

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

58.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 28 MARZO 2012

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Burtone Giovanni Mario Salvino, <i>Presidente</i>	3
Audizione dell'assessore alla salute della regione Liguria, Claudio Montaldo	
Burtone Giovanni Mario Salvino, <i>Presidente</i>	3, 4, 5, 10, 11
Barani Lucio (PdL)	5, 9, 10
Montaldo Claudio, <i>assessore alla salute della regione Liguria</i>	3, 5, 6, 9, 11

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE

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 anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Audizione dell'assessore alla salute della regione Liguria, Claudio Montaldo.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'assessore alla salute della regione Liguria, Claudio Montaldo, che ringrazio per aver raccolto tempestivamente il nostro invito. È presente altresì il dottor Sergio Vigna, dirigente dell'Agenzia regionale sanitaria.

La Commissione, nell'ambito delle proprie competenze, ha avviato l'esame di una proposta di relazione sullo stato della sanità della Regione Liguria. Il lavoro istruttorio si è basato principalmente sui dati acquisiti in occasione della missione svoltasi a Genova il 18 ottobre 2010. Si tratta, pertanto, di una documentazione non del tutto attuale, benché alla Commissione ne sia pervenuta altra, successivamente.

La Commissione si è quindi determinata a procedere a un ulteriore approfondimento per rendere più attuali i dati, in modo da avere un aggiornamento istruttorio e predisporre con tempestività una bozza di relazione aggiornata.

In questa occasione potranno essere resi elementi di conoscenza, anche in merito ai casi di presunti errori sanitari. I colleghi potranno inoltre aggiungere eventuali segnalazioni e rivolgere domande all'assessore, al quale do la parola.

CLAUDIO MONTALDO, *assessore alla salute della regione Liguria*. Ringrazio il presidente e la Commissione. Per rendere più semplice il nostro e, soprattutto, il vostro lavoro, abbiamo predisposto della documentazione, che consegno, per fornire alla Commissione elementi aggiornati, rispetto alla missione svolta ad ottobre 2010, sugli andamenti della sanità ligure sia dal punto di vista economico, sia dal punto di vista delle attività e delle prestazioni. Alleghiamo inoltre una relazione specifica sul tema del rischio clinico – a mio avviso di particolare pertinenza e interesse per la Commissione – e la relazione della sezione regionale di controllo della Corte dei conti sulla sanità ligure relativa al 2010. Abbiamo inoltre allegato tre documenti dell'Agenzia regionale: sullo stato di salute dei liguri, sul progetto dedicato alla cronicità denominato « Nocchiero » e sul sistema di valutazione.

Vorrei brevemente richiamare gli elementi fondamentali di aggiornamento della situazione, ma devo fare un piccolo passo indietro. Nel considerare l'andamento della sanità in questo decennio, lo suddividiamo in tre fasi. Nella prima, fino al 2006, abbiamo osservato un crescente accumulo di disavanzi dovuti a un sistema di difficile controllo, con duplicazioni delle strutture, figlie di una logica di concorrenzialità e competizione fra le singole Aziende. L'anno precedente, il 2005, avevamo superato il limite del 7 per cento, perciò siamo entrati nel regime di « accompagnamento » ed è stato varato il piano di rientro convenuto con il Governo.

Dal 2007 al 2009, il sistema è stato sostanzialmente riportato sotto controllo dal punto vista economico, con risultati che hanno consentito di ridurre progressivamente l'imposizione fiscale che avevamo dovuto applicare quell'anno, e che pure era progressiva in base al reddito del contribuente e aveva esentato l'85 per cento delle imprese.

A oggi, l'imposizione fiscale sui redditi riguarda esclusivamente quelli superiori ai 30.000 euro annui — l'aliquota dell'addizionale è pari a 0,5 per cento — mentre l'addizionale sull'IRAP è applicata soltanto, per adesso, a quattro categorie: le imprese finanziarie e bancarie, le assicurazioni e le imprese energetiche.

