



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 110

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

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

115^a seduta: martedì 19 aprile 2011

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione di rappresentanti dell'Agencia nazionale per i servizi regionali (Age.Na.S.)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 7 e <i>passim</i>	<i>BELLENTANI</i>	Pag. 7, 8, 9
COSENTINO (PD)	6, 8, 10 e <i>passim</i>	<i>CISLAGHI</i>	10
D'AMBROSIO LETTIERI (PDL)	10, 11, 14	<i>MOIRANO</i>	4, 7, 9 e <i>passim</i>

Sigle dei Gruppi parlamentari: CN-Io Sud; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-VN-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Intervengono i seguenti esponenti dell’Agenzia nazionale per i servizi regionali (Age.Na.S.): il dottor Fulvio Moirano, direttore dell’Agenzia; la dottoressa Mariadonata Bellentani, responsabile della sezione organizzazione dei servizi sanitari; il professor Cesare Cislighi, responsabile della sezione monitoraggi economici e di attività del sistema sanitario nazionale.

I lavori hanno inizio alle ore 13,40.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 12 aprile 2011 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Prima di procedere con la trattazione del punto all’ordine del giorno, comunico alla Commissione di aver provveduto alla designazione dei collaboratori indicati dai relatori dell’inchiesta sulla corruzione, così da dare nuovo impulso a tale filone d’indagine, secondo gli unanimi auspici dell’Ufficio di Presidenza integrato: sono stati designati l’avvocato Maria Rosaria Russo Valentini e il consigliere di Cassazione Mario Cicala; per quest’ultimo sono stati mossi i necessari passi istituzionali verso il Consiglio superiore della magistratura.

Audizione di rappresentanti dell’Agenzia nazionale per i servizi regionali (Age.Na.S.)

PRESIDENTE. L’ordine del giorno reca l’audizione di rappresentanti dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.), nell’ambito dell’inchiesta sui livelli di efficacia, efficienza e appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale (SSN).

Saluto e ringrazio per la loro disponibilità il dottor Fulvio Moirano, direttore dell’Agenzia; il professor Cesare Cislighi, responsabile della sezione monitoraggi economici e di attività del sistema sanitario nazionale; la dottoressa Mariadonata Bellentani, responsabile della sezione organizzazione dei servizi sanitari.

Le odierne audizioni sono state calendarizzate su richiesta dei relatori dell’inchiesta – senatori Cosentino e Rizzi – al fine di completare una

istruttoria che è funzionale all'avvio della seconda fase dell'attività d'indagine, inerente all'analisi dei percorsi assistenziali in una serie di ambiti terapeutici. L'intuizione dei relatori, fatta propria dalla Commissione, è di concentrare l'attenzione non più su singole prestazioni, ma sull'intera sequenza di interventi posti in essere dagli enti del Servizio sanitario nazionale in relazione a una certa coorte di persone affette da una determinata patologia (tra i settori oggetto di approfondimento vi sono *in primis* la salute mentale e l'oncologia, per i quali la Commissione si avvale dell'ausilio della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa). Per svolgere tale attività si è pensato di attingere ai dati già disponibili sulle banche dati del nuovo sistema informativo sanitario (Nsis), in maniera tale da razionalizzare l'impiego delle risorse e testare il grado di sviluppo del sistema informativo. Non a caso, è già stata svolta l'audizione di esponenti del Ministero della salute e componenti della cabina di regia del Nsis: l'audizione odierna è intesa a completare l'istruttoria, con l'ausilio di un ente come Age.Na.S. che tra i propri compiti istituzionali ha anche un ruolo rilevante in tema di progetti inerenti al sistema informativo sanitario.

Chiederei a ciascuno degli audendi di effettuare una breve relazione introduttiva sugli aspetti di propria competenza. Quindi, i relatori e gli altri commissari potranno intervenire per porre quesiti e svolgere considerazioni. In sintesi, la Commissione si aspetta oggi di capire a che punto sia la costruzione di una rete informativa che consenta di tenere sotto controllo i conti e al contempo di valutare e monitorare la qualità dei percorsi di cura.

MOIRANO. Signor Presidente, vi ringrazio per l'invito. Svolgerò un'introduzione di tipo generale per consentire poi alla dottoressa Bellentani e al professor Cislighi di approfondire i temi oggetto dell'odierna audizione.

L'Agenzia non è destinataria di flussi specifici, ma utilizza quelli dell'Nsis (al di là di relazioni dirette con molte Regioni) nella sua attività d'affiancamento ai piani di rientro. Per la nostra relazione diretta possiamo utilizzare informazioni regionali di tipo più specifico, ma a livello nazionale (attraverso le convenzioni e i progetti con il Ministero della salute) sostanzialmente utilizziamo i dati dell'Nsis.

