



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 128

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

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

134^a seduta: martedì 22 novembre 2011

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione della professoressa Sabina Nuti**

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>	<i>MURANTE</i>	Pag. 8, 9, 10 e <i>passim</i>
BIONDELLI (PD)	15	<i>NUTI</i>	4, 9, 10 e <i>passim</i>
COSENTINO (PD)	9, 12, 15		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo (ApI-FLI); Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

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

I lavori hanno inizio alle ore 13,15.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 15 novembre 2011 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

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

Audizione della professoressa Sabina Nuti

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

È oggi in programma la libera audizione della professoressa Sabina Nuti che saluto e ringrazio per aver aderito al nostro invito.

Essendo trascorso del tempo dall'ultima seduta dedicata alla trattazione di questo filone d'indagine, trovo opportuno fornire un breve riepilogo, a mo' di introduzione dei nostri lavori.

L'inchiesta prese le mosse, come ciascuno di voi ricorderà, dall'intuizione di utilizzare degli indicatori scientifici per dare una base oggettiva ad un'analisi di tipo comparativo. Sulla scorta di tale impostazione, il lavoro della Commissione, coordinato dai relatori – senatori Rizzi e Cosentino – e supportato dalla Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, ha prodotto un primo elaborato, che ha fornito un quadro articolato della realtà sanitaria del Paese.

Sulla base di quel quadro, la Commissione decise quindi l'avvio di un secondo segmento di indagine, focalizzato questa volta non su singole prestazioni sanitarie, ma su interi percorsi di cura. Lo studio di fattibilità successivamente condotto e la discussione in Commissione indussero a limitare l'approfondimento, almeno in una prima fase, ai percorsi di cura nei settori dell'oncologia e della salute mentale.

Ricordo che nel programma di lavoro a suo tempo stilato figurano i seguenti punti: 1) condivisione con le Regioni degli indicatori selezionati per ciascun percorso; 2) elaborazione e caricamento dei dati sulla piattaforma *web* da parte delle Regioni; 3) analisi comparativa ed elaborazione dei dati a confronto tra le Regioni; 4) presentazione dei risultati.

Ricordo che la fase di condivisione metodologica è stata già svolta nel corso di una riunione *ad hoc*, alla presenza di rappresentanti delle Regioni coinvolte.

L'audizione odierna avrà dei contenuti, per così dire, interlocutori: la professoressa Nuti e i suoi collaboratori ci diranno quale sia lo stato di avanzamento sin qui raggiunto e ci sottoporranno le eventuali difficoltà incontrate nell'implementazione del progetto di ricerca, in modo tale che, ove vi fossero degli ostacoli concreti, la Commissione possa prenderne atto ed eventualmente intervenire per rimuoverli.

Darei ora la parola alla professoressa Nuti, che ringrazio nuovamente per la sua presenza; dopo la sua esposizione i relatori e gli altri commissari potranno intervenire per formulare eventuali quesiti e considerazioni.

NUTI. Signor Presidente, ringrazio innanzitutto lei e la Commissione per l'invito.

Dopo aver illustrato alcuni passaggi della nostra documentazione, riassumendo un po' quello che è ad oggi lo stato dell'arte, entreremo nel merito della piattaforma *web* per visualizzare finalmente i primi indicatori caricati dalle Regioni.

Inizierò col ricordare molto rapidamente le tappe principali che sono state percorse. Il 10 maggio 2011 la Commissione ha presentato alle Regioni selezionate il progetto «Indicatori di valutazione per il percorso assistenziale». Qualche giorno dopo, il 16 maggio, le Regioni hanno ricevuto le schede tecniche per il calcolo degli indicatori. Con le Regioni c'è stato uno scambio frequente per capire se i criteri di calcolo fossero condivisi e, superate le prime perplessità, il 6 giugno abbiamo dato loro la possibilità di caricare gli indicatori direttamente sulla piattaforma.

A questo proposito tengo a precisare che il sistema che è stato messo a punto prevede che ogni Regione sia responsabile dei propri dati e sia chiamata a caricarli sulla piattaforma, che è in grado di elaborare gli indicatori a confronto e di rendere immediatamente possibile a chi carica l'indicatore la visualizzazione dei propri dati e di quelli delle altre Regioni che li hanno caricati.

Tra maggio e luglio sono state avviate discussioni serrate con le varie Regioni su specifici indicatori e possiamo dire che in generale tutti gli indicatori sono stati condivisi ed accettati: qualche perplessità riguarda solo gli aspetti di natura più strettamente tecnica.

Dopo questo giro di discussioni, il 27 luglio le Regioni hanno ricevuto le schede definitive di calcolo condivise: per quanto ci riguarda, in particolare, ci siamo fatti carico di trasmettere alle altre Regioni le considerazioni emerse onde pervenire ad una condivisione definitiva.