Qui sorge il problema del terzo periodo, il biennio conclusosi nel 2011, che in questa relazione abbiamo denominato il biennio del sottofinanziamento. Infatti, a causa di una modifica del calcolo della « pesatura » degli anziani determinata da un'iniziativa ministeriale, siamo stati duramente penalizzati e, per la prima volta nella storia delle regioni, nel 2010 abbiamo ricevuto meno soldi dell'anno precedente: si tratta di soli 20 milioni di euro in meno, grazie a un'azione di solidarietà all'interno della Conferenza Stato-Regioni, altrimenti ci saremmo ritrovati con ben 128 milioni di euro in meno.

Credo che questo sia emblematico di quanto non ci si aspetterebbe: una regione che realizza gli obiettivi del piano di rientro ed esce dall'accompagnamento ha ricevuto una penalizzazione durissima. Altrettanto è avvenuto nel 2011; in questi due anni abbiamo lavorato per contenere il disavanzo al di sotto del 5 per cento e per evitare di tornare in accompagnamento e di avere un'imposizione fiscale che noi ritenevamo, e continuiamo a ritenere, difficilmente sopportabile dalle famiglie e dall'economia della nostra regione.

Abbiamo ripianato i disavanzi del 2010 con la tassazione cui facevo riferimento prima, già limitata ad alcune categorie, e abbiamo utilizzato risorse del sistema, della Regione. Per il 2011 ripianiamo fa-

cendo ricorso a una seconda cartolarizzazione — la prima risale al 2007 — e vendendo 80 milioni di euro di patrimonio, recuperando così le condizioni per poter tenere un equilibrio rispetto ai 144 milioni di euro di disavanzo del 2011.

Il 2012 è per noi l'anno in cui, non avendo più beni da vendere — almeno non in quantità significativa — dobbiamo assolutamente riportare il sistema in equilibrio; il piano di risanamento che stiamo perseguendo prevede una manovra, tra entrate e uscite, pari a 170 milioni di euro. È una manovra molto pesante, pari al 5 per cento del nostro Fondo, che persegue anche l'obiettivo di allinearci ai costi standard e quindi alle *performances* delle altre regioni che hanno comportamenti più efficienti. Non so se ci riusciremo, ma credo che ad oggi possiamo dire che stiamo lavorando intensamente in questa direzione, benché sia tuttora difficile capire se riusciremo a centrare l'obiettivo, per il raggiungimento del quale abbiamo impegnato fortemente tutte le nostre Aziende.

Non volendo intrattenere troppo a lungo la Commissione su questo tema, rimanderei alle domande che i commissari presenti desiderano rivolgerci e, ovviamente, ai testi che abbiamo presentato. Grazie.

PRESIDENTE. L'assessore ha presentato una corposa relazione, che sarà sicuramente utile per un aggiornamento dei dati di cui la Commissione è già in possesso. Tra l'altro, nella sua introduzione, l'assessore ha ripercorso le tappe che hanno visto la Liguria impegnata a superare quella fase di crisi e di difficile uscita dall'accompagnamento; l'azione della Regione ha avuto il sostegno dei Ministeri nel biennio 2007-2009, mentre per gli anni 2010-2011 lo sbilanciamento che si è determinato è stato superato da un limitato aumento dell'IRAP e nel 2011 — come è stato detto — dalla cartolarizzazione, ossia dalla vendita di parte del patrimonio.

Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni, ribadendo che l'as-

sessore ha già presentato una documentazione che sarà utilissima ai relatori per definire il testo della relazione da sottoporre alla Commissione.

LUCIO BARANI. Vorrei porre all'assessore alcune domande in relazione a dati già acquisiti.

Innanzitutto non posso non riconoscere la serietà e il coraggio dimostrati dalla Liguria nell'affrontare il disavanzo prodottosi negli anni predisponendo un piano di rientro serio, che ha consentito di raggiungere un pareggio di bilancio e di rimanere al di sotto del 5 per cento, anche attraverso cartolarizzazioni di beni per 80 milioni di euro circa, che fanno seguito a quelle del 2007, e, infine, con un piccolo ritocco all'IRAP per il 2011.

CLAUDIO MONTALDO, *assessore alla salute della regione Liguria*. Non abbiamo più toccato l'IRAP dal 2007; abbiamo semplicemente fatto ricorso a fondi che il sistema aveva accantonato.

PRESIDENTE. E nel 2010?

CLAUDIO MONTALDO, *assessore alla salute della regione Liguria*. Neppure.