Sul tema più complessivo della valutazione della qualità del Servizio sanitario nazionale, per i compiti istituzionali e per la sensibilità dei professionisti che operano (tenuto conto che molti provengono dal mondo sanitario), certamente riserviamo una maggiore attenzione agli aspetti sanitari, anche se i profili economici non vanno sottovalutati. Proprio per questo il professor Cislighi sta svolgendo un progetto di ricerca corrente dell'Agenzia, per stabilire quali sono le dimensioni da valutare, quali sono le dimensioni ortogonali e quelle correlate al fine di evitare che si valutino in maniera inappropriata indicatori che misurano sempre la stessa dimensione e si sottraggano alla valutazione altre dimensioni ancora più importanti.

Sul piano metodologico per il tramite del professor Cislighi stiamo lavorando con tutti coloro che in Italia si occupano di questi aspetti del

tema delle dimensioni della valutazione; più operativamente e prosaicamente abbiamo definito una griglia, in attesa di avere le menti più forti dal punto di vista metodologico. Visto che molti si cimentano nella complessa attività della valutazione, abbiamo ipotizzato una griglia di valutazione al cui interno ci sono collaborazioni – prima il Presidente ha citato la Scuola superiore Sant’Anna di Pisa – con il Ministero della salute su alcune dimensioni di valutazione che la Scuola Sant’Anna sta sviluppando da anni in sinergia con il Ministero. Inoltre abbiamo in piedi diverse collaborazioni con altre università italiane su alcuni temi più specifici.

All’interno della dimensione dell’efficienza, dell’efficacia e dell’equità (le tre dimensioni che sostanzialmente stiamo valutando) c’è una traccia di indicatori, alcuni dei quali hanno un aspetto istituzionale (ad esempio, quelli previsti dal Patto per la salute 2010-2012). In questo contesto si inserisce anche la Struttura tecnica di monitoraggio (STEM), che ci ha richiesto alcuni dati e, in particolare, gli indicatori previsti dal Patto per la salute ed anche ulteriori approfondimenti sui costi per i livelli essenziali di assistenza (LEA): di questo potrà poi parlare il professor Cislighi.

All’interno della valutazione del campo dell’efficacia, che è quella che ci interessa in maniera specifica, abbiamo anche delineato la valutazione degli esiti, vale a dire di indicatori che misurano l’*outcome* delle prestazioni. In particolare, è stato più semplice farlo per l’*outcome* ospedaliero perché le schede di dimissione ospedaliera, come avranno avuto modo di dirvi la dottoressa Ugenti e il dottor Palumbo nell’audizione del 1° febbraio scorso, sono più consolidate negli anni.

Nell’ultimo periodo si sta però sviluppando anche un flusso un po’ più intenso per le attività territoriali, anche se su questo fronte si tratta di dati ancora acerbi.

Per quanto riguarda le schede di dimissioni ospedaliere, abbiamo già proceduto ad operare tale valutazione sul 2008 e l’abbiamo offerta con *password* e *user name* (in accordo con il Ministero) all’utilizzo degli assessori. Tra un mese usciremo con l’edizione 2009 e avremo la valutazione esiti con nuovi indicatori. Stiamo cercando di inserire un elemento sull’oncologia, che però non può essere misurato come risultato di un presidio, bensì (essendo una patologia multitrattata da vari soggetti nel campo della prevenzione, nel campo della terapia e nel campo degli aspetti territoriali) in maniera più specifica, anche attraverso analisi territoriali.

Comunque, su questi indicatori che sono all’interno del Programma nazionale esiti (PNE), finanziato dal Ministero, che continua il programma cosiddetto «Mattoni», ci sentiamo piuttosto attrezzati per proseguire con una certa forza.

All’interno della valutazione degli esiti abbiamo proposto una maggiore pubblicizzazione del dato. Siccome si parla anche di mortalità per infarto miocardico acuto per *bypass* aorto-coronarico o per altre patologie, abbiamo introdotto altri indicatori di mortalità, che vanno a misurare il basso volume di attività; quindi, per esempio, anche alcuni elementi che

precedentemente non si trattavano (tumore maligno del polmone, mortalità a 30 giorni) per verificare anche gli aspetti in relazione ai volumi.

