

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

34-bis (*).

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 2 MARZO 2011

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LEOLUCA ORLANDO

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i>	2	Coletto Luca, <i>assessore alla sanità della regione Veneto</i>	4, 7, 8, 12, 13
Audizione dell'assessore alla sanità della regione Veneto, Luca Coletto:		Fucci Benedetto Francesco (PdL)	8
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i>	2, 4, 7, 8, 9, 10 12, 13, 14, 15, 16	Lo Moro Doris (PD)	10
Barani Lucio (PdL)	10, 12	Mantoan Domenico, <i>segretario della segreteria per la sanità della regione Veneto</i> .	14, 15, 16
		Polledri Massimo (LNP)	9

(*) L'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, nella riunione del 18 maggio 2011 ha convenuto che la Commissione, ai sensi dell'articolo 10 del Regolamento interno, nonché dell'articolo 3, comma 2, lettera *b*), della delibera sul regime di divulgazione degli atti e dei documenti, disponga, acquisito il conforme orientamento degli auditi, la desecretazione del resoconto stenografico dell'audizione. La Commissione ha preso atto nella seduta del 15 giugno 2011.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LEOLUCA ORLANDO

La seduta comincia alle 14,50.

Sulla pubblicità dei lavori.

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

(Così rimane stabilito).

**Audizione dell'assessore alla sanità
della regione Veneto, Luca Coletto.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'assessore alla sanità della regione Veneto, Luca Coletto. Sono presenti altresì il dottor Domenico Mantoan, segretario della segreteria per la sanità della regione Veneto, il dottor Carlo Materazzo, responsabile dell'unità progetto programmazione risorse finanziarie servizio sanitario regionale, e il dottor Andrea Tramarin, dirigente del coordinamento Commissione salute.

Questa audizione tende a ottenere notizie con riferimento a due categorie di problemi, che corrispondono alle due competenze di questa Commissione. La prima è riferita ai presunti casi di errori sanitari, per i quali consegno all'assessore la lista degli undici casi denunciati, dei quali nove riguardano presunti errori sanitari e due disfunzioni relative a ritardi di intervento o alla necessità di un paziente di recarsi in differenti ospedali prima di ottenere la cura richiesta. La regione Veneto ha risposto a quasi tutte le richieste tranne le due più recenti. Consegno all'as-

sessore l'elenco dei casi con gli estremi della risposta già fornita, considerando l'odierna seduta un sollecito a fornire eventuali integrazioni.

La seconda categoria fa riferimento invece alla parte più strettamente organizzativa e finanziaria. La struttura sanitaria regionale si articola in 24 aziende: 21 sanitarie, 2 ospedaliere e 1 istituto di ricerca e di cura. In base ai dati che ci sono stati forniti, a febbraio 2011 la cifra da coprire ammonterebbe a 72.564.544 euro. Il 20 gennaio 2011, nei tempi indicati dalla Commissione, è pervenuta la relazione richiesta, quindi desidero ringraziare la regione per la sollecitudine con cui ci ha fornito i dati.

Sino al 2009 i disavanzi annuali sono stati coperti regolarmente con fondi statali e regionali. Sembra – su questo attendiamo indicazioni dall'assessore – che nell'attuale situazione, con un risultato da coprire di 72.564.544 euro, in base alla normativa vigente sia inevitabile il commissariamento.

Devo però ricordare che il Veneto paga ogni anno 103 milioni di extra LEA, cioè di prestazioni non essenziali, che sono servizi per i più deboli. È l'unica regione in questa condizione, essendo una regione guida per quanto riguarda l'integrazione sociosanitaria. La parte sociale di questo intervento viene caricata sul Fondo sanitario nazionale. È evidente che laddove i 103 milioni dovessero essere esclusi dal Fondo sanitario nazionale, vi sarebbe un utile di 30 milioni di euro rispetto alla gestione.

Su questo punto l'assessore potrà confermare l'esistenza di una discussione in atto tra la regione e il Ministero in ordine a come considerare questi 103 milioni di

spesa extra LEA, che non può che essere apprezzata, ma che crea problemi finanziari.

Desidero inoltre evidenziare alcune problematiche. C'è qualche azienda sanitaria locale particolarmente disastrosa, soprattutto la ULSS 12 di Venezia, che si trova in una condizione di particolare sofferenza; vi sono alcuni problemi connessi al *project financing*, in particolare con riferimento al nuovo ospedale di Mestre, ma anche ad altri. Si tratta in parte di problemi propri del ricorso a questo sistema, in parte di difficoltà che l'assessore potrà eventualmente esporre. Secondo la relazione della Corte dei conti, in Veneto vi sarebbe una rete ospedaliera sovradimensionata, in particolare nella provincia di Verona. Riteniamo che altre problematiche fondamentali debbano essere approfondite.

L'assessore potrà rispondere nell'ordine che ritiene e fornire tutti i chiarimenti richiesti o farceli pervenire con successiva relazione.

Abbiamo appreso, anche tramite la stampa, di due recenti decisioni, confermate dalle relazioni inviate alla Commissione. La prima è la decisione del governo regionale di non far iscrivere a credito nei bilanci delle singole aziende le perdite delle varie aziende sanitarie. Se c'è una somma per la quale l'azienda sanitaria pensa che la regione possa intervenire, è prassi diffusa in tutta Italia che l'azienda non iscriva quella posta come negativa, perché tanto la regione interverrà. Recentemente, invece, la regione Veneto ha stabilito che ciascuna azienda debba scrivere esattamente quello che ha e quello che è certa di ottenere, senza fare riferimento a un eventuale intervento regionale. Questo produce certamente un appesantimento nella gestione finanziaria delle aziende.

La seconda, recente decisione dell'attuale governo regionale prevede che il calcolo dei deficit debba essere realizzato comprendendo gli ammortamenti. Il « tavolo Massicci » esclude dal computo del deficit le somme iscritte per ammortamento. La regione Veneto ha ritenuto, invece, di dover stabilire che gli ammor-

tamenti non vengano esclusi dall'identificazione del *deficit*. Si tratta di un ulteriore elemento di pesantezza rispetto alla gestione delle aziende sanitarie locali.

Si è inoltre prevista la sospensione di tutti gli investimenti, con riserva di consentire solo quelli espressamente autorizzati dalla regione e per i quali vi siano realmente i fondi disponibili. Questo è certamente un cambio di passo, che crea inevitabilmente problemi nella fase di passaggio, ma che si ispira a un positivo principio di responsabilizzazione delle aziende. Trattandosi di una recente decisione, può però provocare qualche sbandamento e qualche polemica.

Un'altra problematica riguarda la ripartizione del Fondo sanitario nazionale, su cui è in atto un acceso dibattito con punte di polemica che prescindono dagli schieramenti, ma che mirano a rivedere i criteri fin qui seguiti. Come più volte evidenziato dal presidente Zaia, è evidente che il Veneto, laddove dovesse diminuire il peso del coefficiente età e aumentare il peso del coefficiente deprivazione, avrebbe dal Fondo sanitario nazionale meno risorse delle attuali, essendo una regione con una popolazione mediamente non giovane e non deprivata. Questo tema riguarda però il confronto in atto tra le diverse regioni.