PRESIDENTE. Da alcuni passaggi della relazione avevo creduto di capire che aveste limitato l'aumento dell'IRAP solo ad alcune categorie.

CLAUDIO MONTALDO, *assessore alla salute della regione Liguria*. Sin dall'inizio l'abbiamo limitata esclusivamente a quelle categorie.

LUCIO BARANI. La sua correzione conforta ulteriormente il mio ragionamento sul vostro coraggio e sulla serietà con cui avete portato al pareggio il bilancio della sanità, con fluttuazioni fisiologiche. Mi rendo conto che i 20 milioni di euro in meno — che dovevano essere oltre 100 — sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale vi abbiano imposto di stringere ulteriormente la cinghia.

Io e l'onorevole Zunino, relatori, avevamo già espresso alla Commissione un giudizio più che positivo sulla sanità ligure, anche se non avevamo i dati aggiornati. Avevamo però un dubbio, per il quale abbiamo richiesto un aggiornamento. Lei ha parlato della ripartizione del Fondo sanitario nazionale. A livello regionale, però, la distribuzione del Fondo sanitario regionale alle varie Aziende sanitarie segue le disposizioni di legge quadro nazionale che tengono conto di una serie di elementi quali il numero degli anziani, gli indici di deprivazione, il numero di minori e così via? Questi elementi hanno riportato al riequilibrio fra le regioni in base al parametro della popolazione anziana, ma non solo. La Liguria è una delle regioni col più alto indice di anziani e il Fondo non è più ripartito solo in base all'età ma anche in base ad altri indici; per questa ragione credo che abbiate ricevuto minori risorse in sede di ripartizione.

All'interno del Fondo regionale abbiamo visto che nelle cinque ASL la quota annuale *pro capite* è sensibilmente diversa, ossia varia di più o meno 50 euro, che comunque sono già tanti. Tuttavia, tra i 1.700 euro circa di Imperia, i 1.800 di La Spezia e i 2.200 della ASL 3 di Genova, la differenza è di ben 500 euro *pro capite*: ci sembra abbastanza significativa.

Pertanto, nel quadro della nostra più che positiva valutazione della sanità ligure, abbiamo notato che, mentre alcune Aziende — le ASL 1, 2, 4 e 5 — meritano una valutazione sicuramente più che sufficiente, la ASL 3 di Genova ha una quota *pro capite* notevolmente alta. L'abbiamo confrontata anche con gli schemi « a bersaglio » fornitici dalla Regione e abbiamo rilevato — mi corregga se sbaglio — che per il 2008 le *performances* regionali di alcune ASL, come la 5 (La Spezia), hanno un 80 per cento di bersagli centrati. Al contrario, l'ASL di Genova, che ha una quota *pro capite* maggiore, ha solamente quattro bersagli centrati. L'incongruenza è dunque che a maggiori quote *pro capite* — tra i 400 e i 500 euro, che sono tanti, rispetto ad altri — corrispondono *performances* di gran lunga inferiori. Mi viene spontaneo

dare una « votazione », se di questo si può parlare: alle ASL 1, 2, 4 e 5 assegnerei un voto compreso tra 7 e 8, mentre alla ASL 3 darei un voto insufficiente, tra 4 e 5.

Ho voluto svolgere questo ragionamento perché la Commissione ha audito altri assessori regionali, ha redatto relazioni sulla Calabria e su una Azienda toscana e ne ha in programma altre (sulla Sicilia, sulla Campania, sul Lazio).

Con riferimento alla Toscana, abbiamo esaminato la situazione della ASL 1 di Massa e Carrara, che è vicina a voi, con un territorio grosso modo simile al vostro, con uno o due ospedali in più, però complessivamente si equivalgono. La sua quota *pro capite* si aggira intorno ai 1.500-1.600 euro, mentre quella dell'ASL 5 (La Spezia) è pari a 1.700-1.800 euro. Ci sono quindi 200 euro di differenza. Anche facendo un confronto con le ASL di province confinanti, ad esempio Savona e Imperia rispetto a quelle del Piemonte, dove grosso modo la situazione è analoga, le proporzioni sono simili.

