



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 168

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

SEGUITO DELL'INCHIESTA SUI FENOMENI DI CORRUZIONE
NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

174^a seduta: mercoledì 25 luglio 2012

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione del Presidente della Regione Lombardia, dottor Roberto Formigoni**

PRESIDENTE	Pag. 3, 13, 17 e <i>passim</i>	<i>FORMIGONI</i>	Pag. 4, 16, 18 e <i>passim</i>
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	15, 16		
BIANCONI (<i>PdL</i>)	18		
CALABRÒ (<i>PdL</i>)	18		
COSENTINO (<i>PD</i>)	13		
DE LILLO (<i>PdL</i>)	17		
GRAMAZIO (<i>PdL</i>)	15		
POLI BORTONE (<i>CN:GS-SI-PID-IB-FI</i>)	17		
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	14		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Interviene il Presidente della Regione Lombardia, dottor Roberto Formigoni, accompagnato dal dottor Luca Giuseppe Merlino, dalla dottoressa Gaia Carretta e dal dottor Gino Brunello.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 18 luglio 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta odierna.

Propongo, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento interno, l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno. Non essendovi osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Audizione del Presidente della Regione Lombardia, dottor Roberto Formigoni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

È oggi in programma l'audizione del Presidente della Regione Lombardia, dottor Roberto Formigoni, al quale desidero dare il benvenuto. Rivolgo altresì un saluto ai collaboratori che lo accompagnano.

L'audizione odierna è intesa, in primo luogo, all'acquisizione di elementi informativi in merito alla situazione che caratterizza il Servizio sanitario lombardo, che l'audendo ben conosce in ragione della sua pluriennale esperienza alla guida della giunta regionale.

Inoltre, secondo il deliberato dell'Ufficio di Presidenza, la Commissione intende conoscere le proposte che l'audendo, sulla base della propria esperienza, ritiene di avanzare per rafforzare il sistema dei controlli sul Servizio sanitario.

Ciò in quanto, in relazione alle inchieste giudiziarie in corso, che stanno riguardando, come noto, l'ospedale San Raffaele e la fondazione Maugeri, l'audendo ha affermato pubblicamente di ritenere necessaria l'introduzione di più penetranti strumenti di controllo. Ebbene, questa può essere la sede più appropriata per entrare nel merito di tali problematiche.

L'acquisizione di informazioni, in questa sede di inchiesta, è infatti volta a individuare le criticità e le lacune, legislative o amministrative, che possano incidere sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario, nonché le possibili contromisure legislative che la Commissione ha il potere-dovere di suggerire al Senato della Repubblica in sede di relazione conclusiva.

Ciò posto, darei ora la parola al presidente Formigoni per lo svolgimento di una relazione introduttiva.

A seguire i commissari presenti, a partire dai relatori del filone d'inchiesta sui fenomeni di corruzione, la senatrice Bianconi e il senatore Cosentino, potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

Prego, presidente Formigoni.

FORMIGONI. Signor Presidente, commissari, buongiorno. Partecipo con molto piacere a questa audizione. Ringrazio dunque il presidente, senatore Marino, e tutti voi per l'opportunità di poter discutere in una sede così autorevole di una tematica molto sentita, almeno me lo auguro, a ogni livello di governo, certamente molto sentita a livello regionale e, in particolare, in Regione Lombardia.

Nel corso del mio intervento intendo affrontare il tema dell'accredimento e dei controlli delle strutture sanitarie pubbliche e private in Regione Lombardia, ovvero su come esso sia strutturato e normato, perché c'è stata un'evoluzione nel corso del tempo (sapete che sono Presidente della Regione dal 1995), sul tipo di attività che ne consegue e sui risultati che sono stati prodotti.

