

CAMERA DEI DEPUTATI

XVI LEGISLATURA

Resoconto stenografico della Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Seduta del 13/4/2011

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LEOLUCA ORLANDO

La seduta comincia alle 14,30.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.
(Così rimane stabilito).

Seduta del 13/4/2011

...

Audizione di rappresentanti dell'Age.Na.S.

PRESIDENTE. Vorrei, anzitutto, ringraziare il direttore dell'Age.Na.S., dottor Fulvio Moirano, nonché la dottoressa Maria Donata Bellentani e il professor Cesare Cislighi, che si occupano rispettivamente della sezione organizzazione dei servizi sanitari e della sezione monitoraggio della spesa sanitaria.

Chiedo ai nostri ospiti di illustrare gli elementi che ritengono più significativi, con riferimento agli aspetti sia organizzativi sia di bilancio.

Abbiamo già predisposto una bozza di relazione sulla Calabria, suddivisa in tre parti. La prima riguarda l'ambito finanziario; la seconda concerne il settore organizzativo e la terza si riferisce al capitolo - purtroppo non breve - dei presunti errori sanitari. Abbiamo articolato la relazione in tre parti per effettuare una disamina più compiuta dei singoli punti; successivamente, decideremo come impostarla nel complesso, anche per tenere conto dei tanti aspetti che si intrecciano, attraversando in maniera trasversale finanze, organizzazione ed errore medico in senso stretto.

Per questo, vi saremo grati se vorrete fornirci materiali o documenti. Intanto, siamo qui per ascoltare dalla vostra voce un'indicazione che ci possa consentire di individuare non soltanto criticità, ma anche possibili vie d'uscita rispetto all'attuale situazione. Peraltro, stando alle notizie di stampa, secondo il presidente Scopelliti il disavanzo non sarebbe enorme come sembrava. Certo, questo è solo uno dei tanti elementi, ma non è un dettaglio, visto che per mesi vi sono state incertezze su quale fosse il disavanzo della regione Calabria.

Do la parola al dottor Fulvio Moirano.

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Prima di tutto, vi ringraziamo dell'invito. Il presidente dell'Age.Na.S., professor Balduzzi, mi ha segnalato questa audizione, alla quale partecipo in quanto direttore a cui competono le attività di gestione dell'Agenzia, insieme ai due responsabili delle sezioni organizzazione e monitoraggio.

Riguardo ai piani di rientro, solitamente l'Agenzia invia alcuni collaboratori per le attività sul campo. In Calabria, in particolare, siamo presenti con una persona alla settimana a Catanzaro, oltre

ad altri nostri consulenti settoriali che settimanalmente vi si recano per le attività di nostra competenza.

Come sapete, l'Agenzia è di composizione per una metà ministeriale e per l'altra regionale; difatti, anche per la nomina degli organi di vertice c'è una condivisione tra il Governo e i presidenti delle regioni. Ci troviamo, quindi, a operare nelle regioni interessate dai piani di rientro, con cui abbiamo convenzioni. Nello specifico, con la Calabria abbiamo una convenzione da molto tempo e avevamo iniziato già a collaborare alla redazione del piano di rientro del presidente Agazio Loiero, la cui prima stesura fu approvata nel dicembre 2009.

PRESIDENTE. La delibera di giunta è del 4 febbraio 2010.

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Sì, mi riferivo all'approvazione dell'impianto da parte dei tavoli ministeriali. Poi ci sono state le elezioni regionali, è subentrata la nuova giunta e, nel frattempo, abbiamo lavorato come Agenzia a supporto dell'assessorato e del dipartimento su aspetti tecnici, soprattutto sulla definizione delle reti dell'offerta, ovvero la rete dell'emergenza, la rete delle discipline ospedaliere e la rete territoriale, con una modellistica pratica ed empirica che dimensiona, in linea di massima, i DEA (Dipartimento d'emergenza e accettazione) di secondo livello, quelli di primo livello, gli altri ospedali di pronto soccorso di base ed eventualmente gli ospedali di area disagiata.

Nella nostra stesura iniziale era contenuta una proposta piuttosto aggressiva. Infatti, siccome in un altro settore dell'Agenzia ci occupiamo anche degli esiti, ovvero dei risultati in termini di qualità delle cure (di mortalità per infarto miocardico acuto o di *bypass* aorto-coronarico e via dicendo), sappiamo che il dimensionamento delle discipline determina risultati migliori o peggiori, per cui se un ospedale o una divisione effettua poca attività, questa quasi sempre non è qualitativa. Pertanto, avevamo proposto la chiusura, la soppressione e la riconversione di diciotto presidi. Poi, nell'approvazione del piano, la giunta o il commissario - non ricordo esattamente - ha scelto di riconvertirne tredici, e questa per noi è già un'operazione importante.

Riteniamo, infatti, che si debbano gerarchizzare gli ospedali, affidando compiti precisi a tutti, anche, se, naturalmente, ogni contesto ha le sue specificità. La Calabria, per esempio, ha una dimensione territoriale piuttosto ampia, con tempi di percorrenza rilevanti, per cui nel dimensionare la rete dell'emergenza bisogna tener conto - come ovviamente avviene - anche di questo fattore.

