

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

4° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 NOVEMBRE 1997

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

## INDICE

**Audizione del professor Elio Guzzanti, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 10, 11 e <i>passim</i>	<i>BRAGA</i> .....	Pag. 16, 20
CASTELLANI Carla (AN) .....	11	<i>GUZZANTI</i> .....	3, 11, 13 e <i>passim</i>
DE ANNA (Forza Italia) .....	10	<i>MASTRILLI</i> .....	21
LAURIA (Forza Italia) .....	12	<i>MASTROBUONO</i> .....	13, 18, 19
MIGNONE (Sin. Dem.- l'Ulivo) .....	11		
MONTELEONE (AN) .....	12		
PAPINI (Misto) .....	11, 20		
PROVERA (Lega Nord-per la Padania indip.) .....	10, 19		

*Intervengo, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Elio Guzzanti, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, nonché il dottor Mario Braga, il dottor Fabrizio Mastrilli e la dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigenti di settore della medesima Agenzia.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,50.*

**Audizione del professor Elio Guzzanti, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Elio Guzzanti, direttore generale dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, che ringrazio per essere intervenuto.

Egli ha già rivestito l'incarico di Ministro della sanità nel Governo Dini e si è distinto in campo scientifico e professionale rivestendo importanti incarichi. L'Agenzia diretta dal professor Guzzanti ha svolto una serie di attività, di rilievi, di proposte che riguardano parecchi argomenti che sono oggetto dei filoni di indagine attivati dalla nostra Commissione. Per questo abbiamo deciso di tenere questa audizione, durante la quale riteniamo ci saranno numerosi punti di contatto con ognuna delle indagini già avviate.

Do pertanto la parola al professor Guzzanti, che se lo riterrà potrà avvalersi degli interventi dei suoi collaboratori qui presenti.

GUZZANTI. Ringrazio il Presidente e i senatori: è per noi un onore partecipare a questa audizione. Quando uso il termine noi, non è che mi riferisca alla mia persona, bensì a coloro che mi hanno accompagnato: il dottor Mario Braga, il dottor Fabrizio Mastrilli e la dottoressa Isabella Mastrobuono, che sono a capo di tre delle quattro sezioni di cui si compone l'Agenzia (il quarto capo sezione è in missione e pertanto non ha potuto partecipare).

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali è stata istituita con la legge di riforma del Ministero della sanità; un ente pubblico con un proprio consiglio di amministrazione di indirizzo e un direttore generale, che ne è rappresentante legale e responsabile della gestione. Il Consiglio di amministrazione e il direttore generale sono nominati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; in particolare, il direttore generale è nominato su proposta del Ministro della sanità. All'epoca dell'istituzione dell'Agenzia, nel novembre del 1994, il ministro Costa propose il mio nome ed io assunsi il servizio del 1° gennaio 1995. Dopo 15 giorni venivo improvvisamente chiamato a svolgere la funzione di Ministro della sanità nel Governo Dini, incarico che ho ricoperto per 16 mesi. Nel frattempo avevo chiesto e ottenuto di essere messo in aspettativa,

pur seguitando a collaborare con l'Agenzia e in qualche modo a partecipare alla sua attività. Sono rientrato nell'Agenzia nel maggio 1996 e da allora stiamo ininterrottamente lavorando nei campi di cui vi parlerò, illustrandoli anche con l'ausilio di alcuni documenti.

L'Agenzia è stata creata come supporto all'attività delle regioni, così come recita il nostro atto istitutivo. Nostro compito è inquadrare l'attività regionale, visto che il servizio sanitario nazionale non è unico ma articolato nelle realtà delle province autonome di Trento e Bolzano e di tutte le altre regioni a Statuto speciale e ordinario. Ogni regione presenta proprie caratteristiche e profonde differenze, così come abbiamo riscontrato nel nostro lavoro.

Rispetto all'istituzione dell'Agenzia, il ministro della funzione pubblica *pro tempore* Cassese spiegò come non si potesse più parlare di Stato controllore, ma di Stato che si mette a fianco delle regioni e le supporta fornendogli collaborazione. Infatti la legge istitutiva dell'Agenzia e il regolamento che ne è conseguito configurano una serie di attività che devono appunto servire a controllare che non avvengano sprechi di risorse umane, finanziarie, tecnologiche e altro.

Nostro compito è anche trasferire al settore sanitario le nuove conoscenze nel campo della sperimentazione e dell'innovazione tecnologica: io, che svolgo ricerca sui servizi sanitari da 40 anni, e i miei collaboratori studiamo quanto succede in campo internazionale, poichè il trasferimento dell'innovazione non può avvenire solo in un contesto nazionale. La globalizzazione in sanità è molto più spinta che nel campo dell'economia. Se leggete la letteratura internazionale del settore, vedrete che il *trend* delle riforme gira intorno a comuni elementi, con variazioni che sono solo espressione delle società nazionali ma che davvero non sono tanto significative quanto lo sono invece i tratti comuni. Per questo, abbiamo approfondito tutti gli studi internazionali: per poi operare il trasferimento dell'innovazione in Italia e nelle regioni.

Il lavoro dell'Agenzia si dovrebbe svolgere attraverso un organigramma di 110 persone, più il direttore generale: in realtà oggi non siamo più di 42. Si pensava che l'Agenzia si potesse giovare di 80 persone comandate e 30 persone con contratto di diritto privato, ma non si era pensato che con l'aziedalizzazione, affinché ci sia un comando, ci deve essere un interesse molto forte da parte della regione o dell'azienda sanitaria locale. Per quale motivo un'azienda, alla luce di una corretta gestione delle risorse, dovrebbe pagare un dipendente per farlo lavorare da noi? Dunque, i comandi da noi sono decisamente pochi.

L'ammontare del contributo statale fissato per legge, deve essere non superiore a 5 miliardi: questa cifra rappresenta un paradosso, se paragonata alle dotazioni finanziarie dei dipartimenti del Ministero della sanità (dai 25 ai 30 miliardi) e se si considera che le regioni Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna hanno istituito agenzie regionali per i servizi sanitari riconoscendo loro un finanziamento dai 4 ai 5 miliardi (anche le regioni Campania e Marche hanno istituito tali servizi, ma non conosco l'ammontare del finanziamento). Il Ministro Costa agli inizi assegnò 5 miliardi; personalmente come Ministro della sanità assegnai ugualmente 5 miliardi; il ministro Bindi

ha ritenuto di assegnarci 2 miliardi una prima volta a 2 miliardi una seconda volta.

Tale dotazione è per noi assolutamente insufficiente per svolgere i compiti di istituto. Altri finanziamenti dovremmo averla dalle regioni attraverso accordi bilaterali (contratti e convenzioni), e abbiamo lavorato in questo senso.

Nei documenti che abbiamo portato alla Commissione è illustrato cos'è l'Agenzia; sono riportati una serie di dati e di elementi, inclusa la sentenza della Corte costituzionale, avverso un'opposizione sollevata da una regione, con cui ha ribadito che l'istituzione dell'Agenzia è del tutto costituzionale e le funzioni di controllo che deve esercitare non sono di carattere amministrativo e sanzionatorio ma tecnico, per creare le condizioni di un miglioramento delle strutture. Inoltre, nella documentazione sono riportati i pareri del Consiglio di Stato e della sezione di controllo della Corte dei conti: quest'ultima ha sempre accentuato il concetto della cosiddetta terzietà dell'Agenzia, non potendo essere legata nè al Ministero nè alle regioni, per compiere una valutazione tecnica e non politica.

I compiti dell'Agenzia, per quanto riguarda le regioni, si sono materializzati in una serie di accordi che, anche se potrei non ricordarli tutti, vorrei citare.

