sempre un fenomeno di confine: chiaramente chi vive sul confine può avere una convenienza ad andare in un'altra Regione. Quindi c'è sempre un rumore di fondo, che dipende anche dalla collocazione geografica di una Regione, ma intorno al 5-6 per cento è normale, soprattutto per chi è al Centro.

Inoltre, ricordiamoci che la Sicilia e la Sardegna hanno il mare di mezzo, quindi chi se ne va è veramente determinato; normalmente se ne va per l'alta complessità. Questo è un indicatore che va analizzato nel dettaglio.

Per quanto riguarda la Calabria, volevo segnalare (per far capire qual è il problema enorme di questa Regione) che se guardiamo al dato globale, la percentuale è intorno al 18,67. Se vado a vedere i dati per ASL, noto che non arrivo al 18,67 per certo: viene da domandarsi come fa la media regionale ad essere più alta dei dati. Ve l'ho fatto vedere per dimostrarvi che in questa Regione abbiamo un enorme problema di validità del sistema informativo: numerosissimi ricoveri sono annoverati dalla Regione, ma non si sa dove siano stati effettuati, non essendo attribuiti alla ASL. Quando si va a fare il calcolo ASL per ASL, rimane fuori una bella fetta di ricoveri che non è di nessuno. Questo non succede nelle altre Regioni, è un problema specifico calabrese.

Riguardo all'appropriatezza chirurgica (DRG medici dimessi dai reparti chirurgici), come sapete, tendenzialmente i reparti chirurgici sono più onerosi perché più attrezzati rispetto ai reparti medici, avendo bisogno di attrezzature diverse. Normalmente si dovrebbe essere ricoverati, sia nel

percorso emergenza sia in quello programmato, nel giusto reparto in base alla diagnosi.

Come si sa dalle evidenze scientifiche, non si può raggiungere il cento per cento: in molti casi si può essere ricoverati pensando di doversi sottoporre ad un'operazione chirurgica e poi succede qualche cosa per cui questo non è più possibile (si aggrava la situazione del paziente o c'è bisogno di fare ulteriori esami e così via). Quindi tendenzialmente lo *standard* che viene preso come riferimento in Italia è il 20 per cento. Se la percentuale cresce, vuol dire che nel reparto chirurgico più caro vengono dimessi dei pazienti che non ricevono un intervento chirurgico e quindi è un esempio di inappropriatazza.

Come vedete nella *slide*, la situazione va dal 13,56 per cento delle Marche al 44,58 per cento della Campania, quindi vi è una grande confusione quando si arriva al 44,58 per cento. Se si va a vedere l'esempio della Regione Puglia, la percentuale è tra il 19 e il 42.

Questo è un indicatore sempre di appropriatezza chirurgica; ormai a livello internazionale chi viene operato di colicistectomia laparoscopica viene dimesso in giornata o al massimo il giorno dopo. Noi abbiamo calcolato questo indicatore sempre con manica larga, quindi 0-1 giorni, per vedere quanto era sviluppata questa pratica all'interno della nostra realtà

italiana. Come potete notare dalla *slide*, è molto poco sviluppata. Nella Regione Toscana, che ha una scuola da questo punto di vista nel senso che è un po' un punto di riferimento della chirurgia laparoscopica, il dettaglio è il seguente: tralasciando il «Meyer» che è un ospedale pediatrico, si va dal 13,15 per cento di Empoli fino all'80,08 per cento di Lucca. Quindi vi è una grandissima variabilità anche nella Regione *best practice* su questo indicatore.

Un altro indicatore di appropriatezza chirurgica è rappresentato dalla percentuale di ricoveri in *day surgery* e ricoveri 0-1 giorni. La commissione nazionale per i LEA (livelli essenziali di assistenza) ha identificato una serie di prestazioni (intendo, per esempio, la cataratta) che non devono più prevedere il ricovero, quindi sono o in *day hospital* o in ambulatorio, a seconda delle prestazioni.

Nella *slide* è evidenziata la situazione per quanto riguarda le nostre Regioni. Bisogna prendere con le pinze il dato della Lombardia in quanto quest'ultima ha un sistema - come penso sappiate - che lascia libere le aziende ospedaliere di ricoverare nel regime che credono opportuno, perché governa questo processo attraverso la tariffa, cioè paga con la stessa tariffa a prescindere che il ricovero sia fatto in *day hospital* o sia ordinario. Questo è un elemento fondamentale invece nelle altre Regioni, dove la tariffa è

diversa e quindi giustamente è un problema di risorse economiche. In Lombardia in realtà viene lasciata libera l'istituzione ospedaliera di fare come crede. In alcuni casi preferiscono fare, per esempio, la pre-ospedalizzazione e l'intervento chirurgico tutto insieme, per cui compare una degenza più lunga, ma è più una logica di servizio chiavi in mano che una logica di malfunzionamento.

La situazione della Sardegna vede una percentuale fra il 34,75 e l'82,75, quindi anche in questa Regione la variabilità è molto elevata.