Mi soffermo un momento sulla questione dei volumi, che mi interessa particolarmente. Nella valutazione degli esiti abbiamo dovuto escludere molti stabilimenti, perché avevano volumi così bassi che non sarebbe stato statisticamente e significativamente possibile affermare se i risultati fossero buoni o cattivi. Quando abbiamo visto che un numero significativo di strutture risulta avere volumi bassi ci siamo preoccupati, perché ciò significava che c'era un problema organizzativo a monte sul dimensionamento delle discipline. Si tratta di un tema che mi sta particolarmente a cuore, in particolare negli affiancamenti alle Regioni nei piani di rientro, quando abbiamo rilevato chirurgie toraciche con numeri di popolazione, quindi di potenziali pazienti, piuttosto bassi. Ma potrei citare anche la chirurgia generale. Stiamo ulteriormente approfondendo la questione.

Dal momento in cui le schede di dimissione ospedaliera (SDO) 2010 ci verranno consegnate dal Ministero, in due o tre mesi saremo in grado di fare questo lavoro, per il quale non posso entrare nel dettaglio specifico. Purtroppo non ho portato con me il tecnico che se ne occupa, perché avevo visto che il tema all'ordine del giorno era di tipo più generale.

Chiuderei qui questo intervento introduttivo. La dottoressa Bellentani, sul tema della appropriatezza e delle valutazioni territoriali, sta seguendo per noi due progetti, uno si chiama «Valore», l'altro si chiama «Matrice». Il primo sostanzialmente si è concluso, il secondo invece è stato appena attivato e si occupa delle patologie croniche.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola alla dottoressa Bellentani, invito il senatore Cosentino ad intervenire.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, forse questo intervento potrà risultare d'aiuto.

Ovviamente registriamo le considerazioni che sono state fatte e che ci saranno utili per la relazione conclusiva della nostra inchiesta e anche per le relazioni aggiuntive degli altri due auditi che sentiremo oggi.

Vorrei chiedere un supplemento di definizione, se possibile, intorno ad un tema che è stato oggetto della riflessione della Commissione. Non c'è dubbio sul fatto che il nostro Paese abbia bisogno di vedere crescere una cultura della valutazione (considero importante l'esempio fatto dal dottor Moirano sulla valutazione degli esiti, in quanto è una parte degli obiettivi strategici di riforma del nostro sistema sanitario), però la Commissione si pone un problema più squisitamente ristretto. A noi interessa comprendere se la vostra Agenzia abbia la possibilità tecnica, ed eventualmente l'interesse, ad utilizzare, incrociandoli, i sistemi informativi esistenti (quello relativo all'ospedale, quello della specialista e quello della farmaceutica) per definire delle coorti di pazienti e recuperare, attraverso il codice fiscale (dove possibile: questo è il problema che sollevo), il percorso di cura. Se questo è possibile (nella misura in cui lo è), la Commissione vuole capire se si possono sperimentare (poi in sede tecnica si potrà

vedere come, non è questo l'oggetto della chiacchierata di oggi) un'analisi e una valutazione, per alcune Regioni (quelle di cui possediamo i dati o tutte), dei percorsi di cura che nascono da un attento esame per 6-7 gruppi di malattie più diffuse, che ci potrebbero consentire di ottenere un quadro di queste scelte: per esempio, la cura delle malattie degenerative, la cura dell'infarto, la cura del diabete. Questo non darebbe una valutazione degli esiti dei singoli percorsi, ma ci consentirebbe di dare uno spaccato di funzionamento di sistema, che sarebbe utilissimo alla *governance*, sia a livello aziendale sia a livello locale, nonché (funzione che rimane allo Stato) di poter disporre di una valutazione dei livelli di assistenza del Paese, che è la nostra vera preoccupazione.

Dunque la Commissione, nel concludere la sua inchiesta, vuol poter dire se è possibile realizzarlo (a quel punto concludendo con l'incontro con il Ministro) o se non è possibile e per quali ragioni, in modo da poter segnalare al Parlamento e al Paese un problema di costruzione di un sistema di valutazione dei percorsi di cura, che è una parte (a nostro parere non piccola, anzi decisiva) nell'orientamento delle scelte di *governance* dei decisori politici a tutti i livelli.

MOIRANO. Ringrazio il senatore Cosentino per aver posto questa domanda. Noi siamo interessatissimi, ma non siamo destinatari di flussi diretti, perché utilizziamo l'Nsis. Questo lavoro lo abbiamo potuto fare sulle Sdo, anonimizzate e linkate. A noi interesserebbe moltissimo avere, anonimizzato e linkato, tutto l'articolo 50: la farmaceutica e la specialistica; avendo questa possibilità, con lo stesso *link*, con la scheda di dimissione ospedaliera, con la scheda delle attività territoriali, l'obiettivo sarebbe facilmente perseguibile. Tecnicamente non esistono problemi, se non quello di disporre della disponibilità di questi flussi. C'è la questione della *privacy* che rappresenta un nodo particolarmente rilevante.