La regione Sardegna ci ha chiesto un supporto totale alla stesura del Piano sanitario regionale, e le abbiamo fornito una serie di elaborati molto «robusta», non solo numericamente, ma anche da un punto di vista contenutistico. Ad esempio, credo che la parte introduttiva, epidemiologico-statistica e demografica, preparata dal dottor Mario Braga, se fosse stata alla base del Piano sanitario nazionale, sarebbe stata perfetta: essa rappresenta un profilo reale dei bisogni esistenti. Tenete presente che i bisogni, nascono sempre dal dato storico; il bisogno è un'altra cosa nasce da altre considerazioni che vanno approfondite, ed è quanto abbiamo fatto per la regione Sardegna, insieme ad altre cose. Quando ero Ministro della sanità, feci predisporre l'atto di indirizzo e coordinamento sull'emergenza sanitaria, nell'aprile del 1996, con un intento preciso: ispirare la ristrutturazione della rete ospedaliera da realizzare (interventata con il decreto-legge n. 280 del 1996, da me presentato, convertito nella legge n. 382 del 1996) al modello della rete dell'emergenza nella definizione dei presidi ospedalieri; quindi, in funzione dei punti di primo intervento, dei posti di pronto soccorso, dei dipartimenti di primo e secondo livello e così via. Del resto, la distribuzione delle discipline sul territorio è identica, sia per gli interventi di emergenza sia in condizioni normali. Su questo filone si è mosso il lavoro che abbiamo svolto per la regione Sardegna.

Stiamo poi lavorando con la regione Campania per la messa in opera di un sistema di controllo ed organizzazione reale della spesa farmaceutica, problema veramente complesso in quella regione: ci stiamo lavorando duramente di qualche mese.

Stiamo collaborando con la regione Liguria, che vuole sapere come mai è fortemente penalizzata dalla migrazione interregionale, soprattutto per la presenza di istituti quali il Gaslini e il San Martino.

Abbiamo lavorato per la regione Valle d'Aosta, che ci ha chiesto di valutare se i tre presidi ospedalieri, uno della città di Aosta e due della provincia, fossero in grado, se riorganizzati, di far fronte alle loro necessità. Un lavoro possibile grazie alla presenza all'interno dell'Agenzia di competenze mediche di vario livello: il «cuore» è ovviamente formato da medici di sanità pubblica, quindi con la mia formazione; poi ci sono competenze in epidemiologia, biostatistica, medicina preventiva e così via. Abbiamo anche persone che conoscono e si interessano di problemi della riabilitazione, degli anziani, della pediatria e quindi di tutto l'ambito medico nelle sue varie articolazioni; abbiamo inoltre informatici, statistici, architetti che si intendono di strutture sanitarie e quindi anche di informatica applicata alle strutture sanitarie, di telemedicina, con tutto quello che ne consegue. Come dicevo, abbiamo studiato il problema della Valle d'Aosta e fornito un parere.

Stiamo lavorando con la regione Lombardia al piano sanitario e al modo in cui esso si può sviluppare. Stiamo peraltro lavorando in maniera intensa anche con la provincia autonoma di Bolzano, la quale ci ha chiesto di studiare i problemi della promozione della salute, della prevenzione delle malattie nei distretti sanitari, della riorganizzazione dei distretti, dell'integrazione dell'ospedale con il territorio e dell'accreditamento. Stiamo lavorando sul posto, come spesso ci accade di fare: in genere svolgiamo missioni sul posto, con incontri con i tecnici, visite e così via. Nel caso di Bolzano mi sono recato personalmente a visitare i distretti, ad incontrare gli operatori e a fare tutto quanto necessario per cercare di capire la filosofia ed affrontare i problemi.

Abbiamo lavorato molto in Calabria per la formazione del personale. Abbiamo lavorato anche con alcune aziende sanitarie: ad esempio quella ospedaliera di Padova ci ha chiesto di studiare i problemi legati non solo ai DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi). Ho letto i verbali delle precedenti audizioni, come ad esempio del professor Bemagiagno che ha parlato di DRG: ebbene, l'istituto superiore di sanità ha sfiorato soltanto un problema che invece l'Agenzia ha affrontato in pieno anche con i *disease staging*. Siamo in tale senso in stretto rapporto con l'Università di Baltimora e conseguentemente abbiamo una collaborazione triangolare con la regione Friuli-Venezia Giulia sul *disease staging*. Abbiamo applicato questo studio all'azienda ospedaliera di Padova: esiste un rapporto, di cui vi potrà parlare il dottor Braga.

Allo stesso scopo abbiamo lavorato, ma sui DRG, con l'ospedale San Giovanni-Addolorata, con l'ospedale Fatebenefratelli ed un'altra azienda ospedaliera sempre di Roma. Abbiamo condotto uno studio sull'impatto del sistema dei DRG nelle regioni, ed abbiamo approfondito il tema in Friuli-Venezia Giulia ed in Lombardia. Naturalmente tutte queste attività che sto descrivendo sono state realizzate sempre insieme alle regioni: noi collaboriamo, parliamo con le persone; il tutto si svolge in collaborazione con gli assessorati e con le aziende sanitarie. Come dicevo, abbiamo messo questi dati in correlazione con quelli dell'Emilia Romagna e del Lazio ed abbiamo predisposto un rapporto sul cosiddetto impatto del sistema dei DRG. Da parte nostra non poteva che derivare un richiamo al sistema

dei controlli, che avevamo già da tempo sottolineato come indispensabile.

Molte delle cose che vi sto dicendo sono state raccolte e pubblicate sulla rivista («Ricerca sui servizi sanitari»), che ognuno di voi dovrebbe aver ricevuto (abbiamo provveduto ad inviare a ciascuno di voi i numeri della rivista), il cui primo numero è stato dedicato all'evoluzione del problema ospedaliero in Italia, con una serie di articoli (tra i quali anche quello riguardante l'ospedale Fatebenefratelli) sull'impatto dei DRG. Il secondo numero della rivista è stato invece tutto dedicato ai controlli: in esso abbiamo definito cosa significa fare i controlli, con tutta una serie di confronti; abbiamo tracciato la storia dei controlli, a partire dagli Stati Uniti, per poi arrivare a definire in Italia i controlli sulle strutture ospedaliere. Sto parlando di controlli in senso tecnico-amministrativo e finanziario riguardanti l'aspetto sanitario; non mi riferisco certo ai controlli del tipo di quelli previsti dal decreto legislativo n. 626 del 1994, rappresentato altra cosa e dei quali eventualmente si potrà anche parlare. Il terzo numero della rivista, di cui ho portato oggi con me alcune copie da lasciarvi (è un'anteprima, non è ancora uscito), è dedicato alla libera professione intra muraria. Siamo stati i primi a lavorare su questo aspetto e quindi abbiamo elaborato un documento. Il tema è preso un po' alla lontana: nell'introduzione si parte dagli anni '30, cioè da prima della legge del 1938, con l'analisi di quanto succedeva in quegli anni, con riferimento ad una circolare del Ministero dell'interno fascista del 1933: avrete la possibilità di valutare l'evoluzione della libera professione in Italia fino ad oggi. In tale rivista affermiamo tra l'altro, che è stato un errore escludere percentuali inferiori al 5 o al 10 per cento dei posti letto: è un discorso che non ha senso; può valere nelle aree metropolitane, ma nella gran parte delle strutture ospedaliere periferiche non ha alcun significato, perchè a quel punto i posti letto resi disponibili sarebbero inutilizzati in quanto non ci andrebbe mai nessuno.

Altra cosa di cui era necessario tener conto è che per esercitare la libera professione privatamente fuori dell'ospedale basta avere la laurea e l'iscrizione all'albo; se la si esercita in una struttura sanitaria, scattano quei meccanismi, che potremmo chiamare di accreditamento, per cui il dirigente di secondo livello. Nelle strutture sanitarie, quando si opera in posizione di dipendente (e questo ha creato un rapporto finanziario), ci si deve comportare da dipendente: non si può entrare in sala operatoria ed effettuare un trapianto d'organi, perchè non è possibile.