Un'altra problematica è stata posta dal vice presidente della provincia di Rovigo, Guglielmo Brusco, che ha fatto pervenire a questa Commissione una nota in cui lamenta un rapporto falsato tra pubblico e privato, con alcune risorse assegnate alla sanità privata in danno della sanità pubblica. Provvederò a trasmettere all'assessore tale nota, affinché possa fornirci tutti i necessari chiarimenti.

Sono in atto inchieste su cinque cliniche private per conti « gonfiati » e ricoveri inappropriati, per accertare eventuali responsabilità. Vi è un'azione della Corte dei conti per danno erariale riguardante l'ospedale di Cortina: si tratterebbe di 2,8 milioni di euro per rimborsi sanitari presumibilmente « gonfiati ».

La Corte dei conti evidenzia come, riguardo al risultato di esercizio delle

aziende sanitarie rettificato al netto degli ammortamenti, il deficit non sia diminuito, bensì aumentato, seppur di poco. Nella relazione della Corte dei conti del 2010 riferita al 2009 si esprime anche preoccupazione per la copertura del disavanzo 2010, resa più difficile dal venimento del gettito garantito dalla maggiorazione dello 0,5 dell'addizionale regionale IRPEF, stimato in circa 120-130 milioni di euro.

La Corte dei conti rileva inoltre che le perdite prodotte dalle aziende sanitarie passerebbero dall'87 al 92 per cento, mentre quelle relative alle aziende ospedaliere e all'istituto di ricerca e cura diminuiscono dal 12 al 7 per cento, evidenziando una situazione di forte squilibrio nella parte caratteristica del bilancio delle aziende.

La Corte dei conti pone in evidenza una situazione particolarmente pesante in undici aziende sanitarie della regione e nell'azienda ospedaliera di Padova, nonché una situazione debitoria particolarmente elevata nelle aziende ospedaliere di Padova e di Verona e nelle aziende dei capoluoghi di provincia, con indicatori che la stessa Corte dei conti definisce preoccupanti e con un cospicuo aumento di interessi passivi verso i fornitori, pari al 118 per cento tra il 2008 e il 2009. La Corte dei conti considera dunque necessario un maggior controllo sugli equilibri gestionali delle aziende.

Quanto fin qui riferito è esattamente quanto risulta dalla documentazione della Corte dei conti. Desideriamo conoscere la posizione della regione Veneto, che è in grado di garantire una qualità del servizio sanitario nazionale di alto livello e un'apprizzata integrazione sociosanitaria, mentre è in atto un'operazione di modificazione dell'impostazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie, che ovviamente in questa fase può creare qualche difficoltà.

Vorremmo avere dall'assessore ogni chiarimento necessario, tornando a ringraziarlo per averci tempestivamente fornito tutti i dati richiesti, con nostra nota, lo scorso 20 gennaio.

LUCA COLETTI, *assessore alla sanità della regione Veneto*. Relativamente a buona parte delle richieste ho preparato una relazione che vorrei leggervi. Nel suo *excursus*, presidente, sono state citate due questioni relative alle inchieste su Cortina e sulla casa di cura di Rovigo che sono *in itinere* da parte della magistratura, quindi sarebbe il caso di secretare per evitare fughe di notizie.

PRESIDENTE. Propongo di accogliere la richiesta dell'assessore e di proseguire i lavori in seduta segreta.

(I lavori proseguono in seduta segreta). ()*

LUCA COLETTI, *assessore alla sanità della regione Veneto*. A seguito delle rilevazioni operate dalle strutture regionali competenti in occasione della quarta rendicontazione trimestrale, sembra opportuno evidenziare in linea prospettica alcuni aspetti legati al riequilibrio economico finanziario del servizio sanitario regionale.

Iniziamo dal bilancio consolidato del servizio sanitario. Il servizio sanitario regionale è composto da 21 aziende sociosanitarie, un'azienda ospedaliera a Padova, un'azienda ospedaliera universitaria integrata a Verona e un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), l'Istituto oncologico veneto di Padova. L'insieme dei bilanci di queste aziende e della spesa accentrata regionale, cioè la quota spesa direttamente dalle strutture regionali per funzioni sociosanitarie, forma il bilancio consolidato della struttura sociosanitaria.

(*) L'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, nella riunione del 18 maggio 2011 ha convenuto che la Commissione, ai sensi dell'articolo 10 del Regolamento interno, nonché dell'articolo 3, comma 2, lettera b), della delibera sul regime di divulgazione degli atti e dei documenti, disponga, acquisito il conforme orientamento degli auditi, la desecretazione del resoconto stenografico dell'audizione. La Commissione ha preso atto nella seduta del 15 giugno 2011.

Vediamo la situazione economica al 31 dicembre 2010, quarto trimestre. A seguito della trasmissione al nuovo sistema informativo sanitario dei dati contabili del quarto trimestre da parte delle aziende sanitarie e della regione, per l'anno 2010 si profila una perdita, nelle more della puntuale determinazione della stessa da parte del tavolo di monitoraggio della spesa sanitaria tenuto presso il Ministero dell'economia e delle finanze (« tavolo Massicci »), di circa 72 milioni di euro.

Per fronteggiare tale squilibrio, che già si andava delineando nel bilancio economico di previsione 2010, nella successiva rendicontazione del primo trimestre era stato approvato un provvedimento (DGR n. 1558 dell'8 giugno 2010, « Servizio sanitario regionale: azioni di riequilibrio economico in applicazione del patto per la salute 28 settembre 2006 »), che prevedeva precisi e stringenti obiettivi di costo per i direttori generali delle aziende sanitarie.

Tale perdita complessiva dovrà, nel rispetto della normativa statale in materia di disavanzi di gestione del servizio sanitario regionale (articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311), trovare copertura con risorse proprie regionali, come è stato fatto anche lo scorso anno.

Preme in tal senso segnalare che l'analisi e gli studi eseguiti dalle strutture regionali competenti in materia di bilancio evidenziano una capacità di gettito derivante da manovre regionali basate su un'addizionale IRPEF superiore al disavanzo che si va prospettando.

Si ribadisce che dal 2001 al 2009 la regione Veneto è sempre stata dichiarata adempiente dagli organismi competenti in relazione all'equilibrio economico e al rispetto dei parametri previsti dalla normativa in corso sull'erogazione efficace ed efficiente dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Questa regione ha sempre operato garantendo tempestività delle analisi e dei risultati.

Passiamo ora ad esaminare la situazione finanziaria. Le modalità di coper-

tura delle perdite del servizio sanitario regionale dall'anno 2002 in poi, coerenti con quanto richiesto dalla normativa vigente, hanno permesso al Veneto di essere dichiarato adempiente al tavolo di monitoraggio previsto dal citato comma 174 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

In sintesi, il disavanzo determinato secondo i principi contabili europei SEC 95 porta all'individuazione di una configurazione di disavanzo che tiene conto solo delle partite di parte corrente e come tale non annovera tra i costi quelli relativi agli ammortamenti ovvero quelli in conto capitale. Invero, questi ultimi dovrebbero trovare idonea copertura negli specifici finanziamenti per investimenti dedicati agli interventi di ammodernamento e di sviluppo del patrimonio immobiliare e mobiliare.

