

COMMISSIONE PARLAMENTARE
DI INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO
E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

6.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 16 GENNAIO 2008

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3
Audizione dell'assessore alla sanità della regione Lazio, Augusto Battaglia:	
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i>	3, 12, 13, 18 19, 20, 21, 25, 26
Battaglia Augusto, <i>Assessore alla sanità della regione Lazio</i>	3, 12, 13, 19, 20, 21 23, 24, 25, 26
Baiamonte Giacomo (FI)	13, 16, 21, 25
Cosentino Lionello (PD-U)	15, 16, 19, 24
Goisis Paola (LNP)	17
Lucchese Francesco Paolo (UDC)	14, 18, 23
Mazzaracchio Salvatore (FI)	16, 20

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 14,15.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione dell'assessore alla sanità della regione Lazio, Augusto Battaglia.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'assessore alla sanità della regione Lazio, Augusto Battaglia.

Do il benvenuto all'assessore della sanità — nonché amico, se mi posso permettere — Augusto Battaglia, con cui ho avuto il piacere di lavorare in Commissione affari sociali per cinque anni, nella scorsa legislatura. Egli attualmente ricopre un incarico impegnativo nel Lazio, una delle regioni che presentano particolari e importanti problemi nella gestione della sanità.

La nostra audizione — l'assessore ne è a conoscenza — è finalizzata a trattare i problemi legati ai cosiddetti piani di rientro nel campo sanitario, soprattutto per quelle regioni (tra cui il Lazio e altre che stiamo sentendo) che stanno applicando tali piani per cercare di riequilibrare i bilanci pur continuando a erogare — è importante e desidero dirlo nella premessa — un'assistenza sanitaria sempre valida. Infatti, qualora venissero attuati i piani di

rientro penalizzando l'assistenza sanitaria, è evidente che il rientro sarebbe un risparmio non finalizzato a una buona assistenza.

Abbiamo già audito il Ministro della salute, il direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e l'ispettore capo per la spesa sociale (Igespes) del Ministero dell'economia e delle finanze. Dal Ministro Livia Turco abbiamo avuto anche il piacere di ricevere l'impegno, anzi l'esternazione della sua piena volontà di ritornare a riferire proprio sui piani di rientro previsti per le regioni che lo stesso Ministero sta controllando attivamente.

Pertanto, l'audizione dell'assessore alla sanità si colloca nell'ambito di tale problematica che, a mio avviso, è di grande importanza e attualità. Questa Commissione è stata istituita per indagare sia sulle cause che hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni, sia sulle responsabilità nei cosiddetti casi di mala-sanità che spesso, se non ogni giorno, vengono presentati dai mass media e che si verificano in tutte le regioni. Tuttavia, trattandosi di un diverso argomento, vedremo successivamente se sia il caso di parlarne.

I componenti della Commissione, nel corso di ogni audizione, hanno il diritto di porre domande, cui eventualmente seguirà una replica dell'auditore.

Inoltre, vorrei far presente che, qualora durante l'audizione si dovesse ritenere necessario procedere in seduta segreta, verrà disattivato l'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Ringrazio l'assessore e gli do la parola.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio.* Signor presi-

dente, in primo luogo vorrei ringraziare lei e tutti i componenti della Commissione per questa opportunità. Mi scuso del ritardo: ho dovuto rispondere ad alcune interrogazioni e, successivamente, mi sono subito recato qui.

Indubbiamente, la situazione che la regione Lazio ha dovuto affrontare a partire dal 2005, quando ci siamo messi al lavoro dopo la scadenza elettorale, è stata di estrema difficoltà; infatti, da una serie di verifiche effettuate dalle aziende sanitarie e dalla regione nel corso del 2005 e del 2006, è emersa una situazione di grave dissesto finanziario che non era prevista e non era valutabile sulla base dei dati disponibili alla fine del 2005.

Abbiamo intrapreso un'azione di revisione a partire dal settembre 2005, dopo l'insediamento dei nuovi direttori generali, con la prioritaria esigenza di mettere ordine nei conti. Infatti, vi erano aziende che non avevano approvato i bilanci dal 2003 e vi era un oggettivo disordine nei conti delle aziende. Per quel che riguarda i saldi accertati o comunque verificati nel 2003, per i quali la regione aveva dichiarato un disavanzo di 443 milioni di euro, nel 2005, dopo l'accertamento effettuato e l'approvazione dei bilanci mancanti, ci siamo resi conto che il disavanzo era salito a 636 milioni. Nel 2004, a fronte di un disavanzo dichiarato di 426 milioni di euro, è stato accertato un disavanzo di 2 miliardi 84 milioni di euro; nel 2005, purtroppo, il disavanzo accertato al 31 dicembre ammontava, per l'anno 2005, a un miliardo 880 milioni di euro.

Si trattava quindi di un disavanzo totale di 3 miliardi 964 milioni di euro, cui si aggiungeva un ulteriore debito — emerso dallo stato patrimoniale del bilancio consolidato del 2005, al netto delle operazioni finanziarie di dilazione del debito — di 4 miliardi 232 milioni. Inoltre, la situazione di quel momento non aveva consentito di ricevere i fondi statali relativi agli anni 2004-2005. Pertanto, il totale del debito al termine del 2005, accertato tra il 2005 e il 2006, ammontava a 10 miliardi 196 milioni di euro.

Questa è la situazione complessiva al 31 dicembre 2006. Naturalmente questi dati sono stati oggetto di approfondimento, e lo sono ancora, nell'ambito delle singole aziende sanitarie, alcune delle quali (soprattutto quelle dove i conti erano maggiormente in disordine) hanno portato a termine una verifica relativa alle fatture, ai conti e ai bilanci degli ultimi cinque anni. Tali dati sono stati ulteriormente verificati sia dal Ministero dell'economia e delle finanze, sia dal Ministero della salute (ove è previsto un nucleo di affiancamento della regione Lazio), sia dall'*advisory* KPMG, che è stato individuato dal Ministero dell'economia e delle finanze come parte terza che affianca la regione in tale valutazione.

È chiaro che si tratta di numeri che nel corso delle verifiche hanno subito e possono subire modificazioni, tuttavia tali modificazioni non intaccano la sostanza del problema: una mole di debiti intorno ai dieci miliardi. Per farvi fronte abbiamo avviato un'operazione di risanamento, grazie anche al supporto proveniente dalle decisioni assunte a livello nazionale, che hanno comportato, come giusta contropartita, la definizione di un piano di rientro che dovrà condurci da qui al 2009 a una stabilizzazione finanziaria e a un abbattimento definitivo del deficit, riportando la regione Lazio e la sua sanità alla normalità di gestione. Naturalmente esistono dei problemi che, al termine del mio intervento, sottoporro anche alla Commissione, che devono essere affrontati, sebbene in ambito diverso dalla questione relativa ai conti fuori bilancio.

Abbiamo iniziato il nostro lavoro, molto impegnativo e difficile, nel 2006. Gli anni 2006 e 2007 sono stati i più difficili, non per l'entità della manovra, ma perché si trattava di far cambiare direzione a un treno in corsa. Sono stati anni di particolare difficoltà nei quali abbiamo dovuto individuare gli strumenti per poter rientrare dal deficit di 1.880 milioni di euro.

Nel corso del 2007 è stato riscontrato un ulteriore disavanzo di 214 milioni di euro, legato a due fattori: in primo luogo, si attingeva al Fondo sanitario nazionale

per finanziare l'ARPA, l'Agenzia regionale per la protezione ambientale del Lazio, senza registrarne il costo nel deficit sanitario; in secondo luogo, vi era un errato calcolo dei flussi di mobilità attiva e passiva per un importo di circa 175 milioni. Si tratta, complessivamente, di un deficit di 214 milioni di euro, che ha compromesso il risultato del 2007 (forse avrete seguito le vicende un po' difficili degli ultimi mesi).

Su che cosa abbiamo puntato? Quali erano le fonti dei disavanzi? In primo luogo, la spesa farmaceutica era fuori controllo: si era sfondato il tetto del 13 per cento della spesa farmaceutica territoriale convenzionata per ben 438 milioni di euro. Pertanto, circa un terzo del deficit, o poco meno, era dovuto al fatto che, a fronte di una normativa nazionale che individuava nel 13 per cento l'indice al quale attestarsi per la spesa farmaceutica (più il 3 per cento per quella ospedaliera), non era stata adottata una serie di misure come la distribuzione diretta dei farmaci più costosi, l'indice di appropriatezza per i medici prescrittori, la distribuzione per conto, il controllo dei costi farmaceutici, le forniture dell'ossigeno e così via.

Vi erano una serie di questioni non affrontate e soprattutto un'assenza di controlli che avevano comportato un aumento di spesa. Infatti, quando sono arrivato, i dati sulla spesa farmaceutica di un certo mese venivano conosciuti dieci mesi dopo, e chiaramente cercare il medico e chiedergli se dieci mesi prima vi fosse stata l'influenza era un po' difficile. Invece, oggi 16 gennaio sono in possesso dei dati di dicembre. Ci siamo dotati non solo degli strumenti minimi per il controllo (le commissioni per l'appropriatezza nei distretti, l'indice di appropriatezza del medico prescrittore, distribuzione diretta e per conto) ma anche di un sistema di monitoraggio della spesa per verificare le ASL, le aree del territorio e così via. Pertanto, l'impegno sulla spesa farmaceutica è stato il primo problema.

La seconda questione, sulla quale abbiamo lavorato molto, è quella relativa al contenimento della spesa nella sanità ac-

creditata, che nella regione Lazio non è un problema di poco conto. Infatti, per la nota presenza di importanti strutture della sanità religiosa e per la tradizione della sanità nella nostra regione, la consistenza delle strutture classificate o accreditate presenti nella regione stessa è particolarmente forte. Pertanto, per raggiungere obiettivi di controllo era importante mettere sotto controllo tale quota di spesa sanitaria.

La delibera sui tetti e le tariffe era stata adottata anche precedentemente, per il 2004. Tuttavia, è evidente che se la delibera viene adottata nel mese di ottobre si presenta di difficile tenuta. Pertanto, abbiamo cercato di anticipare i tempi, e sul versante della sanità privata quest'anno siamo arrivati al punto in cui, entro il 31 gennaio, definiremo, per tutti gli erogatori privati, le tariffe, le quote di prestazioni e i costi che potranno essere attribuiti a ogni singolo operatore.

Inoltre, anche per quanto riguarda la sanità pubblica, vi erano grandi problemi, su alcuni dei quali abbiamo già messo mano. Ad esempio, si era determinata la tendenza a non espletare più le procedure di gara. Alla scadenza dei contratti, quindi, anziché svolgere la gara veniva effettuata una proroga del contratto con i relativi incrementi.

Esisteva un insieme di situazioni di cattiva amministrazione e di gestione poco chiara, a parte gli aspetti legati a fenomeni di corruzione che sono stati consistenti e noti e che rappresentano l'aspetto, naturalmente inaccettabile e più estremo, di un fenomeno che si è sviluppato in una situazione caratterizzata dalla mancanza di programmazione sanitaria, abbandono di ogni regola di buona amministrazione, gare che non si svolgono e accreditamenti effettuati sulla base di convenienze. Vorrei fare solo un esempio: pur avendo raggiunto la soglia minima di un posto letto per mille abitanti, prevista per la riabilitazione, l'intera provincia di Rieti non ne ha neanche uno accreditato. Gli accreditamenti avvenivano sulla base non del reale fabbisogno territoriale, bensì del luogo ove era situata la clinica da accre-

ditare. È evidente che questo non è un principio di buona amministrazione. Inoltre, ciò determinava anche flussi di mobilità passiva.