Stiamo conducendo questo lavoro con alcune Regioni e ci interessa molto, laddove, per esempio, si riescano a creare modalità per anonimizzare e linkare i dati rilevanti in conformità con la normativa sulla *privacy*. Per adesso lo abbiamo fatto sulle schede di dimissioni ospedaliere, ma nel breve periodo ci interesserebbe molto (ne parlerà più avanti il professor Cislighi) poter lavorare con flussi diversi. Non difettano, né a noi né al Paese, le competenze.

PRESIDENTE. Invito ad intervenire la dottoressa Bellentani.

BELLENTANI. Signor Presidente, ringrazio per l'occasione che mi viene concessa per puntualizzare alcuni ambiti di attività su cui stiamo lavorando da anni.

Vorrei riprendere le indicazioni del senatore Cosentino, perché negli ultimi anni con diverse Regioni stiamo tentando di lavorare su alcuni progetti di ricerca sui percorsi assistenziali. Un primo progetto di ricerca, ormai giunto alla sua fase conclusiva, intitolato «La valutazione dei nuovi modelli organizzativi della medicina generale», che abbiamo sintetizzato

con il nome «Progetto VALORE» mirava ad una valutazione delle *performance*, in particolare con riferimento alle forme organizzative della medicina generale rispetto alle patologie croniche. L'obiettivo del progetto è stato innanzi tutto conoscitivo: si è cercato di verificare se potessimo condividere una metodologia con delle Regioni che avessero una base dati abbastanza avanzata. L'idea era non quella di creare dei flussi informativi nuovi, ma di utilizzare le banche dati esistenti e i flussi informativi correnti e verificare se si potevano incrociare, se esisteva una metodologia condivisa per incrociare questi flussi informativi correnti per leggere una patologia cronica ed individuarne limiti e possibilità. Questo progetto aveva, quindi, l'obiettivo di individuare una metodologia comune che, naturalmente, presenta una serie di limiti.

Con il «Progetto VALORE» abbiamo ottenuto il risultato di verificare che è possibile adottare una metodologia condivisa su questo tema. Lo abbiamo provato soltanto su alcune patologie croniche di particolare impatto e maggiore diffusione, ma anche di maggiore conoscenza (il diabete, la cardiopatia ischemica, lo scompenso cardiaco e avevamo provato anche con la broncopneumopatia – BPCO – solo per una prima parte, ma poi in realtà non abbiamo trovato sufficienti elementi da poter leggere tale patologia in maniera trasversale). La risposta è più composita.

COSENTINO (PD). Quali Regioni hanno contribuito al vostro lavoro sui sistemi informativi incrociati?

BELLENTANI. Le Regioni partecipanti al «Progetto VALORE» erano cinque, ma avrebbero potuto essere anche di più. Abbiamo coinvolto inizialmente Regioni che disponevano di sistemi informativi consolidati, anche se altre hanno poi dimostrato interesse a partecipare. Le Regioni erano: Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Sicilia e Toscana e con esse si è tentato di valutare il livello di trasferibilità della metodologia che abbiamo utilizzato. Si consideri che da questo punto di vista abbiamo ottenuto buoni risultati.

L'altro elemento interessante del Progetto è stato quello di operare un confronto tra i nostri dati e la banca dati di medicina generale di *health search*, che è più diffusa e più scientificamente valida al livello nazionale. Facendo questo tipo di incrocio abbiamo visto che i nostri dati erano abbastanza accettabili e portavano a risultati simili.

Questa è stata la prima fase del lavoro; la seconda parte è consistita nell'osservare come si comportava il nostro primo attore di questi sistemi, il medico di medicina generale, rispetto alla patologia cronica. Volevamo vedere se, oltre ad avere queste metodologie, potevamo leggere i dati in termini di *governance*, di governo clinico e come si comportava il medico di medicina generale, se riusciva a seguire questo percorso, e come si valutava in termini di appropriatezza del percorso. Abbiamo guardato le linee guida che esistevano nelle evidenze scientifiche e poi abbiamo cercato di verificare (con tutti i limiti di un progetto durato poco più di un anno, sebbene portato comunque avanti in maniera scientificamente rigorosa),

come si comportava il medico di medicina generale rispetto a questo tipo di attività. Abbiamo ottenuto buoni risultati e non abbiamo notato significative differenze tra il medico di medicina generale che opera singolarmente e quello che opera in forme associative di tipo classico: l'anno di riferimento era il 2008. Su questo risultato abbiamo alcune riserve relative al fatto che in quell'anno le forme associative non erano ancora quelle volute e proposte successivamente dagli accordi collettivi per la medicina generale. Secondo noi, il vero prodotto positivo di questa ricerca è che abbiamo capito che si poteva adottare un modello: c'è stata la scoperta di una metodologia comune e l'incrociabilità dei dati, pur con una serie di difficoltà. Questo è stato il primo progetto; poi abbiamo continuato con altri, in particolare con il «Progetto Matrice», sviluppato con il Ministero della salute e con altre Regioni.