Nella *slide* successiva sono riportati i DRG LEA medici (tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti); secondo me è l'ambito in cui c'è maggior spazio d'intervento. Il problema della nostra sanità è rappresentato da tutti questi ricoveri medici per tipologie di patologie che dovrebbero essere curate sul territorio. Questo è un indicatore complessivo; sono, per esempio, i famosi mal di pancia o i mal di schiena che sono ricoverati, quindi inappropriatamente, perché normalmente le persone rimangono nella struttura anche due o tre giorni. Come vedete, c'è una variabilità molto elevata: da 90,26 su 10.000 ricoveri per il Piemonte, a 334,77 ricoveri della Campania; è chiaro che poi mancano i posti letto.

Come potete notare, però, anche all'interno della regione Campania, Salerno ha una *performance* assolutamente confrontabile con la media

nazionale, mentre Napoli 1 è in una situazione veramente tragica con oltre cento ricoveri in più rispetto alla peggior *performance* regionale.

In questa *slide* sono riportati i ricoveri ordinari medici brevi (normalmente è la percentuale). Questo è uno degli indicatori che si trova nel Patto per la salute. Sicuramente nell'inappropriatezza c'è un'ulteriore inappropriatezza, ossia il ricovero breve di uno o due giorni, perché è veramente inutile.

COSENTINO (PD). È per fare le analisi.

NUTI. Abbiamo il 15,38 per cento a Trento e il 40,61 per cento in Campania.

In Sicilia, anche in questo caso, la situazione è molto variegata.

Nella successiva *slide* vi sono le percentuali di ricoveri in DH medico con finalità diagnostiche: è il caso a cui lei, senatore Cosentino, penso si riferisse. Il problema è che le prestazioni specialistiche e diagnostiche dovrebbero essere fatte in regime ambulatoriale con il pagamento del *ticket*; in realtà in queste strutture si preferisce farle in DH medico perché è gratuito. La situazione è la seguente: si va dal 17,97 al 71,42 per cento.

Il tasso di ospedalizzazione dei ricoveri ordinari per acuti sono l'indicatore *number one* a livello di sistema regionale. Questo indicatore, che dovrebbe ridursi progressivamente con l'attivazione di altre forme assistenziali, è solo per acuti e quindi non comprende la riabilitazione, il *day-hospital* e tutte le altre tipologie di ospedalizzazione, dovendo rispondere ai bisogni di criticità. Il suo valore va da 97 in Toscana a 154 in Puglia. In Sardegna il dato oscilla tra 118 e 155.

Passando ad analizzare invece gli indicatori di efficienza, il primo è l'indice di *performance* di degenza media per acuti relativo ai DRG chirurgici. Abbiamo scelto di analizzare solo i DRG chirurgici e non quelli medici perché per valutare l'efficienza si calcola la degenza media registrata per ciascun ricovero e nella parte medica c'è il problema di molti DRG inappropriati. Se la persona è andata in ospedale e il ricovero non era necessario, la sua degenza media è molto breve, come si vede dalla percentuale di DRG con degenza breve sul totale. Questo indicatore viene misurato quindi solo per la parte chirurgica e sta ad indicare che a parità di DRG, in media, la regione Emilia Romagna, ad esempio, utilizza quasi un giorno in meno (0,7 giornate di degenza) rispetto alla media nazionale. Il Lazio, invece, per i ricoveri chirurgici tiene i suoi pazienti un giorno in più rispetto alla media nazionale. Si tratta quindi di migliaia e migliaia di

giornate di degenza cui corrispondono migliaia e migliaia di euro. Normalmente in Italia una giornata di degenza viene calcolata tra i 500 e gli 800 euro, a seconda della complessità dell'ospedale. Più l'ospedale è ad alta complessità più onerosa è la degenza. Se consideriamo una media di 600-700, euro è evidente che gli sprechi sono molti.

La *slide* relativa alla regione Emilia Romagna mostra che la città di Ferrara appare fuori controllo, mentre in altre città si evidenziano valori positivi.

Nella *slide* successiva viene indicata la degenza media preoperatoria per interventi chirurgici programmati. Se sono programmati, il paziente dovrebbe entrare il giorno prima dell'intervento e non attendere, altrimenti sono giornate sprecate; questo è un altro degli indicatori contenuti nel Patto per la salute. A livello internazionale si considera come limite massimo quello di una giornata. Nella *slide* viene indicata la situazione italiana, da cui si evince una media interregionale che va dallo 0,72 del Friuli-Venezia Giulia al 2,33 del Molise e al 2,24 del Lazio.

Questo fenomeno avviene per tante ragioni. Innanzi tutto perché l'afflusso non è programmato e poi per l'enorme potere dei professionisti primari che decidono a chi dare il posto letto. Tenete conto che alcuni

grandi interventi, come i trapianti, sono stati esclusi dal calcolo per l'elevato livello di complessità.