Devo partire un po' da lontano, parlandovi della prima riforma sanitaria che, come Regione Lombardia, varammo negli anni 1996-1997-1998, assumendo come principio originario il diritto di garantire al paziente la libertà di scegliere dove curarsi, in strutture pubbliche o in strutture private, in questa o quella struttura pubblica o in questa o quella struttura privata, senza alcun aggravio di costi a suo carico. Dall'applicazione di questo principio è nata la riforma sanitaria varata con la legge del 31 luglio 1997, che in questi quindici anni abbiamo consolidato e modificato e che ha prodotto risultati molto importanti a livello sia di *performance* gestionali che terapeutiche.

L'applicazione di questo principio, volto a garantire al paziente la libera scelta del luogo di cura, è stata possibile sostanzialmente mediante l'adozione di due differenti leve. La prima: la separazione delle funzioni di acquisto da quelle di erogazione delle prestazioni, assolate rispettivamente da ASL (le prime) e dalle aziende ospedaliere (le seconde), intese entrambe come aziende dotate di una propria autonomia giuridica, economica e finanziaria, secondo quanto stabilito in sede di normativa nazionale dal decreto legislativo n. 502 del 1992. La seconda: la remunerazione delle aziende ospedaliere per tramite delle ASL non più a piè di lista ma a seconda delle prestazioni da loro effettivamente erogate. Abbiamo adottato a questo scopo un tariffario unico, secondo il modello dei DRG

statunitensi, che la Lombardia è stata la prima ad applicare, non soltanto su scala nazionale.

Questi due fattori, ovvero la separazione di funzioni tra ASL e AO e il nuovo sistema di remunerazione basato sui DRG, hanno creato così le condizioni per mettere in competizione tra loro gli enti ospedalieri pubblici e privati. Essi infatti vengono accreditati dalla Regione a parità di condizioni, a patto di rispettare *standard* molto rigorosi. Introducendo questi processi, che in seguito illustrerò più nel dettaglio, è il cittadino che con la scelta del luogo di cura determina il vantaggio competitivo di una struttura piuttosto che di un'altra. In questo modo infatti ogni azienda ospedaliera pubblica o privata è tenuta a innalzare i propri *standard* qualitativi per «attrarre» un numero adeguato di pazienti che le consentano di poter lavorare a pieno regime.

Ad oggi, grazie a questa impostazione, il sistema sanitario della Lombardia si caratterizza come un sistema maturo, stabile, fortemente competitivo, fondato su un sistema misto pubblico-privato. Abbiamo verificato e monitorato costantemente nel tempo un innalzamento complessivo e misurabile dei nostri *standard* qualitativi, attraverso una serie graduale di azioni mirate e volte a favorire progressivamente la visibilità dei processi, la capacità di controllo, la migliore allocazione delle risorse, attraverso una programmazione efficiente e ben calibrata. Questo processo ha saputo garantire, al contempo, un'estrema razionalizzazione della spesa. Tutto questo è stato realizzato senza aggravii ulteriori di costi per i cittadini; con una percentuale di fondi del SSN attribuiti *pro capite* alla Regione Lombardia sensibilmente inferiore alla media delle altre Regioni; chiudendo il bilancio in equilibrio senza disavanzi per gli ultimi undici anni consecutivi, ovvero da quando tale obbligo è stabilito per legge; ottenendo un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL del 5,4 per cento, inferiore al già pur ottimo valore medio nazionale del 7,2 per cento, che pone la Lombardia tra le Regioni migliori in assoluto, a livello non solo europeo, in termini di costi/benefici.

Voglio entrare ora maggiormente nel dettaglio del funzionamento del Servizio sanitario regionale. Ogni anno la Giunta regionale, in base all'ammontare delle risorse disponibili e all'indicazione delle priorità d'intervento stabilite sulla base di un'attenta programmazione, provvede all'assegnazione delle risorse con determinazioni di carattere generale. La procedura prevista dalla disciplina legislativa regionale prevede che ciascuna azienda predisponga un progetto di bilancio contenente l'indicazione delle risorse necessarie per realizzare gli interventi di pertinenza del Servizio sanitario. Successivamente, dopo che la Regione ha esaminato ed approvato ciascun documento contabile, anche in relazione alle complessive disponibilità finanziarie del SSR, il bilancio viene formalmente adottato dall'ente interessato.