La scelta effettuata è stata quella di elaborare i dati, nonostante il permanere di alcune perplessità non tanto sulla logica di impianto, ma sull'effettiva possibilità – considerando il sistema di rilevazione che le Regioni hanno a disposizione – di rappresentare l'obiettivo che ciascun indicatore aveva in termini di misurazione, per cui non c'è stata da questo punto di vista alcuna forma di preclusione.

Per quanto riguarda le criticità che sono emerse, segnalo innanzitutto che solo tre Regioni si sono cimentate nel calcolo: Emilia Romagna, Toscana e Umbria. Le altre Regioni, pur avendo discusso tutte le modalità di elaborazione ed il senso degli indicatori, in realtà non hanno avuto modo, tempo e possibilità di procedere a questa elaborazione.

In particolare, per l'Emilia Romagna i dati presentati riguardano il percorso di cura nel settore della salute mentale; per la Toscana il riferimento è ai settori della salute mentale e dell'oncologia – anche se per la salute mentale mancano i dati riferiti al 2010, ancora in fase di elaborazione; per l'Umbria abbiamo i dati, sebbene parziali, relativi ad entrambi i percorsi, mentre per la Lombardia, infine, i dati sono in fase di calcolo. Questo è quindi lo stato dell'arte.

Abbiamo poi provveduto a sintetizzare le osservazioni che sono venute dalle varie Regioni.

Per quanto riguarda la Regione Calabria, pur essendo condivisa la logica di strutturazione di questi indicatori, in realtà, soprattutto per la salute mentale, non si utilizza ancora il flusso ministeriale, per cui non c'è ancora la possibilità di fare queste elaborazioni.

Per quanto riguarda la Lombardia, pur condividendo il fatto che le modalità che abbiamo proposto rappresentano sicuramente un bel passo in avanti, le perplessità più rilevanti si riferiscono al percorso oncologico, in modo particolare all'adeguatezza della codifica della SDO ai fini della rappresentazione dell'obiettivo dell'indicatore.

Una dato significativo che vorrei lasciare alla Commissione è che in realtà nessuna delle Regioni coinvolte aveva mai elaborato questi indicatori e, soprattutto con riferimento al settore oncologico, essi sono stati ritenuti interessanti e significativi come primo passo verso una logica di valutazione di percorso che rappresenta una sicura evoluzione rispetto ai dati di cui oggi le singole Regioni dispongono.

Per quanto riguarda il settore della salute mentale, il dubbio – che, come potrete osservare, è comune a varie Regioni – è sul confronto inter-regionale.

In particolare, tutto verte sul problema della presa in carico. Alcuni indicatori proposti si fondano infatti sul concetto della presa in carico ed al riguardo sembra che le modalità definite da ciascuna Regione possano variare. L'interrogativo che pertanto in proposito si pone è: quando è possibile affermare che un paziente è stato preso in carico dalla struttura di salute mentale? Secondo alcune Regioni tale presa in carico si ha quando il paziente si è recato ad almeno tre appuntamenti, altre Regioni fanno riferimento a cinque appuntamenti, per altre ancora la presa in carico si ha invece già dopo il primo appuntamento. Questo dato ovviamente cambia notevolmente l'intero processo di misurazione, per cui sono portata ad affermare che la misurazione c'è stata, ma anche che probabilmente c'è bisogno di un processo di condivisione tra le Regioni per capire se, pur adottando lo stesso flusso, alcuni passaggi siano organizzati allo stesso modo.

L'Emilia Romagna ha segnalato l'esigenza di predisporre, accanto agli indicatori, una sorta di scheda esplicativa di come è organizzato il percorso in modo da facilitare la lettura e l'interpretazione dell'indicatore stesso. Soprattutto per quanto riguarda la salute mentale, si discute di utenti in carico ed utenti attivi, se cioè un paziente registrato nel *database* lo si debba considerare un utente in carico anche se non lo si vede per mesi, solo per il fatto che comunque è inserito nel *database*. Questo è un elemento che andrebbe chiarito, grazie all'inserimento di uno *standard* di riferimento condiviso a livello nazionale.

Per quanto riguarda il percorso della salute mentale, nella Regione Toscana sono state avanzate proposte di ulteriori indicatori. Nello specifico mi riferisco all'indicatore relativo alla percentuale di abbandono nel consumo di antidepressivi; in pratica si è considerato come l'utilizzo di una o due scatole l'anno risulti in realtà assolutamente inutile dal momento che per questo tipo di trattamento occorre continuità. In pratica, quindi, è stato aggiunto un altro indicatore, che concerne la capacità di aderenza alla terapia, volto a verificare se l'assunzione ad esempio di tre scatole di questa tipologia di farmaci sia comunque sufficiente a poter dire che c'è un utilizzo adeguato degli antidepressivi. Questo ragionamento è stato elaborato nella Regione Toscana, in cui si fa un grande utilizzo di antidepressivi, forse il più elevato a livello nazionale, tanto che si ha il dubbio che se ne faccia abuso, e quindi vi sia un utilizzo inappropriato di questi farmaci.