Le risorse stanziare per interventi statali in materia di investimento sanitario *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e similari si sono rivelate tuttavia insufficienti a garantire il completo soddisfacimento del fabbisogno di investimenti in sanità. La scarsità delle risorse dedicate si avverte in modo particolare con riferimento alle opere rivolte alla manutenzione straordinaria degli immobili, tra le quali rientrano gli interventi per la messa in sicurezza sismica e antincendio degli edifici nel rispetto della normativa vigente — questione che considero fondamentale trattandosi di ospedali, quindi di siti dedicati alla cura delle persone — oltre che gli interventi per l'ammodernamento del parco attrezzature sanitarie, i cui oneri di acquisto negli ultimi anni sono fortemente lievitati.

In assenza di risorse appositamente finalizzate agli investimenti, i suddetti interventi, ove possibile, sono stati eseguiti ricorrendo a risorse proprie aziendali. Si segnala che né l'attuale modalità di determinazione del fabbisogno per il fondo sanitario nazionale, né le previsioni contenute nella bozza del decreto legislativo in materia di determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* del settore

sanitario, attuativo della legge n. 42 del 2009, contemplano il riconoscimento degli oneri per gli ammortamenti.

Sarà necessario pertanto individuare fonti certe di finanziamento per gli investimenti in sanità per le singole regioni, adeguando da un lato la determinazione del fabbisogno nazionale delle risorse per l'erogazione dei LEA, dall'altro il fondo già previsto dalla legge n. 67 del 1988 (che noi continuiamo a chiamare «ex articolo 20»).

Mi soffermerò ora sulle azioni intraprese per il riequilibrio finanziario. La giunta e le competenti strutture regionali si sono da tempo attivate al fine di fronteggiare lo squilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale. Innanzitutto sono stati imposti per ogni esercizio limiti di costo calcolati per le singole aziende, nell'ottica di un recupero di efficienza di tutte le componenti del sistema. Tale strategia ha prodotto effetti favorevoli: in molte aree l'aumento dei costi è stato di gran lunga inferiore al *trend* nazionale (farmaci e alcune categorie di beni sanitari e non sanitari). Sono stati attivati percorsi di concentrazione degli acquisti, accompagnati da un processo di standardizzazione degli stessi (meno tipologie di prodotti e gare di area vasta). Deve essere inoltre ricordato che questa regione presenta indicatori di fruizione dei servizi sanitari ben al di sotto della media nazionale: tasso di ospedalizzazione del 150 per mille e costo *pro capite* per la spesa farmaceutica territoriale ampiamente sotto il tetto del 13 per cento.

Sono stati individuati ulteriori strumenti per agevolare i pagamenti, quali lo smobilizzo dei crediti mediante appositi protocolli d'intesa con le diverse categorie di fornitori. Si sta valutando da parte delle strutture regionali competenti la definizione di un apposito fondo per gli investimenti in tecnologia, finanziato con risorse regionali proprie e distribuito dalle aziende a fronte di precisi piani di investimenti vagliati da un'apposita commissione. Il presidente Orlando faceva riferimento poc'anzi al blocco degli in-

vestimenti, laddove prima di investire si verifica l'effettiva necessità di un macchinario e la possibilità di reperire le risorse necessarie.

Si prevede l'adozione di un percorso di ottimizzazione organizzativa delle strutture sociosanitarie, che favorisca la progressiva convergenza di tutte le aziende sanitarie verso modelli organizzativi che rappresentino il meglio delle esperienze presenti sul territorio in termini di soddisfacimento dei bisogni sanitari e di raggiungimento di migliori *performances* economiche (*best practices*).

In quest'ottica sono stati assegnati alle aziende sanitarie del Veneto con provvedimento di giunta n. 3140 del 2010 gli obiettivi e gli indicatori di *performances* da conseguire nel biennio 2011-2012. Questi obiettivi sono stati messi in capo ai direttori generali. Vorremmo ad esempio diminuire l'ospedalizzazione dal 150 al 140 per mille, ovviamente senza lasciare i cittadini fuori dagli ospedali, ma seguendo determinate patologie magari presso le strutture territoriali e investendo sulle UTAP (Unità territoriali dell'assistenza primaria), le strutture territoriali che possono seguire i cittadini a casa favorendoli anche dal punto di vista psicologico, senza nulla togliere all'attività sanitaria dello stesso livello.

Sul piano più prettamente normativo e procedurale è in fase di stesura un apposito principio contabile regionale, che andrà a integrare le linee e gli indirizzi regionali in materia di contabilità dell'azienda sanitaria, teso alla rilevazione contabile delle partite che non hanno manifestazione monetaria immediata (ammortamenti).

Vengo alle conclusioni. Il servizio sanitario regionale del Veneto garantisce a tutti i suoi fruitori *standard* assistenziali tra i più elevati in campo nazionale ed europeo. A tal proposito si evidenzia che il Veneto rientra nel novero delle regioni che registrano un saldo di mobilità attiva, ovvero che garantiscono prestazioni sanitarie (*in primis* ricoveri) a pazienti provenienti da altre regioni. La costosità del sistema non risulta però più compa-

tibile con le risorse attualmente disponibili e preventivabili a livello nazionale.

Rimaniamo a disposizione per essere esaustivi in questa seduta o in una fase successiva attraverso relazioni mirate.

PRESIDENTE. Grazie, assessore. Sostanzialmente lei conferma che la perdita è pari a 72.564.544 euro, cifra che abbiamo già indicato, nonché la scelta di non iscrivere a credito le perdite delle varie aziende e quella relativa agli ammortamenti. L'impostazione quindi rimane quella di cui abbiamo notizia anche a mezzo stampa.

Questo ci serve a comprendere anche *in progress* cosa accade rispetto ai bilanci della sanità del Veneto.

LUCA COLETTO, assessore alla sanità della regione Veneto. Per quanto riguarda la non iscrizione, confermo che le aziende saranno responsabilizzate e hanno già predisposto piani di rientro in tal senso, in maniera da ripianare, in un arco di anni definito, l'esposizione monetaria.

Per quanto riguarda il debito, lo sfioramento del bilancio regionale che oggi in fase previsionale ammonta a 72 milioni, quando il 30 aprile ci sarà la chiusura dell'esercizio dovrebbe essere diminuito, come accade ogni anno. Noi ci aspettiamo un risultato migliorativo e comunque in giunta con il presidente Zaia si stanno studiando provvedimenti mirati per andare a copertura del passivo.

PRESIDENTE. Si prevede che verrà meno il gettito garantito dalla maggiorazione dell'IRPEF: quindi si conferma la scelta di non procedere a maggiorazioni di IRPEF? Questa domanda nasce dalla relazione della Corte dei conti.

