

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

*Mercoledì 21 luglio 2010*

**Audizione del presidente della regione Lazio, Renata Polverini.**

PRESIDENTE. Desidero dare il benvenuto alla presidente della regione Lazio, Renata Polverini, accompagnata dal dottor Mario Morlacco, sub commissario per la realizzazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, e dal capo di gabinetto dottor Giovanni Pietro Zoroddu. Li accompagnano, altresì, il dottor Andrea Urbani, la dottoressa Francesca D'Avello e la signora Germana Alessandri.

Desidero ringraziare la presidente per la disponibilità e ribadire, come abbiamo fatto nei confronti degli altri presidenti di regione recentemente auditi (il presidente Scopelliti e il presidente Caldoro), che la Commissione ha ritenuto doveroso per il proprio ruolo istituzionale audire i presidenti di regione neoeletti per fissare in qualche modo l'«anno zero» e il punto sulla situazione della sanità nelle rispettive regioni, in modo che si possa nel tempo valutare come è proceduto nelle singole regioni il compimento degli atti collegati ai piani di rientro. Credo che sia importante ricordare alla presidente Polverini che abbiamo fatto pervenire alla regione Lazio alcune segnalazioni di presunti errori sanitari e di casi di anomalia nel funzionamento del sistema sanitario; al riguardo abbiamo predisposto un prospetto che le consegniamo perché abbia modo di verificare tramite gli uffici caso per caso se occorre trasmettere una risposta, ove non ancora data, o integrare risposte già fornite dalla precedente amministrazione.

Desidero far presente che il tema degli errori sanitari è sicuramente di grande allarme sociale, perché è uno dei temi sensibili, in quanto riguarda direttamente i soggetti che si presumono vittime di errori sanitari. È evidente che in molti casi - direi in quasi tutti - l'errore sanitario non è legato soltanto al «chi», ma anche al «perché» dell'errore; di regola il «chi» e il «perché» non coincidono quasi mai. Certo, nell'ipotesi di un chirurgo che entri in sala operatoria in condizioni di ebbrezza, il «chi» e il «perché» coincidono e non c'è da fare altra analisi; ma direi che in quasi tutti i casi, accanto al «chi», che riguarda una responsabilità professionale degli operatori sanitari, c'è un «perché» funzionale e organizzativo che a noi interessa in pari maniera perché il rimuovere le ragioni funzionali e organizzative impedisce il ripetersi dell'errore in casi futuri.

Abbiamo come punti di riferimento il resoconto stenografico dell'audizione, svoltasi il 27 gennaio scorso, del professor Guzzanti e dell'allora vicepresidente della regione Montino, nonché la relazione della Corte dei conti, che sarà pubblicata nel 2010, ma che in realtà fa riferimento al 2009. Questa relazione ci aiuta molto per fissare lo stato finanziario, organizzativo e funzionale della sanità nella regione Lazio.

Ricordo che il 23 aprile del 2010 la presidente della regione Lazio è stata nominata con provvedimento del Presidente del Consiglio dei Ministri commissario *ad acta* per il rientro dal disavanzo ed è evidente che in quest'operazione sono previste numerose misure strutturali che ovviamente richiedono tempo. Non siamo qui, quindi, per chiedere se il rientro sia avvenuto, perché non credo che sia nello spirito del piano, bensì quali siano le azioni coerenti con le indicazioni del piano attraverso le quali si pensa di rientrare dalla questa posizione di disavanzo finanziario sanitario.

Il Lazio ha una serie di particolarità che si riferiscono alla sua centralità nel sistema sanitario

nazionale e a una forte presenza di sanità pubblica, privata, universitaria e religiosa. Uso quest'ultima espressione, ma è chiaro che faccio riferimento a privati legati alla particolare condizione della città di Roma e della regione Lazio.

Con riferimento a questo, nel tavolo che ha fatto il punto dello stato della sanità nella regione Lazio si fa presente che il protocollo con il policlinico Gemelli è scaduto; che per quanto riguarda Tor Vergata manca il programma operativo, che deve essere definito; mentre, invece, per quanto riguarda l'Umberto I e il Sant'Andrea non vi è ancora accordo, ma risulta stipulata la relativa normativa convenzionale.

Sulla sanità privata la cronaca ha riportato all'attenzione - e noi ce ne siamo occupati - anche alcune vicende; cito, ad esempio, quelle legate alle cliniche Angelucci. Si tratta di una serie di casi sui quali gradiremmo conoscere la valutazione da parte della presidente della regione Lazio adesso o successivamente con apposita relazione, ma sono tutti casi già evidenziati.

Riguardo alle operazioni di rientro dal disavanzo, credo che si debba operare secondo due direttrici, come mi sembra si evinca anche dai dati in possesso. Abbiamo innanzitutto un problema che si riferisce ai dati certi dal 2001 al 2008; il secondo binario è quello che si riferisce al disavanzo del 2009.

Devo dire che sul disavanzo del 2009 i dati in possesso sono molto più certi; sul disavanzo di 2001 e 2008 c'è qualche elemento di incertezza, sul quale è opportuno ritornare.

In particolare, riguardo al disavanzo, voglio ricordare che per il periodo successivo al 2001 la relazione Carosi-D'Urso della Corte dei conti ha sostanzialmente messo in evidenza una serie di anomalie, ben note certamente alla presidente della Polverini, che vanno dalla cattiva tenuta dei sistemi di contabilità economico-patrimoniale a conflitti di interessi tra *advisors* e amministrazione pubblica. Si fa anche riferimento alla mancanza nelle aziende sanitarie, nel periodo 2001-2005, di basilari elementi gestionali di contabilità aziendale, come da indicazioni della Corte dei conti.

Il debito netto della regione Lazio in linea capitale sino al 31 dicembre 2005 risultava essere pari a 9,9 miliardi di euro. Questo cifra ha subito una serie di operazioni, per cui alla fine torna a essere di circa 9 miliardi di euro, perché si è proceduto a operazioni di ammortamento e di cosiddetta transazione - anche se l'espressione probabilmente è tecnicamente imprecisa - per cui di quei 9,9 miliardi di euro, 6,2 sono stati oggetto di ristrutturazione finanziaria, mentre i restanti 3,7 non potevano esserlo. I 6,2 miliardi di euro, per effetto della ristrutturazione finanziaria, in altri termini per effetto di un'operazione di rateizzazione nel tempo del rientro, caricati degli oneri finanziari sono diventati 7,5 miliardi di euro che, sommati ai 3,7 che invece non sono suscettibili di essere sottoposti a operazione di ristrutturazione finanziaria, ammontano a 11,2 miliardi di euro. Detratte le somme per rate già estinte, si arriva nuovamente a 9,04 miliardi di euro. Va aggiunto che, con riferimento alle politiche di indebitamento, nel 2003 c'è stata una operazione di cartolarizzazione oggetto di parecchi appunti e censure da parte della Corte dei conti. I particolari sono nella documentazione, ma il tema di fondo è che si è cercato di provvedere a un'operazione di cartolarizzazione che ha dato vita alla istituzione della Sanim Spa, società che avrebbe dovuto accompagnare un coinvolgimento tra la regione Lazio e la Cartesio Srl per provvedere alla contabilizzazione, anche attraverso l'ingresso della regione Lazio, per la parte sanitaria, nel mercato dei capitali.

Sono state rilevate una serie di anomalie, note e che riguardano costi per i consulenti legali di Siti Group, il mancato conseguimento degli obiettivi fissati nel periodo e anche i ritardi nei pagamenti dei fornitori. Dal gennaio 2009 oramai il pagamento avviene in 180 giorni attraverso procedure automatiche, almeno questo è quello che viene evidenziato dalla Corte dei conti.

Questi sono i dati relativi al primo periodo. Sul dato riferito al periodo successivo si sofferma, in particolare, il tavolo comunemente denominato «Massicci», ex articolo 12 dell'accordo Stato-regioni. In esso si fa riferimento alla circostanza che vi è un disavanzo per il 2009 stimato in 421 milioni di euro. Nel caso della regione Lazio e a differenza che per altre regioni, per il 2009 i dati appaiono attendibili, ovvero non sono oggetto di valutazione discordante come purtroppo è accaduto in altre regioni.

Le quantità di risorse richieste dalla regione a tutto il 2008 ammontano a 1 miliardo e 735 milioni di euro; tale somma non è stata erogata alla regione Lazio, come anche ad altre regioni, a causa del mancato rispetto delle condizioni previste dal piano di rientro. Il rispetto del piano serve, quindi, non soltanto a rientrare, ma anche a utilizzare le somme ordinarie spettanti alla regione sul Fondo sanitario nazionale.

Sulla base degli esiti parzialmente positivi del 3 febbraio 2010 e del 24 marzo 2010 sono stati erogati 320 milioni di euro, rispetto al miliardo e 735 milioni di euro che avrebbero dovuto essere erogati.

È evidente che in queste condizioni, legate anche al commissariamento, non può non farsi ricorso alla fiscalità addizionale di IRPEF e di IRAP. Questa addizionale dovrebbe portare il disavanzo 2009, pari a 421 milioni di euro, a 330 milioni di euro circa. Resta da coprire un disavanzo pari a 90 milioni di euro.

Abbiamo letto - e su questo vorremmo dei chiarimenti - di possibili sospensioni di questi massimali fiscali. La cosa ci ha lasciati un po' perplessi perché sappiamo che questo tipo di fiscalità opera automaticamente. Così è stato, per esempio, nella regione Calabria che abbiamo recentemente audito: abbiamo appreso dal presidente Scopelliti che di fatto si sono applicati tutti i massimali di fiscalità. Con riferimento alla regione Lazio abbiamo riportato il conteggio, che non è nostro, ma del tavolo *ex* articolo 12, il cosiddetto tavolo Massicci.

C'è stata anche una richiesta da parte della regione Lazio di fondi FAS, ma sappiamo che su questa richiesta il Governo ha manifestato una posizione contraria ritenendo che tali fondi servano ad altro piuttosto che a coprire i disavanzi finanziari.