In effetti, voi avete 200 euro *pro capite* in più rispetto alle ASL confinanti della Toscana e del Piemonte. Vorrei sapere come mai. Esprimiamo un giudizio positivo nei confronti della Liguria, ma non è chiaro se siete voi sovrafinanziati, o se avete bisogno di somme più elevate a causa di questioni geografiche o territoriali (ma ho già detto che il territorio è simile). Confrontando le popolazioni, sia per numero sia per età, emerge che sono grosso modo sovrapponibili. Ho parlato di un margine di 50 euro in più o in meno, che è fisiologico; ma 200 o 500 euro in più vanno oltre ciò che è fisiologico. Questi soldi in più sono veramente necessari? Sono sovrafinanziate La Spezia o Imperia — che credo sia la ASL meno finanziata, o la più virtuosa, in termini di quota *pro capite* — oppure sono sottofinanziate altre realtà?

È una equiparazione che, avendo una visione nazionale, dobbiamo fare, anche perché il Fondo è lo stesso, così come sono uguali i parametri e la legge del riparto tra la Regione e le varie ASL. Desidereremmo sciogliere questo dubbio.

Concludo ringraziando l'assessore anche per la documentazione, che è sempre stata precisa e puntuale. Di questo aggiornamento faremo tesoro per presentare una bozza di relazione aggiornata. Nell'ottobre 2010, quando andammo a Genova, effettivamente avevamo dei dubbi; ora è stato possibile dipanarli e fa piacere accertare che erano quasi tutti infondati. Rimangono i dubbi sulla ASL 3 di Genova, dove le criticità crediamo siano obiettivamente evidenti.

Riteniamo che la capacità e la serietà della Regione e il coraggio dimostrato in questi anni sapranno ottimizzare ancora meglio le risorse, che sono sempre meno.

La mia ultima domanda riguarda gli investimenti ospedalieri: so che ne state facendo e che avete in programma, in tre o quattro ASL, di chiudere gli ospedali di periferia o in sovrannumero e di accentrare i servizi in un'unica struttura. Ho visto, in un sopralluogo, quello che state costruendo a La Spezia, ma ho contezza che anche a Imperia e Savona siete sulla stessa strada. Non sono invece informato su Genova: ho letto qualcosa sui giornali, ma al di là della critica politica non sappiamo altro. Avere anche questo dettaglio potrebbe esserci utile per una relazione più completa. Grazie, assessore.

CLAUDIO MONTALDO, *assessore alla salute della regione Liguria*. Ringrazio l'onorevole Barani perché ha posto forte attenzione alla situazione ligure e ha colto aspetti importanti.

Vorrei partire dai criteri di distribuzione del Fondo nazionale. Fino al 2008 concorrevano una valutazione della « pesatura » degli anziani sull'intera quota ospedaliera, pari al 44 per cento del totale, che veniva interamente « pesata ». Non lo erano, invece, la quota territoriale e quella farmaceutica. Questo è un aspetto molto contraddittorio, di cui si discute ormai da anni. Ogni anno si dice che è necessario modificare i criteri, ma questi non sono stati cambiati, se non in un caso: nella previsione del riparto 2010, infatti, il Ministero della salute ha prodotto una tabella che ha dimezzato la « pesatura »

degli anziani sulla spesa ospedaliera, che ora copre soltanto il 22 per cento.

Ciò ha penalizzato fortemente la Liguria, che ha ormai il 27 per cento di ultrasessantacinquenni. Quell'anno abbiamo rischiato di avere 128 milioni di euro in meno; poi, come ricordavo, nella Conferenza delle Regioni si è fatto un lavoro solidaristico che ci ha portati ad avere invece solo 20 milioni di euro in meno. Si tratta di un valore assoluto, che va letto anche alla luce dell'andamento inflattivo, molto elevato sia nel 2010 sia nel 2011.

Di conseguenza, abbiamo avuto un fortissimo sottofinanziamento, che ci ha costretti a continuare a stringere, a migliorare l'efficienza e a ricorrere anche a risorse che derivano da entrate straordinarie, da pulizia dei bilanci e via discorrendo. Abbiamo compiuto un lavoro molto profondo sul piano strutturale e contabile e, con il 2011, direi che abbiamo esaurito questi processi.