PRESIDENTE. Dottoressa Nuti, se dovessimo applicare lo *standard* internazionale, per un intervento programmato il ricovero non dovrebbe essere precedente nemmeno di 24 ore. In realtà dovrebbe essere pari a zero. Se per ogni intervento di ernia inguinale calcoliamo un ricovero precedente di 24 ore all'intervento, che non serve, abbiamo un costo aggiuntivo di 800 euro. Al costo dell'esame di laboratorio si aggiunge quello di una giornata di degenza e ciò deve essere stigmatizzato.

È un compito che spetta ai relatori, ma di cui occorre tener conto.

NUTI. Per quanto riguarda la spesa farmaceutica, ho selezionato solo gli indicatori di valutazione e non quelli di osservazione, altrimenti la presentazione sarebbe stata troppo lunga. La *slide* relativa alla spesa farmaceutica fa riferimento alla spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale: vi sono molti euro di differenza tra Bolzano e la Calabria. Questi indicatori devono essere abbinati assolutamente agli indicatori di appropriatezza, per capire quanto la spesa in più sia dovuta anche ad un problema di inappropriatezza. Stiamo cercando di calcolare il tasso di

abbandono delle statine (un indicatore molto importante): si tratta infatti di una delle maggiori voci nella nostra spesa farmaceutica perché le statine devono essere prese con continuità; se si compra una scatola e non la si finisce, è come averla buttata. Questo è un primo indicatore di quanto ci si discosta dalla cura che si dovrebbe seguire e rivela un preoccupante tasso di abbandono, il che significa gettare via le scatole di farmaco acquistate. Quindi è fondamentale monitorare la spesa farmaceutica ma anche l'uso che viene fatto di queste risorse.

ASTORE (*Misto*). Alcune Regioni erogano i medicinali direttamente all'ospedale. Avete dei dati al riguardo?

NUTI. Non li abbiamo per il 2008, ma li avremo per il 2009. Cercheremo quindi di avere anche questo dato per la farmaceutica ospedaliera che fino al 2008 non era calcolabile perché non esisteva il flusso.

Nella *slide* sull'efficacia assistenziale delle patologie croniche sono evidenziati alcuni indicatori che riguardano dette patologie. Si tratta di indicatori indiretti e territoriali che misurano la capacità di seguire sul territorio certe patologie evitando il ricovero. Segnalo il fatto che normalmente gli epidemiologi usano questo indicatore calcolandolo oltre i

65 anni di età, mentre questo è un indicatore calcolato con una logica gestionale. In sostanza, si chiede alle strutture sanitarie di intervenire fin dove è possibile. Non si vuole negare il ricovero ospedaliero all'ottantenne o al novantenne, che molte volte è affetto da pluripatologie che rendono difficile evitare il ricovero (lo scompensato magari è diabetico e presenta anche problemi polmonari). L'uso dell'indicatore epidemiologico in termini di valutazione avrebbe potuto penalizzare il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere.

Proprio per rendere più efficace tale indicatore nelle modalità di calcolo sono stati esclusi tutti quei casi, come l'applicazione del *pace-maker* o altri, dove il ricovero è necessario per il monitoraggio della cura. Purtroppo sono proprio gli scompensati a basso rischio, per i quali non sarebbe previsto il ricovero, quelli per i quali (la percentuale è molto alta) si prevedono nuovi ricoveri. D'altra parte, se la struttura territoriale non esiste, lo scompensato tende a tornare all'ospedale, tramite il pronto soccorso, in quanto unica risorsa disponibile. La percentuale del tasso di ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni) varia da 156 a 493. Come potete vedere, è uno degli indicatori con maggiore variabilità tra le Regioni. Si arriva addirittura al triplo, mentre per gli altri indicatori si arrivava al massimo al doppio.

Questa *slide* mostra il dettaglio del Piemonte: anche in questa area del centro-nord, che normalmente si posiziona positivamente, abbiamo spazio per intervenire.

Sono stati poi raccolti i dati del tasso di ospedalizzazione per BPCO (bronco patie cronico ostruttive), un'altra patologia cronica molto rilevante; particolarmente rilevante è lo scompenso. Se si guarda il volume e la numerosità, è ancora più rilevante la differenza: si va da 58,76 a 350,50, quindi una variabilità molto rilevante.

RIZZI (*LNP*). Nella *slide* sulle bronco patie cronico ostruttive sono riportati tutti i ricoveri o solo quelli intensivi?

NUTI. Sono riportati tutti i ricoveri acuti per questa categoria, chiaramente tolti i ricoveri extraregione ed i dimessi dai reparti di unità spinale, riabilitazione lungodegenze e neuroriabilitazione. L'esclusione è perché ci potrebbero essere altre motivazioni: ad esempio, potrebbe darsi che si abbia questa patologia, si stia svolgendo un percorso di riabilitazione e la struttura riabilitativa sia dentro l'ospedale. Non so se ho risposto alla domanda.