Siamo qui, quindi, ad ascoltare la relazione dalla presidente Polverini chiedendo, in particolare, alcuni chiarimenti. Essi sono tratti sempre da quella che per noi è la *road map* costituita dalla riunione del tavolo Massicci e del Comitato di verifica del 19 maggio 2010: lo stato di avanzamento dell'organizzazione della rete parasanitaria pubblica e privata; le situazioni dei protocolli d'intesa con le università, che in tutta Italia subiscono ritardi nella stipula, entrando in contatto e qualche volta in contrasto le logiche accademiche con le logiche del servizio sanitario nazionale per semplificare i problemi che vanno moltiplicandosi in tutto il territorio nazionale; come si intende procedere al riassetto della rete ospedaliera, e in particolare il numero dei posti letto eliminati o convertiti secondo le diverse tipologie, essendo, la regione Lazio dotata di 24.999 posti letto ed essendo prevista una riconversione e riduzione di un 10 per cento, circa 2.500-3.000 posti letto. Vogliamo ancora chiedere alla presidente se vi sono altre considerazioni che ritiene di sottoporre all'attenzione della Commissione, mentre invece risulta già positivamente attivata la tessera sanitaria, che è una delle condizioni poste dal tavolo e dal Comitato.

Vorremmo sapere, inoltre, se la regione ha attuato il ricorso all'Age.Na.s. Uno dei punti sollevati dal tavolo Massicci il 19 maggio 2010 è, infatti, se ci si è adeguati, con riferimento agli organi dell'attività di controllo, alle indicazioni della Corte dei conti. Infatti, la Corte dei conti ha mosso pesanti censure sulla modalità di svolgimento dell'attività di controllo della regione Lazio, sui bilanci e sulla stessa compatibilità, idoneità e adeguatezza dei soggetti preposti a svolgere le funzioni di organi di controllo interno: non si comprende come si possa arrivare a disavanzi di bilancio così forti senza che alcuno possa essere considerato responsabile tra i tanti che hanno messo mano ai bilanci e che, soprattutto, hanno operato il controllo interno. In altri casi - credo che lo stesso debba valere per la regione Lazio - abbiamo chiesto che si facciano valere le responsabilità degli organi interni di controllo finanziario, in particolare dei revisori dei conti, che hanno svolto una funzione che certamente non ha prodotto gli effetti che istituzionalmente avrebbe dovuto esprimere.

Non voglio aggiungere altro, ma mi sembrava doveroso fare questa carrellata formulando alla presidente Polverini i migliori auguri di buon lavoro. Certamente avrà di che lavorare. Noi siamo qui per verificare la situazione attuale e poi, nel tempo, i passi che si faranno per ricondurre la regione Lazio a condizioni di normalità non soltanto contabili e finanziarie, ma soprattutto - che è la cosa, credo, più importante - per garantire il diritto alla salute. Questo è un tema ricorrente: tutte le

volte che si tratta di piani di rientro, infatti, si conviene che debbano essere messi a posto i conti, ma si chiede con quali modalità garantire il diritto alla salute del cittadino.

Do la parola alla presidente Polverini.

RENATA POLVERINI, *presidente della regione Lazio*. Leggerò una relazione che ho preparato e che contiene alcuni dati.

Vorrei però prima fare una precisazione sull'imposizione fiscale: l'imposizione scatta perché il Governo unilateralmente decide di non darci i fondi FAS. Non è che scatta e poi noi chiediamo i FAS: è esattamente il contrario. Siamo stati chiamati al Consiglio dei Ministri, il Governo ci ha comunicato che non intendeva far utilizzare alle regioni con disavanzo la quota di fondi FAS, e quindi automaticamente, per effetto del patto per la salute, scattano le addizionali. In relazione alla nostra presenza al tavolo tecnico - avendo ormai oltretutto un rapporto quasi quotidiano, visto che stiamo operando profondi cambiamenti - auspichiamo, insieme anche a Calabria, Campania e Molise, che nell'ambito di un riconoscimento del piano e dell'inversione di tendenza che si sta realizzando nel Lazio grazie alle nostre indicazioni, ci sia la possibilità di bloccare l'automatismo. Per fortuna, infatti, scattano da novembre e da maggio, quindi ancora di fatto c'è stata soltanto una comunicazione dell'Agenzia delle entrate per dire che il patto per la salute prevede l'automatismo. Magari non succede, però noi ci stiamo provando in tutti i modi.

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, ma così rimuoviamo definitivamente questo aspetto. Le notizie di una possibile sospensione della fiscalità sono legate all'attesa da parte della regione della possibilità di utilizzare i fondi FAS?

RENATA POLVERINI, *presidente della regione Lazio*. Certo, i fondi FAS si sbloccano ovviamente nel momento in cui il piano di rientro viene apprezzato, quindi questo è un percorso. Oltretutto, ci sono state delle scadenze, per quanto riguarda il patto della salute, che rientrano precisamente nel periodo elettorale, e quindi in teoria era quasi impossibile rispettarle, per quanto in gestione commissariale, soprattutto nella fase di passaggio tra un presidente e l'altro e tra un commissario e l'altro. Per quanto si sia stati veloci, è trascorso tempo.

È nota la gravità della situazione del sistema della regione Lazio con particolare riferimento agli aspetti economico-finanziari e patrimoniali, nonché al sistema di offerta dei servizi. Oltre due terzi del bilancio regionale sono dedicati alla spesa per la sanità, che negli ultimi anni ha segnato un incremento costante arrivando ormai a superare gli 11 miliardi di euro.

Le criticità del sistema sono molteplici e complesse, come ha recentemente osservato di nuovo la Corte dei conti. Il servizio sanitario regionale è caratterizzato da una marcata prevalenza della componente ospedaliera, concentrata soprattutto nell'area metropolitana rispetto ai servizi territoriali. A fronte di questo si registra, viceversa, un incremento demografico importante, che arriva fino al 12 per cento, della provincia, che aumenta così il proprio *gap* in termini di servizi. I diversi livelli essenziali sono scarsamente integrati tra loro con i servizi sociali, derivandone una situazione che conduce a discontinuità nell'assistenza.

La componente privata, sia ospedaliera sia relativa ai servizi specialistici ambulatoriali e di diagnostica, è rilevante. «È eclatante - afferma la Corte dei conti - il fatto che, mentre la popolazione laziale è poco più del 9 per cento di quella nazionale, i posti di riabilitazione costituiscono il 18 per cento. Analogamente, per quanto riguarda la lungodegenza post-acuzie, nella regione Lazio è presente il 17,7 per cento dei posti letto dell'intero territorio nazionale. La spesa farmaceutica lorda a carico del servizio sanitario regionale equivale nel Lazio al 18 per cento della spesa totale».

Sulla base di queste considerazioni la situazione fu affrontata in modo organico con la legge finanziaria per il 2005, alla quale è seguita l'intesa Stato-regioni e province autonome del 23 marzo 2005. A seguito di questi provvedimenti ha avuto avvio l'elaborazione del previsto programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario regionale, che

ha portato alla sottoscrizione del relativo accordo e del piano di rientro del marzo del 2007. Nel primo anno di attuazione del piano di rientro non sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati e, di conseguenza, rimaneva totalmente irrisolta la gran parte dei punti critici individuati nel piano di rientro. Il perdurare di tale situazione ha comportato una iniziale diffida al presidente ad adottare gli atti necessari, quindi il commissariamento e, subito dopo, la nomina del sub commissario. La situazione ereditata dal nuovo governo regionale rimane, dunque, caratterizzata dalla mancata approvazione di atti essenziali per la corretta attuazione del concordato piano di rientro che la giunta regionale avrebbe dovuto assumere negli anni passati.

Gravi e oggettive carenze di natura strategica e normativa hanno comportato un aggravarsi costante della già difficile situazione del sistema sanitario laziale e della gestione economica e finanziaria dello stesso. L'opera di risanamento che abbiamo avviato richiede molteplici e contestuali interventi, dovendo affrontare ambiti di particolare complessità, quali ad esempio l'eccesso di posti letto ospedalieri rispetto allo *standard* previsto dal patto per la salute del 3 dicembre 2009. Infatti, la regione Lazio ha una dotazione al 1° gennaio 2010 di circa 25.000 posti letto per una popolazione di 5.626.710 abitanti, e quindi circa 4,4 posti letto per mille abitanti. Secondo il nuovo patto per la salute, come sapete, lo *standard* per mille abitanti è di quattro posti letto, per un totale, quindi, di 22.507. Ne risulterebbe che la regione Lazio ha un'eccedenza di 2.492 posti letto. Tale contesto ha diverse conseguenze: se da una parte i posti letto per acuzie mostrano un'eccedenza di circa 660 posti, ben diversa è invece la situazione delle post-acuzie con una eccedenza di 1.826 posti letto, di cui 1.203 nella riabilitazione e 623 nella lungodegenza.

La presenza di strutture ad alta complessità, e conseguentemente anche molto costose, è in misura notevolmente più elevata rispetto alle altre regioni d'Italia. In particolare - è stato già ricordato - nella regione Lazio insistono: gli unici due policlinici non statali esistenti in Italia (Gemelli e Campus biomedico); altri tre policlinici pubblici (Policlinico Umberto I, università di Tor Vergata e il Sant'Andrea), per un totale di cinque policlinici; sette ospedali cosiddetti classificati, gestiti da enti ecclesiastici; tre istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, di cui due, il San Raffaele e la Fondazione Santa Lucia, a vocazione monospécialistica riabilitativa, ed uno, l'IDI, a vocazione monospécialistica dermatologica; tre istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IFO, Spallanzani e l'Istituto di ricovero e cura per anziani); offerta riabilitazione post-acuzie di lungodegenza medica quasi totalmente appannaggio di strutture private; strutture extraterritoriali, quale l'ospedale Bambino Gesù e le strutture sanitarie dell'Ordine dei Cavalieri di Malta; frammentazione di strutture ospedaliere pubbliche e private in tanti piccoli presidi che non possono garantire livelli di assistenza relativamente qualificati e sicuri; grandissimi ritardi nel processo di accreditamento delle strutture sanitarie, per il quale non è stata mai costituita un'efficiente struttura amministrativa regionale. Vi è pertanto la necessità di ricostruire detta struttura nel suo complesso per recuperare i gravissimi ritardi.