Infine, la riforma non era stata attuata. Altre regioni, dopo l'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, avevano attivato tutte le procedure per gli accreditamenti definitivi. Invece, la nostra regione aveva approvato la legge regionale 3 marzo 2003, n. 4, che era rimasta sul *Bollettino Ufficiale* della regione Lazio, senza che fosse seguito alcun adempimento: i regolamenti di attuazione, i criteri, gli standard e così via.

Abbiamo iniziato a lavorare dalla fine del 2005 e ci siamo dotati di tutti gli strumenti regolamentari e programmatori. Entro il 30 giugno, 35 mila soggetti (dal medico di famiglia al policlinico Gemelli) hanno predisposto e presentato le domande per le autorizzazioni. Abbiamo anche istituito una commissione *ad hoc* per verificare la rispondenza ai criteri prestabiliti. Contiamo di allinearci alle altre regioni nei prossimi mesi mediante la realizzazione delle famose tre «a»: autorizzazione, accreditamento e acquisto prestazioni, che costituiscono il vero strumento di controllo dell'offerta di prestazioni pubbliche e private.

È evidente che anche le aziende che non approvavano i bilanci costituivano espressione di cattiva amministrazione, dalla quale è derivata una proliferazione di unità operative complesse, a prescindere dall'effettiva esigenza dell'ospedale e del servizio. Infatti, proprio in queste settimane, stiamo ridefinendo tutte le piante organiche, mediante una riduzione minima del 10 per cento di unità complesse in ogni azienda sanitaria. Vi è stata una proliferazione di incarichi, reparti e iniziative, a prescindere da reali esigenze, con particolari sofferenze anche per quanto riguarda i grandi ospedali. Si tratta di un fatto a livello nazionale e non relativo soltanto alla regione Lazio, che naturalmente è aggravata dalle situazioni specifiche.

In particolare, bisogna tener conto dell'oggettiva difficoltà che deriva dalla rela-

zione tra il sistema sanitario e quello universitario, nei policlinici o nelle aziende miste. Da noi questa relazione è aggravata dalla circostanza che la città di Roma ha cinque policlinici universitari: si può immaginare quali possano essere i problemi moltiplicati per cinque! Naturalmente ciò significa non che i policlinici universitari non costituiscano una grande risorsa del sistema sanitario nazionale, bensì che la regione Lazio era ed è portatrice di una situazione specifica che, indubbiamente, comporta problemi, oneri e difficoltà gestionali.

Così come nell'area privata, anche nell'area pubblica abbiamo adottato misure di contenimento della spesa mediante maggiori controlli sui bilanci, i quali vengono redatti ad inizio anno, se preventivi, e alla fine dell'anno, se consuntivi. Inoltre, i dati di bilancio vengono pubblicati nella legge finanziaria regionale che viene approvata nel mese di dicembre. Pertanto, all'inizio del mese di gennaio le aziende sanitarie, quelle ospedaliere, gli IRCCS e i policlinici hanno già una traccia di riferimento delle condizioni economico-finanziarie per l'anno in corso. Quest'anno, entro il 31 gennaio, approveremo non solo la delibera relativa ai tetti e alle tariffe ma anche i bilanci delle singole aziende sanitarie e ospedaliere, in maniera tale che ogni direttore generale sia effettivamente responsabile di tutte le proprie funzioni.

Un ulteriore problema affrontato, è stato quello relativo alla dotazione di un nuovo piano dei conti per le aziende. Nella precedente legislatura era stata effettuata una scelta che sebbene legittima — non la discuto dal punto di vista politico — ha dato risultati negativi. Infatti è stata frammentata la cabina di comando: alcuni flussi e decisioni sono state attribuite in capo all'azienda sanitaria, altre all'Agenzia di sanità pubblica, altre ancora all'assessorato.

Pertanto, il paradosso era costituito dal fatto che sebbene tutti ritenessero di aver compiuto il proprio dovere, vi era un debito e uno sfioramento di 1.880 milioni di euro. Ciò aveva determinato una grave situazione. Infatti, se guardiamo i dati del

sistema della regione Lazio (sebbene le difficoltà ci siano sempre state e sempre vi saranno come avviene in tutti i sistemi sanitari regionali), mentre negli anni dal 1995 al 2000 vi era un andamento di contenimento della spesa, dal 2000 vi è stata un'inversione di tendenza e dal 2002 al 2005 vi è stata un'impennata. Evidentemente, tali scelte gestionali e organizzative e tali modalità un po' approssimative di gestire il sistema sanitario hanno portato fuori controllo la situazione. Se guardiamo *Il Sole 24 Ore* di qualche settimana fa, ove sono stati pubblicati i grafici sull'andamento della spesa, si vede come dal 2002 si verifica un'impennata che gradualmente, dal 2005, sta rientrando.

Una delle prime misure è stata la dotazione di un piano dei conti, mediante il quale tutti i flussi finanziari passano attraverso l'azienda. La scelta dell'aziendalizzazione è una scelta piena: il direttore generale dell'azienda è responsabile delle strutture che dipendono direttamente da egli stesso, dei costi del servizio sanitario, per le persone che risiedono in quel territorio, e del controllo delle attività svolte dagli accreditati nel settore di propria competenza.

Anche attraverso la dinamica e la tecnica amministrativa, stiamo cercando di ricondurre tutti i flussi entro percorsi definiti e controllabili, in maniera tale che non vi possano essere sorprese.

Il lavoro che stiamo svolgendo, affiancati dal nucleo di valutazione del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e finanze, sta iniziando a dare risultati. Per la verità, già nel 2006, può registrarsi un'inversione di rotta, vi è stato un significativo abbattimento del deficit sanitario, con un'accelerazione nel 2007. Pertanto, chiuderemo il 2007 con un deficit intorno al miliardo di euro all'anno.

Se consideriamo il punto di partenza del 2005, cioè un deficit di 1.880 milioni di euro e se consideriamo, altresì, l'inconveniente individuato nel mese di agosto, per cui tale importo derivava da un meccanismo che aveva portato ad una cifra sottostimata (adesso non è mia intenzione

mettere in discussione tale cifra), in due anni abbiamo pressoché dimezzato il deficit.

Pertanto, chiuderemo il 2007 con circa un miliardo di euro di deficit annuale. Per il 2008 abbiamo attivato una manovra di circa 585 milioni di euro di contenimento della spesa, che potrà consentirci di dimezzare ulteriormente il disavanzo, perché contiamo di chiudere il 2008 intorno ai 500-550 milioni di deficit. C'è questa oscillazione perché, come è noto, non è stato ancora del tutto definito il Fondo sanitario nazionale. Inoltre, come regione, ci aspettiamo anche alcuni piccoli incrementi e ritocchi nei prossimi mesi. Comunque, 25 o 50 milioni in più non contano: l'obiettivo è raggiungere 550 milioni di euro. Inoltre, quest'anno vi sarà una novità.

Il deficit, a mio avviso, aveva quattro ordini di ragioni. In primo luogo, vi erano aree di corruzione, che abbiamo cercato di individuare, eliminare e contrastare. Mi sembra che vi sia stato qualche risultato. Cito un nome per tutti: la vicenda « Lady ASL ». Abbiamo individuato un flusso di attività ben radicate nel sistema sanitario che dirottavano, non si sa dove, i finanziamenti e abbiamo tolto gli accreditamenti. Inoltre abbiamo individuato e stiamo ancora individuando altre situazioni.

La seconda ragione è la cattiva amministrazione: le gare che non si svolgevano, i bilanci che non si approvavano, l'incertezza amministrativa.

Un terzo elemento è costituito dal sottofinanziamento, dovuto al fatto che nel censimento del 2001 l'Istat non sono stati registrati 188.530 cittadini, che invece ci sono stati riconosciuti quest'anno. Ciò comporta 297 milioni di euro di finanziamento che sono stati negati alla regione Lazio per una ragione indipendente da essa, ma dipendente da un errore o imprecisione del lavoro condotto dall'Istat. Lo scorso anno, le regioni hanno concordato con noi 100 milioni di euro in più di finanziamento, sapendo che l'Istat stava completando i controlli. Quest'anno, per la prima volta, ci è stato riconosciuto il

finanziamento pressoché interamente, in quanto i 297 milioni di euro sono stati ricavati dall'insieme del Fondo: non vi è stato un incremento del fondo finalizzato a coprire i nuovi cittadini, ma sono stati in qualche modo distribuiti partendo dai fondi di altre regioni; per compensare ciò, abbiamo rinunciato a una parte di finanziamento cui avremmo avuto diritto. Tuttavia, esistono solidarietà e lealtà reciproca tra le regioni che costituiscono un valore. Questo ci aiuta a raggiungere l'obiettivo.

Infine, vi è una quarta ragione, relativa agli squilibri del sistema sanitario, di cui parlerò, per cinque minuti, alla fine del mio intervento.

La manovra di 585 milioni di euro per il 2007 si fonda, in primo luogo, sul contenimento della spesa farmaceutica, relativamente alla quale, lo scorso anno, abbiamo raggiunto importanti risultati. Il flusso continua perché abbiamo adottato ulteriori provvedimenti, quale la distribuzione per conto. Il prossimo anno, per la prima volta, centreremo l'obiettivo del contenimento della spesa grazie alle nuove misure (venerdì della prossima settimana, o quello successivo, riuscirò a portarvi la relativa delibera): la distribuzione per conto, i fattori della coagulazione, i farmaci ad altissimo costo, per i quali facciamo distribuzione diretta anche a domicilio, acquistandoli direttamente. Vi sono inoltre altre misure particolari: ci avvarremo anche noi delle scadenze brevettuali che nel corso del 2008 saranno importanti e comporteranno un abbattimento dei costi per tutti. Inoltre, stiamo lavorando con i medici di famiglia con i quali abbiamo concluso un'intesa per raggiungere adeguati livelli di prescrizioni di farmaci generici.

Le altre misure riguardano la politica del personale: l'anno scorso vi è stato un blocco pressoché totale del *turnover*. Quest'anno tale blocco verrà ridimensionato: per il 30 per cento opererà il *turnover*, per il restante fabbisogno porteremo le relative delibere all'esame del Ministero dell'economia e delle finanze che dovrà autorizzarle.

Stiamo concedendo deroghe solo per infermieri, tecnici radiologi e gli anestesisti, figure professionali effettivamente necessarie. Abbiamo notevoli esuberanti in particolare di personale amministrativo, che stiamo cercando di gestire. Adesso lavoreremo per emanare un bando di mobilità ma — come sappiamo, essendo tutti più o meno del mestiere — nella sanità, se vi è un esubero di infermieri, non si tratta certamente di quelli da camera operatoria o da pronto soccorso.

Si realizzerà dunque un ulteriore contenimento della spesa del personale, tetti e tariffe saranno riconfermati e si effettueranno una riorganizzazione e una concentrazione della rete dei laboratori, sia nel pubblico sia nel privato. Nel pubblico ciò avverrà con operazioni autonome. Per esempio, nella provincia di Viterbo, ove è stato rinnovato l'intero laboratorio dell'ospedale di Belcolle, molto sofisticato e con grandi potenzialità, trasformeremo i piccoli laboratori delle strutture decentrate in centri di prelievo, così il cittadino non subirà alcuna penalizzazione e noi risparmieremo 13 milioni di euro, soltanto mediante la riorganizzazione.

In ambito privato abbiamo chiesto alle associazioni rappresentative di portarci delle proposte che, per la parte privata, raggiungano risultati analoghi. Abbiamo adottato le tariffe nazionali, prevedendo l'abbattimento del 20 per cento prescritto dalla legge finanziaria dello scorso anno e, anche in tal caso, abbiamo ottenuto risultati importanti.

Un altro importante aspetto, al quale stiamo lavorando, è quello delle gare centralizzate al fine di ottenere un importante ulteriore contenimento nella gestione diretta delle aziende sanitarie. Quest'anno, un capitolo importante sarà costituito dalla questione dei policlinici universitari, i quali costituiscono un problema ovunque, anche nella regione Lazio.