Questo andava considerato, come si è fatto nel decreto del Presidente della Repubblica 13 dicembre 1986, n. 128, dove si è precisato: «secondo la disciplina di appartenenza e la qualifica di ciascuno». Abbiamo studiato questi aspetti e ora mettiamo questi aspetti e ora mettiamo le conclusioni a disposizione di tutti.

Nel primo supplemento alla rivista vi è uno studio sui beni e i servizi acquistati dalle aziende sanitarie locali nel 1993 e nel 1994; adesso ne abbiamo effettuato un altro sul 1995, essendo cambiata la metodologia. Questo cambiamento ci ha creato numerosi problemi, ma è meglio così: nel 1993-1994 vi erano 659 USL, mentre nel

1995 ve ne erano 228; le aziende ospedaliere erano 79 e adesso sono 83. Insomma, c'è un altro quadro di riferimento.

Per poter effettuare una comparazione, abbiamo dovuto riportare i dati a livello provinciale (la competenza della nuova USL ricomprende più o meno il territorio di una provincia) per verificare se vi sono omogeneità. Vi abbiamo portato il volume «Italia» e il primo di quelli relativi alle singole regioni, che riguarda il Piemonte.

Sulla spesa farmaceutica stiamo lavorando con un gruppo, costituito da tutti i rappresentanti delle regioni, che opera presso l'Agenzia (che ha fornito i dati riportati nello studio citato): terminata la riunione del gruppo, si redige un verbale che viene inviato a tutti gli assessori, completo di proposte, dati e tabelle. Spesso, infatti, capita che negli assessorati taluni aspetti vengano messi da parte, mentre noi riteniamo utile che gli assessori siano informati di tale attività; invieremo la suddetta documentazione anche ai direttori generali delle aziende sanitarie che poi rappresentano i reali utilizzatori di questo materiale. Da una serie di dati si evince, ad esempio, uno «scatto» della spesa farmaceutica avvenuto nel settembre scorso, del quale cerchiamo di comprendere il motivo; ma non si tratta soltanto di informazioni relative alla spesa perchè, in realtà, pubblichiamo anche dati connessi alla classifica dei cosiddetti *top ten*, cioè dei farmaci maggiormente prescritti in Italia e delle condizioni in cui ciò avviene. Vi sono poi dati separati che si riferiscono anche all'aspetto qualitativo.

Stiamo lavorando in questo senso perchè intendiamo arrivare ad una formazione culturale in cui i distretti di prevenzione, tutte le attività presenti sul territorio e gli ospedali trovino una forma di coesione. Stiamo studiando i rapporti tra spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale; era facile, infatti, prevedere che il sistema dei DRG non potesse fare altro che centrifugare all'esterno la spesa farmaceutica, facendola aumentare. Bisogna analizzare cosa è accaduto ai livelli per capire come si muove l'universo della sanità.

Abbiamo lavorato anche con altre regioni, che non citerò in questo momento, ma che sono richiamate nelle tabelle. Stiamo svolgendo in sostanza il nostro compito: mettere a disposizione di tutti la nostra cultura e la nostra capacità di elaborare i dati acquisiti. Chi fa ricerca sui servizi sanitari sa bene che si lavora sui cosiddetti dati secondari, quelli istituzionali, che vengono raccolti per finalità molto diverse da quelle per i quali poi vengono elaborati. Se si utilizzano dieci fonti diverse, si deve poi essere in grado di leggerle, confrontarle e interpretarle per poi costruire nuovi modelli applicativi che facciano comprendere come certe cose possono funzionare, se vi sono errori – magari macroscopici – e cosa si può fare per correggere il sistema esistente.

Ci siamo occupati molto anche del problema della qualità, in una dimensione complessiva, per non sentirci dire che la qualità è come la bellezza femminile (una donna bella per una persona può non esserlo per un'altra) e definire criteri specifici per ogni qualità.

Stiamo lavorando su tre aspetti della qualità: dal punto di vista delle istituzioni, dei tecnici e dei fruitori di servizi; si tratta di tre angolature totalmente diverse. Per quanto riguarda i fruitori di servizi e istituzio-



ni, stiamo lavorando soprattutto con il metodo APQ (analisi partecipata della qualità): una attività svolta dal laboratorio di scienze della cittadinanza, che lavora con noi in forma collaborativa convenzionale. Per quanto riguarda, invece, l'aspetto della qualità interna e professionale, abbiamo sviluppato il modello dei dipartimenti ospedalieri (un problema di cui mi occupo personalmente da circa 25 anni), che ho applicato per la prima volta all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma istituendo il dipartimento di cardiocirurgia pediatrica, e che ho poi perfezionato con i miei collaboratori, soprattutto con il dottor Mastrilli più recentemente. Questo ci ha permesso di fornire indicazioni sul cosiddetto *audit medico*, valutazioni dei professionisti sulla qualità delle prestazioni.

Un altro punto importante per l'attività dell'Agenzia riguarda l'interesse (che nasce sempre dal nostro gruppo di ricerca, prima che fossi nominato Ministro della sanità, quando eravamo tutti all'ospedale Bambino Gesù) per il *day surgery*. Mi sono occupato di questo aspetto per la prima volta nel 1988 con un progetto di ricerca (è stato pubblicato anche un volume sul *day hospital* e il *day surgery*) in seguito abbiamo costituito un gruppo di lavoro interdisciplinare italiano, abbiamo intensificato contatti internazionali e recentemente è stata fondata la Federazione italiana di *day surgery*, che raccoglie 23 società scientifiche ed associazioni, tutte impegnate ad approfondire questo aspetto.

Tale federazione ha sede presso l'Agenzia e mi ha voluto eleggere presidente; stiamo elaborando dati con precisi propositi. Vi è una sorta di gioco delle parti: nella primavera del 1996 ho richiesto un interessamento dell'Agenzia la quale mi ha trasmesso, nella mia veste di Ministro, lo studio che aveva condotto, che ho fatto pervenire al coordinamento degli assessori ma purtroppo non ha avuto alcun seguito; speriamo che lo abbia adesso, perchè si tratta di un lavoro importantissimo nel quale si dimostra che in certi casi si può arrivare a svolgere il 50 per cento di attività chirurgica ben selezionata sotto forma di *day surgery*. Siamo stati noi, prima degli americani, a sostenere la formula «con eventuale pernottamento»: sapevamo benissimo che lo sviluppo delle nuove tecniche di chirurgia non invasiva avrebbe fornito la possibilità di svolgere interventi in *day surgery*, pur con le cautele del pernottamento. Credo che stiamo lavorando nel senso giusto.

In merito ai criteri dell'accreditamento, tra breve pubblicheremo tutti i documenti dell'Agenzia, che su questo aspetto ha lavorato lungamente (in particolare, il dottor Mastrilli si è fatto carico di un'enorme mole di lavoro in merito). Si è trattato di uno studio complicato: mi sono trovato di fronte a parole magiche del decreto legislativo n. 502 del 1992, come «accreditamento», buttate lì senza che nessuno ne spiegasse il significato. Dopo aver riflettuto sulla questione ho esposto (ne ho parlato più volte anche ufficialmente) il concetto delle tre A: autorizzazione, accreditamento e – finalmente – accordi contrattuali con gli accreditati. Questo è stato fatto tenendo conto della relativa disponibilità delle risorse finanziarie del Servizio sanitario nazionale. Sull'accreditamento abbiamo svolto un lungo lavoro, anche in questo caso insieme con tutte le società scientifiche; vi è un capitolo di quel lavoro che riguarda l'ingegneria clinica. Da sovrintendente degli Ospedali riuniti di Roma (negli

anni 1976-1979), avendo sotto controllo gli otto ospedali più grandi della capitale, con 12.000 posti-letto, ero terrorizzato dall'idea che ogni mattina portano decine di Jumbo carichi di cose preziosissime, come sono le vite umane; ma chi controlla se il jumbo è in condizioni tecniche di volare? Il servizio di fisica sanitaria non ha queste competenze, ne ha altre, sulle radiazioni ionizzanti. Gli Ospedali riuniti, in seguito, sono stati sciolti e nel 1979 sono passati a lavorare all'ospedale pediatrico Bambino Gesù; nel 1980, su mia richiesta veniva istituito il servizio di ingegneria sanitaria e così tutte le mattine venivano effettuati controlli sulle camere operatorie, sul gruppo di continuità e su tutte le apparecchiature tecniche delle strutture ospedaliere. Il difetto degli ospedali italiani è proprio la mancanza di controlli e di prassi corrette, costanti, controllate e certificate, mentre è proprio quello che si deve fare. Si può investire quanto si vuole, chiamare tutti i carabinieri che si vuole, ma le cose funzionano solamente quando la gente partecipa, è formata, informata e anche controllata.