MOIRANO. Si tratta di un progetto di proseguimento del «Programma Mattoni» del Servizio sanitario nazionale, segnatamente del Mattone n. 5 sulla cronicità.

BELLENTANI. Esatto, questo progetto prosegue il «Programma Mattoni» del Servizio sanitario nazionale che crea le basi del nuovo sistema informativo sanitario. Due sono i progetti attualmente avviati sulla scia del «Programma Mattoni», uno seguito dal Ministero sull'evoluzione dei *diagnosis related groups* (DRG) e l'altro, che intendevamo seguire noi e su cui il nostro direttore ha spinto, sui percorsi assistenziali. Lo abbiamo chiamato «Progetto Matrice» e contiene esattamente quello che lei ha sottolineato prima. L'idea è infatti quella di leggere in maniera trasversale i flussi informativi correnti per cercare di individuare il percorso assistenziale seguito da un paziente affetto da una determinata patologia cronica per mettere a confronto tale percorso con un percorso assistenziale ideale costruito sulla base di evidenze scientifiche maggiormente accreditate. Si tratta di un progetto appena avviato insieme al Ministero, che coinvolge diversi *partner* scientifici e alcune Regioni: Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e Veneto, ma altre Regioni ci hanno chiesto di poter partecipare. Il «Progetto Matrice» è molto grande, e vi partecipano diversi referenti scientifici sia di livello nazionale che internazionale; le patologie prescelte sono diabete e demenze (questo è un bel lancio in avanti, se ci riusciamo), cardiopatia ischemica e ipertensione. Noi, oltre ad utilizzare il lavoro svolto precedentemente, disponiamo di un gruppo di lavoro specifico per l'identificazione delle coorti di pazienti affetti dalle patologie oggetto di studio mediante algoritmi validati. La validazione avverrà sia attraverso un confronto con i dati di *health search*, ma stiamo valutando anche altri sistemi. L'idea è quella di creare un *software open source* da mettere a disposizione delle varie Regioni per leggere i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali attraverso i flussi amministrativi disponibili. Ovviamente tutto questo implica l'anonimizzazione dei dati e un rapporto sulla *privacy* sul quale ci sta aiutando il Ministero. I dati che ci ar-

rivano ovviamente sono tutti in forma anonima, perché ciò avviene già a livello regionale.

C'era poi l'idea di sperimentare e al contempo di studiare le linee-guida (come sempre) della letteratura scientifica e di individuare una modalità per ricostruire questi passaggi con i flussi. È un tentativo. Ho anche un terzo lavoro sui flussi dell'assistenza domiciliare.

Mi scuso se mi sono dilungata.

PRESIDENTE. La ringraziamo, dottoressa Bellentani.

Cedo ora la parola al professor Cislaghi. Voleva intervenire ora, senatore D'Ambrosio Lettieri?

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Ormai non più. Lo farò dopo.

CISLAGHI. Signor Presidente, il mio settore, in ambito di Age.Na.S. è più orientato al controllo della spesa e quindi più a variabili economiche, ma queste attività non sono certo separate rispetto alle altre attività.

Portiamo avanti da un po' di tempo un progetto che si chiama «Rete monitoraggio dei LEA tempestiva» (Remolet, a noi piacciono gli acronimi). Stiamo utilizzando con dodici Regioni dei dati che riuniscono nel soggetto tutte le prestazioni consumate dai soggetti stessi. Questo per valorizzarne, con i valori tariffari, le varie prestazioni e per conoscere la distribuzione della spesa a livello individuale.

Abbiamo una convenzione con la Regione Lombardia (che seguono personalmente) per mettere su Internet la loro banca dati assistibili, come avevamo messo su Internet tutte le Sdo. Quindi la Lombardia metterà sul sistema la documentazione di questi dati incrociati, con possibilità per un utente di vederli.