RIZZI (*LNP*). Alla domanda ha risposto, però forse sarebbe interessante, proprio perché è un indicatore molto caratteristico di efficacia per l'assistenza sul territorio, differenziare il ricovero intensivo dal ricovero normale nel reparto di pneumologia: quello normale è segno che l'assistenza sul territorio non funziona, mentre quello intensivo - e comunque la maggiore parte di ricoveri per BPCO è in ambiente intensivo - non necessariamente indica che il territorio non è efficace, ma semplicemente che la patologia è molto presente. Dico questo, proprio perché si rileva una grande variabilità nei dati, che va dal 58,76 al 350,50 per cento. Questa differenza potrebbe portare ad un'ulteriore esplosione di dati sul territorio.

COSENTINO (*PD*). Considerato che le Regioni che hanno il maggior tasso di ricovero sono Puglia, Calabria, Campania e Sicilia, tenderei ad escludere che siano tutti ricoveri in terapia intensiva.

RIZZI (*LNP*). Di questo sono convinto, però potrebbe essere interessante approfondire.

NUTI. Il lavoro che stiamo portando avanti consiste nel calcolare i riricoveri, perché sono i più significativi, e nell'effettuare ulteriori esclusioni, che possono essere per reparto di dimissione, quindi magari escludendo la terapia intensiva. Vi è l'esempio, per la BPCO, della Regione Lombardia.

Quanto all'efficacia assistenziale per le patologie croniche, vi è la *slide* sul tasso di ricovero per diabete globale relativamente alla fascia di età 20-74 anni, sulla quale si può intervenire.

Per ulteriori dettagli che si volessero analizzare, molto importante è capire se il ricovero viene dal Pronto soccorso o viene programmato. Nel secondo caso c'è una distorsione nell'uso dell'ospedale: vuol dire che lo specialista lavora in ospedale svolgendo il lavoro che probabilmente potrebbe svolgere nel territorio e quindi c'è un problema di organizzazione; se invece il ricovero deriva dall'emergenza, c'è un altro tipo di problema. In proposito c'è la *slide* sulla Liguria, dove il tasso di ospedalizzazione va dal 20,92 per cento del chiavarese al 38,74 per cento del genovese.

Nell'ambito dell'efficacia della prevenzione, uno dei principali indicatori analizzati è il grado di copertura per vaccino antinfluenzale. Dalla relativa *slide* si evince una grande variabilità e ci sono alcune sorprese: la percentuale di regioni come il Piemonte e la Lombardia non è

particolarmente alta. In proposito, devo segnalare che il Ministero prosegue nella sua campagna sull'opportunità di praticare il vaccino antinfluenzale, però ci sono scuole di pensiero che sono contrarie. Per il Piemonte sono sicura che c'è una parte dei medici che è proprio contraria e probabilmente questa contrarietà è la motivazione dei valori riportati. In ogni caso, abbiamo pensato con il Ministero di inserire questo dato, in quanto riferito pur sempre ad una indicazione precisa del Dicastero e in questa linea ci stiamo muovendo.

C'è poi la *slide* sul grado di copertura del vaccino per il morbillo, la rosolia e la parotite e, come potete vedere, i dati di questo indicatore sono molto più allineati.

Con riferimento all'estensione dello *screening* mammografico, cioè a quante donne viene mandata la lettera, si va dal 17,52 della Sicilia al 98,05 per cento dell'Umbria: sugli *screening* oncologici occorre veramente un grande salto.

Vi è poi la *slide* sull'adesione, cioè relativa a quante, delle donne invitate, partecipano allo *screening*.

Vi sono alcune *slide* recanti i dati sullo *screening* per il colon retto, da cui emerge che mezza Italia non è ancora partita, nel 2008.

Se siete interessati, posso scorrere rapidamente la rappresentazione complessiva di questi primi indicatori.

PRESIDENTE. Professoressa Nuti, desidero solo svolgere un'osservazione tecnica: l'adesione allo *screening* per il colon retto cui facciamo riferimento qui è l'esame del sangue occulto nelle feci, non è il *gold standard* che viene utilizzato nel mondo occidentale, che è la colonscopia ogni cinque anni dopo i cinquant'anni.

NUTI. Esatto, è il primo *step*.

PRESIDENTE. Ciò significa che siamo lontanissimi da quel *target* ed è qualcosa su cui bisogna riflettere: l'80 per cento dell'Italia è lontanissima dalla prevenzione del cancro del colon retto, nel 2010.

NUTI. Se volete, si può vedere come questi 23 indicatori compaiono in una visione di sintesi.

Il Piemonte ha il problema della vaccinazione, ma come ho spiegato deriva dal fatto che i medici non ci credono; poi vi sono problemi ospedalieri (il dato per le fratture di femore è ancora inadeguato), un

problema sull'estensione dello *screening* mammografico e del colon retto, quindi la parte oncologica potrebbe essere sviluppata. Per il resto, mi sembra che grandi emergenze non vi siano.

In Lombardia la vaccinazione antinfluenzale presenta la stessa problematica che ho detto per il Piemonte; poi vi è un dato inadeguato per il diabete. Sappiamo che stanno lavorando con i loro tecnici per capire il motivo di questa ospedalizzazione in relazione al diabete più elevata. Per il resto, mi sembra che la situazione sia sotto controllo.