Oltre a questo documento sull'accreditamento, di prossima pubblicazione, abbiamo realizzato altri studi che per brevità non vi riporto. Credo, infatti, di aver occupato fin troppo del vostro tempo; vi ringrazio pertanto dell'ascolto, fermo restando che i miei collaboratori ed io siamo pronti ad approfondire qualsiasi argomento vi interessi, settorialmente o genericamente.

Se vi dovesse interessare, ad esempio, l'attuale situazione rispetto al problema dell'accreditamento o i documenti sull'impatto dei DRG più in dettaglio o ancora vorreste conoscere più approfonditamente le questioni del *day surgery*, dell'emergenza nazionale «118» o delle radiofrequenze, ognuno dei miei collaboratori qui presenti sarà in grado di fornirvi le necessarie informazioni.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Guzzanti per l'esauriente esposizione. Prima di aprire la discussione, mi permetto di sottolineare brevemente ai membri della Commissione che sono stati evidenziati molti argomenti che fanno parte delle nostre inchieste, ma che sono stati anche oggetto di ampio studio, indagine e documentazione da parte dell'Agenzia, qualche volta in zone e in settori specifici, qualche altra volta a livello nazionale.

Cedo ora la parola ai colleghi senatori che intendano rivolgere qualche domanda al professor Guzzanti o ai suoi collaboratori.

PROVERA. Colgo al volo l'opportunità che ci ha offerto l'ex ministro Guzzanti per avere, se possibile, un aggiornamento sulla questione del servizio di emergenza «118». Nella mia provincia, quella di Sondrio, è un'esperienza che va avanti da tempo ma i risultati in rapporto ai costi di gestione non sono soddisfacenti.

Aggiungo, a titolo personale, che sento molta nostalgia del Guzzanti ministro per i suoi meriti personali, ma non solo.

DE ANNA. Ribadisco la domanda formulata dal collega Provera, dal momento che sono interessato a conoscere quanto costa e come funziona il servizio «118».

CASTELLANI Carla. Mi associo al collega De Anna, considerato che faccio parte di un gruppo di lavoro si occupa proprio dell'attuazione del servizio di emergenza «118». Maggiori lumi potrebbero venire dall'ex ministro Guzzanti.

PRESIDENTE. Mi sembra che da questi interventi si possa rilevare che non solo l'audizione è ritenuta opportuna ed utile, ma si intende avanzare una richiesta perchè questo rapporto venga trasformato in consulenza vera e propria.

PAPINI. Siccome lo scopo dell'audizione è anche di verificare una possibilità di collaborazione in relazione ai nostri filoni di indagine, vorrei affrontare due punti specifici che seguo come relatore di un sotto gruppo.

Innanzitutto vorrei conoscere lo stato dell'arte degli indicatori di risultato, in termini di obiettivi di salute. Ricordo che due decreti ministeriali individuano una serie di indicatori, ma ad essi non è stata data attuazione dal punto di vista istituzionale. Sono stati compiuti degli studi da campione molto interessanti da parte di Mediobanca e della Coopers & Lybrand; come Commissione di inchiesta siamo interessati a sviluppare un sistema analogo di indicatori per avere un quadro delle diversità a sviluppare un sistema analogo di indicatori con dei correttivi. Vorrei sapere se l'Agenzia può fornirci un supporto in questo senso.

In secondo luogo, sapete che un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ha stabilito che ai direttori generali debbano essere affidati una serie di obiettivi specifici da raggiungere, prevedendo un incentivo economico per quelli che li abbiano raggiunti. Come Commissione di inchiesta abbiamo chiesto quali fossero questi obiettivi ad oggi: il sospetto è che tali obiettivi non vengano assegnati in via preventiva da parte delle regioni.

Infine, l'esposizione dell'ex ministro Guzzanti ha fatto sorgere in me una curiosità: qual è la misura percentuale delle risorse finanziarie che sono derivate all'Agenzia da parte delle regioni nel 1996?

Segnalo che come senatore ho ricevuto soltanto una delle pubblicazioni che lei ci ha portato in questa sede.

PRESIDENTE. Io ho ricevuto un'unica copia di due pubblicazioni e ho segnalato in Commissione la loro disponibilità.

GUZZANTI. Ne abbiamo spedito 1.600 copie, credo, in primo luogo a tutti i parlamentari. Volevo farle recapitare a mano, ma mi è stato detto che non era possibile.

MIGNONE. In verità io le ho formalmente ricevute.

Il professor Guzzanti sa che in alcune regioni c'è un numero eccessivo di ospedali e le stesse sono impegnate a razionalizzare la loro distribuzione. Questo comporta la sollevazione di tante popolazioni e mu-

nicipi. L'Agenzia è stata contattata da parte delle regioni che vogliono procedere ad una razionalizzazione delle rete ospedaliere?

Quali suggerimenti e quali linee guida l'Agenzia segue per rendere meno traumatico questo processo di razionalizzazione?

LAURIA. Da quando sono stati istituiti i DGR nelle diverse realtà regionali è cambiato qualcosa? Vorrei sapere se il loro impatto è stato positivo nelle diverse regioni o se vanno cambiati, finalizzati diversamente.

MONTELEONE. Nella «sventagliata» a 360 gradi effettuata da parte dell'ex ministro Guzzanti egli ha detto anche che l'Agenzia non ha un carattere politico, ma deve servire di supporto tecnico alle regioni.

Lei conosce la questione delle attività libero-professionali intra murarie. Circa un anno fa, pur ritenendo che la questione dovesse essere affrontata (si trascina ormai da tantissimi anni), nel corso della discussione della finanziaria abbiamo proposto un emendamento per rinviare di un anno la questione, dato che esistono più sanità che viaggiano a velocità diverse. Questo è un dato oggettivo che non si può discutere: c'è una sanità che in alcune regioni viaggia ad una certa velocità ed un'altra sanità che va a ben altre velocità in altre regioni. Ed allora il discorso riguarda non un dato di opposizione dal punto di vista politico, ma un dato concreto, la realtà del territorio; a tutt'oggi, dopo che anche di recente, a luglio, in Senato, in sede di approvazione della legge, il Ministro ha dato assicurazioni che entro settembre sulla questione avrebbe relazionato, non si è saputo niente.

Personalmente sostengo – e lo dico con tranquillità poichè in tal senso avevo presentato anche un emendamento – che se da una verifica su scala nazionale dovesse risultare che il 50 per cento delle strutture son oatte a consentire l'esercizio della libera professione, sarei il primo a votare a favore della legge. Quell'emendamento però non è stato approvato; anzi, ci sono stati otto giorni di discussione, dopo di che si sono trovati due voti in più e la legge è stata approvata senza quella modifica.

Se l'Agenzia ha un ruolo di supporto su tali questioni, come lei ha detto, vorrei sapere quali difficoltà permangono; in effetti non è stata a tutt'oggi compiuta una vera valutazione, tanto che alcuni regioni si trovano in situazioni anomale, diverse: alcune applicano *ad litteram* la legge, altre no prendendo per buona la realtà che hanno sotto mano. Questa questione è fondamentale per l'azienda sanitaria: la possibilità di concludere i contratti; a meno che non si cominci ad avvertire il bisogno di rivedere il concetto di aziendalizzazione, nel qual caso ci si dica come lo si vuole rivedere, se per spingerlo al massimo o per fare retromarcia. Non è possibile chiedere a una azienda che ha un determinato *budget*, un direttore generale, dei contratti da dover realizzare, di stipulare contratti in bianco con i medici, con chi deve mettere in pratica l'attività. Le chiedo allora: a che punto è lo stato dell'arte?