La stessa cosa, dal punto di vista teorico, è possibile farla su tutti i dati italiani, con una qualità variabile, che però potrà crescere con l'utilizzo. Il grande problema è di tipo normativo e riguarda la *privacy*: neppure per il Ministero della salute è possibile utilizzare i dati, incrociandoli, perché manca la disponibilità del codice fiscale. Dunque non è che ci sia cattiva volontà di qualcuno. È un problema normativo, da risolvere sul piano normativo. I dati della tessera sanitaria, citata prima, che arrivano al Ministero dell'economia (specialistica, farmaceutica e così via), vengono forniti al Ministero della salute in forma anonima, quindi con l'impossibilità di incrociarli, cosa che invece all'interno delle Regioni viene fatto...

COSENTINO (*PD*). Mentre il Ministero dell'economia li ha in forma non anonima?

CISLAGHI. Mi risulta di sì, perché sono quelli della tessera sanitaria. Per noi ci sono vincoli di *privacy*. È un problema normativo. Credo sia abbastanza importante una riflessione sul punto, perché sicuramente va assicurato il rispetto delle norme imposte dal Garante, ma probabilmente c'è

uno sbilanciamento a favore dell'interesse privato di garanzia della *privacy* nei confronti dell'interesse pubblico di poter utilizzare i dati a livello di informazione aggregata. Naturalmente il problema è solo nella fase di processo, quando serve il *link*, che poi sparisce nella fase di analisi.

L'altro aspetto importante, per noi che ci occupiamo più di profili economici, è di cominciare a pesare i consumi per il loro valore economico. Faccio un esempio. Non ragioniamo più solamente in termini di tasso di ospedalizzazione, perché non possiamo paragonare un ricovero per tonsillectomia (oggi si fanno quasi tutte non ordinarie), con un trapianto cardiaco. Non possono essere due entità uguali, per cui il problema è passare dal concetto di tasso al concetto di attività. Noi abbiamo messo un indicatore, che chiamiamo unità di assistenza ospedaliera, con cui standardizziamo l'attività, per cui ne contiamo il peso. Per fare un esempio, se produco delle macchine, non posso dire di produrre due macchine se una è una 500 e l'altra è una Ferrari: così è diverso un ricovero semplice da un altro ricovero.

Quando ragioniamo su questi indicatori, consideriamo il loro peso e facciamo una trasformazione delle singole attività nel loro peso. Questo ci permette di vedere, ad esempio, che è diminuito il numero di ricoveri ospedalieri, mentre è aumentata l'attività, per cui nella fase di deospedalizzazione si è ridotto il tasso di ospedalizzazione, quindi il numero dei ricoveri, ma è aumentata l'attività nel suo complesso, come dire che produciamo meno macchine, ma quelle che produciamo hanno un maggiore valore economico complessivo. Credo che ciò sia importante anche in tutte queste analisi, perché ragionare sulle singole prestazioni e non sul loro peso può portarci ad equivocare. È come per la questione, a livello farmaceutico, per cui non si può lavorare sulle confezioni, perché bisogna lavorare sulla *defined daily dose* (DDD), che è la dose giornaliera. Se ragionassimo, infatti, solo sulle confezioni non riusciremmo a capire qual è il peso dei consumi e qual è il peso dell'attività.

Credo comunque che il punto centrale di riflessione per un utilizzo nazionale e quindi per non deprimere le potenzialità di analisi sia la soluzione del rapporto tra *privacy* e interesse pubblico.

PRESIDENTE. Prego il senatore D'Ambrosio Lettieri di intervenire.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, il mio intervento avrebbe avuto un senso se si fosse svolto prima dell'introduzione del dottor Moirano, perché avrei voluto condividere e sostenere le osservazioni e le richieste che il collega Cosentino ha fatto all'Age.Na.S. e aggiungere le motivazioni che ben ha illustrato il collega anche per quanto riguarda i possibili effetti di ricaduta positiva per quanto riguarda le attività che questa Commissione d'inchiesta sta svolgendo sui fenomeni della corruzione. Questo argomento potrebbe sembrare estraneo rispetto all'audizione odierna; invece, ad una valutazione più attenta e approfondita (come è stato osservato) presenta numerosi punti di contatto ed implicazioni profonde.