Per questo motivo, quest'anno, in Conferenza Stato-regioni abbiamo battagliato e ottenuto che si consolidasse l'anno precedente, e siamo andati al riparto soltanto della quota incrementale. Questo ha consentito che fossero riconosciuti gli incrementi della popolazione in misura equa a tutti coloro che l'hanno avuta e in proporzione all'incremento della Regione, e di ripartire poi il resto del finanziamento in base alla quota capitaria. In tal modo, nel 2012 avremo 35 milioni in più che non ci riportano nemmeno — sempre considerando l'andamento inflattivo e gli incrementi — al livello del 2009, ma almeno ci garantiscono un po' di respiro.

A pagina 9 della relazione che vi ho consegnato, una tabella illustra l'andamento della quota di accesso della regione Liguria, che è passata dal 3,12 del 2006 al 2,88, con una perdita in valore relativo e in valore assoluto molto importanti. In alto, potete osservare anche un grafico dei nostri disavanzi, che si sono comunque ridotti in modo significativo.

La ripartizione all'interno della Regione non è equa, per ragioni storiche. L'area genovese e quella savonese sono

molto più ricche di ospedali, e per il calcolo di quota capitaria, cui lei ha fatto riferimento, bisogna considerare anche le aziende ospedaliere che insistono nell'area metropolitana. In queste aree abbiamo un'offerta ospedaliera molto elevata, che nonostante la riduzione e la trasformazione di ospedali che abbiamo attuato in questi anni, continua a essere molto significativa e comporta costi di una certa rilevanza.

Solo nell'area genovese abbiamo chiuso sei dei sette ospedali chiusi complessivamente negli ultimi sette anni; il settimo è quello di Levanto, nell'area spezzina. Sono stati tutti trasformati, specializzati o sul territorio o in riabilitazione, ma è ancora presente una frammentazione delle strutture ospedaliere. Nell'area genovese, la sola ASL 3 gestisce direttamente tre ospedali: il Gaslini, ospedale pediatrico, l'Ente Galliera e l'Ospedale evangelico, al quale abbiamo chiuso una struttura piccola e affidato la gestione di un nostro ospedale medio. Vi sono inoltre due istituti scientifici: il San Martino e l'IST, due soggetti prima distinti e ora fusi.

Ciononostante, la strada per arrivare a semplificare è quella della costruzione di nuovi ospedali che consentano di chiudere e superare quelli piccoli. L'obiettivo che la Regione si è posta nel 2007 è in parte realizzabile per i primi due dei cinque ospedali che abbiamo messo in programma; il primo è quello di La Spezia, che, come ricordava l'onorevole Barani, è per noi importantissimo perché, oltre ad essere vetusto, è stato interessato anche da fenomeni di degrado accresciutisi nel tempo.

In questo caso, quindi, noi «superiamo» due ospedali. Il finanziamento è integralmente previsto, fra risorse regionali, alienazione di uno dei due beni in dismissione e fondi di cui all'articolo 20. L'accordo relativo è al vaglio del Ministero dell'economia da un anno e mezzo, e comprende le risorse di cui all'articolo 20 del periodo 2007-2008. Manca la firma del Ministro dell'economia, per ragioni immagino tutte comprensibili, ma per noi lo sblocco di queste risorse sarebbe molto

importante; siamo alla chiusura imminente del progetto definitivo e, se arrivano le risorse, siamo in grado di indire la gara e chiudere un'altra struttura, creandone una sola al posto delle due precedenti.

Abbiamo previsto un'operazione analoga, sostitutiva dei tre ospedali della provincia di Imperia e dei tre del ponente genovese. Per quel che riguarda, invece, l'area savonese e quella del Tigullio, la situazione è più complicata. Qui abbiamo avuto due atti di programmazione precedenti la nostra gestione, che risalgono alla fine degli anni Novanta e Duemila — e dunque equanimente divisi fra amministrazioni di orientamenti diversi — che hanno visto la costruzione e l'inaugurazione degli ospedali di Albenga e Rapallo. Tali ospedali hanno il limite di essere ancora piccoli e non consentono di semplificare la struttura ospedaliera di quelle zone.