Questo piano è stato recepito e deliberato; è stato quindi analizzato molto attentamente nell'ambito dei tavoli ministeriali ed è stato approvato nella riunione del 31 marzo, anche se non è stato ufficializzato perché non ho ancora i verbali, nei quali dovrebbe esserci, peraltro, anche una chiarificazione sulla situazione del disavanzo cumulato. Ad ogni modo, per quello che ho capito, visto che sono intervenuti anche degli *advisor* e degli esperti del Ministero del tesoro, il deficit è di poco superiore a un miliardo, mentre quello del 2010 mi pare sia di circa 175 milioni, di cui 120 coperti e 55 da coprire.

Queste sono le cifre che ho percepito nell'ultima seduta, dove è stato anche approvato l'impianto generale di riconversione delle reti di emergenza ospedaliera e territoriale, che, secondo il tavolo del Ministero, necessita di tempistiche da codificare in breve tempo. Si tratta, in pratica, di definire nel dettaglio le attribuzioni di ogni singolo presidio (per esempio, quanti letti per disciplina e così via). In realtà, il nostro documento tecnico aveva previsto tutto ciò, ma poi la regione ha ritenuto di intervenire, per motivi che credo attengano anche alla sfera della politica, e di definire il dettaglio successivamente, in base alle proposte delle singole direzioni aziendali. La proposta, che dovrà essere fatta entro 30 giorni dall'approvazione dell'impianto generale, la cui ufficializzazione avverrà - credo - nei prossimi giorni, dovrà contenere i dettagli in maniera puntuale. A quel punto, si capirà tutto in maniera più precisa.

Sulla base della mia esperienza, avendo lavorato come direttore aziendale e nell'ambito della programmazione in altre regioni, mi sembra di capire che la Calabria abbia approvato un piano piuttosto ambizioso dal punto di vista della ridefinizione della rete ospedaliera. Questo almeno sulla

carta, perché le azioni si valutano quando vengono realizzate. Ciò nonostante, nelle altre regioni interessate dai piani di rientro l'identificazione delle strutture complesse e dei primariati per disciplina è stata meno definita.

Questo impianto, che ha portato all'identificazione di tre DEA di secondo livello e nove di primo livello, *hub and spoke*, con tutte le discipline collegate, è abbastanza ambizioso e, a mio parere, potrebbe portare, se realizzato, a un miglioramento della qualità perché aumenterebbero i volumi. A questo proposito, colgo l'occasione per dire che nella nostra analisi sui volumi di attività a livello nazionale abbiamo riscontrato, per esempio, una percentuale molto alta - non solo in Calabria ma in tutta Italia - di ospedali con meno di 100 parti all'anno tra pubblico e privato, come anche ospedali con meno di 50 infarti all'anno, che è un numero piuttosto basso; vuol dire che circa un paziente a settimana ricorre a una struttura di questo genere.

Come dicevo, questo dimensionamento è stato approvato anche dal tavolo di monitoraggio.

Vedremo, nei prossimi mesi, se all'approvazione dell'impianto seguirà anche la puntuale definizione richiesta dal tavolo stesso. Dunque, alla prossima verifica accerteremo se ci sono delibere attuative. Rispetto ai problemi che abbiamo dovuto affrontare, come quelli della rete dell'ostetricia e dei punti nascita, alcuni provvedimenti adottati in Calabria mi pare siano già operativi, mentre altri sono in corso di attuazione. Mi è sembrato, dunque, visto che frequento molto le regioni interessate da piani di rientro, che dal punto di vista deliberativo si sia già provveduto. Certo, è molto importante verificare la realizzazione e anche la riconversione.

Il problema è che in Calabria i piccoli ospedali hanno surrogato, anche con prestazioni inappropriate, delle carenze territoriali; pertanto, la nostra preoccupazione riguarda la riconversione della rete ospedaliera, che deve essere accompagnata da una forte azione di accordo integrativo regionale con la medicina generale che consenta un potenziamento reale delle attività territoriali. Infatti, la rete ospedaliera è, a oggi, funzionante con ricoveri inappropriati. Colgo l'occasione per dire che il 25 per cento dei ricoveri della regione Calabria è inappropriato; si tratta di una percentuale piuttosto rilevante, che coinvolge quasi un quarto dei ricoveri. Tutte le regioni hanno una percentuale di inappropriatezza, ma questa è piuttosto alta. Ciò vuol dire che sono ricoverati in ospedale cittadini che potrebbero stare in un altro *setting*; però, se questo non è garantito, non possiamo tenere queste persone a casa da sole. Occorre, pertanto, la necessaria organizzazione. Questa è la nostra preoccupazione principale. La nostra raccomandazione è di dire sì alla riconversione, facendo, però, attenzione a porre parallelamente le basi dell'investimento territoriale, per il quale abbiamo anche previsto alcune azioni più concrete.

Un altro dato che deriva dalla nostra analisi del fabbisogno, in Calabria, riguarda il settore privato.