Mi sono reso conto che non era più necessario il mio intervento in quanto (come peraltro auspicavo) il dottor Moirano e i colleghi dell'Age.-Na.S. mi pare abbiano risposto in modo pronto e disponibile ad intercettare questa esigenza della Commissione. Credo che gli aspetti di dettaglio che sono stati illustrati dallo stesso dottor Moirano e dai suoi due valenti collaboratori auditi in questa sede aggiungano a questa esigenza ulteriori motivi di conferma, restando probabilmente a noi la necessità di verificare (perché penso che sia un interesse di questa Commissione) la possibilità che questa Commissione, con voce unanime, rivolga ai Ministeri competenti una richiesta finalizzata al superamento delle difficoltà che si frappongono rispetto all'utilizzo dei dati provenienti da tutte le Regioni italiane, con riferimento alle Sdo e ad altro. Altrimenti, come dice il professor Cislighi, resta uno squilibrio tra due esigenze che hanno rilevanza strategica nell'ambito dei sistemi di efficienza e, al tempo stesso, di democrazia del Paese: da un lato c'è il diritto alla riservatezza e alla *privacy* (principio costituzionalmente sancito e salvaguardato), dall'altro c'è l'esigenza di fruizione di questi dati e l'utilizzo delle moderne tecnologie che consentono di attuare quanto i Ministri dell'economia e della salute hanno ritenuto assolutamente rilevante e irrinunciabile sin dall'inizio della legislatura. L'utilizzo di questo patrimonio di informazioni permette di conoscere meglio le esigenze, i bisogni e la domanda di salute per completare in modo più adeguato i profili di natura epidemiologica e, conseguentemente, per programmare e pianificare gli interventi in sanità in una logica di efficacia, di appropriatezza e di universalità, tenendo conto anche delle esigenze di natura economica e, quindi, di un corretto controllo e governo della spesa.

Signor Presidente, credo che su questo versante potremmo anche presentare una nostra nota congiunta, a nome di tutta la Commissione, ai due Ministeri competenti, perché questo è un punto che si sta ponendo da un po' di tempo a questa parte e credo che sussistano le motivazioni di fatto e di diritto per garantire l'utilizzo di questi dati e, al tempo stesso, anche la *privacy*.

D'altra parte, con la trasmissione prevista dall'articolo 50 della legge 24 novembre 2003 di tutta la spesa farmaceutica, questi dati presso il Ministero dell'economia già esistono e, quindi, un'ipotesi di lesione ai principi stabiliti dalle norme in materia di *privacy* già si sarebbe verificato. Di fatto non è stato sollevato dal Garante un aspetto di lesione di questo principio e credo che, se dovesse essere necessaria, l'evoluzione della norma attraverso la correzione o la stesura di un emendamento che si può fare anche su nostra iniziativa e rappresenti l'elemento di spinta per evitare che le strutture tecniche e la lodevole attività dell'Age.Na.S. rischino di impantanarsi nelle secche di un'interpretazione ambigua ovvero di una norma che è troppo ingessata rispetto alla prevalente necessità di questo momento di porre in essere una serie di iniziative che apra le ali ad una programmazione della sanità italiana che vada nella direzione auspicata.

A tal proposito, volevo sapere se avete svolto, come immagino, dei lavori di approfondimento sulla spesa farmaceutica, sul rispetto dei tetti e, con riferimento alla percentuale prevista per quella ospedaliera, mirati a capire se siamo nei *range* previsti ovvero, se vi sono delle Regioni che abbiano debordato, perché ciò sia avvenuto e se, in effetti, in termini complessivi, sul versante della spesa farmaceutica, il tendenziale rispetto dei tetti previsti dalla legge coincida anche qui con un livello di appropriatezza che probabilmente è meno misurabile nell'ambito dell'utilizzo dei farmaci rispetto all'appropriatezza nell'ambito della degenza o dei ricoveri ospedalieri. Questo è, comunque, un versante che, pesando circa il 15 per cento della spesa sanitaria complessiva, merita di fare qualche passo in avanti.

Signor Presidente, pertanto, dopo aver acquisito anche le informazioni dell'Age.Na.S. desidererei capire se sussistano le motivazioni, le condizioni e le necessità per le finalità istituzionali di questa Commissione per accendere un riflettore e tentare di concorrere con proposte e iniziative utili a ricondurre anche questo settore in una logica di appropriatezza e di economicità, che sono aspetti rilevanti per tutto il sistema.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore D'Ambrosio Lettieri per questa importante analisi che io, come Presidente, ma (ne sono certo) anche i relatori dell'indagine condividiamo pienamente. Prima di dare la parola al dottor Moirano affinché possa rispondere alla domanda appena posta dal senatore D'Ambrosio Lettieri, vorrei precisare che uno degli intenti della nostra Commissione è di cercare di pervenire ad una raccolta di dati attraverso il lavoro guidato dai relatori Cosentino e Rizzi e avvalendosi dei poteri speciali che possiede questa Commissione. Queste problematiche, incisivamente esposte dai membri dell'Agenzia e poi sottolineate anche nell'intervento del senatore D'Ambrosio Lettieri, sono limiti che questa Commissione non incontra; ma certamente, come è stato suggerito, bisognerà giungere ad una fase in cui chi nel nostro Paese ha il compito di raccogliere i dati lo possa fare. Credo che l'audizione del Garante della *privacy* sia stata voluta, programmata e suggerita dai relatori proprio per andare nell'auspicabile direzione di superare questi limiti della normativa perché se non si conoscono i dati non si possono poi correggere le situazioni. Avverto che abbiamo a disposizione ancora solo pochi minuti.