A Bolzano vi è una situazione particolare per le vaccinazioni e poi, a mio avviso, c'è un problema di efficienza, derivante forse dal fatto che probabilmente ha troppe risorse a disposizione.

Trento ha un problema di fughe, che però è assolutamente comprensibile: è un piccolo centro e in questo caso le fughe per l'alta complessità sono auspicabili, perché non riuscirà mai ad avere volumi che possono garantire la qualità. Vi sono problematiche sulle vaccinazioni, mentre per il resto direi che la situazione è positiva.

Per il Friuli-Venezia Giulia sarebbe interessante vedere che c'è stato un peggioramento rispetto all'anno passato, visto che abbiamo i dati 2007 e 2008. Vi è qualche problema sull'indice di *performance* della degenza

media, sui ricoveri in DH medico con finalità diagnostica, mentre per il resto la situazione è positiva.

Il Veneto ha qualche problema nell'indice di *performance* della degenza media e sull'efficienza di DRG chirurgici, mentre per il resto la situazione è tra le migliori d'Italia.

La Liguria è reduce da un percorso di messa sotto controllo su tanti versanti. Di solito le Regioni sono molto negative o molto positive, questa è una Regione che è a metà, ha aree di eccellenza e aree di necessità; è particolarmente critica su tutta la parte oncologica. È un po' strano che una Regione del Centro-Nord non sia partita con gli *screening*.

L'Emilia-Romagna (come la Lombardia, quindi potrebbe esserci una riflessione anche in termini di localizzazione Centro-Nord) ha qualche problema per quanto riguarda il diabete; per il resto è una delle situazioni migliori.

La Toscana ha qualche problema sui ricoveri DH medico con finalità diagnostica e sulla degenza media pre-operatoria. Essendo toscana, posso dire che è tutta concentrata nelle aziende ospedaliere universitarie.

In Umbria abbiamo una situazione complessivamente positiva, con una problematica sull' H14, cioè la percentuale dei ricoveri ordinari medici brevi. Siccome tale percentuale viene calcolata su tutti i ricoveri ordinari

medici brevi, sembrerebbe che il problema in realtà non è tra gli anziani; probabilmente bisogna fare un'analisi più dettagliata e capire quali sono questi DRG medici brevi: bisogna entrare nel dettaglio della Regione per capire quali sono, però non riguarda gli anziani.

Nelle Marche vi è una storia incredibile: hanno fatto la sperimentazione un anno e poi l'hanno bloccata. Quindi le Marche andavano meglio nel 2007 rispetto al 2008 sullo *screening*.

Il Lazio, malgrado una grande difficoltà, però ha ancora delle aree di eccellenza. Come vedete, compare in rosso e arancione per tutta la parte relativa al settore ospedaliero: efficienza, parti cesarei, rricoveri, fratture di femore (la situazione è tragica), degenza media pre-operatoria; quindi la parte ospedaliera è senz'altro più critica.

In Abruzzo la situazione è un po' stile Liguria, molto variegata.

Nel Molise la situazione è critica; sono forti nelle vaccinazioni antinfluenzali.

La Campania non la commento perché penso si commenti da sola.

Poi vi sono la Puglia, la Basilicata, la Calabria...

RIZZI (*LND*). Possiamo trarre la conclusione che l'adesione alla vaccinazione antinfluenzale è inversamente proporzionale alla qualità del sistema.

COSENTINO (*PD*). Penso ci siano forti incentivazioni regionali ai medici di famiglia.

NUTI. Ci sono; ai medici di famiglia viene dato un incentivo per somministrare la vaccinazione. Non viene fatta in regime ambulatoriale; a seconda del contratto locale, per ogni vaccino vengono erogati tre o cinque euro. Quindi chiaramente, a seconda del contratto regionale, può essere più o meno incentivata la vaccinazione.

In Sicilia ci sono poche fughe, però bisogna considerare il fattore traghetto. Ha una buona *performance* sull'indice di degenza media DRG chirurgici; è abbastanza strano ma è così.

La regione Sardegna è migliorata, ha fatto un cammino negli ultimi anni.

La Valle d'Aosta ha un problema, che però va capito: con 250.000 abitanti, è molto piccola, non ha il chirurgo che fa le colicistectomie laparoscopiche in *day surgery*. Ha le fughe molto elevate perché quasi tutti

vanno in Piemonte, però è comprensibile e anche auspicabile, considerando che ha un presidio ospedaliero molto piccolo; quindi questa situazione va compresa.

Chiaramente nelle 2.200 pagine che sono pubblicate trovate il dettaglio su ogni indicatore per ogni Regione e anche tutti quegli indicatori che non ho presentato oggi, perché non mi sembrava il caso, ma che servono a capire per esempio la spesa farmaceutica. Ad esempio se la Regione è riuscita ad adottare i farmaci equivalenti, se sì in che misura, in che volume e che percentuale della spesa. Questo è un indicatore d'osservazione, perché poi bisogna fare una selezione: per ognuno di questi indicatori si può arrivare al livello più approfondito per capire in qualche modo le determinanti. È il primo *step*, ne seguiranno altri.