Cosa deve essere offerto dal pubblico e cosa dal privato, riguardo sia al ricovero che all'ambulatoriale? Per esempio, uno degli aspetti che ci ha colpito è l'applicazione, per alcune attività ambulatoriali, di tariffari differenti. A questo riguardo, proprio in questi giorni, abbiamo fornito un supporto per stabilire le tariffe secondo le modalità indicate dalle normative vigenti, ovvero secondo la costruzione, attraverso l'analisi di contabilità industriale, dei reali costi con cui dovrebbero essere remunerate le prestazioni. Come mi è stato riferito, in Calabria ci sono tariffari diversi. Invece, noi riteniamo che occorra adottare un tariffario unitario. D'altra parte, su questo tema, come Agenzia, stiamo per organizzare alcune analisi più puntuali non solo in Calabria, ma anche in altre regioni, perché riteniamo che questa sia una partita seria.

Sulla questione della qualità del dato, devo dire, per esempio, che anche dall'esame delle SDO (schede di dimissioni ospedaliere) - che rappresentano il flusso informativo più forte, a livello nazionale, per il Ministero - abbiamo rilevato una qualità non buona. Forse in Calabria ci sono controlli non completamente adeguati sulle SDO. D'altra parte, anche i dati relativi all'analisi della qualità alle cure ci lasciano un po' incerti. Per questo, recentemente abbiamo proposto alla regione di ricorrere al nostro supporto, ma anche a quello di altre regioni, visto che alcune agenzie regionali stanno facendo un buon lavoro sul controllo della qualità del dato.

Più in generale, la struttura dell'assessorato è piuttosto leggera anche in termini quantitativi, non comprendendo molte persone; mi è sembrato di capire che vi sia più forza nelle direzioni aziendali

che nella struttura regionale.

Ora, se questa situazione era presente in molte realtà prima del 2006, in questo momento, con i disavanzi che gravano, le regioni - non solo la Calabria - devono per forza essere attrezzate con una qualità formale, organizzativa e burocratica, nel senso nobile della parola. Questo è un tema, a mio parere, molto importante. In questo momento ci confrontiamo con la struttura commissariale, con il generale Pezzi, perché noi supportiamo per tutta la parte tecnica le azioni da realizzare per rispettare il piano di rientro. La questione della qualità e dei controlli, invece, è una funzione che deve essere forte a livello assessorile.

Poi, se avete domande, potrà intervenire il professor Cislighi, anche riguardo al flusso del conto economico allocato per livello di assistenza, che è un problema comune anche ad altre regioni, anche se il dato della Calabria mi sembra più preoccupante. D'altra parte, questo aspetto è importante perché dovrebbe essere alla base della costituzione dei costi *standard*.

In conclusione, queste sono le criticità che rileviamo sul piano tecnico e che non sono risolvibili rapidamente, ma richiedono un'azione di implementazione continua, progressiva e costante.

Non so se sia questo il luogo per esprimerla, ma la mia considerazione è che ci sono possibilità di un recupero abbastanza notevole. Per esempio, sulla questione del bilancio, una funzionaria dell'assessorato regionale al bilancio - credo si chiami Nicolace - ha recentemente fatto una riconciliazione dei debiti e dei crediti tra il bilancio regionale e il bilancio della sanità; azione che spesso è complicata in alcune regioni in piano di rientro. Questo lo vedrete nel verbale del 31 marzo che mi pare abbiate richiesto.

PRESIDENTE. Vorrei soltanto proporre alcune sottolineature, invitando poi i colleghi a porre le domande che ritengono opportune.

Noi andiamo alla ricerca di motivi di speranza, non di disperazione. Vi chiediamo, quindi, se possiamo fare delle affermazioni che diano il segno che alla fine qualcosa può migliorare o sta migliorando.

Vengo alla prima domanda. Possiamo considerare un dato non più in discussione la chiusura dei tredici presidi?

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Nel documento è scritto così.

PRESIDENTE. Ci sono scelte che appaiono incoerenti rispetto a questa indicazione?

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Non so se ci sono scelte incoerenti. La motivazione per la quale non sono state ancora compiute alcune azioni - come mi è stato riferito dalla struttura commissariale e subcommissariale - è che si attende il verbale di approvazione dell'impianto per poter adottare misure che avranno un impatto politico e sociale problematico; quindi, si cerca una copertura per questi atti, sulla base di quello che il tavolo ha ritenuto idoneo. Posso anticipare, visto che è uscito anche sui giornali, che il tavolo ha dato un parere favorevole all'impianto generale della rete e delle offerte, al quale abbiamo contribuito anche noi, ma chiede - perché conosciamo le realtà - che ci sia un cronoprogramma puntuale, che scandisca le singole azioni, tra cui le chiusure.

A questo proposito, vorrei dire che l'enfasi posta sulla chiusura - o riconversione che dir si voglia - delle piccole strutture è eccessiva dal punto vista economico. Infatti, punto molto di più sulla dimensione delle discipline; per esempio spesso ci sono troppe toraciche o cardiocirurgiche che costano molto e hanno bassa qualità. Alle volte, però, il piccolo ospedale sopperisce, pertanto va governato parallelamente alla riconversione territoriale. Tuttavia, riguardo, per esempio, alle malattie infettive, le terapie farmacologiche hanno portato a una riduzione del bisogno di prestazioni ospedaliere; dunque, spero che i primariati non siano più ipertrofici rispetto al bisogno (non solo in Calabria, ma ovunque).