Alcuni problemi sono aggravati dalla vetustà delle strutture. Da anni e anni si parla della ristrutturazione del policlinico. Conoscete la situazione: demanio, beni culturali, regione, università e quant'altro. Stiamo cercando di venirne a capo, anche

mediante il disegno di legge recante interventi per il settore sanitario e universitario che questa settimana è all'esame dell'Assemblea del Senato, che speriamo venga approvato rapidamente e dal quale ci auguriamo di avere anche risposte certe. Vogliamo costituire l'azienda policlinico mista, integrata, come prevede la legge. L'azienda deve poter disporre del patrimonio del policlinico e potere effettuare tutti gli interventi anche di manutenzione. In questi anni, vi sono state delle difficoltà, in quanto si sono avvicinati tanti progetti, ma poi, a causa del demanio, i beni culturali, l'università, la Cassa depositi e prestiti (e chi più ne ha più ne metta!), alla fine, tali progetti sono naufragati.

Abbiamo iniziato un primo intervento nei sotterranei, i famosi tunnel. Abbiamo svolto la relativa gara, a febbraio inizieranno i lavori relativi ai tunnel, al blocco operatorio, al vecchio istituto Regina Elena e alla concentrazione dei laboratori di analisi. Si tratterà di un lavoro pluriennale, ma è stato comunque impostato.

Il problema tuttavia riguarda non soltanto le strutture, bensì anche i protocolli di intesa. Abbiamo adottato un nuovo schema di protocolli di intesa che responsabilizza maggiormente la regione, per gli aspetti di gestione sanitaria, e l'università per le sue competenze di didattica, ricerca e formazione che, però, nella gestione dei policlinici, non possono prevalere sulle scelte che devono essere fatte dall'azienda. Inoltre abbiamo introdotto il criterio della corresponsabilità in eventuali deficit, perché se si dispone in due non può accadere — per usare un'espressione banale — che uno ordini e l'altro paghi.

Già in questi anni i policlinici hanno compiuto un grande sforzo. Un dato per tutti: il policlinico Umberto I ha chiuso il 2005 con un deficit di 152 milioni di euro, chiuderà il 2007 con un deficit di 80 milioni di euro, è stato già compiuto un grande sforzo. Il prossimo anno ci aspettiamo che, dai nuovi protocolli di intesa che verranno siglati entro il 31 gennaio, possano derivare importanti risultati.

È necessario finanziare i policlinici per i DRG che realizzano, per le funzioni che

assolvono e per quelle di alta specializzazione di cui spesso sono sede. Ove occorra concordare ulteriori costi, ciò deve avvenire alla fine dell'anno e i dati relativi devono essere confermati nella gestione a fine anno. Il meccanismo antico secondo il quale la regione si assumeva ogni cosa, successivamente si veniva qui e qualcuno pagava, ritengo che, dopo la riforma del titolo V della Costituzione, dovrebbe essere inserito negli archivi di Stato!

Queste sono le misure più significative: laboratori, personale, farmaceutica, università e acquisti centralizzati. Ci attendiamo da tali misure quel risultato che possa portare a raggiungere i 550 milioni di euro.

Per concludere, rimangono due ulteriori questioni. La prima, che costituisce la quarta causa del deficit, è il ritardo nelle scelte organizzative effettuate da altre regioni, nel corso degli anni scorsi, in particolare dal 2000 al 2005: rapporto ospedale-territorio, assistenza domiciliare, integrazione socio-sanitaria, riequilibrio della rete ospedaliera sul territorio.

Nella regione Lazio ogni cosa è concentrata a Roma e, man mano che ci allontaniamo dal centro storico di Roma, il sistema si indebolisce. Quando il sistema sanitario si indebolisce, come sapete, in periferia si sviluppa la mobilità passiva: colui che in provincia di Rieti non trova le risposte di cui ha bisogno si reca a L'Aquila, attraversa il colle e si reca dalla parte opposta. Così, dalla provincia di Viterbo vi è stata una mobilità verso la Toscana e, al sud, verso Caserta.

Pertanto, stiamo rafforzando la rete, migliorando le strutture e, in particolare, stiamo rafforzando anche quelle di confine mediante interventi significativi anche di edilizia sanitaria: l'ospedale di Rieti, il completamento dell'ospedale di Belcolle; abbiamo sbloccato i progetti e stiamo iniziando a svolgere le gare per l'ospedale dei Castelli romani e per quello del Golfo; abbiamo completato Cassino e stiamo realizzando Frosinone. Svolgeremo anche operazioni su Roma, ad esempio, mediante la chiusura o la trasformazione del Nuovo Regina Margherita (situato a Trastevere),

da ospedale a struttura a dodici ore di diagnostica specialistica, nonché mediante la redistribuzione della rete nell'area romana e il rafforzamento della rete nel territorio. In tal modo, quest'anno, per la prima volta, la spesa territoriale supererà la spesa ospedaliera.

Nel 2008 procederemo con l'integrazione socio-sanitaria e rafforzeremo tutti gli interventi territoriali e domiciliari. Eravamo molto indietro in relazione alle RSA, ma stiamo recuperando allineandoci agli standard nazionali e, naturalmente, stiamo abbattendo i posti letto. Nel corso del 2007 abbiamo tagliato circa 1.200 posti letto, sia nel pubblico che nel privato; nel 2008 e nel 2009 dobbiamo completare tale operazione per allinearci anche noi agli standard prescritti del 3,5 per mille per gli acuti e dell'uno per mille per riabilitazione o lungodegenza. Tuttavia, relativamente a tale operazione, c'è ancora un'ultima cosa che vorrei dire: è chiaro che la situazione di partenza era inaccettabile e la regione Lazio è intenzionata a portare a compimento l'azione di risanamento intrapresa.

In due anni abbiamo svolto metà del lavoro e nei prossimi due anni porteremo a compimento l'altra metà. Alla fine del 2008 il deficit scenderà a 500-550 milioni di euro. Nel 2009 dovremo porre anche una questione: è giusto che la sanità del Lazio governi bene, programmi bene, svolga assistenza domiciliare, abbatta i ricoveri, faccia buona amministrazione, gare centralizzate, risparmi e attui tutto quello che è stato detto sinora. Oggi sentiamo di non essere in grado di chiedere niente. Infatti, se dovessi chiedere qualcosa in più per la sanità del Lazio, mi verrebbe detto: già sfori il miliardo, che cosa vuoi di più? È chiaro che è così! Tuttavia, non possiamo pensare di arrivare a zero! Pertanto, chiediamo che si consideri la specificità della sanità del Lazio. Abbiamo cinque policlinici universitari e formiamo il 25 per cento dei medici italiani. Formiamo anche farmacisti, biologi, infermieri, terapisti della riabilitazione e via dicendo.

È vero che mediante i nuovi protocolli di intesa puntiamo a stabilizzare anche i

policlinici universitari e a contenere i costi, tuttavia chiunque conosce la sanità sa che ciò determina costi aggiuntivi. In una regione in cui vi è una sola struttura, nel complesso, anche il problema, in qualche modo, può essere riassorbito; diversamente avviene, invece, laddove ve ne sono cinque, oltre a cui vi sono anche l'ospedale Bambino Gesù, i grandi ospedali classificati, il policlinico Gemelli. Anche altri hanno i loro problemi, che non ho mai sottovalutato, ma ritengo che la capitale abbia qualche problema in più. Ad esempio, in relazione alla gestione del servizio 118, a Roma si svolgono quotidianamente manifestazioni nazionali: il 2 giugno, le manifestazioni della destra e della sinistra, dei sindacati, lo sciopero generale, la mostra del cinema, le udienze del Papa, la santificazione di Padre Pio (oggi è stata cancellata la visita del Papa all'università). Tuttavia, è giusto che sia così, perché questa è la capitale d'Italia!

Credo che a tutti noi, in un'ottica di federalismo (che è importante perché responsabilizza le comunità locali), non sfugga che se, ad esempio, Milano costituisce il cuore economico del Paese, è giusto che vi sia qualche autostrada in più. Naturalmente, ciò deve avvenire senza penalizzare gli altri. Il fatto che nel Lazio vi sia la più alta concentrazione di formazione, di ricerca biomedica, di centri di ricerca, mediante il CNR, i policlinici universitari, gli IRCCS, l'industria farmaceutica, deve significare qualcosa! Comunque, anche se la capitale ha degli oneri, non affermiamo che, per questa ragione, dobbiamo sforare e portare il conto allo Stato: chiediamo che sia quantificata la specificità dei costi del sistema sanitario del Lazio, per quel di più che oggettivamente abbiamo.

Il 2009 sarà l'anno nel quale possiamo puntare al pareggio. A tal proposito il rapporto con il Ministero dell'economia e delle finanze non è stato facile. Lo comprendo, in quanto il Ministero deve tener conto di Bruxelles e delle altre regioni, compie le proprie valutazioni ed è giusto che venga richiesto rigore. Se ci siamo un po' lamentati è perché chiediamo che

vengano valutati i risultati, senza entrare nel merito delle singole delibere, perché altrimenti diventa un calvario per tutti; anzi, si rischia di lavorare soltanto per il nucleo di affiancamento. Un'azione di verifica, di controllo e di affiancamento indirizzata ai risultati piuttosto che ai provvedimenti potrebbe rendere più penetrante il controllo da parte dei ministeri vigilanti e più agevole l'azione di governo della regione Lazio, che certamente è impegnativa e difficile.

Non faccio il trionfalista perché quanto affermo potrebbe essere successivamente smentito dalla mancanza di risultati, tuttavia siamo abbastanza fiduciosi. Penso di poter affermare che tutto questo è stato fatto senza penalizzare i servizi e i cittadini. Infatti, vi invito a verificare tutti gli indici di attività e i dati relativi al sistema sanitario del Lazio, dai quali si può verificare che abbiamo aumentato le prestazioni dei cittadini (del 10-15 per cento a seconda delle ASL), realizziamo il 20 per cento di trapianti in più rispetto al 2005, raccogliamo il 15 per cento di sangue in più rispetto al 2005, abbiamo abbattuto i tempi di soccorso del 30 per cento (aumentando le ambulanze, le postazioni sul territorio e tutto ciò che serve per il soccorso), abbiamo diminuito del 10 per cento le amputazioni nei diabetici, siamo arrivati al 75 per cento di copertura vaccinale delle categorie a rischio e siamo la seconda regione (allo stesso livello della Lombardia e dell'Emilia-Romagna), e l'unica in controtendenza, sugli incidenti e i morti sul lavoro. Infatti, per il terzo anno, registriamo una diminuzione di incidenti e morti sul lavoro.

Ciò è dovuto al fatto che, insieme agli ispettori, abbiamo svolto un'attività volta alla prevenzione. Vi fornisco solo un dato: il Ministero ci ha comunicato il numero di controlli che si aspetta che venga effettuato sui luoghi di lavoro. Ebbene, rispetto al numero richiesto, ne effettuiamo già il doppio. Tutte le altre regioni (chi più, chi meno) dovranno fare qualcosa per raggiungere il livello di controlli richiesto recentemente dai Ministeri del lavoro e da quello della salute.