È vero quello che il ministro Fazio ha detto in conferenza stampa, e questi dati lo provano: la cattiva sanità costa più della buona sanità; c'è una correlazione statistica forte tra gli indicatori di efficienza e gli indicatori di qualità. Non è vero che puntare all'efficienza è negativo nei confronti della qualità, ma là dove ci sono pochi cesarei, si opera velocemente, si opera con appropriatezza, in realtà i ricoveri sono più bassi, la spesa è più bassa perché si fanno bene le cose la prima volta. Alla fine, banalizzando un po',

direi che questo emerge dai dati, lavorando poi in termini di correlazione statistica già su questi primi indicatori.

PRESIDENTE. Ringrazio la professoressa Nuti.

A questo punto, se vi sono delle domande da parte dei commissari evidentemente è il momento di porle. Ci saranno certamente altri momenti in cui inviteremo la professoressa Nuti, anche sulla base delle indicazioni che ci daranno i relatori di maggioranza Rizzi e di opposizione Cosentino, però è chiaro che questa è una buona opportunità.

Vorrei solo sottolineare che come Commissione dobbiamo essere molto orgogliosi: con una determinazione, dovuta sia alla maggioranza che all'opposizione, credo abbiamo spinto il Paese e anche il Ministero della salute a fare un passo storico nei meccanismi di pubblicità e trasparenza dei dati sanitari del nostro Paese. Penso che questo sia un processo sul quale non si potrà tornare indietro negli anni che verranno: una volta che si è aperta questa strada, sarà molto difficile che qualcuno possa immaginare di chiuderla.

Ringrazio tutti voi perché ognuno mi ha dato stimolo e aiuto nel perseguire questa idea iniziale, da quel primo giorno di lavoro a dicembre 2008 presso la scuola «Sant'Anna» di Pisa.

BIONDELLI (*PD*). Ci aiuta a lavorare meglio, Presidente, anche nella nostra Regione, capire quali sono le criticità e le eccellenze.

RIZZI (*LNP*). Sicuramente mi associo al Presidente nel ringraziamento alla professoressa Nuti e i suoi collaboratori per l'immane lavoro che è stato fatto. Concordo sul considerare storico questo lavoro, tanto che secondo me metà del lavoro della nostra indagine conoscitiva è già compiuto solo con questa analisi. Questo anno che credevamo perso e passato, in realtà è tutt'altro che perso e passato: ha fatto maturare all'interno del Ministero la consapevolezza della necessità di acquisire e mettere a disposizione questi dati. L'auspicio è che ovviamente in futuro questi dati vengano utilizzati dal Ministero per poter tentare di incidere, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, sul miglioramento globale del sistema sanitario nazionale o dei vari sistemi sanitari regionali.

Pertanto, secondo me, buona parte dell'obiettivo l'abbiamo già centrato. Ho la presunzione di credere che, se non fossimo partiti con questa indagine conoscitiva e con questo pungolo da parte della Commissione nei confronti del Ministero, probabilmente questo lavoro autonomamente da parte del Ministero non sarebbe stato fatto. Credo che questa sia la cosa più importante.

Già da qualche settimana con il collega Cosentino e anche con il Presidente ci interrogavamo, alla luce di questi dati ricevuti, su come proseguire. Credo che la prima riflessione sia che dobbiamo cambiare

indirizzo come Commissione rispetto all'idea iniziale, che era proprio quella di trovare degli indicatori scientifici per capire quali erano i punti di eccellenza e i punti di debolezza della nostra sanità e proporre al Ministero dei correttivi.

Il Ministero in realtà ha già fatto propria questa indicazione e quindi riuscirà ad andare avanti autonomamente, con il vostro appoggio tecnico. La nostra Commissione probabilmente dovrebbe indirizzare il suo lavoro verso la valutazione di alcune particolarità e agire da ulteriore pungolo o supporto per azioni più specifiche. Siamo riusciti ad intervenire nel sistema e tutti hanno preso coscienza delle problematiche esistenti. Ora dobbiamo affinare il ragionamento, magari attraverso l'elaborazione di alcuni di questi dati.

Emerge piuttosto chiaramente che mentre i dati di *performance* strettamente intraospedaliera sono assolutamente chiari, quelli territoriali sono forse la scommessa del futuro, nettamente più complessi. Sul territorio i dati possono essere letti con ottiche diverse: non sono numeri precisi come quelli dei giorni di ricovero, molto più semplici da analizzare. Forse questa è la grande scommessa che possiamo tentare di affrontare.

Sono molto ottimista sulla prosecuzione di questa indagine. In seguito potremmo anche andare a vedere qualcuna di queste realtà, per

valutare sia le eccellenze che i disastri. Ringrazio comunque la dottoressa per la pregevole relazione.