In ogni caso, l'impegno sulle tredici strutture c'è stato. Esprimo, quindi, una speranza. Tuttavia,

potrò essere più preciso nel momento in cui il cronoprogramma stabilirà una scadenza precisa e la vedremo rispettata.

PRESIDENTE. Possiamo considerare ormai chiusa l'annosa vicenda della quantificazione del disavanzo?

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Sembra di sì. Lo vedrete nel verbale.

PRESIDENTE. La terza questione riguarda una caratteristica propria della regione Calabria, non soltanto sotto il profilo della mobilità passiva esterna, ma su quella interna, nel senso che anche gli stessi presunti casi di errore sanitario in una percentuale rilevante - certamente maggioritaria - accadono in coincidenza con trasferimenti: ciò lascia pensare che qualche ospedale non è tale, o lo è in maniera incompiuta, per cui sarebbe meglio chiuderlo. Tuttavia, se si vuole avere il consenso della popolazione non ci si può limitare ad annunciare la chiusura, ma occorre dire qual è, in alternativa, il servizio che si fornisce al territorio. Questo è uno degli aspetti. Funziona la stazione unica appaltante (SUA)?

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Non abbiamo rapporti specifici su questo poiché non abbiamo agito, come Agenzia, su questi settori, quindi potrei esprimere solo una sensazione esteriore.

PRESIDENTE. Le pongo ancora due domande, collegate fra di loro.

C'è un'inversione di tendenza rispetto al ruolo regionale nell'ambito della sanità in Calabria? Infatti, la sensazione che si potrebbe avere distrattamente è che i direttori generali siano più influenti dello stesso presidente della regione. Oggi c'è un'iniziativa di comando regionale o la debolezza di struttura regionale alla quale faceva riferimento è l'altra faccia di questa debolezza più generale? La qualità dei dati non può cambiare se non c'è un *input* forte della regione.

L'altro problema riguarda l'esistenza di un potere di indirizzo e di comando centrale, senza il quale sono convinto che la sanità non funzionerà mai. Occorre, infatti, un vero Ministero della salute, che oggi non abbiamo. Lo dico perché, pur avendo come Commissione un rapporto straordinario con il Ministro Fazio, ogni volta che ci incontriamo si ha la sensazione che non sia il mitico Ministro della salute degli anni passati, perché subisce da una parte il federalismo regionale e dall'altra il condizionamento dell'economia, con qualche intervento, ogni tanto, del Ministro Brunetta.

Del resto, i settori che funzionano meglio sono quelli in cui ci sono sistemi centrali. Per esempio, il settore che funziona meglio è quello del farmaco, dove l'Agenzia del farmaco garantisce un minimo di controllo centrale. Pensate se avessimo, accanto a questa, anche un'agenzia per la strumentazione, le forniture, le apparecchiature, i *device* e così via; la situazione sarebbe certamente diversa.

Credo, quindi, che il settore della salute abbia bisogno di un potere di indirizzo nazionale e di uno regionale, dopodiché i direttori generali devono svolgere il loro ruolo.

In conclusione, possiamo affermare che si notano segni di avanzamento rispetto alla consapevolezza del ruolo di indirizzo della regione oppure no?

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Su questo posso fare solo alcune considerazioni.

Innanzitutto, mi corre l'obbligo di dire, riguardo alle funzioni del Ministero della salute, che, con la sua reistituzione, c'è certamente un peso molto forte del Ministero dell'economia; d'altra parte, con la modifica del Titolo V della Costituzione, vi è anche una forte autonomia regionale. Quindi, ci sono dei compiti più specifici che attengono al ministero e altri che spettano alle regioni.

Come Agenzia, non abbiamo un potere regolatorio come l'AIFA (Agenzia italiana del farmaco), ma offriamo un supporto tecnico misto tra regioni e Ministero, per cui siamo presenti sui vari tavoli.

Dal punto di vista della struttura dell'assessorato, il problema non riguarda solo la Calabria, ma molte regioni interessate dai piani di rientro. Fino al 2006 le regioni potevano «tollerare» direttori

generali che erano più vicini alle comunità locali, perché avevano come interlocutori i sindaci, i dipendenti e via dicendo e, in ogni caso, poi interveniva qualcuno che ripianava. Oggi, invece, la regione non può fare a meno di esercitare fortemente il potere di indirizzo, anche nei confronti dei direttori generali. Prima non era consapevolmente recepita tale necessità.

Ci sarebbe da discutere - ma non mi pare la sede - sulle modalità di selezione dei direttori generali, non solo in Calabria, ma in tutta Italia.

A questo proposito, colgo l'occasione per dire che, nella regione Puglia, l'Agenzia - nella mia persona, insieme a un selezionatore di attitudini e a un altro membro scelto dalla Conferenza dei rettori - ha selezionato, su 400 aspiranti, 33 candidati che ha ritenuto, in maniera autonoma, sufficientemente idonei per quel ruolo. Ora la regione sta facendo un corso, dopodiché nominerà i direttori generali. Nelle altre regioni non siamo riusciti neanche a proporre un percorso del genere. Il problema delle direzioni generali resta un tema importante, dibattuto da molto tempo.