LUCA COLETTO, assessore alla sanità della regione Veneto. A tutt'oggi la scelta è questa.

PRESIDENTE. Abbiamo interesse a conoscere sino in fondo il percorso che

si segue. In molti casi i cittadini preferiscono la maggiorazione IRPEF e la garanzia della qualità del servizio. L'orientamento è quindi sperare di farcela senza maggiorare.

LUCA COLETTO, assessore alla sanità della regione Veneto. Sembra che questo sia l'orientamento ma c'è un confronto *in itinere* in giunta con il presidente Zaia per verificare, monitorando quotidianamente la situazione, l'opportunità di rimettere l'addizionale IRPEF, che gravava sui cittadini della regione Veneto con un reddito dai 30.000 euro in su, per un importo pari allo 0,5 del reddito.

PRESIDENTE. Con riferimento ai casi di sofferenza dell'azienda sanitaria di Venezia, la ULSS 12, è stato predisposto un programma particolare?

LUCA COLETTO, assessore alla sanità della regione Veneto. È stata richiesta tutta la documentazione all'ULSS, le situazioni sono state verificate anche attraverso una commissione consiliare, che più che dell'ULSS 12 si occupava della questione *project* legata al nuovo ospedale di Mestre. Si trattava di un sistema giovane nella regione Veneto, per cui vorremmo controllare se vi sia la possibilità di intervenire e di riparametrare i costi portandoli a una situazione sostenibile.

PRESIDENTE. Viene inoltre rilevata dalla Corte dei conti la ridondanza della rete ospedaliera, con particolare riferimento a qualche provincia, soprattutto Verona. È stato predisposto un piano per diminuire l'accesso all'ospedale e aumentare i servizi sul territorio?

LUCA COLETTO, assessore alla sanità della regione Veneto. In tal senso sono già stati avviati i tavoli tecnici previsti dalla normativa regionale per un nuovo piano sociosanitario che preveda vari livelli e varie strutture di cura. Partiamo dal principio *hub and spoke*, con strutture di ospedali capoluogo dorsale e plessi con

assistenza di minore intensità, ospedali satellite, ma soprattutto con una rete di UTAP, cioè medici di medicina generale raggruppati che possano garantire un'assistenza territoriale di eccellente livello sanitario, in modo che possa essere incentivata la cura dei cittadini fuori dalle strutture ospedaliere, sfruttando i plessi con minore intensità di cura con *week surgery* e altro.

Si tratta quindi di una struttura molto flessibile ed elastica, con l'ospedale capoluogo specializzato esclusivamente per le acuzie. Tale scelta va verso una specializzazione sempre maggiore, che per essere sostenuta nei plessi ospedalieri impone costi cospicui. Spesso nei plessi per acuti si curano patologie con una certa programmabilità degli interventi; quindi, anche se la struttura non è esattamente nella provincia di appartenenza, si potrebbe offrire un servizio sanitario d'eccellenza nella provincia vicina, ad esempio.

Il piano sociosanitario è *in itinere* e stiamo lavorando su una bozza che è all'attenzione delle università, dei sindacati e dei portatori di interessi in generale, finalizzata a ristrutturare il sistema sanitario regionale e la rete ospedaliera.

PRESIDENTE. Un altro aspetto riguarda la posizione debitoria delle aziende ospedaliere di Padova e di Verona, che sarebbero in particolare sofferenza. La Corte dei conti rileva un notevole aumento di interessi passivi per quanto riguarda il pagamento dei fornitori: è un segnale allarmante, perché una doverosa politica di rigore nei confronti delle aziende può provocare un loro ritardo nei pagamenti e un aumento di interessi passivi.

Vorrei sapere se rispetto a questo tipo di problematiche sia stato previsto qualche intervento specifico o si ritenga che il nuovo piano sociosanitario sia sufficiente ad alleggerire i compiti degli ospedali e la pesantezza finanziaria di gestione delle strutture.

LUCA COLETTI, assessore alla sanità della regione Veneto. Nella bozza del

piano sociosanitario che è *in itinere* e che stiamo condividendo con le aziende sanitarie e le università — giacché Verona ha un'azienda integrata universitaria ospedaliera e Padova ha un'azienda ospedaliera in sinergia e complementare all'università — si sta cercando di creare una cornice che possa collegare un certo numero di cittadini con determinati *budget*, perché sino adesso i policlinici universitari avevano l'onere di servire, oltre alla provincia di appartenenza, anche tutta la regione, creando anche attrattività verso l'esterno.

La regione Veneto ha un ritorno del tutto positivo per quanto riguarda l'attrattività verso l'esterno, quindi vorremmo creare insieme al bacino di utenza anche un *budget* definito per queste aziende ospedaliere. Per maggior precisione, prego eventualmente di intervenire il dottor Mantoan e i contabili. Io posso esprimere la questione politica e le linee guida.

PRESIDENTE. Può farci pervenire tutto quello che ritiene utile alla Commissione, anche successivamente. Per dovere istituzionale trasmetto, così come è pervenuto, il promemoria inviato dal vicepresidente della provincia di Rovigo, Guglielmo Brusco, con una serie di appunti. Nella provincia di Rovigo si sarebbe assistito a un notevole spostamento di risorse dalla sanità pubblica alla sanità privata. Vorremmo chiederle qualche indicazione su questo punto specifico, per contestarlo, confermarlo o eventualmente giustificare l'esigenza.

Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti e formulare osservazioni.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Non sono assolutamente un esperto in bilanci: sono un medico e non posso che prendere atto che, a fronte di una situazione economica che non mi sembra certo delle peggiori, è nostro compito mettere in evidenza quanto non va, ma con altrettanta forza e onestà intellettuale anche ciò che funziona.

L'assessore ha parlato di un deficit contenuto e di una regione all'avanguardia che è riuscita a coniugare in maniera ottimale la risposta in campo sanitario e in campo sociale. Non so se l'addizionale IRPEF sarà aumentata, ma sarebbe positivo se l'eventuale aumento dovesse essere mirato a un potenziamento dei servizi già buoni, perché in Puglia paghiamo una maggiorazione IRPEF senza avere una sanità brillante in termini di qualità e di servizi offerti.

Non posso che evidenziare in maniera estremamente positiva ciò che l'assessore ha detto, anche riguardo al modo inequivocabile con cui i bilanci delle varie ASL devono essere formulati. Rammento l'audizione del presidente della Corte dei conti della regione Calabria in cui fu evidenziata l'incapacità di valutare i vari bilanci perché non supportati da dati aventi caratteristiche comuni.

Sottolineo positivamente anche la rivisitazione della rete ospedaliera. Alcune esperienze negative hanno visto il passato governo della mia regione soccombere in termini elettorali perché si era voluto mettere mano a una rivisitazione, e ancora oggi una piccolissima comunità della mia provincia, Barletta-Andria-Trani, pretende il mantenimento *in situ* di un ospedale che dovrebbe rispondere alle acuzie.