Su questo bisognerà lavorare in futuro; ad ogni modo, contiamo di poter ricevere risorse nazionali, senza le quali è difficilissimo costruire nuovi ospedali. Le quote di *project financing* o di *leasing* in costruendo, in termini di apporto del mercato, non possono essere totalizzanti, altrimenti la partita corrente finanzia gli investimenti e ciò rende i bilanci insostenibili, come credo succeda già in qualche regione che ha fatto forti investimenti in questa direzione.

Con riferimento alla distribuzione per così dire poco equa del fondo, a pagina 8 trovate una tabella che illustra la ripartizione delle risorse dal 2006 al 2011 fra le nostre aziende. Come vedete, è in corso un processo di avvicinamento: noi abbiamo chiesto e stiamo chiedendo molto di più, in termini di riorganizzazione, a Genova e a Savona, perché è lì che bisogna ridurre. Altrove, invece, riduciamo meno.

C'è un elemento molto complicato: i costi di funzionamento di queste strutture non si possono abbattere. Noi non possiamo esercitare una politica di eccessiva penalizzazione nei confronti di aziende che hanno comunque del personale e servono un numero molto importante di pazienti. Considerate che l'area genovese, e

in particolare l'ospedale di Santa Corona, nell'area savonese, presentano un carattere regionale e assorbono pazienti provenienti anche da altre regioni.

Il processo è stato avviato, in poco tempo sicuramente non ce la faremo, ma la strada segnata è quella di differenziare la richiesta di riduzione dei costi che abbiamo messo in atto. La differenza con Massa mi stuzzica, perché in realtà con la nostra mobilità passiva noi la finanziamo anche un po'; le province di La Spezia e Massa sono geograficamente intrecciate e la mobilità è oggettiva: forse da Ortonovo o Castelnuovo Magra si arriva prima a Carrara o a Massa che a La Spezia, e Pontremoli si raggiunge più velocemente anche da Sarzana.

Nella provincia di La Spezia abbiamo una strutturale carenza di offerta. Quella di La Spezia è stata una ASL mal gestita nel corso di moltissimi anni — direi lustri — e adesso, da cinque anni e mezzo, siamo riusciti a conferire stabilità alla sua direzione. Abbiamo messo in cantiere il nuovo ospedale e finanziato il rifacimento di tutta la rete territoriale. Prima La Spezia non disponeva di servizi poliambulatoriali e case della salute degni di questo nome, quindi i cittadini andavano in Toscana per fruire dei servizi.

Il valore della nostra mobilità verso la Toscana è pari a 50 milioni di euro annui su un bilancio dell'ASL spezzina che si aggira intorno ai 380 milioni di euro nel 2011. Si tratta quindi di un ottavo o forse più, ed è un elemento che pesa, ma stiamo lavorando per riconvertirlo. È chiaro che il nuovo ospedale dovrebbe essere l'elemento che crea un'inversione di tendenza, perché ad esempio è bastato costituire una cardiologia degna di questo nome — che non c'era — e introdurre l'emodinamica per fare oggi attrazione rispetto a Massa, dove tuttavia continuiamo a conferire la cardiocirurgia; le due cose però si compensano.

Non credo, personalmente, che dovremmo pensare a una sanità, soprattutto per le piccole regioni, che debba avere tutto e ovunque. Se una regione come la Liguria, che si estende per quasi 300

chilometri lineari di costa, dovesse offrire ai cittadini tutti i servizi, diventerebbe difficilissimo. Molto è concentrato a Genova, ma ad esempio la sinergia con la Toscana diventa a mio avviso inevitabile: è strutturale e non è necessario intervenire, perché i cittadini esercitano la loro libertà di scelta in modo appropriato.

Credo di aver risposto a tutte le domande.

LUCIO BARANI. Per quanto concerne le compensazioni, quei 50 milioni di euro sono regionali o riguardano i rapporti tra le ASL?

CLAUDIO MONTALDO, *Assessore alla salute della regione Liguria*. Riguardano le compensazioni tra regioni. Per intenderci, nella relazione è indicato che noi continuiamo ad avere un grande problema di mobilità passiva, che anzi è cresciuta, perché comprimendo il sistema per razionalizzare, abbiamo salvaguardato le emergenze e ridotto l'offerta di elezione. Le « fughe » quindi sono un po' cresciute.