È stato proposto quindi un indicatore in uso al NICE, che prevede una continuità di almeno nove mesi nell'utilizzo del farmaco. L'Emilia-Romagna, che è l'altra Regione che ha presentato i dati, ha condiviso questa proposta sia pure con qualche perplessità, visto che considera la linea guida del NICE un pochino esagerata in proposito e che quindi il periodo di 9 mesi sia eccessivo. Questo semplicemente per sottolineare che le Regioni hanno considerato interessanti questi indicatori, ma rispetto ad essi non c'è ancora una condivisione piena nel senso che non tutti vengono considerati accettabili e non a tutti viene attribuito lo stesso peso e validità.

Ciò detto, sulla base delle risultanze delle Regioni, alcuni indicatori sono stati eliminati dagli elenchi perché considerati non sufficientemente validi, mentre altri sono stati inseriti, come si evince nella documentazione che lasciamo a disposizione della Commissione, ove tali indicatori sono rispettivamente contrassegnati con i colori rosso e blu.

Il processo da questo punto di vista è risultato quindi efficace, perché quando i professionisti entrano nel merito e avanzano proposte vuol dire che hanno cominciato a riflettere su quale sia il contributo informativo che questi indicatori possono fornire.

Le Regioni che hanno partecipato sono quelle già prima citate, ovvero Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Molise, Lazio, Campania e Calabria e nella nostra documentazione si evince lo stato dell'arte relativo a ciascuna di esse. Per quanto riguarda la Lombardia abbiamo lavorato con l'ingegner Zocchetti della Direzione generale della sanità della

Regione e con un oncologo e sappiamo che i dati sono in corso di elaborazione, ma non ancora caricati.

Ci risulta, ad esempio, che la Regione Emilia-Romagna ha già elaborato i dati dell'oncologia ma non li ha ancora caricati perché, giustamente, le Regioni che hanno caricato i dati hanno previsto un passaggio di condivisione con i professionisti e non è detto che questo abbia già avuto luogo e questa è la motivazione per cui le Regioni che hanno elaborato questi dati non li hanno ancora caricati.

Come potrete verificare nella documentazione depositata agli atti, la Toscana dispone dei dati relativi ai settori dell'oncologia e della salute mentale, ma per il 2010 non è stato ancora effettuato l'aggiornamento relativo al secondo settore; l'Umbria ha elaborato i dati in suo possesso ma non è riuscita ancora ad elaborare gli indicatori che prevedono l'integrazione tra l'assistenza ambulatoriale e le schede di dimissione ospedaliera non disponendo dei dati linkati; le Regioni Molise, Lazio, Campania e Calabria non hanno ancora provveduto ad elaborazioni.

A questo punto, possiamo entrare nel merito della piattaforma – cui, ricordo, tutti i senatori possono avere accesso – che permette alle Regioni aderenti e alla Commissione di venire a conoscenza dei risultati che via via vengono caricati.

Se prendiamo ad esempio le informazioni raccolte relativamente al percorso oncologico, verificheremo nella piattaforma i dati relativi ai due anni richiesti, 2009 e 2010.

Nella piattaforma, per quanto riguarda l'oncologia si dispone in primo luogo della presentazione del dato a livello regionale. Il primo indicatore è tra quelli principali in termini di percorso, mi riferisco alla percentuale di interventi conservativi alla mammella sul totale degli interventi per tumore maligno. Ricordo che se la percentuale è elevata questo significa che il percorso è stato sufficientemente tempestivo, il che permette di evitare interventi particolarmente invasivi, quindi l'auspicio è che questa percentuale salga. La situazione nelle due Regioni che hanno caricato i dati, ovvero Toscana e Umbria, si attesta intorno a percentuali che vanno dal 73 (Umbria) ed al 73,9 (Toscana) per cento, quindi fortemente allineata. Successivamente viene preso in analisi il dato relativo alle varie aziende erogatrici. Nei grafici le aziende umbre e quelle toscane sono contrassegnate rispettivamente dalla lettera U per l'Umbria e T per la Toscana ed è contenuto un grafico che evidenzia le differenze tra le varie aziende e una scheda di calcolo; sono inoltre riportati in tabella tutti i valori degli indicatori (numeratore e denominatore), in modo da poter avere un'idea dei volumi erogati.

Per farsi un'idea complessiva della situazione suggerirei di analizzare tutti i dati calcolati relativi al percorso oncologico.

Nella documentazione viene anche riportata la percentuale di donne che eseguono il linfonodo sentinella. Anche in questo caso è positiva la percentuale più elevata perché sta a significare che il percorso è stato adeguato. Al riguardo, in Umbria abbiamo un dato percentuale di circa 10 punti inferiore a quello della Toscana, anche se i dati relativi a quest'ul-

tima Regione segnalano che purtroppo esiste ancora una considerevole variabilità. In alcuni casi ciò può essere dovuto ad un problema di codifica, per esempio abbiamo individuato che in Toscana sicuramente Lucca e la ASL5 di Pisa hanno problemi di codifica e quindi non segnalano adeguatamente i loro dati. Comunque, in un caso o nell'altro, questo indicatore rileva criticità per chi ha percentuali molto basse.