Di fronte a questa capacità di iniziativa politica sono entusiasta di quanto ha detto il presidente Orlando sull'esigenza di ragionare nella sanità non soltanto in termini ragionieristici, bensì antepo-
nendo a tutto la qualità dei servizi erogati.

Sono sicuro che il federalismo ci darà risposte concrete, ma mi auguro che a fronte della capacità amministrativa dimostrata ci sia anche una capacità di assecondare il bisogno di tutte le comunità di vedere soddisfatte le proprie richieste sanitarie.

Non voglio entrare nello specifico, ma soltanto sottolineare l'esigenza che, a fronte delle conseguenze positive di un federalismo che vedrà in sanità l'assunzione di responsabilità da parte di chi deve dare risposte, la salute come diritto

prioritario non veda penalizzati coloro che hanno dovuto «subire» una gestione disastrosa.

Vorrei sapere, inoltre, come state affrontando la questione dei punti nascita, senza entrare nello specifico di qualche episodio increscioso perché, come sempre ribadito dal presidente, dobbiamo ricercare il «perché» e non il «chi» dell'errore. Vorrei chiedervi quindi se in un'ottica di rivisitazione della rete ospedaliera stiate attuando anche una rivisitazione dei punti nascita collegati a punti UTIN (Unità di terapia intensiva neonatale) che servano in maniera ottimale il territorio.

PRESIDENTE. L'onorevole Fucci coordina per conto della Commissione, a livello nazionale, l'inchiesta sui punti nascita. Per ragioni non solo professionali, essendo un ginecologo, ma anche politiche sta curando questa parte di grandissima importanza e quindi ogni indicazione su questo può essere utile.

Spesso ribadisco l'esigenza di considerare non il numero delle strutture ma il loro contenuto. In una città capoluogo di regione che non cito ci sono otto UTIN, esattamente pari a quelle dell'intera regione Veneto, con la differenza che le otto del Veneto hanno tutte le funzioni previste dalla legge, mentre nessuna delle otto di quel capoluogo di regione ha tutte le funzioni e solo una ha il trasporto neonatale. Sarebbe forse meglio averne una e garantire un servizio più completo.

MASSIMO POLLEDRI. Ringrazio l'assessore, la cui soddisfacente relazione ha fatto chiarezza all'interno di uno scoraggiante balletto di cifre. Credo che il dubbio riguardasse l'ammortamento, concetto su cui non c'era chiarezza.

Siamo in un momento di difficoltà economica, giacché mentre qualche tempo fa il bilancio della regione Veneto aveva evidenziato un incremento del 14 per cento, l'anno scorso si è aggirato attorno al 2 per cento. Ciò ha indotto a introdurre alcune manovre significative quale il taglio delle spese per i direttori amministrativi, scelta virtuosa ma diffi-

cile. Desidero darne atto perché i sacrifici si devono fare a partire dalla testa, anche se poi sono stati chiesti anche ad altri, partendo dai parlamentari con le scorse leggi finanziarie.

Vorrei sapere come possiate fronteggiare il costo del personale, che è rimasto ai livelli del 2006. La regione Veneto, inoltre, ha un reddito *pro capite* alto, per cui vorrei che si evidenziasse l'entità del bilancio complessivo della regione e l'entità del fondo di solidarietà che viene erogato. Chiedo all'assessore anche di esprimere un giudizio su come sono andati i finanziamenti *ex* articolo 20 e quale proposta sugli ammortamenti il Veneto possa avanzare al «tavolo Massicci» e al Ministero dell'economia e delle finanze.

DORIS LO MORO. Tutti noi abbiamo a cuore la sanità della regione Veneto, che insieme alla sanità di alcune regioni come la Toscana è un punto di riferimento. Provengo dalla Calabria, che ha un rapporto particolare con il Veneto sia per la forte migrazione sanitaria, sia per la forte presenza di calabresi alle dipendenze delle aziende anche in posti di una certa rilevanza. Costoro portano orgogliosamente avanti la sanità impostata in Veneto senza dimenticare di essere calabresi, ma avendo scelto di rimanere in Veneto perché evidentemente sono ben valorizzati. C'è quindi un rapporto di simpatia tra le due regioni, al di là degli aspetti politici che sembrerebbero portarci a distanze abissali.

PRESIDENTE. In questo momento c'è un dibattito tra i presidenti delle due regioni, ma sono temi che non vogliamo affrontare.

DORIS LO MORO. Mi riferivo a una logica che non tocca i livelli di vertice. Sono una sostenitrice dell'indice di deprivazione sociale e mi sono battuta vincendo la mia battaglia di assessore alla sanità quando in Veneto c'era Tosi, con cui avevo un rapporto di grandissima simpatia, ancorché di notevole distanza.

Nei mesi scorsi è emersa l'esigenza di capire cosa stesse succedendo e quanto fossero veritiere le notizie diffuse dalla stampa. Il crollo della Toscana, con un buco di bilancio, seppure non di particolare rilievo, e gli arresti nel Veneto sono vicende che ci hanno molto colpito. Il Veneto, come la Toscana, ha avuto un ruolo di coordinamento nazionale, per cui uno scandalo ai suoi vertici significava per noi una perdita di credibilità del sistema complessivo.

Vorrei capire meglio la situazione contabile della sanità, perché quando a partire dalla scorsa estate i giornali citavano debiti per oltre 2 miliardi di euro non era chiaro se si trattasse di scarsa liquidità o di un «buco» di bilancio.

Dalla sua relazione emerge la necessità di ripianare un disavanzo di 72 milioni per il 2010, ma non ho colto alcun riferimento agli anni pregressi, sui quali lei ha però dichiarato che avete sempre avuto valutazioni positive dal «tavolo Massicci». Vorrei sapere quindi se il disavanzo riguardi soltanto il 2010 e se le cifre citate dai giornali erano debiti e non disavanzi. Sono consapevole della difficoltà di ricevere fondi dallo Stato e di come spesso arrivino in ritardo, ma le somme appaiono veramente eccessive, per cui vorremmo capire quale meccanismo abbia prodotto un debito così rilevante all'interno di una situazione contabile relativamente tranquilla.

LUCIO BARANI. L'onorevole Lo Moro ci ha «stuzzicato» a intervenire perché la teoria del sospetto e la propaganda denigratoria sono prerogativa di certa stampa e di certi partiti che hanno parlato di 2 miliardi di euro e avrebbero potuto citarne 4 o 6.

Un anno fa abbiamo ascoltato l'allora assessore alla sanità della Toscana, Rossi, che ha espresso le considerazioni appena ricordate dall'onorevole Lo Moro, e come Commissione d'inchiesta ci siamo accorti di aver trovato una voragine non di disavanzi, ma di ruberie, perché i soldi venivano presi e portati in Serbia. In seguito al colloquio avuto con il procu-

ratore ho infatti appreso anche dove li portassero. In una sola ASL abbiamo trovato 270 milioni di ruberie, ma stiamo valutando anche le altre 13 o 14 ASL, per cui arriveremo sicuramente a qualche miliardo di euro.