Per il resto, non so quanto siano importanti i commissari o i direttori generali rispetto alla struttura regionale in Calabria. Certo, c'è un commissariamento che sta facendo valere le prerogative regionali.

PRESIDENTE. È questa, infatti, la sensazione che ci ha dato il presidente Scopelliti nell'audizione svolta nella nostra Commissione.

FULVIO MOIRANO, direttore dell'Age.Na.S. Non solo il commissario, ma anche il subcommissario Pezzi mi pare stia cercando di realizzare ciò di cui lei parlava. Sulla base della mia sensazione, mi sembrerebbe che qualcosa si muova in questa direzione. Tuttavia, potremo essere più precisi fra due o tre mesi, quando le azioni descritte avranno un termine e andremo a verificare - non solo io, ma l'intero tavolo - se saranno state realizzate.

Credo che l'interesse della regione Calabria sia di attuarle; non ritengo, infatti, che vi siano molte alternative. Ciò nonostante, ho visto troppe volte, in altre regioni, che questo non è avvenuto. Sono, però, tendenzialmente un ottimista. Occorre considerare che ci sono stati affidati anche compiti delicati che, laddove non si vogliono attuare, non ci vengono neanche richiesti. Per esempio, il dimensionamento della rete dell'offerta, anche di quella privata, è un aspetto delicato e, nel momento in cui lo si affida a un tecnico, si corre il «rischio» di dover gestire qualche impopolarità.

PRESIDENTE. Insomma, voi proponete di riconvertire diciotto ospedali e si è comunque costretti a intervenire su tredici.

Do la parola ai colleghi che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

DORIS LO MORO. Intanto ringrazio il direttore Moirano per gli elementi che ci ha fornito, rispetto ai quali vorrei chiedere delle precisazioni, in continuità con il suo discorso. Io sono calabrese e seguo le vicende della regione.

FULVIO MOIRANO, direttore della Age.Na.S. La conosco, lei ha ricoperto anche alcuni ruoli istituzionali.

DORIS LO MORO. Sì. Come ho già detto, dalla cronaca giornalistica si colgono due aspetti della fase attuale. Il primo, che sembra trovare conferma anche nelle sue parole, è relativo a una linea di continuità; infatti, c'era un piano di rientro dal disavanzo, che sicuramente sarà andato avanti e sarà stato sviluppato con maggior dettaglio, ma, nella sostanza, il limite della Calabria è di non averlo ancora attuato. Ci sarebbe, quindi, una continuità nei contenuti - se sbaglio, mi correggerà - rispetto alle scelte. Abbiamo, dunque, un piano datato ormai dicembre 2009 che viene attuato con qualche ritardo, dovuto anche alla campagna elettorale, come immagino da politico, ma che si sviluppa in continuità. Questa è la prima linea che si coglie dai giornali e che vorrei che mi confermasse. L'altro aspetto è, invece, in assoluta discontinuità e riguarda la quantificazione del deficit. Infatti,

come lei saprà, la quantificazione del deficit non è stata fatta dai politici, ma dai collaboratori della regione, o meglio dagli *advisor*. Ora, quando collaboravano con la giunta Loiero, hanno quantificato un debito superiore al doppio rispetto a quello attuale. La cifra era relativa al 2008; ora siamo a 1,2 milioni di euro, compresi gli anni 2009 e 2010. Sotto questo aspetto, c'è, quindi, un'assoluta discontinuità.

In sintesi, il piano di rientro agisce in continuità, anche se in ritardo, la quantificazione del debito non la fa la politica. Allora, cos'è cambiato secondo lei?

Vorrei, inoltre, sapere se le risulta che il servizio ispettivo, il cui funzionamento, da tempo, doveva essere avviato in Calabria, sia stato attivato.

Ancora, visto che lei ha parlato di rapporto con i privati e di tariffe, vorrei sapere se il piano, che è stringente riguardo agli ospedali da riconvertire, lo è altrettanto sulla necessità di riformare le tariffe ai livelli medi nazionali - del resto, questa è stata una vecchia battaglia, sotto certi profili persa, perché ci sono delibere di giunta sconfessate dalle delibere del consiglio regionale, che media sugli interessi - nonché rispetto ai privati.

Un'ulteriore domanda tecnica riguarda le anticipazioni di cassa. Tra le contestazioni alle giunte regionali - non solo della Calabria, ma in generale - c'è quella di un eccessivo ricorso all'anticipazione di cassa. Sono informazioni che leggo e che sono piuttosto diffuse. Se ho compreso bene, l'anticipazione di cassa comporta che la regione, invece di restare insolvente e caricare le casse regionali del fondo sanitario con interessi, rivalutazione e quant'altro, paga i debiti certi con una maggiore tempestività (anche se mai quella dovuta), corrispondendo al tesoriere gli interessi da anticipazioni di cassa, che sono di gran lunga inferiori a quelli che gravano su un debito ordinario. Se è così, non capisco perché si parla di eccessive anticipazioni di cassa: si dovrebbe parlare di eccessivi debiti. Perché una regione che ha debiti non dovrebbe ricorrere all'anticipazione di cassa e dovrebbe, invece, restare insolvente? Qual è la prassi più corretta?