Nel corso dell'esercizio annuale, la Regione effettua un costante monitoraggio per verificare gli andamenti della spesa e per procedere all'adeguamento degli stanziamenti, anche in corso d'anno, là dove si manife-

stasse l'esigenza di attivare nuovi servizi o di incrementare quelli già previsti.

Al termine dell'esercizio, e prima ancora dell'approvazione dei bilanci da parte dei singoli organismi, la Regione verifica, insieme con le aziende, le attività svolte durante l'anno e, là dove siano stati effettuati interventi ulteriori rispetto a quelli inizialmente previsti, eroga contribuzioni aggiuntive, in base alle disponibilità dei fondi del Servizio sanitario regionale, nel rispetto delle regole definite a priori dalla Giunta regionale.

Al riguardo, come sapete, l'attività delle Regioni, anche della Lombardia, è sottoposta a costante controllo da parte della Corte dei conti che, nell'ultima relazione della procura regionale, si è espressa in questi termini: «Il sistema sanitario regionale lombardo, così come strutturato e gestito, è sostanzialmente positivo sia dal punto di vista dei risultati che della complessiva gestione finanziaria: la predisposizione dei bilanci, grazie alle modalità di ripartizione delle risorse corrispondente alle effettive esigenze finanziarie degli enti, e il costante monitoraggio consentono di tenere la spesa costantemente sotto controllo, cosicché la gestione finanziaria del Servizio sanitario regionale risulta complessivamente positiva e non presenta situazioni di squilibrio (...). Si tratta di un sistema efficace che sinora ha consentito di raggiungere, di anno in anno, gli obiettivi previsti».

In questo contesto, è evidente come l'equilibrio economico-finanziario del nostro sistema non sia di per sé un elemento sufficiente – ancorché sia assolutamente indispensabile – a garantire la qualità di un servizio offerto, a maggior ragione quando il servizio è particolarmente delicato, come quello di cui stiamo parlando.

Per questo uno dei compiti più delicati e significativi del governo regionale in ambito sanitario è stato e continua ad essere quello di promuovere azioni che possano incentivare, favorire e controllare in termini oggettivi e misurabili la qualità del nostro servizio.

Voi sapete che, nell'attuale normativa nazionale, l'accreditamento delle strutture è il presupposto indispensabile perché possano divenire erogatrici effettive di prestazioni remunerate o rese per conto del Servizio sanitario nazionale. Tale sistema di accreditamento istituzionale prevede l'ingresso nel mercato sanitario anche di erogatori sanitari privati, che agiscono per conto del Servizio sanitario nazionale, ed è stato introdotto sempre dal decreto legislativo n. 502 del 1992. Con lo stesso atto, peraltro, è stato affidato alle Regioni il compito di disciplinare i procedimenti relativi all'autorizzazione e all'accreditamento delle strutture sanitarie. Tale accreditamento costituisce pertanto un passo fondamentale verso il miglioramento della qualità dell'assistenza e di qualificazione degli interventi sanitari erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale.

In materia di autorizzazione e accreditamento, sin dal 1997 la Lombardia ha dettato specifiche disposizioni, ulteriori rispetto a quelle nazionali, decidendole anche con numerose delibere applicative. Il legislatore regionale, ridefinendo il sistema sanitario regionale in tutti i suoi aspetti, stabilisce i compiti delle aziende, che per le aziende sanitarie locali con-

sistono in particolare nell'assicurare le prestazioni ai propri assistiti attraverso l'instaurazione di rapporti contrattuali fondati sull'accreditamento, sulla remunerazione delle prestazioni e sull'adozione di sistemi di verifica della qualità.