D'altronde voi del Veneto siete scorretti, perché approfittate di queste regioni rosse che scelgono primari incapaci purché abbiano le loro tessere! Avete una mobilità attiva altamente favorevole perché i pazienti provengono da Emilia-Romagna, Toscana e da altre regioni in cui ormai la sanità sta precipitando per ragioni che come toscano conosco perfettamente.

Dopo aver audito i presidenti della Calabria, Loiero e poi Scopelliti, abbiamo impiegato un anno per capire a quanto ammontasse il deficit e ancora non lo sappiamo, perché le cifre erano sempre diverse. Siamo andati ad ascoltarli a Reggio Calabria, dove, quando ho chiesto al commissario dell'azienda sanitaria provinciale di Reggio se fosse certa di non pagare la stessa fattura due volte mi è stato risposto che saldava su presentazione e in assenza di una contabilità scritta.

La sanità veneta è una sanità di appropriatezza e di indubbia qualità come quella della Lombardia, come dimostrano i 500 milioni di mobilità attiva all'anno. Conosciamo la diversità tra Lombardia e Veneto, due modelli diametralmente opposti: in Lombardia la sanità privata ha un certo ruolo, mentre per quanto riguarda voi sorrido dell'accusa secondo cui la provincia di Rovigo sarebbe stata danneggiata dalla sanità privata. La politica del Veneto ha infatti sempre considerato marginale la sanità privata.

Il servizio erogato dalla sanità pubblica o privata è comunque sempre pubblico e talora la sanità privata colma in termini di efficienza e di appropriatezza lacune su cui la sanità pubblica ha difficoltà a intervenire. Il privato appropriato e di qualità garantisce servizi uguali, se non superiori, a costi di gran lunga inferiori.

Lei faceva riferimento all'articolo n. 20 della legge n. 67 del 1988, ma credo che il Ministro Tremonti abbia azzerato tutto. Conosco questa problematica per la vicinanza con il presidente della Campania, ma non credo che i fondi siano più nelle vostre disponibilità e, comunque, se siete riusciti a spenderli siete stati bravi.

Ho la fortuna o la sfortuna di essere relatore domani in Commissione sul provvedimento in materia di federalismo regionale, quello che l'11 marzo prossimo dovrà essere approvato nella «bicameralina» e mi sto preparando per la relazione e per le osservazioni che ovviamente faremo, cercando di dare una regolamentazione a quello su cui in Conferenza Stato-regioni e autonomie locali non siete ancora riusciti a mettervi d'accordo: la rappresentatività di cinque regioni virtuose o meno, il *benchmark*, se debba trattarsi di una regione del nord, una del sud e una del centro, se una debba essere piccola per cercare di abbassare l'asticella.

Come Commissione cercheremo di abbassare l'asticella, anche perché la popolazione deve essere considerata non solo in base a criteri di età e numerici, ma anche di cultura e di questioni demografiche.

Cercheremo quindi di realizzare gli aggiustamenti che il «tavolo Massicci» ha già fatto in termini di previsione di quanto succederà dal 2014 al 2019, laddove la regione Veneto non va a perdere molto come la Lombardia e le regioni del nord a favore di regioni del sud che stanno rientrando da cattive gestioni che hanno portato al disavanzo.

Voi avete avuto il coraggio di dichiarare, nel 2010, 72 milioni di disavanzo, che il 30 aprile saranno sicuramente inferiori, ma sempre al di sotto del 5 per cento previsto. So per certo che l'assessore sta erogando prestazioni sanitarie anche ai nomadi, in polemica con quanto è successo quando è stato condannato con una velocità superiore al mio compianto amico Bettino Craxi, che in 18 mesi ha avuto la condanna definitiva.

Dovreste segnalare questo aspetto al giudice che vi ha condannato perché la pena dovrebbe essere data a lui.

PRESIDENTE. Quando si può dare una pena a un giudice l'onorevole Barani è sempre contento: è una sua posizione nota. Se però mi è consentito, nella sua impostazione c'è un vizio di fondo. Credo che pensare che la malasana sia legata allo schieramento che governa in alcune realtà sia insufficiente: c'è un dato culturale che purtroppo non muta con il cambiare degli schieramenti, e questo è ancora più allarmante.

LUCIO BARANI. Se si riferisce alla Sicilia, condividiamo.

PRESIDENTE. Può scegliere la Sicilia, la Calabria o la Campania. In alcune regioni del nostro Paese sarebbe comodo attribuire la colpa a uno schieramento, ma il dramma è che la colpa è di un modo di intendere l'amministrazione della politica che rischia di essere trasversale.

Prima che lei concluda questa audizione, assessore, vorrei chiederle una conferma. Esaminando i documenti, si ha la sensazione che la regione Veneto, in cui c'è un servizio sanitario nazionale di ottimo livello, abbia fatto un'operazione di trasformazione e di rivoluzione senza esservi costretta, effettuando la scelta di cambiare l'impostazione della sanità.

Sembra infatti che alcune ragioni di malessere evidenziate dai giornali nascano proprio dal fatto che si sta intervenendo non perché costretti, ma per una scelta di mutamento di impostazione complessiva del rapporto esistente fra regione e singole aziende, con una maggiore responsabilizzazione delle singole aziende in una regione che comunque proprio in questa fase di passaggio non si è sottratta al compito di coprire quello che serve.

Paradossalmente, la regione in questo momento spende di più per erogare somme maggiori rispetto al passato, ma sta puntando a un'economia progettuale.

LUCA COLETTI, *assessore alla sanità della regione Veneto.* La sua sensazione è corretta. Sinora avevamo 24 aziende, comprese quelle ospedaliere, che, in base alla disponibilità, facevano investimenti ed erogavano servizi, i LEA.

Anche in funzione del futuro decreto sul federalismo, abbiamo deciso di arrivare a una gestione mirata del territorio. Venezia è molto diversa da Belluno, da Verona o da Rovigo: quindi situazioni territoriali diverse hanno bisogno di avere un « vestito » diverso. Abbiamo tuttavia individuato degli standard quali il costo della degenza ospedaliera, perché evidentemente un medico nell'ospedale di Venezia costa quanto un medico nell'ospedale di Belluno.

Stiamo cercando di individuare più standard possibili per avere un avvicinamento della forcina di costi fra le aziende sanitarie che costano di più e quelle maggiormente virtuose, al fine di avere un maggior controllo della spesa e di assegnare in maniera mirata le risorse da destinare al cittadino e prima ancora ai LEA.

I collaboratori qui presenti sono eccellenti e mettono a frutto tutte le esperienze maturate in tanti anni trascorsi in sanità a beneficio dei cittadini veneti. Noi vogliamo continuare su questa strada.

Il cambiamento di questa progettualità attraverso il nuovo piano sanitario e le nuove schede che andranno ad attribuire i compiti alle varie strutture è finalizzato a sfruttare queste esperienze fissando tetti per la farmaceutica e la specialistica. In dieci anni di studi abbiamo prodotto anche un libro bianco che è andato a fare le radiografie alle amministrazioni in sanità, evidenziando le varie criticità piuttosto che i punti positivi.