Sostanzialmente, su 180 milioni (vado a spanne) di mobilità passiva, 50 sono verso il Piemonte, 50 verso la Lombardia, 50 verso la Toscana, e poi poco altro.

LUCIO BARANI. Vorrei ringraziarla perché ha sciolto ogni nostro dubbio. In effetti, quando l'assessore ha riferito della mobilità verso il Piemonte — che rappresenta il 15 per cento del bilancio, e dunque un ottavo del bilancio dell'ASL 5 — come pure della mobilità su Savona e Imperia, si è chiarito il fenomeno, parzialmente in attenuazione, delle ASL 5, 1 e 2 con meno risorse rispetto a quella di Genova. Le ASL 1, 2, 4 e 5, infatti, sono interessate da una mobilità passiva per la quale i cittadini di quella zona si rivolgono altrove.

Stando a quanto ha detto l'assessore, la differenza con l'ASL 3 è mitigata, perché dai dati a nostra disposizione — credo che vi siate rivolti all'Agenzia regionale e al Sant'Anna di Pisa per le *performance* — con D si indicano le prestazioni esterne, vale a dire la diagnostica, i medici di libera

scelta e i pediatri, mentre con C si intendono invece l'ospedalizzazione e i dipendenti. Gli altri sono i convenzionati. Sono quindi 2.144, di cui 1.712 che riguardano la ASL 1 — quella di Imperia, credo — che sembra sostanziale; rivisto con i correttivi, si tratta comunque di 50 milioni che vanno altrove; questo vale per l'ASL 5, ma si tratterà di milioni di euro anche per le ASL 1 e 2. La ASL 3 forse ha anche una mobilità attiva.

CLAUDIO MONTALDO, *Assessore alla salute della regione Liguria*. Se posso interromperla, vorrei spiegare che la nostra mobilità passiva — sono allegate anche delle tabelle — è fondamentalmente territoriale nell'area spezzina, nella parte dell'entroterra savonese e in parte di quella di Genova, ma siamo in presenza di numeri non molto elevati. Tuttavia, conferiamo anche diagnostica specialistica, vale a dire servizi di bassa complessità.

La maggior parte della mobilità è rappresentata invece dall'ortopedia, che dal ponente e da Genova va in Piemonte e in Lombardia; abbiamo anche una quota abbastanza alta, pari a circa il 17 per cento, di cardiologia e cardiocirurgia, che sicuramente si rivolge da La Spezia a Massa, ma anche fuori, in modo particolare in Lombardia.

In entrata abbiamo una mobilità abbastanza significativa sul Gaslini, che rappresenta un valore in assoluto di 35 milioni, pari al 22-25 per cento dell'ospedale pediatrico, con un fenomeno abbastanza preoccupante, perché riguarda le prestazioni sia ad alta, sia a bassa complessità. Arriva anche molta richiesta di prestazioni a bassa complessità e la tariffa di compensazione pediatrica non paga i costi di un ospedale pediatrico. Ne consegue che noi paghiamo una quota della mobilità dei bimbi che vengono al Gaslini, anche da altre regioni, in particolare dal Mezzogiorno.

Ovviamente, abbiamo anche una mobilità attiva di origine turistica nei periodi estivi e in conseguenza alla presenza di anziani che « svernano » in Liguria dal Piemonte e dalla Lombardia. Si tratta di

un fenomeno strutturale, che per anni ha determinato un incremento di 3.000-3.500 residenti all'anno, dovuto fondamentalmente al fenomeno della trasformazione della seconda casa in prima, per ragioni relative al pagamento di ICI o ENEL.

Questo comporta, magari, che se uno dei due coniugi risiede in Liguria ma vive a Milano e ha bisogno di prestazioni, noi paghiamo la sanità milanese. Viceversa, quando i cittadini diventano anziani, si verifica il fenomeno inverso: questa mobilità diventa attiva per noi — paga la Lombardia — ma per adesso il bilancio è negativo.

LUCIO BARANI. Ho voluto rivolgere questa domanda per una rettifica a favore dell'assessore, e lo pregherei per questo di inviarmi della documentazione integrativa in tempi brevi.