Infine, lei ha parlato di una persona dell'Age.Na.S. che lavora in Calabria; vorrei sapere dove e con quale funzione, anche per capire che tipo di contributo può dare.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. La ringrazio per le informazioni che ci ha fornito in maniera chiara; tuttavia, si è passati rapidamente da un argomento all'altro per cui nessuno di essi è stato approfondito. Vorrei, perciò, sapere se è possibile avere una relazione scritta più dettagliata, in modo da approfondire i singoli aspetti.

Come la collega che mi ha preceduto, le chiedo anch'io se è stato attivato il servizio ispettivo presso l'assessorato della regione.

Vorrei, poi, richiamare il contenuto dell'articolo di stampa che ho consegnato al presidente, che riguarda la ASL 9 di Locri, anche se potrebbe riguardare anche altre Aziende, di cui in questo momento non siamo al corrente. Visto che si tratta di situazioni gravi, anche rispetto a quel tipo di denuncia, come sono affrontate nel vostro rapporto queste carenze e omissioni?

PRESIDENTE. Siamo grati all'onorevole Laganà Fortugno per averci segnalato questa situazione. Uno degli elementi ricorrenti nella nostra Commissione è chiamare in causa i collegi sindacali che non controllano; ebbene, in questo caso hanno controllato.

A questo riguardo, ci siamo chiesti come mai, per anni, ci sono stati bilanci, che non lo erano in senso proprio, senza che nessuno controllasse. Credo, dunque, che questo sia un segnale positivo. Non entro nel merito, ma che vi sia un collegio sindacale che esprime dei rilievi costringe chi è responsabile dell'amministrazione attiva quantomeno a fornire una risposta rispetto a tali rilievi. Facendo seguito alla richiesta della collega Laganà Fortugno, attendiamo di avere una relazione compiuta sui singoli punti. Infatti, è chiaro che questa è solo un'informativa che, però, potrà essere sviscerata, se c'è la vostra disponibilità, anche con i nostri consulenti.

C'è, in ogni caso, un problema, sempre relativo alle cifre. Difatti, 1 miliardo e 45 milioni di euro erano già stimati nel 2009: allora, perché l'*advisor* parlava di 1 miliardo e 800 milioni? E se non è stato l'*advisor*, chi ha menzionato questa cifra? E che interesse ci poteva essere a rappresentare una

posizione di disavanzo maggiore di quella reale?

Noi siamo rimasti sconvolti quando abbiamo udito per la prima volta il presidente Scopelliti che, appena insediato, si trovava nella condizione tipica di tutti i neoinsediati, ovvero quella di cercare di far sembrare maggiore il disavanzo precedente per caricare sul passato un peso che poi sarà superato e, invece, ha fatto riferimento, con grande candore, alla cifra di 700-800 milioni di euro, precisando che mancavano Reggio Calabria e Cosenza; cosa che non era certamente un dettaglio. Ad ogni modo, oggi siamo arrivati, comprese Reggio Calabria e Cosenza, a 1 miliardo e 45 milioni di euro. Vorremmo quindi capire com'è possibile che le cifre possano oscillare tanto, nonostante l'esistenza non del collegio sindacale, onorevole Laganà Fortugno, ma di un *advisor*.

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Parto da quest'ultimo punto, precisando che sono un medico, anche se mi occupo da tanti anni di organizzazione perché ho fatto il direttore sanitario, il coordinatore e il direttore generale. Non è compito dell'Agenzia fare l'*advisor* perché se ne occupa il Ministero dell'economia e delle finanze. Io ho riferito, dunque, le cifre che ho sentito al «tavolo Massicci», dove mi è stato detto che il calcolo è stato validato dal Ministero, con alcune modalità di conteggio che comportano qualche sfumatura diversa, anche se non certamente nell'ordine dei miliardi o delle centinaia di milioni.

Ad ogni modo, in quella circostanza, ho capito questo; difatti, ho posto la sua stessa domanda relativa al 2010, ovvero: come mai solo 175 milioni di euro? Mi hanno risposto che ciò riguarda il preconsuntivo perché i tetti dei privati sono stati firmati da circa il 90 per cento dei fornitori, cosa che il «tavolo Massicci» tiene sempre a riserva nei casi in cui, come accade specialmente al sud, il rapporto con il privato non è regolato da contratto *ex ante*, ma *ex post*, quando non è addirittura assente. Difatti, in queste situazioni, si deve pagare al privato tutto ciò che ha fatturato, altrimenti si rischia una causa; per cui il «tavolo Massicci» tiene sempre queste somme a riserva.

Da quel che mi è stato riferito, i 175 milioni sarebbero dovuti - voglio ribadire che non sono dati dell'Age.Na.S., ma di altri tavoli ministeriali - al tetto di spesa relativo ai privati, al blocco del *turnover*, che ha inciso in maniera rilevante, e al blocco contrattuale. Ci sono stati, quindi, minori costi. Tuttavia, di questo dato avrete la certezza quando avrete il verbale perché vi sono riportati i dati.