Anche in questo contesto, tendenzialmente hanno risultati migliori i punti di erogazione con i volumi più elevati.

Un terzo indicatore riguarda la percentuale di donne che eseguono l'asportazione radicale dei linfonodi ascellari e qui il dato è stato calcolato solo dalla Regione Toscana.

L'ultimo indicatore relativo ai tumori della mammella è rappresentato dal re-intervento entro quattro mesi dall'intervento di chirurgia conservativa per tumore alla mammella, ovunque sia effettuato il re-intervento. Si consideri che al numeratore sono esclusi dalla codifica gli interventi di asportazione dei linfonodi ascellari. Si può pertanto affermare che sicuramente questo indicatore segnala in ogni caso delle criticità.

Particolare è la situazione rilevata in Toscana. Il nostro responsabile regionale, il professor Amunni, è rimasto alquanto colpito da questo indicatore, non aspettandosi i dati, particolarmente elevati, relativi a Grosseto e ad Arezzo. L'indicatore si considera «nella normalità» se il dato rimane intorno al 5-6 per cento; quando supera questo livello, il dato diventa segnalativo di una certa criticità, come rilevato ad esempio per le due aziende di Arezzo e Grosseto che presentano un dato, rispettivamente, del 12 e del 18,18 per cento.

Almeno nella Regione Toscana, grazie alla rete oncologica, un indicatore di questo genere ha permesso di attivare tutta una serie di *audit* specifici interni per andare a capire, caso per caso, cosa è successo e perché è stato necessario procedere al re-intervento.

PRESIDENTE. Le percentuali del 12 e del 18,18 per cento delle aziende di Arezzo e Grosseto indicano reali re-interventi sulla patologia di base, cioè interventi opportuni, posto che quelli iniziali si sono rivelati insufficienti rispetto alla necessità evidenziata dall'esame istologico, oppure si tratta di re-interventi dovuti a complicanze chirurgiche (infettive o attribuibili a deiscenze della ferita)?

MURANTE. Noi abbiamo considerato tutte le donne sottoposte ad un primo intervento conservativo e poi abbiamo osservato quante tra queste erano state sottoposte ad un nuovo intervento conservativo o demolitivo, escludendo tutti i casi di asportazione ascellare effettuata a seguito di un esito positivo dell'esame del linfonodo asportato in sede diagnostica. Si tratta quindi di reali re-interventi.

PRESIDENTE. Per essere chiari, ciò significa che ci stiamo riferendo a quadrantectomie che successivamente sono state trasformate in mastectomie radicali?

MURANTE. Non per tutti i casi, però in parte ciò potrebbe corrispondere al vero. È possibile che per una parte di questi interventi conservativi i margini non fossero stati definiti in modo chiaro e che quindi si sia reso necessario procedere ad un nuovo intervento; altrimenti, si tratta di casi in cui l'esito positivo dell'esame istologico ha richiesto un intervento più ampio.

COSENTINO (PD). Quindi, si tratta di una valutazione sui margini.

NUTI. Potrebbe anche trattarsi di una problematica diagnostica: magari si pensava che il tumore avesse un determinato tipo di evoluzione e poi così non è stato; forse i nostri oncologi hanno indicato margini e problematiche diagnostiche in termini non sufficienti, rendendo necessario un re-intervento.

Vi ricordo comunque che i numeri sono molto limitati e, quindi, il dato relativo ad un solo anno può non essere significativo. Se esaminiamo, ad esempio, il *trend* di Grosseto si constata che in un anno, dal 2009 al 2010, si è passati dal 4,44 al 18,18 per cento, ma dobbiamo tenere presente che i numeri con cui ci confrontiamo sono molto esigui. Torno a ribadire che nello specifico ci riferiamo a numeri assai ridotti.

Questo indicatore è particolarmente utile soprattutto per avere una attivazione di un *audit* clinico che faccia capire quali sono state le determinanti di questo stesso indicatore.

Abbiamo poi lavorato su un indicatore relativo ai volumi degli interventi chirurgici al retto in soggetti con tumore maligno al retto. In questo caso i «Quaderni» del Ministero della salute forniscono una indicazione, una sorta di suggerimento, in base al quale si prevede per questo percorso un numero di riferimento intorno ai 100 casi l'anno. In realtà, se nell'ambito del dato globale regionale si esaminano i casi trattati ci si rende conto di quanto in molti presidi si sia lontani da queste percentuali. È chiaro che il problema delle soglie è molto importante perché, come è noto, questa è una tipologia di intervento su cui influiscono i volumi; nella bibliografia scientifica, però, non ritroviamo in modo così netto l'indicazione del volume-soglia, che sia stabilita a 100, 90 o 80. Sarebbe comunque auspicabile che al di sotto di un determinato volume, si privilegiasse la possibilità di realizzare gli interventi nei presidi in cui se ne effettua un numero maggiore.