Abbiamo compiuto un grande sforzo. Naturalmente ciò non significa che non vi siano dei problemi, se volete posso farvene un elenco, in quanto sono io a conoscerli più di tutti gli altri. In particolare vi è il problema della sanità religiosa, sul quale abbiamo chiesto l'emanazione di un provvedimento normativo (avete assistito alle polemiche relative al policlinico Gemelli e alla richiesta di finanziamenti da parte del Vaticano). Credo che tale problema non sia proprio solo della regione Lazio, bensì che rivesta carattere nazionale. Occorre stabilire cosa significhi l'equiparazione degli ospedali classificati a quelli pubblici e in relazione a cosa operi. Il problema che abbiamo con tali ospedali, un po' di più con il policlinico Gemelli, non è relativo alla produzione, sulla quale si trova sempre un punto d'intesa. Infatti, per fortuna, tali strutture costituiscono una parte importante del Sistema sanitario della regione Lazio e ne rappresentano la tradizione: la sanità ha avuto origine da loro. Si tratta di strutture importanti, qualificate e di eccellenza. Tuttavia se tali strutture, oltre ai DRG e alle funzioni, chiedono il riconoscimento degli oneri e degli arretrati contrattuali, comprensivi anche di interessi, noi non siamo in grado di fronteggiarne il costo. Tra l'altro, ce lo proibisce il Ministero dell'economia e delle finanze. È necessario che a tal proposito vi sia un chiarimento. Speriamo che si possa avere mediante il provvedimento recante interventi per il settore sanitario e universitario che da martedì è in discussione al Senato.

La regione Lazio, senza un finanziamento aggiuntivo, non può riconoscere maggiori oneri contrattuali, oltre al pagamento dei DRG e di quanto concordato all'inizio dell'anno. Pertanto, o si stabilisce che tali strutture sono equiparate a quelle private e, così come avviene per la clinica Villa Domelia, si applica il contratto previsto per la sanità privata e, in tal caso, il problema non sussiste, oppure, nel caso in cui si debba applicare l'altra tipologia contrattuale, è necessario stabilire quando, come e dove devono avvenire i pagamenti.

Ad esempio, quest'anno, come prevede la legge finanziaria, abbiamo accantonato 132 milioni di euro per i futuri oneri contrattuali. Pertanto, nel caso in cui vi sia un aumento contrattuale ulteriore possiamo attingere a tale fondo, mediante una valutazione basata sulle nostre piante organiche, non su altri elementi. Invece, qualora ci venissero chiesti importi ulteriori, non saremmo in grado di corrisponderli, anche perché, da questo punto di vista, è negativa l'interpretazione fornita dal Ministero dell'economia e delle finanze, il quale classifica le prestazioni sanitarie, tanto del policlinico Gemelli che degli ospedali classificati, come acquisto di prestazioni da privati. Pertanto, eventuali incrementi contrattuali vanno ricompresi all'interno dei DRG. Si tratta di una questione aperta, che ritengo di dover porre all'attenzione in quanto urgente.

Possiamo essere tutti d'accordo che vi è una differenza. Tuttavia, o una norma stabilisce con chiarezza che esiste tale differenza, qual è e come si interviene su di essa, oppure per noi è impossibile venire incontro a richieste che vanno al di là delle attività che riconosciamo e verifichiamo che vengano erogate dal Gemelli e dalle altre strutture classificate. Ho ritenuto di introdurre tale tema in quanto è attualmente in discussione all'altro ramo del Parlamento. Ritengo sia necessario un chiarimento definitivo su questo punto, se non si vuole che tale tema, sottovalutato, si ingrandisca al punto tale da determinare successivamente conseguenze negative, sicuramente per il Sistema sanitario del Lazio e, credo di poter affermare, anche per il Sistema sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Vorrei chiederle un chiarimento. Il deficit verrà ripianato per intero?

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Il deficit che fa riferimento agli anni pregressi...

PRESIDENTE. Tale deficit esiste.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Certo, e viene

affrontato anche grazie ai provvedimenti adottati dal Governo, che ha deciso di spalmarlo nel corso degli anni: dobbiamo pagare una quota di 320 milioni di euro l'anno. Per quanto riguarda gli anni successivi, il deficit lo stiamo coprendo noi. Pertanto, i nostri bilanci, compreso quello preventivo per l'anno 2008, hanno già previsto le coperture finanziarie 2006-2007.

PRESIDENTE. State cercando, in tal modo, di rientrare per arrivare al 2009 con un bilancio in pareggio.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Certamente, sebbene con le specificazioni cui ho fatto riferimento. È come se, arrivati a un certo punto, fosse stato messo uno stop, spalmando il deficit nel corso degli anni, anche grazie agli interventi centrali. Pertanto il deficit 2007 non va ad alimentare quello precedente. Ce ne facciamo carico già adesso: il deficit 2007 è già coperto dalla regione Lazio con i fondi regionali e l'IRPEF e l'IRAP pagate dai cittadini e dalle aziende del Lazio.

PRESIDENTE. Esiste il problema della sanità accreditata, anche quella religiosa, che nel Lazio è abbastanza numerosa, come lei ha giustamente affermato. Ciò al di là del fatto che, a mio parere, una cosa sono gli enti ospedalieri accreditati religiosi, un'altra è il policlinico: sono due cose completamente diverse.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Sono perfettamente d'accordo.

PRESIDENTE. A mio avviso il Gemelli è un policlinico universitario, ha una gestione diversa, che andrebbe paragonata a quella di un policlinico universitario a tutti gli effetti. Ritengo che, in tutte le regioni, l'accreditamento e le eventuali convenzioni avvengano anche in base al numero di abitanti per mantenersi al livello del 3,5 per mille per gli acuti e dell'uno per mille per le altre tipologie. Le

chiedo: mediante la riduzione di mille posti letto si è rientrati nel 3,5 per mille, oppure tra i posti letto degli ospedali pubblici e accreditati siamo ancora al di sopra di tale soglia? Nulla toglie che un privato apra una struttura, ottenga l'autorizzazione, ma non la convenzione. Invece, a mio avviso, il discorso cambia completamente se successivamente tale struttura viene autorizzata, accreditata e convenzionata. Se, ad esempio, nell'intera regione Lazio sono necessari 500 posti letto per la chirurgia, che sono già presenti nelle strutture sanitarie pubbliche, non ci dovrebbero essere ulteriori accreditamenti delle strutture sanitarie private. Non avviene così?

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Nel 2006 vi erano 22.238 posti letto per acuti. Il fabbisogno, conteggiato sulla base del 3,5 per mille, invece, era pari a 19.226 posti letto. Pertanto, vi erano 3 mila posti letto in più. Una parte è stata già eliminata nel corso del primo anno. Attualmente stiamo svolgendo le relative verifiche (vi sono anche alcuni ricorsi al TAR) e oggi dovremmo essere già scesi intorno ai 20.800-20.900. Quindi, abbiamo compiuto un passo in avanti, sebbene vi sia ancora un esubero di 1.600 posti letto, che andrà riassorbito nel 2008 e nel 2009.

PRESIDENTE. Non sono pochi.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Alla fine del 2009 vi saranno 19.226 posti letto. Pertanto, per gli acuti, ci allineeremo al fabbisogno.

PRESIDENTE. A quanto è previsto dalla legge!

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Ci allineeremo a quanto previsto dalla legge e dalla programmazione. Un discorso analogo può essere fatto per i posti letto per la riabilitazione. In tal caso le problematiche sono minori, ma vi è concentrazione di posti

letto in alcune aree del territorio mentre altre sono completamente scoperte. Pertanto, sono necessarie una riqualificazione del servizio e una redistribuzione nel territorio.

Naturalmente, il piano dei posti letto tiene conto della struttura: il 16 per cento dei posti letto si trova nelle aziende ospedaliere, il 39 per cento nei presidi delle ASL, l'8 per cento nei policlinici pubblici, gli IRCCS pubblici hanno il 3 per cento, i policlinici privati il 9 per cento dei posti letto, gli istituti classificati l'8,4 per cento e le case di cura il 14,5 per cento. Il 32-33 per cento del Sistema sanitario regionale ospedaliero è privato (tra ospedali classificati e privati), il resto è pubblico. Naturalmente, siamo i primi a ritenere che vi sia una distinzione tra istituti classificati e case di cura accreditate. Nell'ambito della programmazione pubblica, una cosa è considerare la sanità classificata come sanità pubblica a pieno titolo: secondo una posizione largamente condivisa nel consiglio regionale e nella giunta, le consideriamo di pari dignità; non vi è un problema da questo punto di vista. Cosa diversa è se ciò comporta ulteriori oneri contrattuali: su questo occorre una chiarezza normativa, che al momento non esiste.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o chiedere chiarimenti.

GIACOMO BAIAMONTE. Signor assessore, la sua posizione — come le ho già detto poc'anzi privatamente e adesso ripeto pubblicamente in Commissione — è veramente un po' critica. Lei stesso ha affermato che la regione Lazio, nell'ambito della quale si trova la capitale, riveste maggiori problematiche rispetto alle altre regioni. Questo discorso non fa una grinza. Però i dati che abbiamo ascoltato sono davvero «raccapriccianti».

Vorrei soltanto richiamare — lei stesso lo ha fatto, sotto alcuni punti di vista — la sua attenzione sui dati del policlinico Umberto I. Infatti, se non ricordo male — lei era anche in Parlamento e lo ricorderà

senz'altro — il policlinico Umberto I, negli ultimi anni '90, dato il degrado, il deficit e la situazione particolare, con l'allora Presidente del Consiglio D'Alema, è passato dall'amministrazione dell'università all'amministrazione regionale. Non voglio fare una critica, ma conosco il policlinico Umberto I sin dai tempi di Valdoni, Stefanini e Giorgio Ribotta e — mi creda — era veramente un fiore all'occhiello per l'Italia e uno dei migliori policlinici d'Europa!

Tuttavia, il degrado è stato sempre maggiore. Ho citato il particolare accaduto alla fine degli anni '90, perché una volta passato all'amministrazione della regione Lazio e dell'assessorato alla sanità sarebbe dovuto uscire dal degrado e dalla situazione critica in cui si trovava. Purtroppo, ciò non è avvenuto e continua a essere nelle stesse condizioni. Conosciamo benissimo l'inchiesta che qualche anno fa è stata diffusa da un settimanale, dalla quale emergeva un degrado veramente mortificante. Tuttavia, secondo le notizie, la situazione non è ancora migliorata. Quello che mi rattrista — ripeto, per motivi professionali ho frequentato molto il policlinico Umberto I — è non aver visto alcun miglioramento, sotto vari punti di vista.

Inoltre, mi sono accorto che anche il policlinico Gemelli, altro fiore all'occhiello, da un periodo di tempo a questa parte, ha subito un degrado organizzativo. Non mi riferisco al profilo professionale: non è una difesa dei miei colleghi (dell'Umberto I, come del Gemelli), perché riconosco onestamente la loro professionalità. Tuttavia, dal punto di vista organizzativo, trovo che vi sia un degrado che questi fiori all'occhiello non dovrebbero presentare.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Ringrazio l'assessore Battaglia per i dati che ci ha fornito, rappresentando la situazione in maniera complessa, ma molto chiara. Bisogna apprezzare il modo in cui si è mosso, dapprima eliminando le cause di maggiore danno (individuate nella corruzione, nella cattiva amministrazione e nel sottofinanziamento), per poi passare a una manovra finanziaria maggiormente artico-

lata, relativa a farmaci, personale, riorganizzazione, laboratori e gare centralizzate.

In particolare, vorrei formulare alcune domande. Per quanto riguarda la riorganizzazione ospedaliera, l'assessore Battaglia ha parlato di valorizzazione degli ospedali di piccole dimensioni. Si tratta di un problema che si sta affrontando in tutta Italia, ma a Roma è più difficile in quanto vi si recano tutti. Per quanto riguarda la periferia, il problema è che le strutture periferiche erano abbandonate e si sta cercando di rimetterle in sesto anche mediante l'edilizia ospedaliera. Tuttavia, ciò riguarda solo il Lazio. Ci sono anche coloro che provengono fuori dal Lazio e si recano a Roma, quindi anche le strutture di Roma devono essere valorizzate. Il problema è duplice. Le domando: così come accade in altre regioni, trova difficoltà a chiudere il piccolo ospedale in periferia? Lei non ha accennato a questo.