Sulla questione del servizio ispettivo non vorrei dire cose inesatte, quindi mi riservo di scriverlo nella relazione che invierò nei prossimi giorni. Sono stato in Calabria tre volte in quest'ultimo periodo e ci sono stati anche dei miei collaboratori, quindi ho seguito abbastanza queste vicende, ma questo dettaglio non lo conosco.

Quello delle tariffe ai livelli medi nazionali è un problema complesso. Abbiamo un tariffario che dovrebbe essere modificato da un provvedimento ministeriale - che dovrebbe prima o poi vedere la luce, vedremo quando accadrà - e che deve essere costruito con delle regole di contabilità industriale. Nel frattempo vi sono state delle sentenze, anche del Consiglio di Stato, secondo le quali non si poteva adottare un tariffario. Sempre nel contempo - la dottoressa Bellentani lo sa bene - nel decreto n. 112 del 2008 Tremonti-Brunetta fu inserita una norma secondo la quale si poteva, in assenza di una contabilità analitica precisa o industriale, usare un *bench* con le altre regioni.

Ora, per quel che so, nelle more di provvedere puntualmente alla contabilità - il che vuol dire prendere cinque o sei laboratori calabresi pubblici e privati, fare la contabilità ABC (*Activity based costing*), ovvero la contabilità industriale, e stabilire le tariffe remunerative - la regione Calabria sta adottando un provvedimento che introduce un tariffario che si confronta con quello delle altre regioni, in attesa di crearne uno proprio. Purtroppo, in questo momento esistono tariffe diverse nelle varie aziende; cosa che, secondo noi, costituisce un'anomalia, per cui dovrebbero essere assolutamente rimosse.

Questo, però, fa il paio con la questione, che qualcuno di voi ha richiamato, del peso dei direttori generali rispetto alla direzione regionale, che è un tema molto importante.

A questo proposito, mi collego anche al tema dei bilanci, ovvero dell'entità del disavanzo. Avendo rapporti sul campo con alcune persone di KPMG, ho chiesto notizie e mi hanno risposto che

dall'assessorato non si hanno dati certi e che si dovrebbe andare nelle singole aziende per verificare i conti caso per caso. All'epoca, però, non fu possibile realizzare questo lavoro in maniera puntuale. Credo che adesso - e nel verbale del «tavolo Massicci» ci dovrebbe essere scritto - il collegamento tra il bilancio regionale e quello della sanità, realizzato dalla dottoressa, che mi pare si chiami Nicolace, abbia portato ad una puntualizzazione abbastanza precisa. Questo è quanto mi è stato riferito, ma tenete conto che sono un medico e non un contabile. In ogni caso, il dato dovrebbe essere piuttosto blindato.

Sulla base della mia esperienza, posso dire che qualche volta il direttore dell'azienda tiene i costi alti prima di chiudere il bilancio perché pensa che l'anno successivo avrà i soldi del nuovo bilancio sulla base dei costi dell'anno precedente. Certo, in quella circostanza la cifra era così enormemente più alta del reale; insomma, era una misura sicuramente non fisiologica, per cui nemmeno io saprei rispondere. Mi sento, però, di dire che la dottoressa Adduce, che lavora con il dottor Massicci, è piuttosto pignola, e questi sono i dati che ha fornito recentemente: 1 miliardo e 45 milioni di euro fino al 2009, oltre ad altri 175 milioni. Ora, non so perché si sia detto così, anche perché, tra l'altro, a quella riunione non ero presente.

La persona dell'Age.Na.S. che lavora in Calabria è stata per molto tempo, fino all'anno scorso, il dottor Gariano, che ora è stato nominato amministratore di una società di Milano, per cui ci ha abbandonato, visti i nostri miseri stipendi. Ora al suo posto c'è una dottoressa calabrese, che ha conseguito un *master* all'università Bocconi, Simona Carbone, insieme a un nostro consulente, Ragnar Gullstrand. Inoltre, sul territorio opera anche un gruppo veneto, quello del dottor Benetollo, che è direttore sanitario all'azienda di Verona, ma è stato a Thiene ed è uno dei maggiori esperti di politiche territoriali e distrettuali in Italia. Vi è, infine, la bravissima dottoressa Bellentani, che però è a Roma e in Calabria è presente saltuariamente. Pertanto, noi siamo presenti sul territorio, anche quando si tratta di affiancare la regione per affrontare delle emergenze; infatti abbiamo mandato il dottor Enriquez, che è un esperto nel settore.

Riguardo alle anticipazioni di cassa, il piano di rientro ha come deterrente nei confronti della regione il blocco dell'utilizzo della cassa. Ora, non so in quale misura ciò accada in Calabria; so, per esempio, che in Campania è molto rilevante. In pratica si blocca la cassa della regione, e in quell'ambito credo che l'anticipazione abbia dei limiti di ampiezza. Per esempio, per quello che riguardava le aziende, i limiti erano di un dodicesimo rispetto all'anno precedente. Quindi, c'erano dei limiti di utilizzo della cassa non coperta da un provvedimento regionale. Personalmente, quando facevo il direttore generale, ho sempre preferito pagare, anche indebitandomi con la banca, se potevo, perché, se il fornitore aveva garanzia dei miei pagamenti, riuscivo a portare a casa risultati migliori. Nel mio ospedale, se ricorrevo a un'anticipazione di cassa, pagavo meno del tasso della banca centrale.