Nei primi 75 giorni di mandato commissariale abbiamo - insieme al sub commissario - proceduto, tra l'altro, a: ridefinire i programmi operativi 2010, come richiesto dal mandato commissariale, entro il 31 maggio 2010; definire i tetti di spesa per gli erogatori privati relativamente all'attività ospedaliera e ambulatoriale, oltre che alla riabilitazione *ex* articolo 26 e alla neuropsichiatria. Essi sono regolati da altrettanti decreti che elenco di seguito: decreto 38, remunerazione delle prestazioni di riabilitazione *ex* articolo 26, legge 833/78 dei soggetti erogatori privati accreditati; decreto 39, remunerazione delle prestazioni ospedaliere per acuti dell'anno 2010, case di cura private accreditate; decreto 40, remunerazione delle prestazioni erogate dagli ospedali classificati e dall'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico IDI per l'attività ospedaliera per acuti e specialistica ambulatoriale; decreto 43, remunerazione delle prestazioni ospedaliere di riabilitazione e lungodegenza medica post-acuzie per l'anno 2010 delle strutture private accreditate; decreto 44, remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti privati accreditati; decreto 53, remunerazione delle prestazioni rese in case di cura neuropsichiatriche dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati per l'anno 2010.

Abbiamo, inoltre, provveduto a: sottoscrivere gli accordi con i policlinici universitari privati,

Policlinico Gemelli e Campus bio-medico, approvati con decreto commissariale n. 52 del 2010; completare il riassetto della rete laboratoristica pubblica e privata adottando il decreto 54 del 2010, che definisce gli ulteriori adempimenti per il completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale pubblica e privata; definire la proposta di riorganizzazione e qualificazione della rete ospedaliera, che i miei predecessori non erano riusciti ancora a fare, adottando il decreto 48 dell'anno 2010 che definisce il piano degli interventi per la riconduzione dell'offerta ospedaliera per acuti, riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica agli *standard* previsti dal patto per la salute 2010-2012; definire le proposte delle reti di alta specialità «malattie infettive», «assistenza perinatale», «malattie emorragiche congenite» e «rete oncologica». Stiamo, inoltre, lavorando, secondo il piano di lavoro stabilito, per predisporre le altre sette reti previste per il 31 luglio: emergenza, assistenza all'ictus cerebrale acuto, assistenza al trauma grave e neurotrauma, assistenza cardiologica, assistenza in chirurgia maxillo-facciale, assistenza in chirurgia plastica, assistenza in chirurgia della mano. Tra le iniziative che abbiamo avviato merita senz'altro particolare menzione l'istituzione del Nucleo regionale di controllo sanitario, in cui è prevista la presenza di due membri, rispettivamente, della Guardia di finanza e dei Nuclei antisofisticazioni dei Carabinieri. Si tratta di una struttura che già appartiene ad alcune regioni, tra le quali la Lombardia; l'abbiamo trovata interessante e l'abbiamo proposta, quindi, anche nel nostro sistema. Lei, presidente, faceva riferimento all'assenza di controllo: anche per me è stato assolutamente sorprendente scoprire che in questa regione non c'è un organismo che possa effettivamente controllare e monitorare la spesa, e quindi anche quando si ha l'assoluta consapevolezza di quanto il sistema è costato, a oggi non si è nella condizione di poter intervenire. La spesa va, dunque, monitorata e controllata. Abbiamo iniziato subito con gli strumenti che avevamo, soprattutto per il controllo di bilancio anche nelle strutture pubbliche. Ho detto anche pubblicamente che, con nostra grande sorpresa, nei primi accessi abbiamo trovato anche doppie fatture, pagate due volte, oltre che tanti debiti che nei bilanci non sono stati cancellati. Questi in termini di economia non pesano, ma sicuramente in termini di pulizia del bilancio hanno la loro importanza.

Il Nucleo di controllo avviato a seguito dei decreti 41 e 55 dovrà occuparsi di coordinare gli interventi ispettivi di carattere clinico, puntando principalmente verso le realtà che negli ultimi anni sono salite alla ribalta della cronaca per i casi di malasanità. L'azione di controllo, infatti, è solo il primo passo, perché è chiaro che dovrà essere data sempre più importanza all'implementazione degli strumenti e dei processi necessari alla prevenzione e alla mitigazione dei rischi clinici. Per il caso con il quale ci siamo confrontati nei giorni immediatamente successivi al mio insediamento - come sapete, una signora è morta di parto in una clinica - facemmo attivare allora, non essendo ancora io nei poteri di commissario nel momento di passaggio, gli ispettori da parte del Ministro Fazio e poi, insieme a lui, sull'indicazione del controllo, abbiamo messo in moto tutto quello che ci era stato richiesto, compresa la revoca dell'accreditamento, perché sono state riscontrate delle mancanze gravi.

Nel contempo, abbiamo realizzato puntuali ispezioni nelle singole aziende sanitarie locali per la verifica delle situazioni debitorie e per la correttezza dei trattamenti contabili, predisponendo una ricognizione puntuale dei fabbisogni e dei beni e servizi per rimodulare e ampliare gli effetti positivi degli acquisti centralizzati.

Ci stiamo poi concentrando sulla verifica, in tutte le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, delle voci di costo a maggior valore assoluto per l'immediata razionalizzazione dei comportamenti di acquisto, quali ad esempio i costi di manutenzione, i *leasing* e il noleggio e l'acquisto di protesi. Malgrado fosse stata inviata comunicazione a tutti i direttori generali delle ASL che volevamo una sospensione delle gare - anche perché stiamo procedendo d'intesa con i Ministri dell'economia e della salute alla centralizzazione delle gare con un'unica centrale acquisti per la quale è quasi definita la struttura tecnica e una prima parte l'abbiamo già consegnata al Ministero la scorsa settimana - purtroppo alcuni direttori hanno proceduto alla formalizzazione delle gare, addirittura sul *global service*, quindi con impegni nemmeno presenti nei bilanci; sulla base di questo, anche

con l'aiuto della Corte dei conti, siamo riusciti, sebbene non in tutti i casi, a impedire che questo venisse effettuato nella pratica.

Un'altra attività in corso di definizione è l'accordo con l'Agenzia delle entrate per la verifica massiva dell'esenzione per reddito e l'individuazione dei falsi esenti. Ci siamo resi conto, infatti, che abbiamo un numero di esenti che oggettivamente, rispetto alla media di reddito regionale, è troppo elevato, quindi insieme all'Agenzia delle entrate - ho visto che anche al Ministero dell'economia stanno procedendo con lo stesso metodo per tutta la questione nazionale e questo ci aiuterà - stiamo arrivando a un accordo, quindi saremo noi a dire chi ha diritto all'esenzione sulla base del rapporto con l'Agenzia delle entrate.

Ancora nell'ambito delle azioni poste in essere in questi primi mesi, dobbiamo ricordare le attività di razionalizzazione delle spese del personale - naturalmente alcune sono anche riferite ai mancati piani di rientro - relative a: riduzione delle posizioni organizzative e di coordinamento; riduzione delle prestazioni aggiuntive; articolazione dell'orario di lavoro; verifica della corretta gestione del servizio mensa; situazione del personale con particolare prescrizione.

È nostra intenzione procedere subito all'approvazione di una legge di riordino che ridefinisca l'assetto funzionale delle aziende sanitarie locali. Secondo il nuovo assetto si concretizzerà il concetto di terzietà tra ente erogatore ed ente pagatore controllore della prestazione. Alla ASL competerà la funzione di committenza del servizio sanitario territoriale, in particolar modo riferito all'erogazione delle cure primarie, a sovrintendere alla prevenzione, al coordinamento dell'attività di punto unico di accesso, presidi territoriali di prossimità, alla erogazione di servizi socio-assistenziali e alla sorveglianza sulle RSA (residenze sanitarie assistenziali), alla cura della malattia mentale a rischio clinico e così via. In questa accezione, particolare significato assume il ruolo della ASL, cioè di azienda preposta a formulare, di concerto con la programmazione regionale, una richiesta di fornitura di prestazione per ciascuna struttura presente sul proprio territorio.

A tale progetto risulta complementare la scelta di procedere a una forte razionalizzazione del numero di ASL, che verranno ridotte da dodici a otto, con l'obiettivo - se ci riusciremo - di arrivare fino a sei nell'ambito della legislatura, una per la città di Roma, una per la provincia e una per ciascuna delle altre province, mentre i presidi ospedalieri ora gestiti direttamente dalle ASL saranno inglobati in aziende ospedaliere più moderne e al passo con i tempi.

Anche per i policlinici universitari si realizzeranno interventi di recupero di efficienza nel pieno rispetto della qualità delle risposte assistenziali.

In buona sostanza, l'azione principale sarà quella di assicurare la rivoluzione dell'attuale rete ospedaliera attraverso una visione sistemica che si realizzi attraverso il concetto di rete, un'azione basata sulla trasformazione dei piccoli ospedali regionali in presidi territoriali di prossimità e sulla riconversione dei posti letto in eccesso in RSA.

Con questo, presidente, rispondo anche alla sua domanda. Se da un lato è vero, infatti, che abbiamo un'offerta eccessiva di letti in ospedali, abbiamo anche un'assoluta carenza di strutture territoriali, a cominciare dalle RSA per finire a una rete di assistenza sanitaria domiciliare. Questo lo stiamo già verificando sia con le strutture che, impegnate nel sociale, hanno ovviamente dei *brand* che possiamo assorbire; lo stiamo anche verificando con strutture che, con propri medici e con propri infermieri, attraverso interventi oggettivamente minimi dal punto di vista economico da parte della regione, riescono a seguire a casa malati oncologici, per esempio. Da un lato, quindi, fanno diminuire fortemente il costo del sistema sanitario, ma soprattutto - aspetto che a me interessa - questi pazienti possono, in particolare nella ultima fase di vita, rimanere in casa con i loro familiari, e soprattutto con una assistenza che è quella che avrebbero comunque in ospedale. Su questo abbiamo rinnovato da poco una convenzione e stiamo cercando di ampliarla anche sul resto del territorio della capitale e della provincia.