Partendo da questa radiografia stiamo ridisegnando, in coordinamento con i vari tavoli tecnici, il nuovo piano sociosanitario, con la volontà di individuare costi standard che possano essere sfruttati per le varie situazioni, sebbene la laguna sia molto diversa dalla montagna.

L'onorevole Fucci chiedeva delucidazioni sui punti nascita. Sulla scorta delle

direttive del Ministro Fazio, che ha definito standard anche per quanto riguarda i punti nascita, abbiamo già attivato tavoli tecnici composti da clinici che stanno analizzando le varie situazioni. In Veneto abbiamo 49 punti nascita, dei quali 4 sotto le 500 nascite e 4 sopra le 2000. Si registrano difficoltà in punti particolari quali zone di montagna e di laguna, dove c'è dispersione.

La Commissione tecnica farà il suo lavoro, evidenzierà le necessità e le eventuali criticità e poi con provvedimento di Giunta, d'accordo con il presidente Zaia, che rivolge molta attenzione alle questioni sanitarie e, in particolare, a questo servizio, arriveremo a rimodulare la situazione, tenendo conto però delle difficoltà e delle peculiarità.

Nel piano vorremmo attestarci dai 1.000 parti in su.

PRESIDENTE. Vorremmo che questa indicazione fosse inserita nel prossimo piano sociosanitario. Abbiamo bisogno di promuovere buone pratiche e poiché si sta combattendo in tutta Italia una battaglia per cercare di convincere le partorienti a non chiedere di partorire sotto casa, gradiremmo avere segnali positivi. Vorrei sapere inoltre che tempi prevedete per la definizione del Piano sociosanitario.

LUCA COLETTI, *assessore alla sanità della regione Veneto.* Nel mese di aprile dovremmo approvarlo in Giunta, poi spetterà al Consiglio approvarlo. Noi ci auguriamo che venga accolto dai consiglieri: questa è la nostra maggiore aspettativa, anche perché lo riteniamo un segno positivo da parte di chi è stato incaricato di amministrare.

L'onorevole Polledri ha posto un quesito sul contributo di solidarietà. Si tratta di 950 milioni da parte della regione Veneto. Per quanto riguarda il costo del personale potrà rispondere il dottor Mantovan.

Purtroppo, o per fortuna, abbiamo speso tutti i finanziamenti erogati ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Dovremmo avere però un'ultima *tranche*. Uso la formula dubitativa perché il Ministro Tremonti deve giustamente far fronte a necessità grandi, ma io mi trovo a non avere più una fonte certa di finanziamenti finalizzati agli investimenti.

Come regione Veneto ci stiamo infatti attivando per avere una nostra fonte finalizzata ai finanziamenti, perché sono venuti a mancare i finanziamenti ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che, per quanto mi riguarda, sono importantissimi perché servono a ristrutturare e a rimettere a norma le strutture ospedaliere, che devono essere particolarmente protette; si tratta di un'esigenza cui spesso fatichiamo a far fronte senza questi fondi.

Abbiamo suggerito emendamenti al decreto «milleproroghe» non per chiedere finanziamenti, ma affinché vengano rimodulati i limiti legati soprattutto alla prevenzione antisismica per la necessità di avere il massimo grado di sicurezza affinché la struttura non crolli. Oltre alla questione antisismica non si è mai considerato inoltre come, durante un terremoto, anche in assenza di crolli, venendo a mancare l'energia elettrica o l'acqua, l'ospedale sia morto.

Dovremmo quindi tenere in considerazione anche l'energia e l'acqua potabile destinate all'ospedale. Avevamo ipotizzato un emendamento al «milleproroghe» che ci desse la possibilità di adeguare le strutture, in venti anni, durante le normali ristrutturazioni, parametrando i limiti legati alla normativa, che devono essere a loro volta legati anche alle zone 1, 2 e 3.

La mancanza dei fondi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 incrementerà le spese per gli ammortamenti, perché la regione dovrà farli con fondi propri. Prima esisteva una linea che andava a finanziare i livelli essenziali di assistenza e un'altra che andava a finanziare gli investimenti immobiliari. Venendo a mancare la linea degli investimenti immobiliari e quindi l'ammodernamento delle strutture, inevitabilmente questi co-

sti saranno a carico della regione e quindi incrementeranno i costi di ammortamento.

Oggi in Commissione salute è emerso come, così facendo, si rischi che il « tavolo Massicci » proponga dei rientri andando a togliere a monte determinate risorse, ma questo è tutto da vedere, è in corso di valutazione. La nostra grande preoccupazione è comunque proprio l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 finalizzato all'ammodernamento e alla messa in sicurezza di queste strutture.

L'onorevole Lo Moro chiedeva del buco della sanità e delle cifre apparse sui giornali. Si tratta di ammortamenti, di mancate risorse che sono state messe in capo ad aziende sanitarie, per cui è già stato predisposto un piano di rientro che verrà onorato. Stiamo parlando di ammortamenti, quindi non ci sono debiti, ma mancano le risorse per ammortizzare questi beni che sono già stati comprati.

Per quanto riguarda il tema dell'integrazione pubblico-privato, sollevato dall'onorevole Barani, come regione Veneto abbiamo più del 90 per cento di sanità pubblica e quasi il 10 per cento di sanità privata. Con il nuovo piano vorremmo renderle complementari, evitando doppioni per garantire un'integrazione e la possibilità di avere prestazioni a costi inferiori, nonostante debba ringraziare tutta la classe sanitaria per il servizio che è riuscita a rendere in tutti questi anni ai cittadini veneti, italiani e nomadi.

Chiedo al dottor Mantoan di rispondere circa gli ammortamenti, visto che è stato anche direttore generale della USSL di Thiene.

PRESIDENTE. Potrebbe fornirci anche i dati sul personale?

DOMENICO MANTOAN, *segretario della segreteria per la sanità della regione Veneto.* Siamo partiti da questa considerazione: negli ultimi dieci anni la sanità veneta ha sempre goduto di un incremento di risorse nazionali che andava dal 6 al 10 per cento, e in più aveva l'adizionale IRPEF.

In questi dieci anni i costi sono aumentati del 4 per cento ogni anno e noi ci siamo trovati a dover fronteggiare una situazione per cui non abbiamo più adizionale IRPEF per una scelta politica, quindi dal 2010 non ci sono i 130 milioni di euro, e in più sappiamo che il sistema Paese non riuscirà nei prossimi anni a garantire un incremento finanziario del Fondo sanitario nazionale del 6-7 per cento. Nel 2011, se saremo bravi, porteremo a casa l'1 per cento e ci stiamo sbranando tra regioni per ottenere quattro briciole in più.

Ci siamo quindi autodeterminati con un piano di rientro e, senza aspettare la tagliola del bilancio, abbiamo deciso di affrontare i prossimi anni. Abbiamo redatto un libro bianco e considerato la nostra storia di sanità sociosanitaria, per cui non possiamo mutuare modelli tedeschi o lombardi, che sono diversi. Avendo scelto di non cambiare modello, ci siamo fatti forti della nostra storia valutandone gli aspetti positivi.