Gli indicatori relativi alla salute mentale sono più numerosi di quelli relativi all'oncologia ma hanno caratteristiche diverse. Mentre questi ultimi sono indicatori di valutazione del funzionamento del percorso, molti indicatori della salute mentale sono anche descrittivi, aiutano cioè a capire quale è la tipologia di paziente in carico.

Alcuni indicatori misurano prevalenza ed incidenza su un dato numero di utenti attivi per 1.000 abitanti. In questo caso l'anno di riferimento è il 2010, per cui al momento disponiamo soltanto dei dati dell'Emilia; per l'anno 2009, invece, abbiamo anche i dati della Regione Toscana. La situazione tra le due Regioni è abbastanza simile, ad eccezione

di alcune realtà come quelle di Empoli, Viareggio e Lucca che presentano numeri più elevati; come vi dicevo, però, si pone il problema della definizione di utente attivo e preso in carico che potrebbe non essere effettuata seguendo le stesse logiche.

MURANTE. In questo caso (indicatore S1), effettuando le misurazioni sugli utenti attivi, esaminiamo non soltanto i nuovi utenti, quelli cioè presi in carico nell'anno, ma tutti coloro che anche in passato hanno contattato il centro di salute mentale e la cui cartella clinica risulta ancora aperta.

Viene poi preso in esame anche il tasso di incidenza presso il centro di salute mentale, per il quale si fa riferimento anche ai nuovi casi (il dato di confronto tra le due Regioni si riferisce soltanto all'anno 2009), ed è stato inserito anche il dato sulla prevalenza trattata per patologie psichiatriche per il quale abbiamo non solo il dato globale ma anche altri indicatori che esaminano le singole patologie.

NUTI. Per quanto riguarda le singole patologie (schizofrenia, depressione, disturbi d'ansia), abbiamo pensato di proporre una modalità di rappresentazione diversa: in questo quadro i disturbi sono esaminati singolarmente ma la nostra intenzione è di proporre una modalità in base alla quale verificare come si suddividano gli utenti attivi su base 100.

È interessante rilevare che una variabilità così elevata lascia presupporre che probabilmente sul fenomeno incidono le caratteristiche dell'offerta: nei grossi numeri non c'è una grande differenza tra Emilia e Toscana e più o meno si registra una parità nel numero di utenti serviti per 1.000 abitanti. Se però esaminiamo, ad esempio, i disturbi per la depressione o i disturbi bipolari, si notano differenze molto significative. Nel caso della prevalenza per depressione, ad esempio, esistono differenze molto significative tra una ASL e l'altra. In base alla mia esperienza quando si osservano dati di questo genere, è probabile che su di essi giochino un ruolo significativo le caratteristiche dell'offerta, nel senso che in quella determinata ASL possano esserci medici che tendenzialmente riconoscono maggiormente alcuni disturbi rispetto ad altri. È difficile, infatti, ipotizzare che vi sia una differenza così ampia in termini di fabbisogno, considerato che i dati fanno riferimento ai residenti.

Ad esempio, la percentuale di abbandono del trattamento nei pazienti, che indica la percentuale di utenti «persi» – ovvero quelli che hanno ricevuto meno di tre prestazioni e che sono stati presi in carico, ma poi non si sono più presentati al servizio – fra i tanti indicatori relativi alla salute mentale, è quello che possiamo considerare di valutazione. Come si può riscontrare nella nostra documentazione, i dati si diversificano di anno in anno e questo è sicuramente un indicatore di valutazione del funzionamento del servizio.

Vi sono poi degli indicatori che fanno riferimento al consumo degli antidepressivi e dai dati in nostro possesso si evince molto bene che, come già evidenziato, in Toscana vi è un grande utilizzo di antidepressivi, visto che si consuma una quantità di questa tipologia di farmaci tre volte supe-

riore a quella consumata in Emilia Romagna. Dato l'elevato livello di consumo di questi farmaci, la Regione Toscana ha posto una certa enfasi nell'evidenziare la capacità delle ASL di utilizzare farmaci antidepressivi a brevetto scaduto, ciò al fine di contenere la spesa.

Anche per questa tipologia di problematica disponiamo di indicatori relativi all'abbandono o all'aderenza alla terapia, che rappresentano due modi di valutare due facce della stessa medaglia.

Mi riferisco alla percentuale di pazienti aderenti alla terapia che utilizzano farmaci antidepressivi per nove mesi all'anno, sottoponendosi quindi ad un trattamento continuativo. Tale percentuale è esigua visto che si ferma al 30 per cento, ma al riguardo va detto che i professionisti dell'Emilia Romagna non condividono le linee guida del NICE perché, a loro avviso, un utente che presenta una situazione di depressione può essere curato anche con strumenti diversi da quelli farmacologici.