In particolare, le strutture sanitarie sono tenute a sottoscrivere il contratto con l'azienda sanitaria locale di ubicazione, con il quale sono fissati i volumi massimi di finanziamento erogabili, viene richiamato l'obbligo di rispettare le principali regole di sistema in tema di appropriatezza, assolvimento dei debiti informativi, rispetto dei tempi di attesa, accettazione dei controlli delle ASL e delle tariffe di rimborso stabilite dalla Giunta.

La prima attuazione di tutte queste normative e di questi principi risale al 1998, ad una delibera fondamentale con la quale la Regione recepì i requisiti autorizzativi stabiliti a livello nazionale dal DPR 14 gennaio 1997, stabilendo però – come vi dicevo – ulteriori requisiti di accreditamento strutturali, tecnologici ed organizzativi generali e specifici validi per tutte le strutture pubbliche e private. Con quella delibera definimmo anche l'*iter* per il processo di accreditamento istituzionale.

Questo processo si è concluso in gran parte entro il 2001. È importante evidenziare che con esso l'accreditamento è stato utilizzato per la prima volta anche per le strutture sanitarie pubbliche e non soltanto per quelle private, com'era avvenuto fino ad allora in Italia.

Il processo di accreditamento istituzionale prescritto dalla normativa nazionale, che rappresenta esclusivamente il soddisfacimento di requisiti di sicurezza e qualità minimali, è stato dunque da noi incrementato con una serie di ulteriori requisiti che ritenemmo più stringenti e ottenemmo il consenso del legislatore regionale.

A fianco di questi aspetti di natura strettamente giuridico-economica, fin dal 2000 la Lombardia ha voluto inoltre sviluppare dei programmi e dei progetti volti a sostenere da un lato un'ulteriore promozione della qualità tecnologica e organizzativa, dall'altro un sistema di valutazione delle *performance* delle proprie strutture ospedaliere.

Mi riferisco ad una serie di provvedimenti; vi cito i due più importanti.

La collaborazione ininterrotta, a partire dal 2000, con la Joint Commission, un'organizzazione indipendente *no profit* creata negli Stati Uniti negli anni Cinquanta con il fine di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria degli ospedali americani; attualmente è uno dei più importanti enti a livello mondiale per l'accreditamento volontario delle strutture sanitarie. La collaborazione con Joint Commission ci ha permesso di realizzare un progetto finalizzato a diffondere presso le strutture pubbliche e private la conoscenza e la messa in atto di circa 200 *standard* relativi alla gestione del paziente e alla sua documentazione sanitaria, ai principali obiettivi di sicurezza e a valutare l'efficienza delle strutture.

Una seconda collaborazione, sempre dal 2000 ad oggi, con un gruppo di università lombarde, capofila Università Bicocca di Milano, finalizzata allo sviluppo di un sistema di valutazione dell'efficacia delle attività ospe-

daliere attraverso indicatori di *outcome*. Si tratta di un'attività ancora unica nel panorama nazionale.

A partire dal 2012, con le regole di sistema diramate dalla Giunta regionale, sulla base degli esiti di questa valutazione di *performance* (appropriatezza, efficacia, accessibilità), una quota delle risorse contrattualizzate dagli erogatori con le ASL vengono rimodulate in incremento o in decremento rispetto ai risultati ottenuti. Abbiamo cioè introdotto un meccanismo di premialità, in base ai risultati qualitativi raggiunti da ogni singola struttura, relativamente alla definizione dei contratti annuali, secondo un indirizzo che la Giunta regionale intende proseguire e incentivare ulteriormente.

Anche la separazione tra le fasi di accreditamento e di contrattualizzazione è una peculiarità introdotta dalla Giunta regionale fin dal 2003. Il contratto, subordinato alle regole e agli indirizzi della Giunta, viene rinegoziato annualmente con ciascuna struttura. Esso determina l'ammontare massimo di risorse messo a disposizione nell'anno solare per erogare attività finanziate a prestazione, ovvero attività di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale. Le regole deliberate annualmente dalla Giunta prevedono che, nel caso in cui gli erogatori producano un valore complessivo di prestazioni superiore a quello contenuto nel contratto, nulla in più sia dovuto a queste strutture.