Vi è poi l'ulteriore problema, del quale si parla in Sicilia o ovunque esse operino, se ridurre o meno le guardie mediche.

Inoltre, per quanto riguarda il policlinico Umberto I, l'onorevole Baiamonte sa che ho studiato lì e mezzo secolo fa mi sono laureato all'università La Sapienza, ai tempi del professor Valdoni, con il quale ho discusso la tesi di laurea. Successivamente non ho fatto più il chirurgo, come non lo fa Baiamonte. Ai tempi di Frontali e di Condorelli era la migliore università, tant'è vero che sono venuto a studiare a Roma. Confermo di far parte di quel 25 per cento di medici che, provenendo da fuori, si è formato a Roma. Allora vi era una sola università, ora ve ne sono molte di più. Anche mio figlio frequenta l'università di Roma e sta studiando medicina.

Sono state assunte diverse posizioni tra chi afferma che tutto deve essere distrutto e nuovamente ricostruito e chi dice non ce n'è bisogno e si può solamente ristrutturare. Mediante l'inchiesta giornalistica si è posto soprattutto l'accento sui sotterranei, che ci sono sempre stati e cinquant'anni fa meravigliavano anche me. Adesso mi meravigliano di più! Si tratta di quei sotterranei dove erano situati gli armadietti e dove si svestivano i medici, gli infermieri

e gli studenti. Esistono ancora e dopo cinquant'anni non sono stati risistemati. Qual è l'orientamento relativo alla riorganizzazione del policlinico Umberto I?

Inoltre, vorrei far presente che, alla fine, il problema più importante non è eliminare gli squilibri, perché — come lei ha affermato — la parte più importante di tutto il risanamento è lo squilibrio del sistema sanitario. Ciò che è più importante è creare l'equilibrio. Come pensa di creare tale equilibrio? Lasciando le cose così come sono? Lei ha affermato che si sta prestando attenzione più all'assistenza del territorio che a quella ospedaliera. Come intende articolare il rapporto tra assistenza del territorio e ospedaliera? Secondo quanto prescritto dalla vigente riforma sanitaria — che abbiamo approvato insieme all'onorevole Bindi — o mediante qualche ritocco all'impostazione esistente a livello nazionale, per dare una sistemazione diversa (come, ad esempio, avviene in Lombardia, ove si cerca di non rendere la sanità « ospedalocentrica » e dividere i due momenti, l'ospedale dal territorio)? Ultimamente anche il Ministro ha affermato di voler valorizzare maggiormente il territorio. Anche voi lo state facendo. D'ora in avanti, avendo eliminato queste storture, come pensate di procedere?

La cosa più importante — della quale lei non ha parlato — è il governo clinico, del quale ci siamo impegnati nella scorsa legislatura e di cui ancora stiamo parlando. Tra l'altro, ho letto sul *Giornale di Sicilia* di ieri che la regione siciliana sta sperimentando un sistema di monitoraggio dell'efficienza e del rischio clinico. Una ditta americana ha condotto uno studio e loro, in questi giorni, stanno attivando tale monitoraggio. Il rischio clinico mi sembra la cosa più importante. Infatti, non dobbiamo aumentare le spese della sanità, le dobbiamo eliminare, verificare a regime come deve andare la sanità e quali sono le spese essenziali, necessarie per fornire un'assistenza equilibrata, ordinata e giusta, a misura d'uomo.

LIONELLO COSENTINO. Vorrei premettere che ho apprezzato molto la rela-

zione svolta dall'assessore, perché con grande chiarezza e affermando la verità, cioè fornendo il quadro dei fatti, ha sottolineato l'impegno che sta affrontando, con grandi difficoltà, non c'è dubbio, ma anche, a mio parere, con grande coraggio e determinazione. Naturalmente tutto è perfettibile e tutto va sottoposto, successivamente, alla verifica dei risultati, tuttavia ritengo che siamo sulla strada giusta: mettere in atto, al di là delle differenze politiche, di maggioranza e di opposizione, e finalmente con efficacia, un tentativo di risanamento, trasparenza dei conti, miglioramento del sistema sanitario del Lazio. Pertanto, le sono grato.

Vorrei affrontare due questioni, molto connesse tra loro, perché ritengo che, in realtà, la funzione di questa Commissione sia anche quella di informarsi, riflettere e proporre al Parlamento le soluzioni che possono essere di aiuto ai processi di risanamento. Un esempio — come ha ricordato Augusto Battaglia — è costituito proprio dai policlinici universitari. In primo luogo, esprimo un giudizio molto positivo sulla stragrande maggioranza dei medici e operatori dei policlinici universitari romani: sono eccellenti. Tuttavia, i sistemi organizzativi sono inadeguati e le strutture concrete dove si lavora — ad esempio al policlinico Umberto I — sono indecenti per un paese civile.

Vorrei far presente ai colleghi il motivo: a decidere gli interventi di ristrutturazione sono, d'intesa tra loro, la regione e l'Azienda autonoma policlinico, la quale però non è proprietaria di quei beni. Pertanto, si rivolge all'università, proprietaria di quei beni, per decidere insieme i progetti di risanamento e le gare d'appalto. Chi è il soggetto che le pone in essere? Si perdono anni e successivamente si scopre che non è né l'università, né l'Azienda policlinico, né la regione, bensì il demanio e che quei beni sono sottoposti a vincolo.

Pertanto anche la semplicissima operazione di intraprendere una gara per ripulire e rifare i famosi e multifotografati corridoi situati nei sotterranei del policlinico significa dover risalire dalla regione

all'azienda, dall'azienda all'università, dall'università al demanio, dal demanio alle sovrintendenze per scoprire che cosa succede. Mi chiedo se il Parlamento non possa trasferire questo bene all'azienda policlinico.

GIACOMO BAIAMONTE. Certo!

LIONELLO COSENTINO. Suggestire al Governo e al Parlamento di semplificare potrebbe essere una scelta bipartisan. A che serve che sia di proprietà del demanio se viene gestito per l'attività sanitaria? O si decide di trasferire il policlinico altrove, la struttura diventa un museo e può rimanere tranquillamente di proprietà del demanio; oppure, se essa deve essere un policlinico, chi amministra tutti i giorni e sa esiste il problema di intervenire, correggere, aggiustare, e via dicendo, deve avere il potere di farlo, deve essere proprietario del bene sul quale interviene.

Le norme sono necessarie. Sul policlinico Gemelli — struttura prestigiosa ed eccellente, anche di professionisti — c'è un nodo che, a mio parere, il Parlamento non ha mai avuto il coraggio di affrontare come si deve. Siamo tutti consapevoli che si tratta di una questione importante, ma nessuno ha mai trovato le soluzioni.

Ad esempio, quest'anno, gli ospedali pubblici — ospedali universitari, aziende ospedaliere, presidi di ASL — sono stati soggetti al blocco del *turnover* sulla base dell'accordo di programma. Il policlinico Gemelli non è stato soggetto al blocco del *turnover*, perché non è un ospedale pubblico e, pertanto, la direzione generale ha fatto quello che riteneva opportuno.

Possiamo cambiare le regole e creare una regola unica, che ci consenta di stabilire autonomie, diritti, doveri e sistemi di finanziamento? Infatti, non è possibile che una struttura come il policlinico Gemelli sia finanziata come una casa di cura privata e, nello stesso tempo, svolga una funzione pubblica e, contemporaneamente, venga amministrata secondo regole in parte pubbliche, in parte private! Partendo dall'intesa che la regione Lazio sta facendo per siglare i nuovi protocolli, si

dovrebbe avere la forza di fornire a tali intese il quadro normativo necessario per lavorare. Altrimenti, si realizza un'intesa che, il giorno dopo, viene abbandonata.

L'assessore Battaglia afferma che, sia nel pubblico sia nel privato, sia necessario un grande processo di riconversione, di chiusura di posti letto, di trasformazione di inutili piccole strutture, ad esempio, in strutture di servizio al territorio. Ma, al di là delle chiacchiere, si possono compiere grandi e veri processi di riorganizzazione di aziende, di strutture — anche mediante la partecipazione di soggetti privati, convenzionati e accreditati —, senza l'adozione di qualche misura, ad esempio, di garanzia del personale (quali forme di mobilità assistita o cassa integrazione per il personale dipendente da aziende accreditate), che consenta di realizzare tali processi non contro i lavoratori, ma d'accordo con essi e con le organizzazioni?

Oggi questo non è previsto. Ciò significa che anche spostare un posto letto significa colpire i lavoratori. Questa è la ragione per la quale non si può mai fare nulla e anche i processi di conversione necessaria non si possono realizzare. Pertanto, sarebbe molto utile un sostegno ai processi di conversione indicati — anche in tal caso dovrebbe intervenire il Parlamento — perché, in tal modo non ci sarebbero alibi e non avremmo paura di colpire legittimi diritti dei lavoratori e di occupazione dei dipendenti.

Il lavoro di questa Commissione, così come io lo vedo, consiste anche nella capacità di ascoltare e individuare soluzioni che successivamente semplifichino i processi gestionali, i quali costituiscono il punto decisivo.

SALVATORE MAZZARACCHIO. Spero che sia stato superato il problema relativo al protocollo di intesa università-regione. Infatti, diversamente, sarebbe stato impossibile diminuire del 10 per cento le unità complesse e ridurre i posti letto. La gran parte del deficit si aveva proprio per questa ragione: sebbene la regione effettuasse i pagamenti, l'università era libera di aprire tranquillamente strutture, dove

successivamente venivano regolarmente nominati i primari, e via dicendo, senza che la regione ne sapesse nulla.

Ciò rappresentava la più grande anomalia. Infatti, non si può fare tutto questo con i soldi del Servizio sanitario nazionale. In sede di riparto, questa vicenda è venuta fuori. Tuttavia, credo che, finalmente, vi sia stato un protocollo di intesa. Inoltre, credo che nel policlinico sia stata attuata la diminuzione dei posti letto, sebbene per trasferirli in altre strutture. Altrimenti, altro che 10 miliardi di euro di deficit!

Un altro problema molto serio riguarda gli accreditamenti. Senza il recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, tutt'al più potevano esservi autorizzazioni provvisorie. L'autorizzazione provvisoria, logicamente, ha costi inferiori: cioè, le prestazioni nelle strutture autorizzate provvisoriamente vengono pagate al 50 per cento, rispetto alle strutture accreditate. Se gli accreditamenti definitivi sono stati dati direttamente, senza passare per le autorizzazioni provvisorie, ci troviamo di fronte ad uno stato totalmente confusionale. Spero che, oramai, anche ciò sia stato superato.

Non so se la regione Lazio sia in condizioni di dare gli accreditamenti definitivi. Molte regioni non si trovano ancora nelle condizioni di poter accreditare in maniera definitiva: anche in presenza della programmazione in atto, nel frattempo, concedono autorizzazioni provvisorie (in parte anche perché conviene, in quanto i costi sono diversi).

Inoltre, vi è il problema della sanità religiosa, del quale abbiamo discusso molte volte. Parliamone chiaramente, è anche giusto chiedere finanziamenti aggiuntivi in relazione a tali enti. Tuttavia, occorre anche chiedersi se queste strutture forniscano prestazioni di eccellenza. In tal caso, è giusto che negli oneri contrattuali si preveda una risorsa finanziaria diversa.

Tuttavia, se si deve effettuare un intervento di appendicite in un ospedale religioso anziché in un'altra struttura, non si comprende per quale motivo se la prestazione viene resa in una struttura religiosa, tale intervento debba essere pagato molto

di più. Pagare di più ha un significato solo se tali strutture sono di eccellenza e, quindi, in grado di fornire prestazioni che altre strutture non sono in condizioni di effettuare. In tal caso, in sede di riparto del Fondo sanitario, si può tener presente anche tale problema.