Abbiamo visto che le ULSS che in questi anni hanno avuto meno sono quelle che hanno reso di più e hanno presentato i bilanci in attivo. Il costo dei cittadini veneti varia da 1.600 a 2.600 euro, per cui un milione di veneti costa 2.600 euro e un altro milione costa 1.600 euro. I veneti che costano 1.600 euro (tra i quali Thiene) sono le ULSS che riescono a garantire qualità migliore, maggior aspettativa di vita, eccezionali risultati di salute pubblica a costi limitati.

Perché a Thiene, con un trasferimento di 1.600 euro, io e i miei predecessori siamo riusciti a chiudere il bilancio con 5 milioni di utile e ad autofinanziarci gli investimenti? Il miliardo di debito del quale si è parlato sui giornali non è altro che la somma degli ammortamenti di investimenti pagati con i fondi della sanità del Veneto, non del Fondo sanitario nazionale.

Come giustamente rilevato dal presidente, abbiamo cominciato a fare ordine e ricordato alle aziende di essere tali giacché l'ULSS è un'azienda.

Le aziende devono fare le aziende, mentre la regione svolge un'attività di indirizzo, programmazione e controllo. Chi fa il direttore generale si assume la responsabilità civile e giuridica dei propri bilanci, di iscrivere in bilancio gli ammortamenti o la spesa corrente, in modo che sia chiaro che la politica decide, il segretario generale fa programmazione, il direttore generale fa gestione, altrimenti non si capisce più niente. Non abbiamo fatto nulla di inopportuno.

Abbiamo capito inoltre che le aziende sanitarie che hanno il migliore risultato economico sono quelle che hanno un modello organizzativo ovvero il minor numero di ospedali e di posti letto. Non ci si può però limitare a chiudere gli ospedali, perché i cittadini da Bolzano a Reggio Calabria percepiscono ancora l'ospedale come un punto di sicurezza e quando rischiano di vederseli togliere, organizzano cortei. È quindi necessario garantire qualcosa di alternativo: non si possono chiudere e basta.

Abbiamo siglato un accordo con i medici di medicina generale, che si è sostanziato in una delle prime delibere del mese di gennaio 2011, in cui abbiamo definito che il modello ordinario delle cure primarie fosse rappresentato dalle Unità territoriali di assistenza primaria (UTAP), quelle che il Ministro Turco chiamava « case della salute » ovvero aggregazioni funzionali di medici che prendono in gestione un territorio e una popolazione.

Abbiamo stipulato un accordo con i « sumaisti », i medici specialisti ambulatoriali, che vanno nelle UTAP, e ai medici di famiglia non daremo più soldi, ma erogheremo servizi. Stiamo quindi riducendo gli ospedali e trasferendo il personale dagli ospedali alle UTAP. Le ULSS che hanno fatto questo 7, 8 o 10 anni fa, lo hanno fatto sempre insieme ai sindaci, alle associazioni di volontariato, ai sindacati, con il consenso sociale e seguendo un esempio.

Quando ero direttore generale era fondamentale per me prendere i sindaci e portarli in una ULSS per mostrare loro

cosa fosse stato fatto, chiedere loro di sentire la gente, di parlare con il collega sindaco e, se questi interlocutori si fossero dichiarati contenti, si poteva proporre di realizzare la stessa cosa anche nel loro territorio.

Stiamo cambiando l'organizzazione e portando a modello standard di tutto il Veneto quei modelli organizzativi che hanno dato i risultati migliori. Nel 2010 non abbiamo chiuso un servizio, non abbiamo bloccato le assunzioni, anche se come lei ha rilevato abbiamo speso 100 milioni di euro in meno di ammortamenti, perché abbiamo fatto una stretta sugli investimenti grazie al fatto che nei dieci anni passati avevamo comperato di tutto.

Questa politica ha il fiato corto, nel senso che possiamo andare avanti uno o due anni, perché noi tecnici e direttori generali vorremmo assicurare alla classe politica veneta che con il Fondo sanitario nazionale, qualunque esso sia, pagheremo la spesa corrente e i 103 milioni di euro di extra LEA.

PRESIDENTE. Il problema sorge adesso che c'è un disavanzo, perché, se quei 103 milioni di euro venissero considerati per quello che sono, ci sarebbe un avanzo di 30 milioni di euro.

DOMENICO MANTOAN, *segretario della segreteria per la sanità della regione Veneto.* Ce lo vogliamo consentire perché la rete sociosanitaria è fondamentale. Dobbiamo arrivare a definire come finanzieremo gli investimenti nei prossimi anni, in assenza dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Questa è la grande sfida.

Se la politica deciderà, metterà una tassa di scopo, l'addizionale IRPEF e spiegherà ai cittadini che chiederà un euro non per finanziare cattivi gestori, cattivi direttori generali che creano disavanzi, bensì per comprare TAC o per ristrutturare il pronto soccorso. Questo è il nostro tentativo.

Il costo per il personale rappresenta il 37 per cento nell'ambito delle nostre aziende.

PRESIDENTE. I consulenti evidenziano che in qualche regione è il 75 per cento.

DOMENICO MANTOAN, *segretario della segreteria per la sanità della regione Veneto*. Non abbiamo effettuato il blocco delle assunzioni. Stiamo facendo un grande lavoro e vogliamo arrivare a definire gli standard del personale, operazione non da poco.

Le aziende che costano di più solitamente hanno un eccesso di posti letto ospedalieri perché l'ospedale per definizione è una forza osmotica che assorbe risorse, anche se nessuno vi si ricovera e rimane vuoto. Il nostro sforzo consiste dunque nel non aumentare la spesa e il personale, ma nel cercare di creare modelli organizzativi da trasferire dall'ospedale al territorio.

PRESIDENTE. Possiamo proseguire i lavori in seduta pubblica.

(I lavori proseguono in seduta pubblica). ()*

Ringrazio l'assessore Coletto e i dirigenti che lo hanno accompagnato, espri-

mendo apprezzamento per il lavoro che stanno facendo.

La nostra richiesta per i singoli casi di presunti errori sanitari è tanto più esigente perché c'è un'elevata qualità del servizio. Abbiamo già avuto parecchie risposte, ma potrete farci pervenire le altre per renderne conto nella nostra relazione alla Camera.

Credo di poter esprimere la soddisfazione di tutta la Commissione per la completezza dei dati che avete fornito e formularvi i migliori auguri per un'impresa alla quale non eravate chiamati, ma in cui avete scelto di avventurarvi.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa
il 4 agosto 2011.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

(*) L'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, nella riunione del 18 maggio 2011 ha convenuto che la Commissione, ai sensi dell'articolo 10 del Regolamento interno, nonché dell'articolo 3, comma 2, lettera b), della delibera sul regime di divulgazione degli atti e dei documenti, disponga, acquisito il conforme orientamento degli auditi, la desecretazione del resoconto stenografico dell'audizione. La Commissione ha preso atto nella seduta del 15 giugno 2011.