Lei afferma che la distribuzione del riparto non è equa; a me sembra che invece lo sia, o comunque che sia fisiologica. Se però pensiamo alla mobilità passiva, di cui ci ha parlato, dalle ASL 5, 1 e 2, gli importi, leggermente inferiori, sono comunque giustificati. Se lei, a riprova, ci dice invece che l'ASL 3 ha comunque una mobilità intraregionale interessante, significa che il riparto, anche se eccessivo, è giustificato dalla differenza della quota *pro capite*, calcolata in termini statistici, che non tiene conto della dinamicità delle ASL di confine.

Tra l'altro, lei ha detto che il problema è l'ortopedia: ve lo ha procurato uno dei più grandi ortopedici di tutti i tempi, il professor Spotorno, che mentre avevate una mobilità attiva in Liguria, si è trasferito all'Humanitas. Credo che sia uno dei grandi luminari che si è formato negli ospedali della Liguria e ha dato lustro all'ortopedia in Italia e nel mondo, così come ha fatto il professor Mantero per la chirurgia della mano. Inoltre il Bambin Gesù vi ha portato via uno dei più grandi radiologi di tutti i tempi, il mio compagno di studi Paolo Tomà, che dal Gaslini è venuto qui a Roma due anni fa per questioni meramente economiche.

Detto questo, mi sembrava ingeneroso che definissimo « non equa » la distribuzione del riparto; sarà corretta in futuro, come è già accaduto. Da quello che ci ha mostrato in tabella, infatti, c'è stato già un aggiustamento *in itinere* che sarà completato. Questo era giusto rilevarlo, perché dalla mia iniziale valutazione di insufficienza dell'ASL, a cui avevo assegnato un voto compreso tra 4 e 5, propenderei ora per un 5-6.

Ho visto anche la valutazione del bersaglio 2008 con il rosso per la ASL 1, l'arancione per la ASL 2 e il giallo per la ASL 3, dove avete raggiunto una media di 2,9, di tutto rispetto; da questa si discostano il San Martino e l'ASL 3, per i motivi che avevamo già evidenziato e che sono attuali. Ci sono però le ASL 4 e 5 e lo stesso Ente Galliera, con medie del 3,3, 3,9 e 3,4, che sono di tutto rispetto. Magari ce ne fossero così in tutta Italia!

In conclusione, intendo affermare che i suoi chiarimenti sono stati ampiamente esaurienti; sarebbe gradito se ci mandasse questi dati — non so se sono già contenuti nella documentazione che ha consegnato, perché non l'ho ancora esaminata — relativi al bersaglio e alla mobilità tra le varie ASL, nonché a quella regionale interna. Infatti, se il San Martino ha una mobilità interna è giusto che abbia una maggiore quota *pro capite*, come è giusto che ne abbia di meno chi ha la mobilità passiva verso altre località.

Tanto per fare un commento a voce alta con i miei colleghi, si aggrava ulteriormente il sottofinanziamento della ASL 1 di Massa e Carrara: come ha ben sottolineato l'assessore, vengono attribuiti 50 milioni di euro.

Grazie, assessore. È stato veramente esauriente.

PRESIDENTE. Se non ci sono altre domande, ringrazio nuovamente l'assessore, non solo per la tempestività con cui ha risposto alla nostra richiesta di audizione per aggiornare gli elementi di informazione già in nostro possesso, ma anche per la corposa documentazione che ha fornito alla Commissione e, infine, per la

puntuale risposta che ha dato alle richieste del collega Barani.

Anche a nome dei colleghi, mi permetto di segnalare che abbiamo svolto tante audizioni, ma vorremmo indicare questa tra quelle più proficue per la collaborazione ricevuta dall'assessore.

Consegno una nota riservata su un ulteriore caso di presunto errore sanitario segnalato alla Commissione, perché l'assessore e le ASL competenti possano farci pervenire i dovuti approfondimenti conoscitivi.

CLAUDIO MONTALDO, *Assessore alla salute della regione Liguria*. Credo di aver già risposto alle richieste di chiarimento relative ai casi di presunto errore sanitario segnalati dalla Commissione, ma, qualora

fosse necessaria qualche integrazione, siamo disponibili. Inoltre, per integrare le richieste dell'onorevole Barani invieremo un quadro più compiuto dalla mobilità intra ed extra regionale.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 23 maggio 2012.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 1,00



16STC0018390