È in discussione in questi giorni, a livello di Conferenza Stato-Regioni, una modifica del decreto legislativo n. 502, con la quale si prevede sostanzialmente di adottare su scala nazionale il sistema di regole di accreditamento e di contrattualizzazione adottato dalla Regione Lombardia già da diversi anni.

La verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento viene affidata alle ASL che, a partire dal 2004, presentano alla Direzione generale sanità un Piano dei controlli. Nel documento sono declinate le attività ordinarie previste per l'anno in corso, cui si aggiungono le verifiche per le attività sanitarie, via via implementate dagli specifici provvedimenti regionali che progressivamente sono stati introdotti.

Passo ora a parlare più specificamente dei controlli. Tra le attività legate al processo di accreditamento e volte a garantire l'obiettivo di una sempre maggiore appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate, senza dubbio occupa un posto di particolare rilievo il continuo perfezionamento del sistema dei controlli.

Oltre ai controlli di tipo economico-finanziario messi in atto per la verifica della gestione delle aziende sanitarie pubbliche, nonché i controlli diretti alla verifica del raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati, che si concludono con l'attribuzione di incentivi economici ai direttori generali e, a cascata, a tutto il personale, le Regioni hanno il compito di garantire la corretta erogazione dei servizi sanitari, in modo da raggiungere il livello essenziale delle prestazioni, nel rispetto da un lato della qualità e dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dall'altro dei limiti derivanti dalle esigenze di contenimento della spesa pubblica.

Questo tipo di controllo mira principalmente ad evitare la dispersione di risorse, garantendo prestazioni appropriate, individuate a livello nazionale, condivise tra Stato e Regioni e successivamente dettagliate ed integrate per adattare alle varie realtà territoriali.

I controlli di appropriatezza e congruenza vengono effettuati, secondo determinati parametri, sulle prestazioni svolte dalle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e a contratto. Questo vale sia per i ricoveri ospedalieri che per le prestazioni ambulatoriali. Si tratta di verifiche che consistono nel raffronto tra le schede di dimissioni ospedaliere (SDO), in base alle quali vengono remunerate le prestazioni e le corrispondenti cartelle cliniche. Per la specialistica ambulatoriale il controllo mira a verificare la corrispondenza tra la codifica delle prestazioni effettuate, in base alla quale viene erogato il corrispettivo dovuto, e la relativa richiesta medica.

Vengono svolte inoltre la verifica della qualità delle prestazioni, attraverso la rilevazione della soddisfazione degli utenti, la verifica dei tempi d'attesa e la verifica dei requisiti necessari ad ottenere e mantenere l'accreditamento delle strutture sanitarie.

Come sono strutturati i controlli in Lombardia? Un'attività fondamentale che abbiamo sviluppato in questi anni è stata quella del controllo dell'attività delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, coerentemente con una serie di disposizioni prese via via nel tempo. In particolare, a partire dal 2001, abbiamo determinato una nuova impostazione dell'attività di controllo, ispirandola ai seguenti criteri: inserimento dell'attività di controllo nello sviluppo del sistema di qualità aziendale; responsabilizzazione diretta nell'attività di controllo interno da parte delle strutture erogatrici; condivisione da parte di ASL e strutture erogatrici delle modalità operative e degli ambiti di interesse con la congiunta verifica dei risultati; individuazione di eventi «sentinella» che segnalino alcuni comportamenti meritevoli di essere esaminati, da valutare comunque con metodiche esplicite e standardizzate.

Le ASL sono tenute ad inviare alla Direzione generale sanità, con cadenza mensile, gli esiti delle attività di controllo, al fine di consentire alla Direzione generale di fornire alle ASL stesse, con cadenza bimestrale, i dati aggiornati relativi all'andamento dei controlli rispetto agli erogatori del proprio territorio e alle prestazioni usufruite dai propri residenti in altre ASL della Regione.