Inoltre vi è il problema di come conciliare il potenziamento per le patologie acute e le prestazioni ordinarie sul territorio (cioè potenziare la medicina territoriale). Capisco che diventi difficile e i conti non possano più tornare ove si debba potenziare, da una parte, le strutture per le patologie acute, dall'altra, anche il territorio per le patologie ordinarie; a meno che le patologie acute vengano, logicamente, risolte negli ospedali e il territorio venga riservato alle strutture territoriali semplicemente per le patologie ordinarie. In tal modo avremmo una diminuzione dei ricoveri impropri e, allora sì, realizzeremo un risparmio!

Il quadro che ho delineato sinteticamente può consentirci anche di risparmiare delle risorse. Altrimenti, ritengo che, quando alla resa dei conti, andremo a risolvere tale grave problema che si è accumulato negli anni, anche i nostri piani di rientro incontreranno difficoltà. Questi sono gli argomenti principali che non solo il Lazio, ma tutte le altre regioni dovrebbero tener presenti, per poter cercare di diminuire il deficit sanitario, che da una parte diminuisce (con i conti e le esigenze che abbiamo), dall'altra aumenta, anche perché cambiano le tecnologie e arrivano nuovi farmaci. Pertanto, già di per sé è soggetto ad un incremento. Se, quindi, non prestiamo attenzione neanche alle cose fondamentali per una buona gestione, certamente, il problema si aggrava sempre di più.

PAOLA GOISIS. Non vorrei in qualche modo ripetermi. Rimango sempre molto perplessa quanto ascolto questi discorsi. Infatti, sono esatte le osservazioni – svolte anche dal collega – sulle strutture del territorio, sulle questioni di duplicazioni, posti letto, ospedali o cose del genere: è chiaro che il costo aumenta, raddoppia.

Da noi non si fanno tanti discorsi: si parla di un unico ospedale in un'unica ASL, e il resto si taglia. Lo stesso avviene ad esempio, in relazione alla spesa farmaceutica della quale si è parlato poc'anzi. Da noi, se un malato si reca a fare una visita non si prescrive una pastiglia! Non esistono più tutte quelle elargizioni di farmaci e prestazioni, ma solo ciò che è previsto dai vari protocolli.

Poc'anzi ho anche sentito parlare della questione del personale. Anche da noi il personale si taglia e non si effettuano nuove assunzioni.

Mi sembra di vivere in due mondi completamente diversi! Quando affermiamo che esistono due Italie, o meglio che vi è la Padania da una parte e l'Italia dall'altra, parliamo di una realtà! Da parte sia dell'assessore sia di coloro che sono stati auditi in precedenza, sembra anche di avvertire una sorta di fatalismo: cioè, questa è la realtà e non si può fare più di tanto.

Da noi non si dice così! Da noi si dice: si deve fare e si fa! Pertanto, vorrei fare una proposta, che è stata già fatta da uno dei nostri, il vicepresidente della regione Veneto, in relazione al problema dei rifiuti: fatevi adottare da noi! Certamente può essere una battuta, ma vuol significare che sicuramente esistono sistemi di gestione, organizzazione, modo di agire e gestire completamente diversi. Non è possibile! Noi non abbiamo la bacchetta magica!

Mi rendo conto anche che si parla del Lazio e della capitale. Tuttavia, credo poco ai sottofinanziamenti. Infatti, sia nel 2006 che nel 2007, molto spesso ci siamo trovati a votare dei decreti per finanziare la sanità del Lazio. Pertanto, si tratta di una realtà che bisogna affrontare realmente. Non si può sentir dire che non è possibile arrivare a zero.

Mi trovo di fronte a due realtà che urtano tra loro, sia per il modo di gestire che per il modo di muoversi. Non so se questa mia considerazione possa essere ritenuta semplicistica, ma è obiettiva e nasce da una situazione obiettiva. Anche per quanto riguarda i finanziamenti per

Roma capitale: vi sono appositi capitoli destinati a Roma proprio in quanto capitale; pertanto, i finanziamenti sono previsti. Invece, è al nord che i finanziamenti vengono sempre più tagliati, sia per i comuni, sia per le regioni e via dicendo.

Inoltre, poc'anzi si è parlato del fatto che non si svolgono le gare, mentre gli affidamenti avvengono privatamente o direttamente. Si tratta davvero di realtà completamente diverse, che mi fanno pensare a due mondi, a due realtà che non possiamo condividere, perché si tratta di una situazione assurda.

Lo stesso può dirsi per la Campania. In merito al problema dei rifiuti, ieri sera durante la trasmissione *Matrix* ho sentito le persone affermare che è necessario portar via tali rifiuti. Ma dovete portarli da noi? Noi ci arrangiamo, realizziamo le nostre discariche, i termovalorizzatori, inceneritori e via dicendo. Qui non vengono realizzati!

Credo di essermi espressa in maniera abbastanza chiara.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Signor presidente, vorrei svolgere un ulteriore brevissimo intervento.

PRESIDENTE. Prego, onorevole Lucchese.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Non vorrei essere polemico, tuttavia tutti leggiamo i giornali. L'assessore Battaglia ha affermato che l'aumento del debito è emerso perché i bilanci non venivano approvati. Altri affermano che i debiti li ha provocati la vostra amministrazione, perché avete nominato consulenti nelle varie ASL e, pertanto, in parte avete aumentato il debito (riferisco quanto si afferma).

Inoltre, in relazione alla questione cui lei ha accennato sul policlinico Gemelli, vorrei sapere se, nel frattempo, verrà fatto chiudere il pronto soccorso? Considerato che i finanziamenti sono diminuiti, sembra che tra qualche mese possa anche chiudere.

LIONELLO COSENTINO. Può fornire alla Commissione il quadro dei finanziamenti?

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore Battaglia, che risponderà a tutte le domande rivolte. Vorrei preannunciare che la prossima settimana verranno auditi i rappresentanti della Corte dei conti — non me ne voglia l'assessore, visto che siamo amici — la quale, poiché controlla tali conti, su base di tali premesse e di quanto è stato portato già nel primo periodo, potrà dire se tali progetti stiano andando a buon fine o se occorranو interventi ancora più forti.

Inoltre, vorrei muovere un'obiezione. Giustamente, l'assessore Battaglia ha affermato che nel Lazio vi sono le esigenze della capitale e delle molte persone che vi si recano. Il problema della migrazione sanitaria — provengo dal sud e spero che finisca — è proprio anche della regione Lombardia. Le regioni più forti, da questo punto di vista, sono la Lombardia e il Lazio. Tuttavia, non vi è una richiesta di maggiori finanziamenti alla Lombardia perché attui tale programma. Infatti, se per effettuare una prestazione sanitaria un cittadino si trasferisce dalla Sicilia alla Lombardia o al Lazio, successivamente è la stessa Sicilia che paga il Lazio o la Lombardia. Quindi, su ciò mi trovo un po' in disaccordo. Tuttavia, spero che il *gap* che si è creato tra nord e sud diminuisca presto, oppure che questa migrazione, che è già in diminuzione, in futuro, possa addirittura scomparire.

Nell'ultimo trimestre, in cui nella regione Sicilia, per problemi di rientro, sono stati tagliati una serie di finanziamenti, determinati tipi di interventi non si sono potuti effettuare, perché, ad esempio, non vi era la protesi, o i soldi per effettuare gli acquisti. Pertanto, è nuovamente aumentata — lo vedremo in quanto successivamente effettueremo un controllo sulla regione Sicilia — la migrazione sanitaria. Per ora sembra che i bilanci della regione Sicilia siano rientrati dal deficit. Speriamo che ciò non evidenzi, in un prossimo futuro, un aumento della migrazione sa-

nitaria, per cui il prossimo anno dovremmo pagare la regione Lombardia, il Veneto o la regione Lazio, per le prestazioni sanitarie che non sono state fatte da noi, bensì altrove.

Il riequilibrio va raggiunto, ma come giustamente ha già affermato poc'anzi l'onorevole Goisis dobbiamo realizzarlo tutti quanti, nell'ambito nazionale. Tuttavia, a difesa del sud, bisogna dire che esso sconta un *gap* anche strutturale, non solo psicologico, di tempo, che piano piano si sta cercando di colmare. Abbiamo condotto un'ispezione in Calabria e abbiamo verificato che vi erano deficit notevolissimi, sia strutturali, sia di gestione. Pertanto tutto va rivisto con criterio.

Il problema particolare di Roma, del policlinico Gemelli e del Campus, è un problema a sé stante. Sono d'accordo con quel che si diceva: distinguiamo queste due grandi strutture perché hanno ragione di esistere e vanno considerate, a mio avviso, a tutti gli effetti come policlinici universitari.

Le altre validissime strutture private e religiose esistenti nella regione Lazio non possono, secondo il mio modesto parere, essere considerate — non me ne vogliano gli istituti religiosi — allo stesso livello del Gemelli o del Campus che sta nascendo. In tutta sincerità, sono una cosa diversa. Magari si potrà considerarle come strutture private: bisognerà effettivamente proporre qualcosa del genere, perché, a mio avviso, tale differenza deve essere certamente evidenziata.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Signor presidente, in primo luogo ringrazio tutti per il modo in cui, oggi, stiamo cercando di costruire. Vorrei far presente alla collega Goisis — che non conoscevo — che il problema non è « noi e loro », « il nord e il sud », bensì vedere come, sia al nord sia al sud, si attuino degli sforzi per cercare di superare alcune difficoltà, riportare ordine nei conti, responsabilizzare le gestioni dei direttori generali e quant'altro. Credo che vada apprezzato lo sforzo che sta compiendo la regione Lazio.

PRESIDENTE. Quanti direttori generali ha mandato via perché i conti non erano a posto ?

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Tutti.

PRESIDENTE. Complimenti !

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Successivamente ho dovuto affrontare i ricorsi al TAR, al Consiglio di Stato e alla Corte costituzionale. Tutti si sono pietosamente chinati verso i dolori di questi signori, ma finora l'abbiamo spuntata noi !

Inoltre, mi si deve dare atto di aver cercato di estrapolare qualsiasi riferimento politico, perché ritengo che la cosa più sbagliata sia domandarsi chi c'era prima, chi c'era dopo, chi avrebbe dovuto fare una determinata cosa, chi avrebbe dovuto controllare e non lo ha fatto. Invece, mi sto sforzando di svolgere un intervento che possa far trarre qualcosa di utile per il Paese, da questa vicenda negativa della regione Lazio, della regione Campania, dell'Abruzzo e della Sicilia.

Quando si verificano le grandi crisi, bisogna cercare di cogliere le ragioni che le hanno determinate e compiere uno sforzo — indipendentemente dal fatto che ci si riesca o meno — per cercare di superarle. Ciò vale anche per chi ha realizzato il debito e chi non lo ha realizzato.

Vi invito a vedere i dati, che non sono miei, bensì ufficiali, pubblicati anche recentemente da *Il Sole 24 Ore* (lo affermo anche perché qui è presente il collega Cosentino, che li conosce quanto me): nel periodo 1995-2000 la curva ha un certo andamento, nel 2001 inizia a stabilizzarsi, nel 2002 si verifica l'impennata e successivamente inizia a scendere. Sapete chi era presente nel 2002 e chi nel 1995.

Sicuramente, anche durante la nostra gestione vi può essere stato un errore, perché specialmente quando si governa, fare le cose è un po' più difficile che dirle. Pertanto, anche da parte nostra, si possono essere verificati degli errori. Tuttavia,

un dato incontestabile è che dal 2005 al 2007 si è dimezzato il deficit. Pertanto, sarà successo qualcosa.