PRESIDENTE. Vorrei da ultimo anch'io aggiungere alcune richieste. La prima potrebbe forse sembrare esulare da quanto è stato detto all'inizio in risposta, ma credo sia invece intimamente collegata. Abbiamo sentito parlare di un disegno di legge governativo riguardante una eventuale riforma ed estensione dei compiti dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Vorrei sapere se il direttore non è a conoscenza e quindi conoscere la sua opinione al riguardo. Mi sembra peraltro di ricordare che, oltre all'istituzione dell'Agenzia, si era prevista all'epoca la costituzione di un'altra agenzia interna al Ministero, alla quale poi non è stato dato seguito.

Riguardo a quanto il Ministro ci ha prima illustrato mi sembra poi particolarmente importante sapere qualcosa di più rispetto all'evoluzione dei DRG. Mi riferisco in particolare a quello che è stato definito il *disease staging*, per capire meglio il funzionamento di queste strutture.

Da ultimo, con riferimento al problema del *day surgery*, ho sentito parlare di livello di sicurezza riguardante l'opportunità di prevedere una possibilità di ricovero notturno a seguito del *day surgery*. Vorrei capire se questa viene avvertita *in loco* come una disponibilità o come una necessità perentoria, indispensabile. Questo credo infatti rappresenti l'argomento del contendere al momento attuale.

GUZZANTI. Se lei, signor Presidente, me lo consente, vorrei rispondere alle varie domande insieme ai miei collaboratori, lasciando rispondere chi sui singoli argomenti specifici è più in grado di farlo. Ad esempio, il senatore Provera, così come anche la senatrice Castellani ed il senatore De Anna, volevano avere un aggiornamento sul servizio «118». Prego pertanto la dottoressa Mastrobuono di fornire una risposta.

MASTROBUONO. Per quanto riguarda il settore dell'emergenza, l'Agenzia ha preso parte a quel gruppo di lavoro istituito dal professor Guzzanti presso il Ministero nel 1995, al quale partecipavano anche il Ministero della sanità, società scientifiche ed alcune regioni, per la redazione dell'atto di intesa tra Stato e regioni in cui sono individuate le linee guida per l'emergenza e l'urgenza sul territorio nazionale, in risposta al decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992. Il documento è poi confluito nel decreto pubblicato nel maggio 1996 sulla *Gazzetta Ufficiale*: di fatto, è attualmente il documento seguito da numerose regioni anche per quanto riguarda la riorganizzazione della rete ospedaliera. Tale atto d'intesa è però mancante di alcune parti, pure previste, in particolare alcuni allegati molto importanti, tra i quali quelli concernenti il *triage*, sia ospedaliero sia per i grandi disastri; la microchirurgia della mano; la formazione ed aggiornamento del personale; le unità spinali; l'organizzazione dei centri ustioni ed infine l'emergenza pediatrica, era infine previsto un regolamento per quanto riguarda le attività dei dipartimenti di emergenza, urgenza ed accettazione. Questi allegati ancora non sono stati elaborati, ma avrebbero dovuto comunque fare parte integrante del documento.

Per quanto riguarda invece lo stato di attivazione delle centrali operative del «118», abbiamo avviato una indagine informale recentemente a livello di Agenzia nell'ambito della quale abbiamo cercato di valutare la situazione in tutte le regioni. Esistono naturalmente notevoli differenze tra le varie regioni: vi sono molte regioni, soprattutto nel Nord, che recependo l'atto di intesa tendono a convogliare le centrali operative in strutture sovraprovinciali, per cui tendono a realizzarne un numero inferiore rispetto a quelle già attivate, mentre in altre regioni, particolarmente nel Sud del paese, l'attivazione non è stata portata avanti in maniera definitiva.

Disponiamo di un elenco, che possiamo anche lasciare alla Commissione, dal quale risulta una visione diretta della situazione. Ad esempio l'Abruzzo ha attivato tutte le centrali, mentre la basilicata non ne ha attivata alcuna; la Calabria ne ha attivate tre su cinque, mentre la Campania deve ancora attivarle tutte e cinque (in mancanza del «118» ha previsto un servizio sostitutivo); l'Emilia Romagna ne ha previste 10 ed in effetti sono quasi tutte operative; il Lazio le ha tutte operative, e così via. naturalmente da questo elenco ognuno di voi potrà evincere il dato che più lo interessa.

Altra cosa alla quale l'Agenzia ha lavorato sono le radiofrequenze. È noto che già nel decreto del Presidente della Repubblica nel marzo 1992 era stato previsto che venissero distribuite coppie di frequenze su tutto il territorio nazionale, che però poi non sono state distribuite, se non molto di recente, allorquando abbiamo provveduto ad elaborare un documento su proposta del Ministero della sanità. È stato proprio il Ministero, nel febbraio del 1996, a chiedere all'Agenzia di portare avanti questo discorso e di provare a vedere se era possibile distribuire le frequenze sul territorio nazionale. L'Agenzia ha convocato un gruppo di regioni e alcuni tecnici hanno predisposto un documento per la distribuzione delle frequenze che il Ministero delle poste e delle telecomunicazioni ha messo a disposizione per il sistema dell'emergenza. Il documento nel luglio di quest'anno è stato inviato dall'Agenzia ai Ministeri della sanità e delle poste (e per conoscenza ovviamente anche al Ministro della sanità).

L'Agenzia ha inoltre partecipato alla predisposizione di due decreti, il primo dei quali relativo agli automezzi di soccorso avanzato adottato dal Ministro dei trasporti; recentemente ha condotto invece uno studio con alcune società scientifiche sul mezzo di trasporto nei centri storici, che dovrebbe essere tradotto in decreto (considerato anche l'attuale problema del Giubileo).

L'Agenzia sta altresì partecipando, insieme alla federazione italiana di medicina d'urgenza e di pronto soccorso, all'elaborazione di un questionario dal quale speriamo di poter ottenere informazioni anche sui dipartimenti di emergenza, urgenza e accettazione effettivamente attivi nel nostro paese e quindi sullo stato reale delle centrali operative. Sonostati richiesti anche dati che potrebbero essere utili per la valutazione dei costi delle centrali operative, ma attualmente il numero di questionari restituiti è ancora troppo esiguo per effettuare valutazioni al riguardo.

*GUZZANTI.* Al senatore Papini rispondo senz'altro in senso affermativo per quanto riguarda la possibilità di una nostra collaborazione in merito all'attuazione dei decreti, ex articoli 10 e 14. In relazione agli indicatori di Mediobanca, faccio presente che forse la stampa non è stata molto generosa nel parlarne come se fosse un grande avvenimento: ad esempio, che il 75 per cento delle persone che si presentano al pronto soccorso, in realtà, non vengono ricoverate è un dato notorio in tutto il mondo, è normale. I fatti sono stati presentati come se fossero strani, mentre rientrano perfettamente nella normalità, visto che si determinano ovunque. In ogni caso, siamo prontissimi a collaborare anche per la questione relativa agli obiettivi di gestione e all'assegnazione dell'incentivo economico ai direttori generali.

Circa le percentuali del nostro finanziamento, a fronte dei due miliardi riconosciuti dallo Stato, avremo ottenuto dall'altra parte un altro miliardo e mezzo; saremo arrivati a un 40-45 per cento di finanziamento reperito direttamente da noi rispetto a quello proveniente da canali istituzionali; non abbiamo gradito molto doverlo fare, perchè ovviamente ci ha abbastanza distratto da alcune attività. Il presidente Tomassini poc'anzi ricordava che si è lavorato molto sugli aspetti nazionali, ma anche su quelli più particolari: è così, necessariamente; dobbiamo farlo per una questione di sopravvivenza, e in qualche modo è anche importante.