Sappiamo perfettamente che tutti reclamano l'ospedale sotto casa, però poi quando c'è un problema serio di salute si fa ricorso alla struttura importante, che molto spesso è ubicata nella capitale, quindi bisogna creare un collegamento che possa garantire a queste persone di tornare a casa e di poter mantenere la stessa assistenza, anche coinvolgendo i medici di famiglia e le strutture nelle province.

La nostra scommessa più grande sarà potenziare le reti cliniche e i percorsi assistenziali che prevedono il fondamentale coinvolgimento del territorio. Non trascuriamo la necessità di realizzare un forte aggiornamento della rete ospedaliera e del parco tecnologico attraverso un programma che prevede l'ammodernamento delle strutture e delle dotazioni tecnologiche all'interno delle specifiche linee di indirizzo regionali.

Tutto ciò determinerà un'immediata ridefinizione del sistema organizzativo della sanità regionale con conseguenti e consistenti economie di scala, grazie all'ottimizzazione delle risorse umane a disposizione e alla centralizzazione degli acquisti. È stata infatti avviata un'attività di raccolta dei fabbisogni delle aziende sanitarie finalizzata, da un lato, a scegliere le categorie merceologiche, e dall'altro a identificare alcune possibili aree di razionalizzazione dei fabbisogni. In particolare, quest'ultima attività consiste nell'identificare alcune categorie merceologiche critiche per le quali confrontare i livelli di consumo con altre realtà analoghe regionali e nazionali.

Ulteriori benefici in termini di riduzione dei fabbisogni sono previsti dal piano di riordino delle aziende sanitarie della regione Lazio. Nel corso del 2010 sarà avviata anche un'attività di razionalizzazione della logistica per la riduzione dei costi legati alle giacenze dalle movimentazioni e all'aumento dei livelli di servizio. Le nuove gare centralizzate, unitamente al rafforzato processo di verifica e controllo, sono in grado di generare un risparmio che a regime può arrivare a circa 800 milioni di euro. Questa è la stima che abbiamo fatto con i nuovi strumenti ai quali ho fatto riferimento prima.

Inoltre, per quanto riguarda gli ospedali classificati, abbiamo avviato serrate sessioni di confronto al fine di giungere alla definizione delle proposte transattive finalizzate a chiudere il contenzioso esistente per il periodo 2004-2009. In tal modo dopo cinque anni speriamo di arrivare alla firma degli accordi per l'anno in corso, evitando ulteriore contenzioso.

Lavoriamo 24 ore al giorno per sette giorni alla settimana, da quando ci siamo insediati nel sistema sanitario. Scherzando, dico spesso che tra un impegno e un altro mi rimetto il camice per occuparmi di sanità, perché la situazione è molto grave, ma è anche bella. Abbiamo, infatti, molte eccellenze, molte professionalità, molte persone che hanno voglia di essere coinvolte in questo sistema riorganizzandolo, e ho tutta l'intenzione di coinvolgerle.

Ho dovuto procedere all'inizio, proprio per evitare l'appesantimento fiscale, a una serie di decreti. Nello stesso tempo, però, abbiamo recuperato il rapporto di confronto con tutti gli operatori. Ho citato prima i due importanti accordi firmati con il Policlinico Gemelli e con il Campus bio-medico, che in precedenza non si era riusciti a concludere; in queste ore stiamo lavorando con gli altri ospedali classificati, perché non vogliamo solo fare insieme l'accordo per il tetto, per evitare il contenzioso per il futuro, ma stiamo anche procedendo a capire come poter chiudere in forma transattiva tutti i contenziosi che abbiamo.

La mole di contenzioso che ho trovato in regione, infatti, da principio mi ha, spaventata. Dico, ovviamente assumendomene la responsabilità, che sembrava quasi un sistema, perché è impensabile che dietro qualsiasi atto ci fosse un contenzioso; inoltre, molto spesso la regione nemmeno si difendeva.

Ci stiamo veramente impegnando con forza riguardo a questo tema. Si sta recuperando il rapporto con tutti gli erogatori, pubblici, privati, privati accreditati, eccetera. Anche l'altro ieri sera abbiamo avuto una riunione molto lunga con i privati, con i quali stiamo sottoscrivendo numerosi accordi. Oggi c'è da parte di tutti la consapevolezza che abbiamo le caratteristiche per rendere questo servizio migliore: forse non è riuscito a tenere dietro ai mutamenti demografici e quindi adesso c'è un arretrato, che si può però recuperare, recuperando al tempo stesso anche risorse. Per quanto riguarda i dati di bilancio, la situazione, al lordo del «fondino» transitorio di accompagnamento per gli anni 2006-2009, arriva alle cifre che indicava il presidente: nel 2009 è 1 miliardo e 421 milioni di euro di preconsuntivo.

Per il 2009 è in corso il consolidamento dei dati di bilancio di esercizio delle aziende, presso le quali sono state avviate ulteriori verifiche al fine di poter confermare i valori dei dati del preconsuntivo. Secondo il verbale del 24 marzo del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti

regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, a fronte della perdita di esercizio di 1 miliardo e 421 milioni di euro relativa ai valori del quarto trimestre del 2009, il disavanzo da coprire è pari a 1 miliardo e 607 milioni di euro, dovendosi aggiungere a quelle del 2009 le perdite riportate a nuovo a seguito del ricalcolo e dell'aggiornamento del gettito fiscale del 2008, pari a 186 milioni di euro.

Le strutture regionali hanno appena concluso un'operazione volta a verificare la regolarizzazione delle esposizioni debitorie nelle assistenze sanitarie del Lazio, che ha permesso di raggiungere per il bilancio d'esercizio 2009 la regolarizzazione contabile di circa 1 milione e 484 mila euro per debiti già pagati centralmente dalla regione entro il 31 dicembre 2009, che risultano in realtà ancora aperti nei conti di stato patrimoniale delle aziende.

Avviandomi alla conclusione, desidero tornare a parlare della nostra politica socio-sanitaria, vale a dire la visione del sistema di stato sociale che, per quanto ci compete, vogliamo realizzare in questa regione.

La nostra politica si traduce nel lavoro quotidiano per governare lo sviluppo, la conversione e l'evoluzione del sistema sanitario laziale, che non si conclude con il compito, pur necessario, di risanamento economico-finanziario al quale siamo chiamati.

Stiamo cercando in tutti i modi di evitare che tale risanamento venga ancora una volta pagato dalle persone più deboli, dalle famiglie che vivono situazioni di grave disagio. Nella nostra regione lo stato di salute della popolazione appare fortemente influenzato dall'insorgenza di malattie cronicodegenerative che, pur presentando caratteristiche storie naturali diverse, danno luogo a bisogni assistenziali per i quali le risposte territoriali devono essere maggiormente efficaci, con la necessaria garanzia di un accesso rapido alle cure ospedaliere, anche di tipo intensivo in occasione della comparsa di eventi acuti.

C'è da aggiungere, come ha potuto rilevare anche la Corte dei conti, che il settore delle cure intermedie (residenze sanitarie, *hospice*, presidi e altro), di strutture protette per anziani, appare ancora non propriamente sviluppato e utilizzato, favorendo così, in assenza di risposte domiciliari adeguate, l'istituzionalizzazione e la non autosufficienza.

Pertanto, è previsto nel programma di governo l'impegno ad affrontare in modo nuovo e più incisivo le esigenze che derivano dalle condizioni di cronicità e di progressivo invecchiamento che caratterizzano l'attuale domanda del nostro sistema sanitario.

Siamo pronti ad affrontare tale situazione garantendo la continuità e la qualità dell'assistenza del lungo periodo, l'appropriatezza dei regimi assistenziali offerti, il decentramento della risposta che favorisca il permanere del soggetto nel proprio contesto sociale e l'integrazione socio-sanitaria. Istituiremo nel nostro sistema sanitario l'anagrafe delle fragilità, ossia una banca dati che consenta di identificare in modo specifico per ciascun territorio gli elementi di rischio sanitario e sociale e le persone ritenute più deboli, in modo da poter programmare e realizzare risposte assistenziali mirate sulla base dei reali bisogni di salute, cioè un sistema socio-sanitario come parte determinante del *welfare* regionale che ponga alla propria base la centralità della persona. Su questo stiamo coinvolgendo e coinvolgeremo tutti i comuni, anche i più piccoli. È un programma importante partirà dopo la pausa estiva.

Stiamo cominciando a lavorare anche al sistema di prevenzione. Credo - l'ho sempre detto - che la sanità debba occuparsi, prima ancora che di curare le malattie, di prevenirle. Ho qualche idea al riguardo, ma ancora in una fase embrionale. Dobbiamo trovare il modo di raggiungere le persone con gli strumenti di prevenzione. Se aspettiamo che le persone vadano là dove c'è un sistema che può aiutarle a prevenire malattie anche ormai molto diffuse, non raggiungeremo mai gli obiettivi che ci siamo dati. Dobbiamo capire, quindi, quali luoghi le persone frequentano, anche in base all'età, al sesso, alle condizioni e ai contesti sociali, per capire come raggiungerle dal punto di vista territoriale.

Anche su questo tema in questi giorni ci sono idee e obiettivi in fase di evoluzione, che sicuramente riusciremo a realizzare grazie alla buona volontà che sto trovando, sia all'interno della regione, sia in tutti gli operatori.

Vorrei citare qualche dato sugli accordi che stiamo sottoscrivendo, perché credo sia importante. Consente, infatti, di capire che le cose sono cambiate anche rispetto alla fase iniziale in cui siamo intervenuti con decreti commissariali. Lo abbiamo fatto, tuttavia, come vi ho detto, perché avevamo urgenza, o comunque speravamo - e ancora speriamo - di poter interrompere l'automatismo dell'aumento dell'IRPEF.