MOIRANO. Ringrazio per questa audizione, ma sui vari interventi devo fare alcune considerazioni.

Nel bilanciamento tra la parte economica e quella sanitaria, l'economia ha il vantaggio di poter produrre un numero, che viene fuori con i vari coefficienti, per rappresentare sinteticamente la realtà dal punto di vista della capacità della gestione economica. Noi sulla parte sanitaria abbiamo bisogno di più articolazione: citavo prima il tema delle dimensioni di valutazione, però tecnicamente questo problema è sostanzialmente risolto. Esistono alcuni rallentamenti o talune problematicità: il sistema informativo – ripeto – è fortissimo sul fronte ospedaliero ma lo è un po'

meno su quello territoriale, anche se intravediamo forti crescite. Ci sono differenze tra Regioni anche sul tema della farmaceutica. Secondo me ci sono delle differenze di appropriatezza valutabili anche sull'utilizzo della farmaceutica. Penso, per esempio, all'utilizzo di alcuni tipi di farmaci per l'attacco diretto, quando invece le linee guida prevedrebbero dapprima altri farmaci e l'impiego di questi solo in seconda battuta. Ci sono differenze abbastanza rilevanti tra i livelli di appropriatezza sull'utilizzo dei farmaci nelle varie Regioni. Sul dato tecnico risponderà poi più puntualmente (anche se velocemente) il professor Cislighi. È risaputo che la spesa per la farmaceutica territoriale è sostanzialmente sotto controllo, mentre quella ospedaliera supera i limiti, senza molte differenze tra Regione e Regione, perché sono tutte sostanzialmente fuori linea. Sulle modalità organizzative della distribuzione dei farmaci, invece ci sono alcuni margini di miglioramento.

Lo stesso si può dire sulla gestione della logistica del farmaco, dove si potrebbero annidare dei risparmi o forse ci sono anche dei comportamenti da migliorare.

Sul tema della farmaceutica naturalmente c'è l'Agenzia italiana del farmaco. Noi abbiamo alcuni compiti che il professor Cislighi rapidamente rappresenterà, però siamo coinvolti soprattutto nell'affiancamento all'attività dei piani di rientro, sulla quale possiamo dire molte cose circa le varie Regioni, perché le differenze balzano all'occhio, anche con i pochi dati (tranne sulla farmaceutica, dove sono più avanzati) a disposizione.

A noi interessa moltissimo quel *link* anonimizzato. Sulle Sdo lo abbiamo avuto da pochi anni (2008 e 2009). Se si ottenesse anche il risultato che il signor Presidente poc'anzi auspicava attraverso un utilizzo di tutti i dati, quindi l'unità del paziente con il percorso, il Paese farebbe notevoli passi avanti, anche per bilanciare atteggiamenti eccessivamente spinti sulla parte economica, perché per poter essere forti serve questa univocità.

D'AMBROSIO LETTIERI (*PdL*). Signor Presidente, data l'ora – sono quasi le 14,30 – e considerate l'autorevolezza e le competenze del professor Cislighi, farlo parlare adesso, in così poco tempo, sarebbe come far cantare Pavarotti solo per un decimo di secondo. Volendo approfondire alcuni aspetti sulla farmaceutica già anticipati dal dottor Moirano, che si prestano ad una riflessione congiunta della Commissione, propongo di rinviare il seguito dell'audizione ad altra seduta.

PRESIDENTE. Sono assolutamente d'accordo con lei. Fare altrimenti metterebbe in imbarazzo il professore e noi, che dobbiamo cedere l'Aula ad altra Commissione.

COSENTINO (*PD*). Signor Presidente, la Commissione può richiedere la documentazione dei progetti che sono stati illustrati, in modo che quando ci rivedremo ne avremo contezza preventiva?

PRESIDENTE. Chiederei al direttore dell’Agenzia se in occasione della nuova audizione possa essere prodotto il relativo materiale.

COSENTINO. Sarebbe meglio riceverlo anticipatamente, in modo che l’audizione possa anche entrare nel merito dei vari problemi.

MOIRANO. Se l’audizione si terrà verso la fine del mese, noi potremo produrre il materiale richiesto.

PRESIDENTE. Penso sia accettabile averlo per la fine di aprile. Calendarizzeremo dunque il seguito di questa audizione nel mese di maggio. Rinvio dunque il seguito dell’audizione in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,30.