Al senatore Mignone rispondo che certamente le regioni ci hanno chiesto una collaborazione per la riorganizzazione della rete ospedaliera, ma tutte riscontrano delle difficoltà. In Sardegna abbiamo eseguito un lavoro davvero molto razionale, però per alcune situazioni oggettivamente è necessario un atto politico; diversamente, che significato avrebbe la politica se, di fronte alle varie situazioni, decidessero solo il regolamento calcolatore, le distanze o il numero dei ricoveri? Non è questa politica. La politica consiste nel valutare le situazioni, le popolazioni, i disagi, l'economia (trovate tutto riportato nel primo numero della rivista).

La verità è che ormai l'ospedale, inteso come presidio che opera per conto proprio e chiude la porta all'esterno ritenendosi autonomo e autosufficiente, non esiste più; ormai la rete degli ospedali, il *network*, con il presidio ospedaliero ed altre strutture collegati tra loro, con specifici reparti. È però indispensabile – questo sì – verificare lo stato di attuazione della legge 18 luglio 1996, n. 382. Al settore sanitario ospedaliero affluiscono oltre 57.000 miliardi di lire: o si crea un'organizzazione ragionevole per realizzare finalmente la riabilitazione e la lungodegenza ospedaliera, oppure si devono introdurre e «spingere» le RSA; altrimenti, per i prossimi dieci anni, continueremo a ripetere sempre le stesse cose.

L'Italia è il secondo paese «più vecchio» d'Europa, inevitabilmente portato ad avere un alto numero di persone anziane (siamo arrivati a circa 10 milioni), di cui, per fortuna la grande maggioranza sta bene; per veder precipitare la situazione, basterebbe che al 5 per cento di questi – 500.000 persone – si dovesse provvedere ogni giorno in qualche modo. Esaminando i tassi di ospedalizzazione delle persone di età superiore ai 75 anni, risultano valori non del 160/ma del 36' per mille.

Nella riorganizzazione della rete vanno individuate le risposte a questi problemi per far sì che il vecchio ospedale per «acuti», in tutto o in parte, sia tramutato in riabilitazione, creando spazi per introdurre i servizi territoriali (ad esempio, distretti e consultori) e determinando finalmente una osmosi tra servizi ospedalieri e territoriali: stiamo lavorando su questo aspetto, e in qualche modo le regioni ci hanno dato attenzione.

Al senatore Lauria risponderà il dottor Braga.

*BRAGA.* Il sistema di pagamento a prestazione ha costituito la novità del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 che ha ricevuto più attenzione. Noi ce ne siamo occupati in base ad una commessa del Ministero della sanità, con l'obiettivo di valutare cosa sia accaduto nelle regioni Emilia Romagna, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia dopo l'introduzione del sistema di pagamento a prestazione.

Si deve porre anzitutto attenzione al fatto che sono state esaminate solo tre regioni e non l'intera situazione nazionale; solo poche regioni, in realtà, avevano cominciato a compilare la scheda nosologica e solo per alcune quindi era possibile valutare l'effetto dell'introduzione del sistema di pagamento a prestazione soprattutto nel Sud Italia.

In secondo luogo, è vero che il sistema di pagamento a prestazione avrebbe dovuto essere adottato dal 1995, ma è altrettanto vero che le regioni si sono comportate in modo molto differente: l'Emilia Romagna, ad esempio, ha introdotto il sistema di pagamento a prestazione solo nel 1996, mentre il Friuli-Venezia Giulia lo ha introdotto per il privato nel 1995 e per il pubblico nel 1996; solo la regione Lombardia ha introdotto tale sistema fin dal 1995 per tutto il settore ospedaliero. Ciò con riferimento anche a quanto poc'anzi affermava il professor Guzzanti sulla diversità delle regioni italiane, sia in termini di capacità informativa (quindi, di disponibilità dell'informazione di base), sia nell'applicazione del sistema di pagamento a prestazione, sia ancora nella struttura dell'offerta assistenziale.

Nel Nord Italia vi sono una forte componente del sistema sanitario pubblico e una sostanziale minorità del sistema privato; in altre situazioni, come quella del Lazio, invece la componente privata è estremamente importante. La struttura dell'offerta, ovviamente, influenza il tipo di reazione che il sistema mette in atto con l'introduzione di incentivi tariffari e in questo caso finanziari.

Vi parlerò quindi solo di quello che è accaduto in due regioni e non nell'intero territorio nazionale, ritenendo che, tutto sommato, esse rappresentino due situazioni paradigmatiche: la Lombardia per la complessità dell'offerta e la dimensione della popolazione, e il Friuli-Venezia Giulia, per l'enorme capacità di raccolta ed integrazione delle informazioni. In realtà, queste due regioni hanno avuto un comportamento molto differente, anche perchè le loro storie sono diverse: nel Friuli-Venezia Giulia l'offerta ospedaliera è sicuramente esuberante e l'uso dell'ospedale era considerato dalla programmazione regionale, cioè a livello di governo regionale, come un problema, mentre nel caso della Lombardia si partiva da tassi di spedalizzazione inferiori a quelli stabili-



ti per legge (160 per mille) e da una condizione d'uso dell'ospedale molto diversa.

Dal punto di vista dei risultati sintetici, a fronte di una aspettativa di incentivi negativi introdotti dal sistema di pagamento a prestazione con considerevole aumento del volume dell'attività ospedaliera; una riduzione della qualità dell'assistenza e dei tempi di permanenza in ospedale, che potevano diventare critici e quindi portare alla dimissione del paziente in condizioni di instabilità clinica e ad una sua successiva riammissione), ci siamo trovati di fronte ad un quadro sostanzialmente di non modifica degli indicatori, anche se grossolani, di valutazione della qualità in termini di mortalità intra ed extra ospedaliera e in termini di tasso di riammissione ospedaliera.

Abbiamo invece assistito a comportamenti molto differenti per quanto riguarda il volume di attività del settore ospedaliero. Il Friuli-Venezia Giulia ha visto una diminuzione della quantità di ricoveri ospedalieri dal 1994 al 1996; mentre abbiamo osservato un incremento del 10 per cento per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri nella regione Lombardia.

Questa differenza di comportamento è sostanzialmente dovuta al tipo di attività di governo messa in atto dalle due regioni. Nel caso del Friuli-Venezia Giulia sono stati utilizzati una serie di disincentivi tariffari per limitare e ridurre l'uso dell'ospedale: dall'abbattimento delle tariffe dopo il volume prefissato e concordato con ciascuna struttura ospedaliera, alla valutazione della appropriatezza del ricovero ospedaliero, utilizzando una penalizzazione tariffaria e finanziaria per le strutture che superano il 25 per cento delle giornate con ricoveri inappropriati.

In Lombardia questo non è successo; tutti sapete che quella regione ha scelto una via diversa, per lo meno per il 1996, ponendo un tetto complessivo al finanziamento dell'attività ospedaliera senza definire quote di volume di attività per ciascuna struttura. Questo ovviamente rende molto più complessa la capacità di controllo da parte della regione sulle attività delle singole strutture e quindi è molto più difficile poter intervenire, come invece è avvenuto in Friuli-Venezia Giulia, in corso d'opera per modificare le tariffe, disincentivare e ridurre la quantità di attività svolte dagli ospedali stessi.

occorre una precisazione. In tutti i casi, durante la valutazione abbiamo osservato sostanzialmente che i comportamenti adottati nelle strutture nel loro complesso hanno protetto i casi più fragili o più complessi, quelli che richiedevano una reale ospedalizzazione. Abbiamo osservato che la riduzione della durata di degenza e della quantità dei ricoveri ha riguardato sostanzialmente i ricoveri lievi, quelli per patologie che consentivano il trasferimento ad altri livelli assistenziali, come ad esempio il *day hospital* e il *day surgery*, oppure a livello ambulatoriale.