Certo, chi assume quella tipologia di farmaco dovrebbe farlo continuamente, anche se non tutti concordano sul fatto che nove mesi costituiscano effettivamente il tempo adeguato e ritengono che forse il periodo di assunzione dovrebbe essere più breve.

Il dato relativo alla percentuale di abbandono è sicuramente un indicatore di efficienza. A tal proposito, segnalo che abbiamo provveduto a rilevare anche tutte le differenze di genere, tra uomini e donne, perché sappiamo che la depressione è una problematica soprattutto femminile.

Tali dati, pertanto, consentono di osservare come possa essere trattata la componente femminile. Quanto alla percentuale di abbandono si fa riferimento all'assunzione di una o due confezioni di antidepressivi l'anno, che rappresenta davvero uno spreco, posto che una somministrazione così parziale non ha alcuna utilità. Peraltro, i dati di cui disponiamo segnalano un numero di casi certamente non esiguo. Ciò fa presupporre che soprattutto in alcune realtà, vi sia la tendenza da parte dei medici a prescrivere questo farmaco e dei pazienti a non seguire adeguatamente le modalità di uso.

A conclusione della mia esposizione, tengo a segnalare che, soprattutto per quanto riguarda la salute mentale, potrebbe risultare molto interessante organizzare un incontro tra i professionisti delle due Regioni che hanno caricato questi dati e li hanno condivisi e la Commissione. Tale incontro è stato richiesto dai professionisti stessi che avrebbero piacere di ragionare sulle modalità con cui questi indicatori possono essere utilizzati e sul loro significato. Trasferisco quindi all'attenzione della Commissione questo messaggio, da me acquisito nelle fasi di discussione degli indicatori.

PRESIDENTE. Anche a nome della Commissione ringrazio le nostre ospiti per la loro esposizione nell'ambito della quale sono state evidenziate questioni che in qualche modo credo che noi potremo contribuire a risolvere.

Do ora la parola al relatore dell'inchiesta, senatore Cosentino.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, anch'io desidero rivolgere i miei ringraziamenti alla professoressa Nuti ed alla dottoressa Murante. Il lavoro che le nostre ospiti oggi hanno sottoposto alla nostra attenzione è stato affrontato con mille difficoltà e mille resistenze da parte delle Regioni e, come abbiamo potuto rilevare, in sostanza, sono poche le Regioni che stanno collaborando e questo è un fatto che a mio avviso meriterebbe di essere oggetto di una riflessione da svolgere magari al termine del nostro lavoro di indagine.

Quanto alle informazioni che la professoressa Nuti ci ha fornito, non intendo entrare nel merito delle valutazioni che si possono trarre dal lavoro fin qui svolto; ciò richiederebbe infatti una lettura attenta dei dati raccolti e una riflessione sulla loro interpretazione, impegno che probabilmente potrà proseguire in sede tecnica considerato che le cause che producono un dato statistico possono essere sempre diverse. Ciò premesso, pur non desiderando in alcun modo anticipare una valutazione che richiede una verifica attenta e una riflessione comune sui risultati fino a qui raggiunti, non c'è dubbio però che, anche soltanto fermandosi a questa prima visione generale, emerge l'utilità straordinaria di un sistema di sperimentazione di meccanismi e di criteri di valutazione che non servono però a fare le classifiche. A mio giudizio, nel rispondere alle esigenze che la Commissione ha posto, sia i professionisti che le Regioni hanno dimostrato di temere un uso politico di eventuali classifiche di migliori e peggiori.

In realtà, un sistema di valutazione rappresenta un sistema di controllo permanente della qualità, che prevede l'interpretazione dei dati, la capacità di comprensione, la discussione con i professionisti, le forme di *audit* e un monitoraggio nel periodo successivo al fine di verificare come quel determinato dato si è modificato nel corso del tempo.

Creare un sistema di questo genere in Italia sarebbe preziosissimo, tenuto conto che mentre noi, da qualche anno, sappiamo quasi tutto sulle cardiocirurgie, quella in esame è forse una delle prime indagini di rilievo in Italia a fornire dati non casuali, ma statisticamente legati al generale consumo di farmaci per ciò che concerne alcune patologie e alcuni servizi che, normalmente, non sono oggetto di valutazione.

Per quanto riguarda la strada che insieme abbiamo percorso, anche se i tempi sono ancora lunghi e le difficoltà numerose, a mio parere, questi primi dati confermano la validità dell'intuizione di questa Commissione. A questo riguardo, signor Presidente, forse con il nuovo Ministro occorrerà anche compiere una riflessione, perché la Commissione può svolgere certamente il proprio lavoro, gran parte del quale però dovrà essere svolto dal Governo nell'ambito del rapporto con le Regioni, in sede di Conferenza Stato-Regioni e di assegnazione di impegni.