BOSONE (*PD*). Intervengo più che altro sul metodo. Siamo di fronte a dati estremamente interessanti, che mettono in evidenza il funzionamento complessivo del nostro sistema sanitario e quindi le sue criticità sia a livello regionale che nazionale. Non dimentichiamo che la politica sul sistema sanitario viene elaborata a livello nazionale, mentre è l'organizzazione ad essere attuata a livello regionale. Talvolta però sembra esservi sovrapposizione tra i due livelli. Tuttavia, poiché questo tema riguarda anche la Commissione sanità, in cui si sta discutendo l'affare assegnato in merito alla riorganizzazione del sistema sanitario nazionale e alla politica sanitaria nazionale al fine di migliorarne l'efficienza a livello regionale, chiederei di mettere a disposizione dei componenti della 12^a Commissione questi dati - tra l'altro il senatore Cosentino è relatore in entrambe le Commissioni - perché ritengo utile integrare questi due aspetti. Questa Commissione può proseguire su un filone di indagine relativo alle questioni più delicate dell'inchiesta, di messa a fuoco delle criticità, mentre in 12^a Commissione questi dati potrebbero essere di ausilio nell'elaborazione di una proposta in termini legislativi.

PRESIDENTE. Sono assolutamente d'accordo con lei, senatore Bosone. Abbiamo deciso di non sottoporre a segreto la maggior parte dei dati raccolti e quindi di metterli a disposizione non solo della Commissione sanità ma di tutti i parlamentari che vorranno utilizzarli. Poi, se sulla base di questi dati si deciderà di fare sopralluoghi specifici in alcune aree critiche del Paese, in relazione ad aspetti di diagnostica o altro, di volta in volta decideremo se mantenere segrete o rendere pubbliche le nostre informazioni.

Potrei fin da ora scrivere una lettera formale al presidente Tomassini per comunicargli che stiamo svolgendo questo lavoro e che se lo desidera può accedere a tutti i dati in nostro possesso. Questa considerazione mi offre anche lo spunto per comunicarvi che con l'aiuto del Servizio dell'informatica del Senato, in questi giorni stiamo lavorando per ridisegnare la pagina del sito della Commissione d'inchiesta al fine di renderla molto più leggibile. Invece di un linguaggio per addetti ai lavori, inseriremo i vari filoni di inchiesta e al di sotto di ognuno sarà possibile aprire una finestra contenente tutti i documenti. In tal modo i cittadini potranno avere accesso al materiale non secretato a nostra disposizione, compreso questo. Credo si tratti di un passo avanti importante nella nostra

metodologia di lavoro ai fini di una maggiore trasparenza delle informazioni.

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, sono assolutamente d'accordo con lei e apprezzo l'iniziativa. Come relatori avevamo pensato di fissare questa prima seduta in forma di audizione per essere certi che vi fosse una valutazione comune della mole di informazioni e dati a nostra disposizione e del metodo seguito in questi mesi nello svolgimento del lavoro. A giudicare dalla chiarezza dell'esposizione della professoressa Nuti credo non vi sia bisogno neanche di ulteriori approfondimenti.

Come relatori ci riserviamo nella prossima seduta di avanzare delle proposte, ma oggi vorrei chiedere alla professoressa Nuti - ringraziandola per l'eccellente lavoro realizzato insieme alla sua *equipe*, fin dalla prima riunione a Pisa di apertura di questa inchiesta - come proseguirà il lavoro al tavolo del Ministero, anche per evitare duplicazioni nelle nostre proposte. Potremmo ottenere queste informazioni chiedendo un'audizione del Ministro, ma dal momento che lei è presente lo facciamo in via più rapida. Queste informazioni, avendo presente il programma di massima che l'Esecutivo vuole portare avanti, ci consentono di orientare il campo

specifico delle proposte che la Commissione intende avanzare la prossima settimana.

NUTI. Questo, come ho già detto, è solo un primo *step* che confluirà in un lavoro più ampio diretto da Agenas, il soggetto che a livello nazionale dovrebbe portare avanti il sistema di valutazione globale e in cui dovrebbero confluire più ambiti di valutazione. Questo è un primo *set* di indicatori, che comprende quelli del Patto per la salute che finora non erano mai stati calcolati, oltre ad una serie di altri indicatori già in uso in un gruppo di Regioni.

Per quanto concerne ciò che accadrà nei prossimi mesi, è già in corso un lavoro per implementare gli indicatori di esito, di cui è responsabile il dottor Carlo Perucci. Questi indicatori riguardano una parte delle prestazioni ospedaliere e non tutte, perché si riferiscono soltanto a quelle prestazioni che ha senso misurare. Si tratta comunque di una parte importante, molto complessa da calcolare a causa di un sistema informativo estremamente carente. Gli indicatori di esito sono già stati quantificati per la regione Lazio, che invece ha un sistema informativo per molti versi piuttosto avanzato.