È vero, infatti, che ci occupiamo di sanità, ma siccome siamo regione, dobbiamo anche occuparci di sviluppo, di crisi occupazionale e di molto altro, per cui cerchiamo di conciliare le cose. Abbiamo raggiunto 523 accordi sull'assistenza specialistica da privato, su 590 erogatori; 65 accordi sulla riabilitazione *ex* articolo 26, su 73 erogatori; sull'ospedaliera per acuzie, 7 accordi su 38 operatori; sulla riabilitazione post-acuzie 10 accordi, su 27 operatori; sulla lungodegenza, 8 accordi su 17 operatori; sull'*hospice* 9 accordi, su 10 operatori; sulla RSA 62 accordi, su 74 operatori. Inoltre, stiamo lavorando in questi giorni con le strutture neuropsichiatriche e, come vi ho detto, con il Policlinico Gemelli e con il Campus bio-medico.

Tutto questo ha la sua importanza, evidentemente, per quello che riguarda i tetti, e quindi per il contenzioso, che è uno dei problemi più importanti con i quali la regione ha dovuto confrontarsi in questi anni.

Questo è lo stato dei lavori. Ci stiamo impegnando molto. Oggi stesso avremo il tavolo con il Ministero dell'economia e con il Ministero della salute. Speriamo di andare avanti.

Si è fatto riferimento alla vicenda degli Angelucci. Noi abbiamo avuto un verbale da parte della Corte dei conti che ci indicava delle criticità: oggi stesso ci sarà la prima riunione di una commissione che la Corte dei conti ci ha chiesto di istituire. È composta da tecnici e da militari della Guardia di finanza e dei Carabinieri che, insieme a noi, valuteranno tutte le operazioni necessarie.

**PRESIDENTE.** Ringraziamo il presidente per questa ampia relazione.

Desidero consegnarle, come le avevo detto, quel prospetto riservato agli errori sanitari con la preghiera di far pervenire alla Commissione eventuali integrazioni o notizie laddove non ci fosse ancora pervenuta alcuna risposta da parte della regione.

Credo che si debba sottolineare, con particolare importanza, l'attivazione dei meccanismi di controllo, essenziale per prevenire il disavanzo ed evitarne le conseguenze, del Nucleo regionale di controllo sanitario, nonché la centrale unica di acquisti, che certamente costituisce un punto di passaggio importante.

La Corte dei conti richiamava - questo è certamente presente alla sua attenzione - anche l'esigenza che funzionino in maniera normale gli organi ordinari di controllo, cioè i revisori dei conti, quelli che nel quotidiano devono controllare, senza che si aspettino la Guardia di finanza o i Carabinieri. Che poi arrivino va bene, mi sembra corretto, però vorremmo che non arrivassero mai, cioè che potessero funzionare i normali organi di controllo.

Desidero fare due richieste, poi credo sia opportuno che interveniamo tutti, e lei alla fine potrà rispondere alle domande e osservazioni che le rivolgeremo.

La regione Lazio vive una condizione di particolare positività che costituisce però anche un elemento problematico: Roma, in particolare, è un punto di riferimento ed è oggetto di mobilità in campo sanitario; come procedono i rimborsi legati all'assistenza sanitaria di soggetti che non sono residenti in regione? Mi riferisco non soltanto ai turisti, ma anche ai tanti che si recano nei centri di eccellenza che esistono in questa regione. La sensazione che si ha dall'esame dei bilanci è infatti che quelle che riguardano la mobilità siano cifre considerevoli e che probabilmente forse ci siano difficoltà a recuperare queste somme non soltanto dalle regioni di residenza, ma anche dagli Stati comunitari di riferimento, in quanto molte volte è un turista o uno straniero a utilizzare questi servizi.

Inoltre, per quanto riguarda il governo dei *manager*, in altre regioni abbiamo avuto la percezione che c'è un rapporto squilibrato, nel senso che abbiamo dei *manager* o troppo indipendenti o troppo subalterni.

RENATA POLVERINI, *presidente della regione Lazio*. Noi facciamo parte della seconda ipotesi.

PRESIDENTE. Allora credo che sia opportuno promuovere un movimento di liberazione, cioè di professionalità.

RENATA POLVERINI, *Presidente della regione Lazio*. Lo penso anche io.

PRESIDENTE. Con riferimento a questo tema, desidero fare un'ultima notazione. Devo segnalare, presidente Polverini, con soddisfazione, la circostanza che lei non si è occupata soltanto dei dati contabili. La nostra sofferenza è, infatti, che troppe volte ci si occupa soltanto di dati contabili e non del diritto alla salute. Lei più di tutti noi è consapevole che è esattamente questo il tema vero della scommessa del servizio nazionale: dimostrare che l'operazione di risanamento finanziario non costituisce un indebolimento della garanzia del diritto alla salute, valorizzare il rapporto territorio/salute e risolvere il problema dell'integrazione socio-sanitaria.

L'abolizione di posti letto come dato di miglioramento o peggioramento della sanità, rischia di essere un falso problema se non si accompagna ad una spiegazione di come, in maniera alternativa, si assicurano le garanzie.

Poi c'è un problema culturale e credo che, tutti assieme, dovremmo fare una battaglia per far comprendere che tante volte difendere strutture ospedaliere inadeguate è un'operazione dannosa. Faccio sempre riferimento a una cosa semplice da comunicare che riguarda i punti nascita, inchiesta che viene coordinata dall'onorevole Fucci. Dovremmo spiegare alle mamme, ai papà, ai nonni e ai familiari che far nascere un bambino in una struttura sanitaria con 50, 80, 100 o 200 parti l'anno è pericoloso, e quindi difendere quella struttura significa far male ai propri cari, non significa difendere la salute dei propri cari.

Questo è un tema che abbiamo posto tante volte e speriamo di poter dare un contributo anche legislativo più incisivo con il concorso di tutti i componenti della Commissione. Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

PAOLA BINETTI. Ringrazio la presidente Polverini per la relazione. Vorrei richiamare l'attenzione su tre punti, anche fra quelli che lei ha trattato.

Uno riguarda il riferimento che lei ha fatto al rapporto tra l'assistenza al paziente oncologico e l'assistenza domiciliare. Lei sa che abbiamo appena licenziato una legge, che è stata faticosa perché da parlamentari medici avremmo voluto entrare molto nel dettaglio, invece ci è stato ripetutamente ricordato che la Conferenza Stato-regioni dice che si tratta - qui siamo tutti colleghi della Commissione sanità - di una competenza regionale. Questa legge, però, si definisce «legge delle reti» e crea quel circuito virtuoso, quello che noi chiamiamo il circuito delle tre «h», *home, hospice, hospital*, in modo che il paziente possa circolare all'interno di un processo.

Lei ha fatto riferimento a questo come un obiettivo-tendenza, però mi sembra che nella trattazione non abbia citato lo strumento della legge, che a noi farebbe molto piacere sapere che di fatto sta diventando una realtà operativa, cioè che il paziente riesce in qualche modo, se vuole, ad avere il massimo dell'assistenza anche a casa e riesce, addirittura, a poter morire a casa. Lei sa meglio di me che ormai la morte è totalmente medicalizzata e di gran lunga la maggioranza dei casi avviene in ospedale, con sgomento e senso di solitudine.

Ci piacerebbe sapere anche nelle regioni che cosa si fa per avere questo strumento previsto nella legge.

Il secondo punto invece riguarda proprio il riferimento fatto adesso ai punti nascita. Personalmente, faccio una grande campagna da tempo sulla terapia intensiva neonatale. È vero che a Roma ci sono tre punti di eccellenza di terapia intensiva neonatale, però è anche vero che - cito tre casi completamente diversi - per esempio al Fatebenefratelli ci sono letti attivabili che non sono stati attivati per una serie di ragioni; al San Camillo ci sono neonatologi terapisti - che hanno peraltro un profilo molto specifico, di nuova generazione - per i quali non ci sono ricambi perché c'è una legge

che blocca questo *turnover*; poi conosce perfettamente il caso, che mi fa piacere citare, del Policlinico Umberto I dove opera il professor De Curtis, in cui c'è un grande afflusso di madri immigrate - chiamiamole così - quindi anche di persone in condizioni di disagio.

Mi chiedo che cosa intendiamo fare per la terapia intensiva neonatale su Roma, che è il luogo di eccellenza dove la gente viene a partorire volentieri soprattutto quando ci sono delle situazioni particolari.

Non entro nell'ultimo caso, quello calabrese, perché è veramente drammatico. Tuttavia, presidente, ci sono due collegamenti che mi sembra interessante fare a questo proposito: un bambino che nasce gravemente immaturo o sotto peso ben assistito alla nascita riduce di un valore enorme la possibilità della sopravvivenza, ma riduce di un valore altrettanto importante l'*handicap*.

Questo incrocia il socio-sanitario perché mi risulta che la regione abbia ridotto di molto il volume della convenzione con quelle strutture che si occupano, proprio nel campo della neuropsichiatria infantile, di rieducazione, riabilitazione e prevenzione del disagio sociale. Se vuole posso farle avere le indicazioni che a me risultano, che poi si possono evidentemente confrontare. Peraltro, ieri ho letto con orrore nella manovra finanziaria che c'è un vincolo speciale - so che non c'entra la regione - sulla diagnosi del bambino con disagio nell'apprendimento. Mi ha stupito che ci fosse nella manovra finanziaria una cosa in cui si chiede esattamente una diagnosi estremamente precisa e articolata della gravità e del numero di ore di cui ha bisogno il bambino. Mi è sembrato perfino eccessivo, ma soprattutto semi-persecutorio nei confronti di un bambino che nasce potenzialmente in condizioni di fragilità.

Abbiamo visto questo vincolo ieri e oggi dobbiamo votarlo.

Mi sembra che questo ponte tra il sanitario, il sociale, quando si applica all'infanzia meriti un'attenzione particolare.

L'ultimo punto che voglio citare riguarda invece la parte che chiamiamo della fine della vita. Lei parlava della trasformazione di letti di lungodegenza e, prima ancora, di quelli di riabilitazione. Anche questo è un disegno di legge che stiamo discutendo che parte dalla considerazione del paziente in stato vegetativo, ma evidentemente recupera prima alcuni passaggi. Uno è quello della riabilitazione intensa nel primo anno dopo un grave incidente. Molte volte si tratta di persone giovani. A tal proposito, le suggerisco tra le misure di prevenzione sanitaria la cura delle buche delle strade romane.