Anche nel gioco tra entrate e uscite vi è stato un oggettivo abbattimento di costi del sistema sanitario, quale conseguenza di misure adottate dalla giunta regionale. Questo è un dato incontestabile !

PRESIDENTE. Perché altrimenti — se non erro, in base alle leggi che abbiamo approvato in Parlamento — non sarebbero stati concessi i finanziamenti.

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. No. Allora, se ci mettiamo su questo piano...

SALVATORE MAZZARACCHIO. Prima non era richiesto...

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Per le altre regioni, non lo so. Io ho ottenuto risultati positivi già nel 2006, quando non era previsto il piano di rientro, che è stato sottoscritto il 28 febbraio 2007. Già il 2006 registra un abbattimento del deficit di circa 500 milioni di euro: questi sono i conti veri ! Come sapete, vi sono state anche discussioni relative ai conti. Posso affermare che, alla fine, i conti erano quelli che io stesso avevo rappresentato. Tuttavia, lasciamo da parte questo discorso.

Indubbiamente, il mio riferimento al sottofinanziamento era un dato oggettivo. Come sapete, il Fondo sanitario viene attribuito sulla base dei residenti. Vi sono anche altri indici, ma è chiaro che abbia inciso il fatto che l'Istat nel 2001 non avesse registrato 188.530 persone, che — lo dico per chiarezza — non sono gli immigrati irregolari, ma sono persone che hanno il medico di famiglia, si sono recate l'ospedale e hanno la tessera sanitaria. Tutti coloro che non sono stati conteggiati sono residenti, come alcuni di noi presenti. Non stiamo parlando di chi è arrivato dal Bangladesh ! Infatti, se dovessimo contare anche costoro (sapete che a Roma vi è la Santa sede, le ambasciate e gli immigrati) introdurremmo elementi distorsivi.

È chiaro che « l'errore » dell'Istat — non saprei se sia stato dell'Istat, dei comuni o dei rilevatori — ha causato oggettivamente il fatto che, a partire dal 2001, sono mancati 297 milioni di euro nelle casse della regione Lazio. Se, alla fine, facessimo il conto, il totale dà una cifra notevole. Tuttavia, non è importante tanto guardare al passato, quanto individuare e risolvere i problemi, raggiungendo la stabilità.

Per quanto riguarda i policlinici, si è parlato, soprattutto, del periodo del 2001. Cosa è successo? Ricordate che io stesso ero relatore del decreto del 1999 — che, quindi, ricordo bene — e l'onorevole Cosentino era assessore. Una volta approvato il cosiddetto decreto D'Alema, l'onorevole Cosentino — all'epoca assessore alla salvaguardia e cura della salute della regione Lazio — ha avviato l'attuazione del decreto stesso, individuando nel Sant'Andrea la possibilità di sdoppiare le due facoltà e istituire l'Azienda regionale universitaria al Sant'Andrea e l'azienda universitaria, tipo a e tipo b, al policlinico. Ciò ha comportato il trasferimento, non solo dei posti letto e dei professori, ma anche degli infermieri, impiegati e tecnici. Quando, nel 2000, l'assessore qui presente è andato via ed è subentrato qualcun altro, tale operazione si è trasformata, per cui — mi corregga, se sbaglio — mentre i professori si sono spostati, il personale è rimasto interamente al policlinico e al Sant'Andrea sono state fatte assunzioni o direttamente, o indirettamente attraverso cooperative e così via.

PRESIDENTE. Quei reparti sono stati chiusi?

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Sì. Perché il policlinico successivamente si ritrova ad avere un deficit? Noi avevamo azzerato l'azienda policlinico, che nel 2001 è partita da zero.

GIACOMO BAIAMONTE. Trattenendo tutto il deficit!

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. In cinque anni

ciò non è stato mantenuto, perché ha trattenuto una parte di costi che avrebbero dovuto essere trasferiti altrove e invece sono rimasti lì. Non fatemi esprimere giudizi su chi c'era prima di me, non è bello.

PRESIDENTE. I reparti sono stati trasferiti?

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. I posti letto sono stati trasferiti. Tuttavia, non è un problema di posti letto, è rimasto tutto lì: non si sono spostate le truppe e si sono create altre truppe che hanno aumentato i costi sia da una parte, sia dall'altra. Questo è quello che è successo! Pertanto, quando nel 2005 siamo andati a verificare, il policlinico si trovava più o meno nella situazione del 1999 e non era cambiato assolutamente nulla.

Inoltre, vi era il problema delle ristrutturazioni, che ha spiegato l'onorevole Cosentino. Adesso ci siamo riusciti, con grande fatica. Gatti, ci ha riprovato con *L'Espresso*, ma la cosa si è smorzata subito. Infatti non è vero che è tutto come un anno fa: andate a vedere! Una parte dei sotterranei sono stati ristrutturati con fondi regionali, i sotterranei vengono puliti, vengono effettuati dei controlli. Ci può anche essere chi fuma e ci può essere di tutto, ma questa è la realtà.

Abbiamo espletato la gara ed assegnato l'appalto. Come al solito, è intervenuto un ricorso al TAR che ha comportato un ritardo di circa un mese. All'inizio di febbraio partirà il nuovo cantiere che completerà i sotterranei, che non sono soltanto un corridoio ma anche il sistema nervoso del policlinico, perché da lì passano tutte le linee elettriche dell'acqua, del gas, dell'ossigeno, i computer e tutto il resto. Pertanto, stiamo compiendo un'operazione importante.

È chiaro che ci siamo posti il problema se farlo altrove. Non so se sarebbe stata la scelta giusta o sbagliata. Mi sono assunto la responsabilità di continuare lì, perché vi erano stati vent'anni di tentativi andati a vuoto, a causa del demanio, delle belle

arti, l'università, la Cassa depositi e prestiti e i soldi che arrivavano, mentre il professore si metteva d'accordo con un suo amico del Ministero dei lavori pubblici, il quale finanziava non la ristrutturazione del reparto, bensì l'ufficio con la moquette e l'aria condizionata (invece, se si usciva fuori, in corsia, si moriva di caldo!).

Tutte queste cose che sono successe, ci auguriamo che siano alle nostre spalle. Perlomeno, stiamo facendo il massimo sforzo in tal senso. Eravamo già sufficientemente avanti per poter continuare. Adesso iniziamo i lavori in un cantiere già esistente. Se avessimo deciso di ricominciare dall'inizio altrove, a Roma sarebbe stata aperta una discussione su dove fare il policlinico, le varianti al piano regolatore, i nuovi finanziamenti e quant'altro: fra cinque o sei anni — noi stessi o chi ci sarà — avremmo fatto un'altra riunione in questa sede per riferire sui problemi del policlinico.

Abbiamo scelto il male minore — diciamo così — e stiamo partendo con la prima *tranche* di lavori. Stiamo preparando gli altri due cantieri e le relative gare: il vecchio ospedale Regina Elena (dove verrà collocata l'ematologia oncologica, uno dei punti di eccellenza del policlinico Umberto I) e il blocco operatorio. Siamo già partendo con la demolizione di una parte del policlinico non utilizzata. Da questa settimana — spero sia stato confermato l'impegno assunto — non ci sarà più tutto quel traffico dentro il policlinico: entreranno soltanto 400 automobili autorizzate, si entrerà al pronto soccorso, ma non vi sarà più il parcheggio all'interno del policlinico. Inoltre, stiamo sistemando tutti gli archivi del personale. Non c'era più niente e abbiamo ricostruito tutto.

Ciò non significa che il policlinico facesse pena! Infatti ho sempre detto a quel giornalista che, se dopo aver fotografato i sotterranei avesse salito due rampe di scale, avrebbe riscontrato che il policlinico effettua i trapianti di cuore (una delle eccellenze che abbiamo), che abbiamo inaugurato il nuovo reparto di oncologia, il nuovo reparto di odontoiatria e abbiamo dato una sede migliore al reparto di gi-

necologia. Pertanto, la ristrutturazione interna di molti reparti del policlinico è già iniziata. Certo, non sono io a dover giudicare se la situazione sia migliore di due anni fa o meno!

Tuttavia, il policlinico, bisogna riconoscerlo, rappresenta uno di punti di forza del Servizio sanitario nazionale, da un punto di vista sia strutturale, sia dell'organizzazione e delle eccellenze esistenti: per la ricerca, l'attività assistenziale e quant'altro. Ha anche le sue pecche, che dobbiamo cercare di superare. Peraltro, anche dal punto di vista della gestione amministrativa, aver dimezzato in due anni il deficit di esercizio può essere dipeso anche da qualche soldo in più che abbiamo destinato loro, ma è altresì derivato dall'azione di pulizia e di controllo, dalle gare, dall'attribuzione giusta dei costi. Infatti, non vedo perché il bibliotecario della facoltà debba essere pagato dalla sanità: deve essere pagato dall'università!

Inoltre, abbiamo iniziato a fare lo stesso controllo del policlinico anche al Sant'Andrea, dove, 20 giorni fa, ho potuto nominare un direttore generale, perché vi era una prosecuzione della vecchia gestione, sulla quale non vorrei dire nulla. Tutto questo verrà definito con maggiore chiarezza con i nuovi protocolli di intesa, vi sarà una corresponsabilità e ritengo che metteremo sotto controllo quella parte di assistenza, sia per la parte pubblica che per quella privata.

Anch'io ritengo che gli istituti classificati abbiano una loro dignità e importanza e siano degni di riconoscimento e di un trattamento particolare, perché sono strutture generalmente di qualità, che non perseguono fini di lucro. Si tratta di cose che è inutile ripetere. Anch'io sono d'accordo che occorra fare una distinzione tra gli istituti classificati e il policlinico Gemelli, perché quest'ultimo è un'università, un'azienda universitaria, a gestione non privata ma statale. Tuttavia, non ho una ricetta: responsabilmente, segnalo un problema. Quando si segnala un problema e si interviene può anche essere che vi sia

una « coda », per cui si fa fatica, perché è così negli anni, ma almeno si mette un punto fermo. E noi dobbiamo farlo!

Il policlinico Gemelli non sta chiudendo il pronto soccorso, anzi aprirà un nuovo reparto appena possibile. Oggettivamente vi sono difficoltà economiche. Se i numeri che leggo sui giornali e che mi vengono inviati sono reali, se i minori introiti che si rivendicano per i contratti arriveranno nel 2010 a 500 milioni di euro — non ho ragione di dubitarne — si tratta di un grosso fardello anche per un istituto del genere. Tuttavia, si tratta di un ospedale che funziona a pieno regime, con strutture di secondo livello, e che effettua i trapianti di fegato. Presenta delle difficoltà che dobbiamo affrontare. Se tale struttura — ciò mi sembra sia condivisibile da parte di tutti — per sua natura, per come è gestita o perché il Ministero invia un revisore, deve rientrare a pieno titolo nella gestione sanitaria pubblica, non vi è alcuna preclusione ideologica, né da parte mia, né della giunta che rappresento o altro. Tuttavia, bisogna definire regole certe, che rendano ciò possibile, perché l'ambiguità non può far altro che peggiorare la situazione.

FRANCESCO PAOLO LUCCHESI. Chi le deve definire?