Con la nostra *equipe* stiamo stabilendo cosa è possibile misurare a livello nazionale. Un lavoro verrà affidato a Cittadinanza Attiva per stimolare le Regioni ad adottare la logica dell' *audit* civico. Questa parte dovrà poi confluire in un sistema di valutazione complessivo. Vi sono poi altri indicatori allo studio di Agenas.

Per quanto ci riguarda, il Ministro ci ha chiesto di proseguire in questo lavoro di aggiornamento; di mettere a disposizione un servizio interattivo con le Regioni, in modo che non ci si limiti a scaricare un PDF ma in futuro si possa lavorare con un sito interattivo che consenta di disporre dei dati velocemente, e di ampliare una serie di ulteriori indicatori significativi ed esaustivi in collegamento con la parte economica, che è molto importante.

Senz'altro il lavoro non si ferma qui perché c'è un notevole interesse a proseguire.

POLI BORTONE (*UDC-SVP-IS-Aut*). Signor Presidente, certamente queste notizie e quelle che verranno non saranno influenti rispetto alla definizione dei costi *standard* per il federalismo fiscale. Vorrei allora chiedere che tempi si sono dati, considerato che la delega scade tra un anno, e se la nostra Commissione può intervenire sul tema del federalismo

per dare indicazioni sull'eventuale sistema di valutazione dei costi *standard*. Abbiamo visto infatti che ci sono indicatori talmente differenti, che non sarà certamente facile definire i costi *standard* rispetto alla sanità.

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, mi unisco alle considerazioni della senatrice Poli Bortone.

Peraltro, come ho detto, sono del tutto casualmente relatore in Commissione sanità su questi stessi temi e proprio sui costi *standard* stiamo svolgendo audizioni di rappresentanti del CERGAS e dell'università «Bocconi», domani della professoressa Dirindin dell'università di Torino ed altri ancora. Ebbene, prima che la Commissione sanità concluda il suo lavoro, ritengo potrebbe essere utile una seduta congiunta delle due Commissioni, per socializzare le informazioni e svolgere una discussione che possa portare, ogni Commissione per il suo lavoro, ad avere una base comune di riflessione. Sugerirei quindi, se lei è d'accordo Presidente, di concordare con il presidente Tomassini un incontro da tenersi nelle prossime settimane.

PRESIDENTE. Senatore Cosentino, questo si dovrà discutere in Ufficio di Presidenza, ma credo non vi siano difficoltà.

Tuttavia, interpretando, se posso, il pensiero della senatrice Poli Bortone, una volta che i relatori avranno completato il loro lavoro di analisi e formulati i quesiti sul tema specifico, che molto acutamente la senatrice ha sollevato, forse potremo immaginare di convocare in audizione il ministro Calderoli e chiedere come intende affrontare la materia. Anche questo, nel rispetto dei diversi ruoli istituzionali, diventerebbe un lavoro importante e, così come siamo riusciti a fare nei confronti del Ministero della salute, credo verrebbe sicuramente apprezzato anche dal Governo.

NUTI. In effetti, signor Presidente, la collaborazione della scuola con il Ministro è partita proprio sui costi *standard*: il lavoro chiave, iniziale è stato l'identificazione di una serie di indicatori cui legare il costo *standard*. Questo è il mio pensiero, cui tengo moltissimo: il punto di partenza è l'individuazione delle migliori pratiche e della migliore organizzazione per verificarne il costo (per poi scoprire che, guarda caso, è anche il costo più basso), vincolando il costo *standard* agli indicatori di qualità e appropriatezza e non viceversa. Con la selezione di questi primi *set* di indicatori abbiamo valutato la fattibilità del processo e quale fosse il processo di riallocazione di risorse - perché di questo si tratta - che deve sottostare all'introduzione del costo *standard*. Il primo utilizzo di un lavoro

di questo genere è quindi proprio in relazione al costo, per capire fino a che punto sia giustificabile una determinata spesa, dal momento che non si può applicare il costo medio; altrimenti si banalizzerebbe il lavoro della Sanità e non si valorizzerebbero le *best practice*. Il problema è come si usano le risorse nella sanità.

Tra l'altro, credo che le Regioni con maggiori difficoltà solo attraverso un lavoro sinergico e blindato su determinati *standard*, individuati dalle altre Regioni e dal Ministero, possano trovare la forza per attuare quei cambiamenti che, se lasciati alle singole amministrazioni, sono durissimi, perché molto difficili e connessi ad una serie di altri aspetti, quali l'occupazione. Ritengo che questi *standard*, condivisi nel Patto e portati avanti con fermezza siano l'unico modo per risanare situazioni particolarmente critiche.

PRESIDENTE. Ringrazio ancora una volta la professoressa Nuti e tutto il suo *team* per la produzione, così precisa e dettagliata, di questo documento e del *set* di indicatori.

La Commissione si riunirà la settimana prossima, con l'intervento dei relatori Cosentino e Rizzi, e in quella sede valuteremo come proseguire,

eventualmente anche con sopralluoghi nelle aree che verranno segnalate come più critiche, per condurre a termine l'indagine.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15.30.