Dopodiché, va detto che la Regione Toscana è benemerita, in quanto ci ha comunicato i dati sulla situazione dell'oncologia che sono di grande importanza e siamo in attesa che anche l'Emilia Romagna completi il proprio lavoro e possa comunicarci i dati che la riguardano.

In questo momento, a questo stadio della nostra discussione, occorre tuttavia effettuare una valutazione preliminare per verificare se la strada intrapresa possa dare risultati. Per quanto mi riguarda la risposta non può essere che affermativa. Da anni, tutti sentiamo parlare di indicatori della qualità e della efficacia dei singoli servizi, delle singole prestazioni, dei singoli professionisti, sulla base di indicatori della prestazione, laddove a mio avviso sarebbero altrettanto utili anche indicatori del percorso che ci consentano di valutare non la capacità del singolo chirurgo o, al massimo, del singolo reparto, ma il funzionamento di un percorso di cura (ospedale, territorio, medici specialisti, farmaceutica).

Personalmente comprendo perfettamente le perplessità manifestate in sede di avvio della discussione da parte delle Regioni, che hanno voluto interrogarsi sulle finalità della ricerca, e sono assolutamente favorevole a svolgere tutti gli incontri che si rendessero necessari con i tecnici e con i rappresentanti delle Regioni per continuare a costruire insieme a loro la via di questo percorso; penso però che, almeno sui due settori che sono stati scelti – quello oncologico e della salute mentale – sia necessario compiere uno sforzo affinché, anche con una certa rapidità ed insistenza, i dati a disposizione delle Regioni vengano immessi sulla piattaforma informatica, in modo che possano essere poi discussi con i responsabili regionali e si possa quindi procedere nella direzione indicata.

Aggiungo che la Commissione igiene e sanità del Senato, nell'ambito dell'esame della delega al Governo per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione clinica e per la riforma degli ordini delle professioni sanitarie, nonché disposizioni in materia sanitaria per il riassetto della normativa in materia di sperimentazione (atto Senato 2935), sta esaminando una norma che dovrebbe consentire il superamento delle osservazioni del Garante per la protezione dei dati personali sulle questioni della *privacy*, che è stato uno degli ostacoli che la professoressa Nuti ha dovuto affrontare in questi mesi.

Noi siamo chiamati a muoverci nell'ambito di questa formulazione – che mi sembra tuttavia più dedicata al fascicolo elettronico che non a quello che a noi interessa, ma comunque va bene anche questo – nonché sulla scorta della valutazione del dato di legge presente nel decreto legislativo sul federalismo per quel che concerne l'uso dei dati da parte dei sistemi sanitari ai fini della sperimentazione, della ricerca, delle cure e della programmazione sanitaria: la norma obbligherebbe – consentitemi di usare un'espressione impropria – a rendere anonimi i codici fiscali, in modo da poter utilizzare i dati, con un confronto anche tra i diversi archivi informativi.

Su tutta questa materia probabilmente la Commissione, anche per favorire un'eventuale accelerazione dei tempi, dovrebbe provare a verificare se esista una comunità di intenti con il Governo e valutare quali possano essere le misure da adottare.

La mia proposta è che nel frattempo la Commissione si faccia promotrice nei confronti dei Presidenti delle Regioni, almeno di quelle che hanno aderito al progetto, di un nuovo incontro – vedremo se in sede po-

litica o tecnica – per presentare quello che è stato l’andamento dei lavori ed i primi risultati ottenuti, valutando anche i problemi aperti ed offrendo sulla materia piena disponibilità e sostegno – soprattutto da un punto di vista tecnico – da parte dei consulenti della Commissione, insieme alla professoressa Nuti. L’auspicio è che alla fine di questo percorso, nell’arco di tempo che abbiamo davanti da qui alla naturale scadenza della legislatura, si possa cominciare a dire che esiste in Italia un sistema di valutazione dei percorsi di cura nel settore oncologico, della salute mentale e negli altri campi in cui le Regioni, insieme a noi, decidano di intervenire.

In particolare, visto che la parte più difficile del lavoro si è già conclusa – la definizione di indicatori che sono sempre correggibili e la formulazione di valutazioni che sono sempre aggiornabili – è possibile cominciare a lavorare in questa direzione; sotto questo profilo non si vede davvero perché le Regioni, penso ad esempio alla Lombardia, non possano aiutarci, facendo la loro parte e caricando i dati necessari.

In conclusione, consentitemi di esprimere un apprezzamento particolare per quelle Regioni che hanno collaborato con la Commissione, avendo ben compreso che il nostro intento in questo caso non è quello di dare giudizi, ma di indicare che cosa serve al Paese per creare una cultura nel segno della continua valutazione e del monitoraggio dei sistemi salute piuttosto che delle singole prestazioni. Capite bene che, ove riuscissimo a realizzare questo obiettivo, potremmo finalmente cominciare a verificare in tutte le Regioni sottoposte ai piani di rientro che cosa stia succedendo in termini di percorsi di cure e risposte ai bisogni di salute della gente.