PRESIDENTE. Credo che la presidente Polverini abbia tanti problemi e possiamo forse dispensarla da questo. Oltretutto, anche la presidente subisce i danni delle buche.

PAOLA BINETTI. Lo so bene. Siccome, però, lei ha fatto un'azione di prevenzione, va detto che quella è una delle cause più gravi di incidenti da motorino e di trauma cranico, per cui noi abbiamo giovani traumatizzati. Passi la rottura di macchina, a me in questo momento interessa più la rottura di persona.

Lei sa che l'anno scorso abbiamo discusso tanto del Santa Lucia che era quasi sul punto di essere chiuso come struttura di riabilitazione. Penso anche ad altre realtà, come la Casa Iride, che lei sicuramente conosce, dove sono collocate persone che hanno bisogno di un «basso livello» riabilitativo, ma comunque di un livello riabilitativo effettivo per prevenzione.

Allora, si richiede un altro circuito. Noi speriamo di congedare questa legge presto, ma siccome è di competenza squisitamente regionale - lei ha fatto riferimento a questi tre punti - ci augureremmo che anche da qui il circuito funzionasse. Infatti, quella che lei ha definito una peculiarità assoluta di Roma, ovvero la grande quantità dei policlinici universitari - nessuna città in Italia ne ha così tanti - e la grande presenza di ospedalità dedicata alla riabilitazione, alle RSA, agli anziani e così via, dovrebbe convertirsi in un modello, invece di essere un costo, cioè un appesantimento, facendo anche da questo punto di vista della regione e della città di Roma una sorta di *demo point* dove veramente la gente può venire a formarsi e a vedere come si possono fare le cose. Infatti c'è insieme

un'attenzione forte alla persona e alla famiglia - al centro quando parliamo di assistenza domiciliare - e un'integrazione delle competenze tecniche e scientifiche nel modello dell'assistenza.

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI. Ringrazio il presidente della sua relazione ampia e assolutamente completa.

Vorrei prima di tutto congratularmi perché nei primi cento giorni, da quando lei è arrivata al governo della regione, ha già individuato i punti deboli dell'amministrazione, e soprattutto vorrei caldeggiare proprio questa innovazione che farà per la prima volta nella regione Lazio, ovvero l'istituzione del Nucleo di controllo della spesa, soprattutto perché prima veniva fatta a consuntivo, cioè quando era troppo tardi, mentre adesso con questo nucleo formato da carabinieri e Guardia di finanza la spesa verrà controllata preventivamente. L'altra questione sulla quale vorrei porre l'attenzione è la centrale unica di acquisto, un'altra delle cose più importanti per il contenimento della spesa. Fino a ora ogni ASL può, infatti, comprare come dove vuole, e ci sono delle disparità anche, ad esempio, per l'acquisto delle protesi e delle valvole cardiache, che in Lombardia costano 600 euro e in Calabria arrivano a costare 1.600 euro.

FRANCESCO NUCARA. La Calabria è diventata il male del mondo.

MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI. Lo so, però è così, ci sono dati ufficiali.

Per quanto riguarda la riduzione delle ASL, un'altra iniziativa di contenimento della spesa, aspettiamo anche la scelta dei *manager*, che verrà fatta sicuramente per la professionalità e non con il criterio politico con cui fino a ora sono stati scelti.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Ho ascoltato con attenzione. Ringrazio la presidente Polverini per la sua relazione, soprattutto considerata la brevità del tempo che lei ha avuto per rendersi conto di cosa sia la sanità nel Lazio.

Innanzitutto, vorrei sapere se in tutte le ASL del Lazio esiste - anche in quelle in cui eventualmente verranno cambiati i *manager*, non so a che punto è la *governance* manageriale delle ASL - il collegio dei revisori dei conti, che a mio avviso è un punto focale importante per tutta la dimensione del controllo.

Ho appreso con soddisfazione dai dati che ci ha riferito dell'attuazione di alcuni accordi, soprattutto sull'*hospice* - 9 su 10 credo sia un risultato buono - e vorrei sapere se esiste nell'assessorato regionale l'attivazione di un servizio ispettivo regionale che possa avere un controllo che è al di fuori del collegio dei revisori dei conti e monitori sul buon funzionamento e, soprattutto, sulla corretta attuazione dei DRG, dal momento che attraverso di essi può essere controllato tutto. Vorrei chiedere anche se avete - lei ha riferito che ci sono cinque policlinici universitari, molti ospedali di eccellenza e tanti altri ospedali - un monitoraggio della mobilità del Lazio verso altre regioni, cioè qual è la spesa in relazione alla mobilità in uscita, non a quella in entrata. Terrei a conoscere se eventualmente i numeri sono cambiati e cosa sta accadendo - se avete preso decisioni - sulla Fondazione Santa Lucia.

LUCIO BARANI. Ho molto apprezzato anch'io la relazione del presidente, che è stata esaustiva. Ho visto l'azione strutturale che ha portato avanti e che dovrà dare, ovviamente, dei risultati. Certo, non dobbiamo dimenticare che esiste un peccato originale, che qualche collega ha tirato fuori: i direttori generali sono scelti dai governatori, così come i revisori dei conti. Qui bisogna iniziare a fare un'azione di responsabilità! Ovviamente, non ha nessun tipo di responsabilità l'attuale governatore, ma i suoi predecessori effettivamente di guasti ne hanno fatti.

La Commissione affari sociali si era incamminata giustamente verso la modifica del governo clinico che è tanto necessaria. Ora - il Presidente Fini mi avrebbe subito ripreso - bisogna «debindizzare» la sanità perché i guasti sono venuti da quella malefica riforma che ha favorito e ha fatto sì che i revisori dei conti e i direttori generali fossero a completo appannaggio della politica, così come i

responsabili di unità operativa complessa, quelli che sono volgarmente chiamati dal popolo «primari», mentre noi diamo loro questa denominazione *chic*. Ha ragione il collega Francesco Nucara quando dice che bisogna smetterla di parlare della Calabria. Eppure, anche ieri, all'onore delle cronache la bambina è morta a Rossano proprio perché sono intervenuti i NAS e la Guardia di finanza a suo tempo a chiudere un presidio ospedaliero. Quando la Guardia di finanza e i NAS vi entrano, l'ospedale è finito. Io mi rifiuto di accettare che il controllo debba essere fatto dalla Guardia di finanza e dai NAS: deve essere fatto dai revisori dei conti che devono essere messi in condizioni di farlo, altrimenti devono essere mandati via.

Quando nella sanità - il Lazio non è esente - ci sono unità operative amministrative superiori a quelle sanitarie significa che si sono fatte delle grandi assunzioni e si è voluto dare un gran potere a uffici amministrativi che non riescono a controllare. Io sfido - ovviamente non è sua responsabilità - il governatore Polverini a verificare se nelle sue ASL esistono bilanci omogenei, paragonabili fra loro. Ognuna fa il suo bilancio. Non c'è un bilancio standard per raffrontarlo e ha ragione quando ha detto che le fatture si pagano due volte.

Sono convinto che se il governatore facesse la somma del numero di persone per cui vengono pagati i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, io sono convinto che la popolazione del Lazio risulti superiore ai 6 milioni, ma è una sfida: vorrei vedere perché non esiste nessun dato fra le anagrafi dei comuni e di tutta questa pletora di unità operative amministrative che si moltiplicano uno dopo l'altra, non esiste nessun tipo di controllo.

Ecco, quindi, che vengono fuori - e sono convinto e ho letto che lo sa sta facendo - le transazioni per il contenzioso. I contenziosi - e credo che tra le righe ce l'abbia detto - sono voluti, quindi si chiede di più per avere di meno perché non c'è nessuno che li controlla: quando le fatturazioni arrivano vengono unicamente protocollate, senza nessun tipo di controllo. Ecco come si possono fare le transazioni al 90, all'80, al 70, al 60 e al 50 per cento, perché tanto sono tutti tentativi che vengono fatti.

Quanto alla mobilità passiva, certo che con il potenziale di sanità che ha Roma capitale, la mobilità attiva dovrebbe essere di 1 miliardo di euro di entrate all'anno; invece sappiamo che si sta barcamenando in 60-80 milioni di euro. Credo che su *Il Sole 24 Ore* ci fosse qualche settimana fa un dettaglio di tutte le regioni italiane: ovviamente la maglia nera l'ha la Campania, la maglia gialla, visto che siamo in *tour de France*, l'ha la Lombardia, ma il Lazio si sta ovviamente barcamenando. Faccio un'ultima considerazione visto che il presidente ha parlato di prevenzione: credo di ricordare - ma devo vagliarlo - che la prevenzione della regione Lazio è equipollente alla spesa che ha per il quinto antibiotico che viene somministrato in questa regione, cioè il costo del quinto antibiotico è pari a quello che spende sulla prevenzione. Bene ha detto, quindi, che bisogna puntare sulla prevenzione e sono convinto che così facendo, razionalizzando ovviamente i posti letto, istituendo il centro unico di acquisto, tutti quegli interventi strutturali seri e saggi che sta portando avanti, in pochi anni si riporterà in equilibrio una sanità affossata dal disequilibrio. Ci auguriamo anche che riesca con i fondi FAS a far ragionare il Governo per cercare di non continuare a far sopportare ai cittadini errori che non hanno fatto, se non quello di avere in passato sbagliato a votare.

**PRESIDENTE.** Onorevole Barani, mi permetto di fare solo una considerazione sul suo intervento. La presidente Polverini ha censurato il fatto che ci sarebbero alcune fatture pagate due volte. Devo dire che il presidente di una regione, che non è la Calabria, ci ha fatto presente che il direttore generale che aveva pagato una fattura si rifiutava di convalidarla non volendo aggravare la propria responsabilità per aver pagato un servizio non reso.

Lo dico per far comprendere che purtroppo il tema esiste. Io condivido la sua opinione sull'intervento della Guardia di finanza: non è una censura alla Guardia di finanza, ma al fatto che non si è censurato con intervento preventivo da parte di chi ordinariamente dovrebbe garantirlo. In mancanza di quello, per fortuna, c'è la Guardia di finanza.