Ripeto che per quanto riguarda i macro indicatori di risultato, cioè mortalità e ricoveri ripetuti, sia nel caso della Lombardia (ove è stato possibile valutare solo la mortalità) che del Friuli, questi sono diminuiti in valore assoluto. La conclusione del nostro rapporto è stata che dove esiste la capacità di governo molto accentuata, come nel caso del Friuli,

gli incentivi all'aumento di attività e ai comportamenti opportunistici sono stati di fatto temperati o addirittura invertiti; dove invece il controllo è stato mantenuto a livello di macro area, quindi non è stato puntuale sulle singole strutture, questa capacità di controllo è stata meno pervasiva e meno presente.

La seconda conclusione è che non sembra esserci stato un impatto negativo sulla qualità dell'assistenza, nelle due regioni che sono state valutate, dopo l'introduzione del sistema di pagamento a prestazione.

Per quanto riguarda il *disease staging*, è chiaro che la valutazione comparativa fra le diverse strutture e fra le diverse regioni deve tener conto sostanzialmente della situazione clinica del paziente. In passato sono stati utilizzati degli indicatori di composizione della casistica aggregati; esiste però la possibilità anche di valutare in maniera specifica per ciascun caso se, a parità di classe DRG, il singolo paziente non rappresenti da un punto di vista della gravità clinica un caso più complesso.

Il *disease staging* è uno strumento che è stato messo a punto dalla Jefferson University della Pennsylvania; esso utilizza sostanzialmente le informazioni presenti sulla scheda nosologica per attribuire uno stadio di gravità clinica la paziente, con una gamma che parte dallo stadio che considera l'interessamento sostanzialmente di un solo organo in misura modesta, a quello che considera l'interessamento di un organo in maniera più pervasiva e complessa, fino all'interessamento sistemico di tutto l'individuo; infine, lo stadio è la morte del paziente. Questo consente di valutare, a parità di altre condizioni, se effettivamente le differenze e le variabilità che esistono nei comportamenti assistenziali (ad esempio la lunghezza della degenza del paziente all'interno dell'ospedale) sono giustificate da una diversa gravosità del paziente stesso o da comportamenti assistenziali non omogenei.

*MASTROBUONO*. Tra i documenti che abbiamo presentato c'è anche una proposta di regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno, che – come ha detto il professor Guzzanti – abbiamo invitato a tutti gli assessori alla sanità e al loro coordinamento nell'aprile del 1996. Lo abbiamo fatto perchè si sperava in un atto di intesa, in quanto c'è un decreto che rappresenta l'atto di indirizzo e coordinamento riguarda il *day hospital*, ma mal si adatta alle attività chirurgiche.

Nel documento le abbiamo distinte in due grandi categorie: le attività ambulatoriali, cioè gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche e terapeutiche che possono essere svolte in ambulatorio; quelle che invece possono essere svolte in regime di ricovero, cioè in *day surgery*. Nell'ambito poi della chirurgia ambulatoriale, quella che non richiede alcun ricovero, abbiamo ulteriormente distinto gli atti o gli interventi che possono essere effettuati in qualsiasi ambulatorio da procedure che devono essere invece effettuate in ambulatori protetti, cioè all'interno di ospedali o di case di cura e quindi avendo alle spalle una struttura in grado di garantire eventuali interventi di emergenza quando ciò si renda necessario. Abbiamo redatto gli elenchi con l'ausilio di circa 20 società scientifiche interessate alla materia.

Le *day surgery* sono invece attività che comportano il ricovero, quindi da effettuare in strutture che possono essere ospedaliere, ma possono essere anche equivalenti; in questo caso abbiamo parlato di posti letto equivalenti. Abbiamo preparato una lista di procedure e di interventi chirurgici e previsto il pernottamento, per le ragioni che prima vi diceva il professor Guzzanti: per tutte quelle attività che sicuramente sono gravate da maggiori complicanze, come ad esempio le adenotonsillectomie, che potrebbero richiedere il pernottamento.

Per tutti i modelli abbiamo proposto un'articolazione e un'organizzazione delle attività all'interno delle strutture, abbiamo parlato di unità indipendenti, di ambulatori, di requisiti di tutte queste strutture e infatti nell'ambito del lavoro portato avanti dal dottor Mastrilli con le società scientifiche abbiamo previsto anche i requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi di queste attività.

Peraltro, la definizione che abbiamo proposto noi di *day surgery* è stata poi ripresa nell'unico documento prodotto, contenente i requisiti strutturali, tecnologico-organizzativi per l'autorizzazione, del febbraio 1997, emanato dal Ministero della sanità. La definizione è la nostra: è stato escluso il pernottamento, mentre il resto è stato ripreso testualmente, è stato eliminato quel «o con eventuale pernottamento» che noi avevamo proposto.

PROVERA. Signor Presidente, volevo per un momento tornare su una questione che mi interessa molto e sulla quale peraltro non so neanche se i nostri auditi siano effettivamente in grado di fornire dei dati e dei lumi. Mi riferisco al «118». Come ho detto precedentemente, tale servizio esiste ormai da vari anni in provincia, però sta diventando un servizio a costi crescenti e intollerabili; soprattutto nella prima fase, quella della chiamata, si tende ad un sovraintervento, a mobilitare a sproposito l'elicottero in relazione all'entità della patologia del singolo caso, oppure addirittura arrivano sul posto elicottero e autoambulanza in contemporanea. Questo, che all'inizio poteva essere un fatto sporadico, o comunque limitato ad un certo numero di interventi, sta diventando sempre più frequente, con uno «sforamento» incredibile in termini di costi. Nella sola provincia di Sondrio, ad esempio, il servizio del «118» costa circa 12 miliardi l'anno. Si tratta di un fenomeno che voi riscontrate in altre province? Avete dei dati al riguardo? Mi interessa sapere se si tratta di una tendenza generale o se invece è soltanto un fatto locale di Sondrio.

MASTROBUONO. Dicevo prima, in occasione di un'altra risposta, che avevamo avviato insieme alla Federazione italiana di medicina d'urgenza un'indagine per conoscere più approfonditamente appunto lo stato attuale delle cose. Abbiamo quindi chiesto anche la tipologia degli interventi, i mezzi di soccorso eventualmente disponibili, il modo in cui vengono richiesti gli interventi e così via. Attualmente il numero di schede effettivamente ritornate è troppo basso per poter avere una panoramica a livello nazionale: credo che nell'aprile del prossimo anno, dal momento del congresso nazionale della Federazione, questi dati potranno essere disponibili e in quella sede potremo offrire un panorama più preciso su questi aspetti.

PANINI. Se il Presidente me lo consente, volevo intervenire sulla risposta che mi è stata data, il cui significato non ho ben colto. Infatti io mi attendevo che l'Agenzia avesse un forte rapporto con le regioni, che ci fosse in qualche modo un rapporto di collaborazione ampio, per cui in qualche modo ci fosse il sostegno finanziario da parte delle regioni al lavoro specifico dell'Agenzia. Mi sembra invece di cogliere nella risposta data una situazione un po' diversa, cioè che praticamente voi sareste distolti dai vostri compiti precipui a causa proprio delle richieste delle regioni. Può darsi che io non abbia capito bene la risposta, ma la pregherei di essere più preciso.

Resta comunque il fatto che circa un miliardo e mezzo l'anno per 30-40 persone mi sembra rappresentare un rapporto estremamente basso, assolutamente non sufficiente. Questo rappresenta un elemento di forte preoccupazione rispetto alle ragioni che sottostavano alla nascita dell'Agenzia all'epoca del provvedimento che, se non sbaglio, fu preso con Cassese: quelle per cui l'Agenzia in qualche modo dovendo lavorare per le regioni, dopo una prima fase di avvio trovasse con quelle un rapporto continuativo per cui il fatturato realizzato con le regioni potesse rappresentare il sostegno finanziario dell'Agenzia.