La questione della Corte dei conti, che non conoscevo, attiene più al Ministero dell'economia, che ha un proprio componente nei collegi sindacali. D'altra parte, questi problemi sono già emersi anche ai tavoli ministeriali e sono stati segnalati proprio da alcuni di questi componenti.

Ciò riguarda la questione del peso più forte che c'è stato su alcune aziende. Ora, non so se è o sarà ancora così; spero che non lo sia.

PRESIDENTE. Riguardo alla vicenda di Locri, ne troveremo traccia nel verbale?

FULVIO MOIRANO, direttore dell'Age.Na.S. Non credo. So che in passato alcuni funzionari del Ministero dell'economia avevano puntualmente segnalato, ad esempio, la questione delle consulenze, ma non c'era stata risposta; nessuno diceva niente e si andava avanti così. Credo, invece, che in questo caso occorra fare delle denunce perché siamo di fronte a patologie evidenti. Quindi, chi è a conoscenza di questo deve provvedere. Se io fossi un direttore generale che riceve un verbale di quel genere non starei tranquillo, ma probabilmente altre persone sono più tranquille di me. D'altronde, se il Ministero lo riceve, come avviene sicuramente, dovrebbe farvi fronte; ma forse si tratta di un caso recente. Ad ogni modo, sono fatti che non conosco.

Vorrei rispondere all'ultima domanda dell'onorevole Lo Moro sulla continuità dei contenuti. A tale riguardo, mi sento di dire che c'è continuità. Noi abbiamo seguito questo processo fin dalla fase della stesura, quindi possiamo osservare questa continuità. Devo dire, per onestà intellettuale, che - forse perché eravamo in periodo preelettorale - la fase della scrittura aveva meno continuità di azione, mentre oggi ne vedo un po' di più. Fra qualche mese potrei anche essere più esplicito in un senso o nell'altro. Ad ogni modo, oggi, almeno apparentemente, vedo una forte volontà in tal senso.

DORIS LO MORO. Vorrei sapere un'ultima cosa. Non mi sorprende che la collaborazione della dirigente al bilancio della regione sia stata preziosa per la quantificazione; anzi, mi induce ad affermare - anche se non sono una contabile - che una verifica puntuale del bilancio regionale sarebbe in grado di mettere in luce le disfunzioni che riguardano la sanità. Di conseguenza, credo che in Calabria non ci sia stata una buona verifica nella sanità, come nel bilancio della regione nel suo insieme. Ritene vera questa affermazione?

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* In alcune regioni sottoposte a piano di rientro - poche, a dire il vero - ci sono state delle riconciliazioni incerte tra la spesa sanitaria effettiva e quella che era iscritta in bilancio.

DORIS LO MORO. La riconciliazione avviene in un momento di difficoltà.

FULVIO MOIRANO, *direttore dell'Age.Na.S.* Si tratta di due finanziamenti separati: quello destinato alla sanità non si può utilizzare per altro. In Abruzzo, ad esempio, è stato utilizzato per altro, quindi in maniera irregolare e illegittima. Riguardo alla Calabria, questa ricostruzione - anche se non so precisamente in che misura - ha definito puntualmente i bilanci delle ASL e quelli regionali rispetto ai fondi e ha fatto chiarezza sull'utilizzo delle risorse della sanità. Di conseguenza, mentre prima si sentiva parlare di esposizioni orali del bilancio, adesso mi sembra di poter dire - pur essendo un medico, lo ripeto - che sono stati messi dei punti fermi.

Per quanto riguarda il grado di raggiungimento della funzionalizzazione della rete ospedaliera è vigente il decreto n. 18 dell'ottobre 2010.

A questo riguardo devo dire che il subcommissario, generale Pezzi, e l'intera struttura hanno fatto delle pressioni molto forti perché venisse espresso il parere da parte del «tavolo Massicci» prima di partire con le azioni «cruente». Il Ministero, per vari motivi, ha fatto diverse pre-riunioni per discutere i dettagli, prima di quella del 31 marzo. In questo periodo sono state intraprese solo alcune azioni perché quelle più forti la regione ha dichiarato di volerle assumere solo in seguito all'approvazione del verbale.

Tuttavia, sulla rete dell'ostetricia e dei punti nascita e sulla riconversione di qualche ospedale minore si sono già mossi. A mio parere, quando questo piano verrà puntualizzato in relazione al singolo presidio e alle singole discipline, forse ci sarà una reazione dei professionisti e quindi, solo allora, si capirà se questa azione sarà propulsiva o se ci saranno dei tentennamenti. Avendo svolto per molto tempo questo tipo di attività, so che la politica entra in difficoltà quando cominciano a schierarsi i professionisti e le comunità locali.

Gli ospedali che sono stati chiusi non erano funzionanti, dal punto di vista della riconversione, ma rispetto ai punti nascita è stato fatto qualcosa in più.

Ad ogni modo, siccome è previsto uno stringente cronoprogramma, nel giro di pochi mesi si vedrà.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Moirano e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,35.