FRANCESCO NUCARA. Il mio amico Barani mi prende in giro sulla Calabria. È una regione che noi chiamiamo Calabria Saudita perché siamo a quel livello. Anche se è il centocinquantenario dell'Unità d'Italia, mi sembra che ci stiamo avviando verso la sua disgregazione. Come hanno detto il presidente Orlando e la presidente Polverini, la mia salute viene tutelata dalla Costituzione, non importa se sono nato in Calabria o a Milano.

Se però vogliamo parlare di morti per malasanità, la Calabria è nel mirino dei media, ma il numero dei morti, per chi sa leggere le statistiche - io mi sono dilettato da giovane a laurearmi in statistica e so farlo - è quasi equipollente in tutta Italia, anzi nella capitale e nel Lazio è superiore. Ora è un po' meno vero, ma quando chi aveva un tumore doveva venire a Roma a curarsi, moriva qua. Si aveva, quindi, una mortalità maggiore negli ospedali romani che non in quelli calabresi, dove non c'era la cura dell'oncologia.

Tuttavia, mi meraviglio che i colleghi che hanno di mira la Calabria - io faccio parte di quella classe politica di cialtroni meridionali e sono orgoglioso di questa cialtroneria - non parlino del Santa Rita di Milano. Dovrebbero parlare del Santa Rita di Milano, oppure della Puglia, dove poco mancava che amputassero le gambe alle persone per mettere le protesi di Tarantini. Dobbiamo parlare di tutto, questa è la sanità, non dobbiamo parlare solo della Calabria.

Che poi la Calabria sia in una condizione, da questo punto di vista, di disperazione totale e assoluta, penso che nessuno meglio di me lo sappia. Le rinnovo in proposito, presidente, la richiesta di andare in Calabria a visitare l'ospedale di Reggio. Visto che forse gli uffici hanno dimenticato di telefonarmi, le darò di nuovo il mio numero.

Alla presidente Polverini io, che sono repubblicano, tra quegli ottusi che hanno militato sempre nello stesso partito - avevo 23 anni, ne ho 70, sono 47 anni che sono sempre repubblicano, mazziniano e un po' ottuso - rivolgo una domanda politica: come mai lei ha fatto le convenzioni con il Policlinico Gemelli e con il Campus bio-medico, che hanno una nota matrice, e non con gli altri? Se ne ha fatte anche con altri ce lo dica. La domanda è di carattere politico perché tutti i professori che sono al Campus sono anche miei amici personali, quindi non c'è niente di sconvolgente. Inoltre - mi dispiace che non ci siano i colleghi della Lega - io sono contento e felice, e suggerirò al presidente Scopelliti di fare la stessa cosa, di Guardia di finanza e NAS; come la mettiamo però col federalismo?

Io non sono federalista, tanto per essere chiari, però chi è per il federalismo, questo Governo, gli amici della Lega, come la mette visto che ha bisogno del controllo dello Stato sull'attività di una regione? Premetto che io sono d'accordo, però c'è un conflitto politico se abbiamo bisogno dello Stato che controlli che noi possiamo fare bene le cose.

DORIS LO MORO. Voglio sottoporre all'attenzione della presidente un problema specifico. Quando si avvia un percorso e si è sulla strada giusta - e sicuramente con un Piano di rientro come quello del Lazio la strada, anche a sentire la sua relazione, è quella giusta - non c'è che da augurarsi che le cose procedano bene, come le auguro anch'io pur appartenendo a una forza politica che sicuramente è all'opposizione del suo governo.

Dico questo perché qui dovremmo essere molto istituzionali; io normalmente lo sono, quasi per indole, per cui registro con fastidio dentro di me quando non lo sono gli altri e mi ricordo, per esempio, che non si può dimenticare la storia delle regioni. Marrazzo è andato via per scandali di altro genere, non è certo andato via per la sanità, ma chi l'ha preceduto ha lasciato la regione per scandali sulla sanità.

Se dobbiamo, quindi, misurare i disastri commessi in Italia, credo che ci sia una bella competizione, di cui non si può fare carico al presidente che viene qui e di cui abbiamo grande rispetto.

Le auguro, dunque, buon lavoro di cuore e pongo un problema aggiuntivo a quello che lei ha sottoposto alla nostra attenzione: come lei forse non credo abbia motivo di sapere, noi ci occupiamo di alcuni temi in particolare e io ho molto a cuore la salute in carcere, che è un tema che anche quando si governa una regione sembra aggiuntivo e, invece, noi avvertiamo come centrale. Lo è tanto più perché una delle specificità del Lazio, oltre agli ospedali di rilievo nazionale e a tutte le

cose che do per scontate perché siamo nella capitale d'Italia, al centro anche di *lobby* potenti, come quelle ecclesiastiche a cui faceva riferimento Nucara, è anche un sistema carcerario più pesante. Voi avete un carico anche da questo punto di vista specifico proprio perché siamo a Roma e non altrove. Abbiamo verificato che non tutte le regioni hanno dato corso alla legislazione che ha fatto diventare di competenza regionale la salvaguardia della salute in carcere, o se vi hanno adempiuto formalmente non lo hanno fatto nella sostanza. Siamo anche consapevoli che adempiere significa anche aggravare le casse, soprattutto in una regione con un Piano di rientro, perché non c'è la delega di funzioni, non c'è stata una somma aggiuntiva riconosciuta alle regioni. Anche da questo punto di vista, quindi, Roma, e il Lazio si trovano ad avere un problema in più.

Vorrei che lei spendesse qualche parola su questo argomento o, se non è il caso di farlo in questo momento, tenesse conto di questo e magari ci facesse sapere qualcosa perché credo di doverle dare atto dello spessore della sua relazione, come ha fatto il presidente Orlando, e la domanda gliel'ho rivolta per questo. Non è venuta, infatti, a parlarci di numeri, ma di sanità e diritti. Allora, siccome uno dei luoghi in cui i diritti sono negati per eccellenza e in cui invece si misura la civiltà di una regione, di uno Stato, di una istituzione è proprio il sistema carcerario, sottoporrei alla sua attenzione questo problema, senza pretendere una risposta in questa sede, ma segnalandole - non so cosa sia scritto nel Piano di rientro sull'argomento e se sia tenuto in considerazione - che questo è un punto di criticità che sicuramente va affrontato.

**BENEDETTO FRANCESCO FUCCI.** Il mio sarà un intervento telegrafico anche per non sottrarre tempo alla presidente Polverini, che ringrazio per la relazione molto esauriente e anche perché ha toccato più che i numeri il diritto, come diceva la collega, di tutti alla salute. Tra tutti, io credo che il rispetto dei diritti di chi non ha voce e di chi non può pretendere il rispetto del diritto alla salute vada a caratterizzare un po' anche la sensibilità e la civiltà di una comunità. Sono felicissimo di avere incontrato anche il dottor Morlacco, che è stato uno degli artefici del piano del riordino ospedaliero anni addietro in Puglia, un piano dettato da un'onestà e da una presa d'atto delle realtà territoriali, una rivisitazione della rete ospedaliera che con coraggio era stata presa in considerazione da un'amministrazione regionale nella persona dell'allora governatore Fitto, dopo decenni di silenzio e disastri sanitari. Purtroppo, fu però un piano di riordino e della salute che ci fece perdere la competizione regionale perché alla gente molte volte non interessa il rispetto del diritto alla salute, ma in certe circostanze in maniera strumentale viene frainteso ciò che di buono può essere prodotto e viene anteposto, per esempio, il diritto ad avere l'ospedale sotto casa. Questa Commissione - lo ha anche sottolineato il presidente Orlando - si sta occupando specificatamente dei punti nascita perché riteniamo ormai irrinunciabile dover dare risposte. Oltretutto, la cronaca quotidiana quasi ci evidenzia in tutte le regioni, non solo in Calabria, delle tragedie che avvengono, credo, per uno scarso coordinamento, una scarsa organizzazione e una permanenza di strutture e punti nascita che sono assolutamente insicuri e non erogatori di un servizio se non ottimale, perlomeno relativamente tranquillo.

In questo gruppo di studio ci sono, per esempio, il professor Giorlandino e il professor Vittori, professionalità molto qualificate, appartenenti peraltro alla comunità laziale, i quali ci evidenziavano come anche qui, a fronte dell'offerta di un'altissima professionalità, esistano carenze prevalentemente da un punto di vista organizzativo.

Ora, quello che è successo ieri in Calabria è anche frutto non della chiusura indiscriminata e irrazionale di punti nascita, ma della mancanza di un coordinamento che metta l'utente nelle condizioni di poter sapere a quale nosocomio rivolgersi senza una perdita di tempo. Ciò che è successo ieri è frutto, infatti, almeno da una lettura superficiale e non approfondita della cronaca trasmessa dai giornali, di una mancata informazione.

Esiste prioritariamente, per quanto riguarda questo specifico settore, un vostro piano di informazione? È prevista la valorizzazione anche a livello informativo delle offerte che un punto nascita dà rispetto ad altre situazioni poco confacenti, ad esempio, ai criteri di sicurezza? C'è una reale volontà di voler chiudere? Questa parola può sembrare abbastanza negativa, ma acquista una

valenza positiva se accompagnata a un piano e a una progettualità che, pur mantenendo inalterate le necessità del territorio, vadano a riorganizzare debellando e cercando di mettere da parte quel concetto assurdo e che tanti danni ha provocato di puntare al mantenimento di quegli ospedali e di quei punti nascita solo in risposta alla necessità di avere tali presidi a distanza ravvicinata dal proprio domicilio.