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Quest'anno — secondo l'esempio fatto dall'onorevole Cosentino — abbiamo avuto il blocco del *turnover* e le poche assunzioni effettuate sono state autorizzate dal sottoscritto con molta difficoltà e comunicate al Ministero dell'economia e delle finanze. Il policlinico Gemelli ha continuato a operare, legittimamente, come ha ritenuto e creduto. Naturalmente, mentre nei nostri ospedali ciò ha portato ad un abbattimento dei costi, che ha fatto risparmiare alla sanità 70 milioni di euro, è chiaro che in quel caso ciò non è avvenuto. Non dico questo perché voglio scaricare la responsabilità. Se una struttura — ad esempio il policlinico Gemelli — rientra nella contrattazione pubblica, deve agire come noi che, to-

gliendo, abbiamo accantonato. Infatti, nel risultato economico c'è da tener conto che quest'anno abbiamo recuperato i 214 milioni di extra-deficit scoperti ad agosto, attribuibili alle precedenti gestioni: li abbiamo scoperti, dichiarati lealmente e ce li siamo messi sulle spalle. Inoltre, abbiamo coperto anche 132 milioni di euro in più che la legge finanziaria ci ha richiesto e che abbiamo tolto dai costi dei servizi. Se aggiungiamo anche questi, si vede che il cammino fatto è ancora maggiore. Se rientra nella gestione pubblica, quest'anno quella struttura avrebbe dovuto accantonare, nel proprio bilancio, 10 o 20 milioni di euro per i contratti futuri. Credo che il policlinico Gemelli sia d'accordo a fare ciò, purché naturalmente venga scritto da qualche parte e si chiarisca che rientra nella gestione della regione Lazio; in questo modo, all'inizio dell'anno saremmo a conoscenza anche dell'esistenza di tale problema. Invece, oggi, se per ipotesi dovessi recarmi al Ministero dell'economia e delle finanze con una delibera in cui si riconoscono gli oneri contrattuali del policlinico Gemelli, il Ministero emetterebbe un parere negativo e non mi consentirebbe di adottarla, non per antipatia nei confronti del Gemelli ma perché ritiene che l'atto non sia legittimo in quanto la norma non lo prevede.

Pertanto, abbiamo rivolto una richiesta al Governo e al Parlamento — in queste settimane ho interloquuto con il senatore Marino e la senatrice Binetti, che è relattrice del provvedimento recante interventi per il settore sanitario e universitario, in discussione al Senato (quando passerà all'esame della Camera interloquirò anche con voi) — perché venga posto un elemento di chiarezza. Successivamente le cose potranno essere risolte in un modo o nell'altro, l'importante è che si trovi una soluzione.

Una volta chiarito il problema, anche se vi è un contenzioso pregresso, si può trovare una soluzione che diluisca, stabilizzi, ammortizzi o mutualizzi: per fortuna, la pubblica amministrazione offre diverse possibilità.

Ho già parlato degli istituti classificati: li consideriamo alla stregua delle strutture per quanto riguarda la programmazione, ma non per quanto riguarda gli aspetti contrattuali.

Vorrei fare un chiarimento sui piccoli ospedali. A volte mi si dice e ci si dice che nel Lazio non abbiamo chiuso le strutture perché non vi sono stati i blocchi stradali, come se avere i blocchi stradali fosse obbligatorio! Se si emana una delibera o si fa un programma senza parlarne con nessuno e si afferma che verranno chiusi tutti gli ospedali con meno di cento posti letto, evidentemente il giorno dopo tutte le vie consolari sono bloccate!

In primo luogo, penso che questo non sia un principio valido, perché ci può essere un ospedale con 70 posti letto utile e un altro, con 200 posti, inutile: non è una questione numerica. Non si può togliere l'ospedale alla lavoratrice che si trova in montagna perché la struttura non ha cento posti letto: sarà un ospedale con il pronto soccorso, collegato all'ospedale di Rieti, con dei reparti di medicina che servono per gli anziani, con l'ortopedia, perché se qualcuno scia può rompersi una gamba; magari il servizio verrà rafforzato nei periodi estivi, quando vi è turismo. Adesso, naturalmente, ho improvvisato, però avviene più o meno così. Lo stesso può dirsi per Subiaco. Invece vi sono altre realtà dove il piccolo ospedale è ormai inutile. Pertanto, preliminarmente bisogna operare tale distinzione.

In secondo luogo, se si perde tempo a spiegare al sindaco e ai cittadini quello che si vuole fare, il cittadino, che non è stupido, comprende che è molto meglio avere un poliambulatorio con la RSA abbinata che funzioni, con la TAC, la prevenzione e l'assistenza infermieristica, piuttosto che un ospedale finto, piuttosto che vincere la battaglia, avere l'ospedale e, quando si sta male, doversi recare a Roma. Poiché questo le persone lo capiscono, chi governa e vuole realizzare tali operazioni deve assumersi l'onere di parlare con i sindaci, con i cittadini e i sindacati e, successivamente, concordare un programma. Ciò ha consentito di chiu-

dere gli ospedali di Palombara Sabina, Zagarolo e Valmontone e adesso proseguiremo con gli altri che si trovano nelle stesse condizioni.

Per quanto riguarda gli accreditamenti, è chiaro che il Lazio non aveva attuato il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Magari vi saranno anche altre regioni che avranno subito dei ritardi: adesso stiamo cercando di recuperarli e ritengo che siamo a buon punto, perché ormai siamo arrivati alla fase attuativa. Ciò porterà inevitabilmente a delle regole e consentirà alla regione di acquistare annualmente il numero di prestazioni che le occorrono, ma non sulla base di una convenzione stipulata dieci anni prima (poiché ho la convenzione, faccio quello che credo!), né sulla base della questione dei tetti che devono essere fissati annualmente, bensì in base al reale bisogno di prestazioni sanitarie, secondo gli indici che la nostra Agenzia di sanità pubblica è ormai in grado di valutare: quanti interventi chirurgici si effettuano, quanto materiale e quante analisi occorrono.

Abbiamo migliorato il servizio della guardia medica, intervenendo soprattutto a Roma e provincia. La guardia medica è già un servizio difficile, tanto più se il cittadino non sa dov'è, non sa dove cercarla, se per caso trova il numero di telefono rimane un'ora ad aspettare: a quel punto si prende il malato e si porta al pronto soccorso. Lo farei anch'io e lo farebbe ognuno di noi.

LIONELLO COSENTINO. Anche quello è rischioso!

AUGUSTO BATTAGLIA, *Assessore alla sanità della regione Lazio*. Anche quello è rischioso! Abbiamo installato una centralina che registra tutte le chiamate in entrata e in uscita e, al massimo nell'arco di due minuti, il cittadino che telefona riceve una risposta e una consulenza, in primo luogo telefonica. Con tale sistema, soltanto intervenendo sulla centralina abbiamo aumentato del 10 per cento le visite a domicilio dei medici della guardia medica. Adesso intendiamo estendere tale

tipo di intervento (*Commenti del presidente Palumbo*). Su questo stiamo lavorando. I nostri medici sono in larga maggioranza associati nelle UCP e via dicendo. Viene effettuata una verifica anche in relazione a questo, perché non è sufficiente che i medici si associno, ma occorre vedere quale sia il tipo di servizio. Se vogliamo sviluppare tale settore dobbiamo indirizzarci verso gli studi associati: è questo che funziona! Infatti, mediante l'associazione medica, per esempio il lunedì c'è Baiamonte dalle 16 alle 20, il martedì Lucchese dalle 17 alle 19, e il cittadino che sta male deve vedere chi sia di turno. Inoltre, Lucchese magari ha lo studio in via Tuscolana, Baiamonte in via Anagnina: così non funziona!

PRESIDENTE. Non è neanche giusto che dal lunedì al venerdì ci siano tutti e dal venerdì al lunedì non ci sia nessuno.

AUGUSTO BATTAGLIA, Assessore alla sanità della regione Lazio. Pertanto, bisogna ampliare l'orario di copertura della medicina territoriale mediante le associazioni mediche, ma in strutture ben individuate, in maniera tale che il cittadino sappia che lì, in un determinato orario e in determinati giorni, è sempre aperto e vi è sempre un medico.

GIACOMO BAIAMONTE. Come per le farmacie...

AUGUSTO BATTAGLIA, Assessore alla sanità della regione Lazio. Sì. Tuttavia, secondo il mio punto di vista, è poco produttivo affidarsi a degli accordi.

Per quanto riguarda il rischio clinico, già da un anno e mezzo abbiamo avviato un lavoro con l'Istituto superiore di sanità, che ha fornito ottimi risultati. In primo luogo, infatti, alla fine abbiamo visto che gli incidenti nella sanità del Lazio hanno una percentuale molto bassa. Spesso siamo portati a parlare di malasanità, invece da una verifica è emerso che gli indici sono molto bassi. In secondo luogo, ciò ha evidenziato il problema dei costi del sistema assicurativo, che spesso nelle

aziende sono sovrastimati rispetto al rischio reale. Adesso possediamo un lavoro svolto dall'Istituto insieme alla società Gutenberg e all'università di Tor Vergata e abbiamo ricevuto dei dati, che abbiamo presentato anche al congresso di Arezzo, il mese scorso. Sulla base di ciò riconcontreremo le polizze con le assicurazioni e svolgeremo una gara centralizzata per il broker che dovrà definire le cose insieme alle ASL e all'Osservatorio sul rischio nella sanità.

Inoltre, vorrei smentire anche alcuni episodi segnalati dalla stampa. Non è vero che la persona deceduta a Rieti sia morta a causa di una garza nello stomaco: non era una garza, era tessuto biologico necrotizzato. La notizia falsa è stata sulle prime pagine dei giornali di tutt'Italia, mentre la smentita la do io qui: tenetela per voi e non ditela a nessuno...

Un problema che rallenta in parte il processo che abbiamo avviato è quello della mancanza di ammortizzatori sociali. Infatti, è chiaro che tagliare tremila posti letto in tre anni, ridurre i punti di prelievo e laboratori di analisi, tagliare due miliardi di euro sulla gestione annuale comporta delle conseguenze. Abbiamo messo in conto qualche insulto. Tuttavia, stiamo cercando di procedere con prudenza. Infatti, l'altro giorno mi sono trovato a dover sistemare 117 dipendenti della *Life Hospital*, che abbiamo chiuso, e non è stato semplice ricollocarli.

Sarebbe opportuno che il nostro programma, come quello delle altre regioni che hanno problemi analoghi, venisse supportato da ammortizzatori sociali, che non necessariamente devono comportare l'impiego di grandi risorse; basterebbe anche rivedere (limitatamente al periodo dei piani di rientro ed esclusivamente per le regioni interessate a tali piani) la possibilità, ad esempio, di eventuali esuberi di personale sulla base di interventi di ristrutturazione che possono ricevere un piccolo ammortizzatore sociale, essere inseriti in una graduatoria, essere distribuiti in strutture sia pubbliche sia private, naturalmente previa verifica, concorso riservato, procedure concorsuali vere.

È chiaro che per un'accelerazione priva di tali supporti, noi dobbiamo anche tenere conto che lì vi sono delle persone che hanno famiglia e a fine mese è bene che tornino a casa con uno stipendio. Pertanto, dobbiamo lavorare con un po' più di prudenza.

Sono disponibile a ritornare quando ritenete opportuno.

PRESIDENTE. Eventualmente dopo lo svolgimento della relazione da parte della Corte dei conti.

AUGUSTO BATTAGLIA, Assessore alla sanità della regione Lazio. Sono già stato presso la Corte dei conti, che si deve misurare con i numeri veri. Già alla fine di febbraio sarò in grado di avere una chiusura abbastanza veritiera — perché sapete che i bilanci consuntivi si redigono a marzo — dei bilanci delle ASL, degli

ospedali e quant'altro, e quindi, se lo riterrete necessario, potrei fornirvi i conti del 2007 al fine di verificare tali misure.

PRESIDENTE. La ringrazio, assessore Battaglia. Approfitteremo della sua disponibilità e la riconvocheremo per avere ulteriori chiarimenti a seguito dell'audizione dei rappresentanti della sezione regionale di controllo del Lazio della Corte dei conti.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16,20.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. COSTANTINO RIZZUTO

*Licenziato per la stampa
il 6 marzo 2008.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

€ 0,70



15STC0007780