Dal momento che per le ragioni che sono state prima egregiamente illustrate dalla professoressa Nuti – e che non intendo ripetere – ci sono ancora poche Regioni impegnate in questo senso, credo allora che sia nostro compito, nell’ambito delle competenze che ci spettano come Commissione di inchiesta, valutare se far valere il nostro peso nel rapporto con il Governo e con le Regioni, al fine di dare un forte *input* a questo tipo di lavoro.

PRESIDENTE. Colleghi, se non ci sono particolari obiezioni, prendendo atto del lavoro che in maniera egregia è stato portato avanti fino ad oggi, chiederei che vengano effettivamente forniti alla Scuola superiore Sant’Anna tutti quei dati che possono permettere di completare il lavoro.

A tale scopo, forti del peso che può avere una richiesta della Commissione in questo senso e pur tenendo conto degli ostacoli che si possono in tal senso incontrare nelle singole Regioni – penso ad esempio al Molise che potrebbe fare di più e meglio – si potrebbe immaginare di inviare una lettera, calibrando la richiesta a seconda dei risultati fino ad ora ottenuti, anche perché i risultati parziali di cui abbiamo appreso oggi risultano forse ancora più incoraggianti di quanto ci si potesse immaginare all’inizio, dal momento che ci sono dati che potrebbero davvero permettere di intervenire sull’efficienza, sull’efficacia e sulla qualità delle cure.

BIONDELLI (PD). Signor Presidente, ringrazio innanzitutto la professoressa Nuti per il lavoro svolto.

Prima si è parlato dei re-interventi nei casi di tumore alla mammella: vorrei sapere se questo stesso fenomeno si registra anche nei casi di tumore del retto ed in quale percentuale.

MURANTE. In verità al momento il dato non è stato calcolato, non essendo tra gli indicatori che sono stati selezionati per questo progetto.

NUTI. Il punto centrale, in realtà, è capire perché si è scelto di far riferimento ai dati relativi al tumore alla mammella. Parliamo infatti di casi in cui c'è la possibilità di verificare l'esecuzione di un eventuale re-intervento a seguito, ad esempio, di un primo intervento conservativo che non sia stato effettuato in modo adeguato: si tratta di situazioni in cui si è operato con tempestività, ma non si è saputo adeguare il livello di intervento alla diagnosi e alla tipologia di bisogno.

Quell'indicatore diventa dunque particolarmente significativo, perché prende in considerazione uno specifico gruppo di pazienti e va a verificare se le cure prestate nei loro confronti siano state o meno efficaci. Potrebbe esserci infatti il rischio che si sposti tutto sull'intervento conservativo e che, non essendo intervenuti adeguatamente, diventi necessario un nuovo intervento.

Il dato sul re-intervento ci aiuta quindi a capire quanto nel percorso di cura si sia operato in maniera adeguata, perché è inutile essere bravi nell'intervento conservativo, se c'è poi c'è bisogno di un intervento successivo.

Nel caso di tumore del retto il discorso è più problematico perché a volte, anche in ragione del tipo di patologia e dell'invasività della stessa, vi è l'esigenza di intervenire nuovamente, al di là della buona riuscita del primo intervento. Ci si è chiesti dunque quanto il dato riferito al re-intervento fosse veramente indicativo di una problematica, dovendosi valutare l'effettiva gravità del caso per poter elaborare un modello di *risk adjustment*; questo, però, dalle SDO non si riesce ancora a rilevare. È proprio per questi motivi che fino ad oggi il dato non è stato calcolato.

PRESIDENTE. Credo il punto della situazione sia stato fatto, adesso provvederemo ad inoltrare la lettera cui facevo prima riferimento onde ottenere risposte nei tempi più brevi possibili. Naturalmente ci terremo in contatto con la professoressa Nuti e la Scuola superiore Sant'Anna in modo da coordinare il nostro lavoro con il loro e cercare, nei prossimi mesi, di avere un'analisi completa su tutte e otto le Regioni.

COSENTINO (PD). Per quanto riguarda l'accesso ai dati?

PRESIDENTE. Se la professoressa potesse lasciare il materiale presentato oggi sarebbe per noi certamente molto utile.

NUTI. Se può essere utile, possiamo estrarre tutti i grafici degli indicatori finora calcolati e inviarvi la selezione all'interno di un *file*.

PRESIDENTE. Questo sul piano pratico sarebbe certamente utile per i commissari, perché consentirebbe di distribuire rapidamente una sorta di *snapshot* di tutto quello che è stato fatto fino ad oggi.

Ringrazio e congedo le nostri ospiti ed auguro loro buon lavoro.

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

I lavori terminano alle ore 14,05.