RENATA POLVERINI, *presidente della regione Lazio*. Cercherò di rispondere, ma se dimenticassi qualcosa, come abbiamo fatto per l'altra audizione, manderemo anche delle risposte scritte. Parto subito dalla maternità e dalla nuova rete perinatale che prevede anche l'integrazione, rispetto alla giusta segnalazione dell'onorevole Binetti. Noi - io particolarmente - abbiamo a cuore la questione della maternità nella nostra regione. Sono stata personalmente in un ospedale al quale, per motivi di riorganizzazione, probabilmente veniva sottratto il reparto di maternità. In questo ospedale mi è subito stato fatto rilevare questo fatto increscioso e io ho fornito i numeri e ho detto con assoluta serenità che quel reparto, se mai sarebbe stato chiuso, non lo stavo chiudendo io ma lo avevano chiuso le persone non recandosi più in quella struttura a partorire perché ritenuta inadeguata o comunque non migliore di altre. Ho anche detto che in quello stesso reparto probabilmente si poteva invece offrire agli anziani, che erano tanti in quella stessa realtà cittadina, la possibilità di vivere serenamente dei periodi in cui avevano bisogno magari di una struttura di assistenza.

Ci stiamo, infatti, adeguando all'indirizzo del Ministero della salute: se nelle strutture avvengono meno di cinquecento parti sono insicure; se i parti ci sono devono chiaramente avere una rete di assistenza che garantisca la vita della mamma e del bambino. Questo è assolutamente fuori discussione e su questo, ripeto, anche nella rete perinatale che abbiamo realizzato ci sono tutte le risposte alle domande che mi avete fatto. Terremo, oltretutto, in considerazione la legge sulle reti e, come vi ho detto, la rete significa prendere in carico il paziente dall'ospedale a casa, con tutto quello che in mezzo oggi purtroppo non c'è in questo territorio.

Ribadisco, tuttavia, che abbiamo professionalità, strutture, buona volontà anche da parte di tanti operatori pubblici e privati che si occupano di sanità o di sociale e che hanno accettato insieme a noi questa importante sfida.

Riguardo ai *manager*, sono rimasta molto sorpresa nel momento in cui al cambio di giunta alcuni *manager* hanno ritenuto di dover rispondere non a esigenze della loro struttura sanitaria, ma a esigenze di dibattito politico o addirittura mediatico. Questo la dice lunga rispetto alle giuste osservazioni fatte oggi.

Penso che i *manager* debbano avere delle professionalità e non interessarsi a chi c'è alla «guida» della regione, se non rispetto alle linee politiche. Chiaramente, infatti, esiste una linea politica anche rispetto al servizio sanitario, ma il *manager* non deve farsi strumentalizzare. Vi dico anche che sono rimasta molto dispiaciuta di alcuni *manager*, che ritenevo capaci - lo ritengo ancora - ma che hanno compiuto gesti che mi hanno lasciato senza parole. Addirittura - ormai l'ho detto, non dirò mai il nome - mi sono trovata assolutamente sgomenta quando di venerdì abbiamo chiamato un *manager* a colloquio in regione per un ospedale che era in preda al panico perché si stavano lanciando messaggi assolutamente non in linea con le nostre indicazioni, e questo signore, che guadagna molti soldi, che io credo non aver mai guadagnato in tutta la mia vita, almeno rapportati al periodo di riferimento, mi ha detto che di venerdì era troppo tardi perché era pomeriggio, il sabato e la domenica non lavorava, e quindi arrivederci e grazie.

Ne ho parlato per esemplificare il concetto, però non è accettabile perché tra l'altro queste persone debbono avere professionalità e anche senso dello Stato, se mi consentite, perché comunque erogano il principale servizio che lo Stato, in questi casi attraverso le regioni, deve garantire ai cittadini.

Questo è quello che penso e farò di tutto perché le persone che si occuperanno di sanità in questa regione facciano riferimento a questi parametri.

Vi dico anche che ci sono *manager* nominati dal centrosinistra - lo dico perché siamo anche

scivolati in questa cosa; del resto, qui siamo istituzioni, ma arriviamo a seguito di un consenso - che si stanno comportando veramente bene, che sono venuti a portarmi le loro eventuali dimissioni, che ovviamente io non ho accettato, o a sottopormi le loro idee chiedendomi se erano compatibili con il mio programma e rendendosi disponibili, in nome dell'interesse delle persone, a modificarle. L'ho detto per dimostrare che si tratta anche di etica personale. Ribadisco, quindi, che ci sono persone che ci stanno veramente aiutando e si stanno comportando con grande senso di rispetto per noi, per le persone e per il ruolo che svolgono.

Quanto ai colleghi sindacali, non avrebbero dovuto essere in carica già da un anno e mezzo. Questa è tutta la loro attenzione. Se, infatti, la politica o le istituzioni non si occupano di loro, è chiaro che loro si occupano poco delle strutture che devono sorvegliare perché è un po' una catena di comando. Cercheremo nel più breve tempo possibile di istituire dei colleghi sindacali fatti di persone che abbiano delle missioni. Oltretutto, io sono molto, come si dice a Roma, «di cocchio»: se mi metto in testa di fare una cosa, la faccio e insisto a che tutti i miei collaboratori diano seguito al programma. Quanto al servizio ispettivo, stiamo mettendo in campo tutto quello che abbiamo, come ho detto all'inizio, anche i nostri *advisor* per quello che riguarda la verifica dei dati contabili, ma non solo. Siccome ci sono in alcune strutture importanti, come i policlinici pubblici, dei servizi di ispezione che mi sono stati messi a disposizione perché possono anche interagire tra le varie strutture, proprio ieri abbiamo addirittura stabilito che se c'è una necessità e c'è un collegio ispettivo che sta mostrando effettivamente capacità, possiamo anche farlo ruotare. A mio avviso, un pochino in questa fase questo può aiutarci, però stiamo comunque svolgendo tutta la catena delle ispezioni. Riguardo alla mobilità, credo che si tratti per lo più di mobilità di confine, cioè di persone che magari sono al confine con un'altra regione, ma non di altro tipo.

Sul Santa Lucia stiamo lavorando, li ho incontrati personalmente la scorsa settimana. Qui c'è da mettersi d'accordo su alta specialità e specialità perché quella è una struttura che ha una riabilitazione di altissimo livello, e quindi noi paghiamo per quel tipo di riabilitazione e siamo confrontando con loro quali sono gli impegni che oggi assolvono. In ogni caso, abbiamo un'esigenza che il Santa Lucia è l'unica struttura che può garantire.

Anche qui, per rispondere alla domanda sull'appropriatezza, tutto il nostro Piano di rientro è costruito sull'appropriatezza delle prestazioni e prescrittiva. Oggi abbiamo parlato poco di farmaci, e di medici di medicina generale, ma anche qui stiamo lavorando molto, così come abbiamo ripreso un po', se vogliamo, il coordinamento dell'ASP, con la quale abbiamo un lavoro da fare perché molto spesso i dati non coincidono, e quindi i rapporti anche difficili con gli erogatori pubblici di privati dipendono dal fatto che magari ci sono dei dati sui quali bisogna trovare un allineamento. Perché abbiamo fatto gli accordi con Campus bio-medico e Gemelli? Innanzitutto perché è obbligatorio dal momento che sono privati e quindi abbiamo il dovere di farlo. Oltretutto, in particolare, il Gemelli aveva generato un contenzioso altissimo. L'ho già detto, una delle prime cose che ho notato in questa regione è l'altissimo livello di contenzioso, la grandissima esposizione economica della regione e quindi sono intervenuta per evitare contenzioso per il futuro. Con gli stessi stiamo guardando alle transazioni.

Con i pubblici stiamo lavorando adesso. Ho appuntamento alle 11.00 con un rettore perché in questi giorni siamo lavorando - con alcuni siamo già avanti - con loro; siamo d'accordo con il Ministero dell'economia che avremmo fatto un tentativo. Mi auguro di riuscire, poi eventualmente possiamo ricorrere ai ministeri chiedendo loro di fare l'accordo perché sono strutture pubbliche e possono rientrare nel *budget*. In ogni caso, stiamo lavorando, penso che possiamo riuscirci, e prima di dire che non ci sono riuscita vorrei provarci.

La questione delle carceri sta molto a cuore alla mia giunta. Personalmente, ho già visitato la struttura di carcere minorile presente nella capitale; proprio la scorsa settimana ho visitato anche il CIE di Ponte Galeria, che non è un carcere ma ha lo stesso tipo di servizio e abbiamo una convenzione anche con loro.

Effettivamente abbiamo riscontrato nei mesi precedenti - non voglio dire anni perché altrimenti sembra sempre che ce l'abbia con qualcuno e non è così, sono solo partita dalla attuale situazione e

sto cercando di guardare avanti - una disattenzione, una scarsa attivazione. Stiamo recuperando. Sono andata non soltanto le persone per visitare che sono lì, purtroppo, ma anche per vedere dal punto di vista sanitario qual era l'offerta. Bisogna andare e io non smetterò mai di andare a visitare i luoghi dei quali mi debbo occupare perché, per esempio, ho visto una cosa che oggi mi sembra banale, dovevamo immaginarla ma non ci avevo pensato. Al Cie e al carcere minorile, c'è una grande esigenza di medici dentisti perché queste persone quando arrivano lì essendo povere hanno problemi di questo tipo. Sarà una banalità, ma serve per dire che bisogna andare sul luogo e capire effettivamente qual è il servizio che va offerto, anche perché per alcune problematiche naturalmente ci sono le strutture pubbliche, invece alcune prestazioni si possono erogare direttamente là dentro. Della mobilità sanitaria e dei rimborsi vi parlerà il dottor Morlacco.

MARIO MORLACCO, *sub commissario per la realizzazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario*. Sulla mobilità non esistono problemi perché avviene automaticamente nel processo di compensazione tra le regioni. Siccome il sistema, almeno quello più preciso che ormai c'è in sanità, è quello dei DRG e quindi delle SDO (schede di dimissione ospedaliera), attraverso la compensazione sanitaria interregionale si compensa esattamente quello che è fatto per le altre regioni e nel riparto del Fondo sanitario chi sta a saldo positivo o negativo riceve di più o di meno secondo le circostanze.

Da qualche anno è iniziata ad andare in funzione anche la mobilità internazionale, e quindi anche per quello si sta regolarizzando il sistema.

PRESIDENTE. Ringraziamo la presidente Polverini per la sua presenza, le formuliamo gli auguri di buon lavoro e restiamo in attesa di ogni informazione che ritenesse utile.

Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 10,20.**