Oltre alla possibilità di una collaborazione - e ringrazio della disponibilità chiedevo se vi erano esperienze da parte dell'Agenzia, relativamente alla rilevazione di aspetti assimilabili agli indicatori di risultati: non l'analisi dell'acquisto di beni e servizi, ma di più fattori in maniera tale da avere contezza di cosa sta accadendo. Se vi sono strutture uguali che in realtà hanno poi un tasso di accettazione e di ricovero (delle persone che si recano presso il pronto soccorso) che varia da 1 a 6, evidentemente si tratta di andare a vedere perchè a Napoli, ad esempio, si fa una cosa e a Roma se ne fa un'altra. Questo è secondo me l'elemento più importante di una analisi degli indicatori che sia mirata ad ottenere dei risultati. Vorrei sapere se vi è un'esperienza diretta dell'Agenzia su cui fondare le basi di un rapporto.

PRESIDENTE. Mi permetto di intervenire brevemente anch'io, dando un suggerimento. Poichè abbiamo l'occasione di ascoltare gli esperti dell'Agenzia, vorrei chiedere se fosse possibile sapere qualcosa rispetto al problema degli accreditamenti. Vorrei quindi pregare il professor Guzzanti di fornirci qualche approfondimento, eventualmente riservandoci di incontrarlo in un'ulteriore audizione, visto il grande interesse che ha suscitato in tutti i presenti.

BRAGA. Al senatore Papini devo rispondere che la nostra è sicuramente un'esperienza che trascende la parte economico-finanziaria, nel senso che abbiamo utilizzato degli indicatori per valutare, sia per la regione Friuli-Venezia Giulia sia per la Lombardia, le diverse attività; quindi ci siamo limitati semplicemente a valutare la spesa per beni e servizi. Da questo punto di vista gli strumenti che abbiamo utilizzato si muovono esattamente nella direzione che lei diceva, senatore Papini. Le esperienze che noi abbiamo realizzato presso il San Giovanni o l'azienda ospedaliera di Padova rappresentano il tentativo di utilizzare all'interno di una struttura degli indicatori dell'attività svolta per orientare la gestione dell'ospedale stesso; si è trattato quindi di un tentativo di enfaticizzazione per valutare quanto la varia-

bilità esistente all'interno delle unità operative delle aziende sia giustificata dalla diversa composizione della casistica oppure di fatto determinata da comportamenti assistenziali non omogenei. Questo è l'oggetto dei rapporti che abbiamo redatto e portato in Commissione e che hanno consentito di valutare l'attività degli ospedali.

*MASTRILLI.* Per quanto concerne l'accreditamento, possiamo dire in poche parole che, su richiesta delle regioni, l'allora ministro Guzzanti aveva chiesto all'Agenzia di rivedere un documento elaborato nel 1994 sui requisiti per l'accreditamento. Abbiamo a quel punto avviato un lavoro estremamente complesso che ha portato alla redazione di alcuni primi documenti, che oggi vi stiamo consegnando (tra i documenti che vi lasciamo vi sono infatti due volumi, che contengono anche una seconda versione dei primi requisiti dell'accreditamento). Quel lavoro ha anche portato al coinvolgimento di circa 50 società scientifica, tra cui sicuramente tutte le più importanti, e all'elaborazioni compiute di documenti specifici per singole specialità. La strada che abbiamo intrapreso è risultata complessa, avendo deciso di affrontare il problema per singole specialità e di individuare i requisiti (organizzativi, tecnologici, di personale, strutturali) aggiuntivi delle singole specialità rispetto ai requisiti generali, in questo caso, delle strutture ospedaliere.

I documenti prodotti riguardano quindi i requisiti generali, organizzativi, tecnologici e strutturali delle strutture di ricovero, con in più i requisiti che riguardano l'emergenza, il *day hospital*, la *day surgery*, il laboratorio, la radiologia, la medicina nucleare e il settore gravidanza, assistenza al neonato, parto. Questi documenti insieme a circa altri 40 documenti a diverso grado di elaborazione riguardanti i singoli settori li abbiamo inviati l'11 ottobre dello scorso anno all'ufficio programmazione del Ministero, a tutti gli assessorati alla sanità e alle agenzie regionali già istituite; ritenemmo a quel momento concluso il nostro lavoro in quanto il gruppo delle regioni che si riuniva presso la nostra sede cominciò da quel momento in poi a riunirsi presso il Ministero, per produrre poi il documento sui requisiti per l'autorizzazione e non più per l'accreditamento che è stato infine emanato il 14 gennaio di quest'anno.

L'utilità dei nostri documenti è stata dimostrata dal fatto che le uniche due regioni che hanno elaborato un documento sull'accreditamento (Friuli-Venezia Giulia e Toscana) hanno ampiamente preso spunto - per loro stessa ammissione, ma al riguardo è sufficiente esaminare la relativa documentazione - dal nostro studio.

Abbiamo iniziato di nuovo ad occuparci fattivamente dell'elaborazione dei requisiti su richiesta della provincia autonoma di Bolzano. La strada ovviamente è aperta: bisognerebbe prevedere i requisiti per altre strutture sanitarie che erogano prestazioni, dalla RSA alla riabilitazione. A questo proposito abbiamo coinvolto tutte le istituzioni che se ne occupavano, mettendole coraggiosamente attorno ad un tavolo (non vi dico cosa sia emerso), ed anche in quel caso abbiamo prodotto alcuni documenti.

Vi ho portato due documenti finali, conclusivi di quel lavoro, e anche una cronistoria di tutto quanto è accaduto, con un elenco delle società e dei documenti prodotti con le società scientifiche, in ordine cro-

nologico, fino al momento in cui abbiamo informato le regioni che non eravamo più nelle condizioni di continuare il nostro lavoro.

*GUZZANTI.* Al senatore Monteleone evidenzio che nostra convinzione – sostenuta nel documento – è che l'attività libero-professionale rappresenti un obiettivo molto importante e di grande responsabilità, tale da qualificare il Servizio sanitario nazionale; per questo motivo, occorre realizzare tale obiettivo passando attraverso stadi ben definiti e tempi molto precisi, proprio per evitare che si creino malumori e malintesi. Comunque, se il senatore Monteleone avrà un po' di tempo a disposizione, troverà tutto scritto, anche con uno stile non sgradevole.

Al Presidente che mi chiedeva cosa penso del provvedimento appena presentato sul riordino dell'Agenzia rispondo che esso va diviso in due: sull'aparte che tratta i nuovi organi, compreso il direttore, on farò commenti perchè prevede che, una volta superati i settant'anni di età, il direttore non possa più essere confermato (è il mio caso); per quanto riguarda, invece, il contenuto dell'azione dell'Agenzia, a mio giudizio la parte relativa all'accreditamento è stata svolta in modo soddisfacente, considerate l'Italia e la sua cultura di settore, anche se c'è ancora moltissimo da fare.

Circa il ruolo dell'Agenzia, nella linea seguita dal senatore Papini ribadisco che sono un regionalista convinto: sono un sostenitore delle regioni e dell'esigenza di dare loro un supporto tecnico necessario pari alle responsabilità che hanno. Per molti motivi, infatti, non tutte le regioni sono nelle stesse condizioni, ma forse nessuna lo potrebbe essere perchè abbiamo impresso al sistema una svolta così importante, con strumenti così fortemente occidentali – senza avere la cultura occidentale del settore – che occorre recuperare tempo e cultura, ed è quello che stiamo tentando di fare.

Rimango convinto – chiunque ne sia il direttore o il presidente – che l'Agenzia ha un grande ruolo da svolgere, che deve essere interpretato come supporto culturale e tecnico alle regioni. Altre interpretazioni rimangono di chi le ha pensate.

*PRESIDENTE.* Ringrazio il professor Guzzanti, direttore generale dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e i suoi collaboratori per le informazioni illuminanti che ci hanno fornito. Penso che ci rivedremo quanto prima.

Dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 16,20.*