A partire dal 2005, con una delibera abbiamo descritto il ruolo dei nuclei operativi di controllo (nuove strutture da noi istituite), la cui attività è rivolta alla verifica della congruenza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale. Nel compimento di un'ispezione il responsabile NOC è pubblico ufficiale, che ha, sia potere autoritativo (potere di imporre alla controparte di «fare», come, ad esempio, la sospensione dell'attività) sia potere certificativo (redigere un verbale). Il responsabile dell'ispezione NOC, qualora riscontri una condotta illecita, è tenuto ad applicare le relative sanzioni amministrative per le quali la norma non ammette discrezionalità.

Successivamente sono stati introdotti criteri sempre più stringenti. Per esempio, nel 2007 abbiamo stabilito la non obbligatorietà del preavviso della visita ispettiva, che a suo tempo era definito in 48 ore lavorative; abbiamo prescritto l'assenza della limitazione di tipologia di controllo sulla stessa pratica; abbiamo previsto l'obbligatorietà dell'estensione del campione a tutta la casistica nel caso di rilevazione di errori che superino la soglia statistica di significatività; abbiamo dato attuazione alla sovrateritorialità della funzione di controllo, prevedendo che le ASL verifichino le prestazioni a favore di propri residenti erogate da strutture ubicate presso altre ASL. La possibilità di maggiore azione anche sul piano territoriale è infatti da noi ritenuta una buona garanzia di crescita dell'efficacia delle attività di controllo attraverso anche il confronto tra e con diversi operatori.

In esito all'attività di controllo di congruenza delle prestazioni sanitarie, la Regione, in caso di irregolarità o non conformità, appronta rettifiche di fatturazione nel rimborso delle prestazioni agli enti erogatori. Nella loro attività di controllo, infatti, i NOC delle ASL procedono alla rivalorizzazione della prestazione ritenuta non conforme. Nel caso in cui l'azienda erogatrice di prestazioni sanitarie non concordi con la nuova valutazione, la stessa ha la possibilità, entro trenta giorni, di presentare le proprie controdeduzioni. A seguito di questo confronto il controllore può rivedere il proprio giudizio, riassegnando il valore pre-controllo, o confermando il giudizio precedentemente espresso.

Quantità di controlli. Fin dal 2004 Regione Lombardia ha sempre controllato un numero di cartelle superiore (quasi il triplo, con il 5,9 per cento nel 2008) alla percentuale del 2 per cento stabilita dalla normativa nazionale (passata poi al 10 per cento con la legge n. 133 del 2008), nonostante si verifichi gradualmente una costante riduzione di prestazioni, ricoveri in particolare, a seguito dell'efficacia delle politiche regionali volte a promuovere una sempre maggiore appropriatezza delle prestazioni erogate. Con il 2009 è stata raggiunta una soglia di controlli pari al 10 per cento delle prestazioni erogate sui ricoveri e al 3,5 per cento sulla specialistica. Per gli anni successivi e fino ad oggi si sono confermate e consolidate le metodiche e le quantità svolte.

Stante quanto appena affermato sulla procedura di rivalorizzazione delle prestazioni ritenute non conformi, è evidente, dai dati che abbiamo ricavato, come a maggiori controlli corrisponda una riduzione dei costi per il Servizio sanitario regionale e pertanto un conseguente risparmio di spesa in valori assoluti rilevanti o molto rilevanti. Per dare una dimensione del fenomeno (consegnerò poi la tabella completa), le variazioni della valorizzazione economica nell'ultimo triennio si possono quantificare così: nell'anno 2009, -35,9 milioni di euro sui ricoveri e -9,3 milioni sulla specialistica, per un totale di -45,2 milioni di euro; nell'anno 2010, -32 milioni di euro sui ricoveri e -6,2 milioni sulla specialistica, per un totale di -38,2 milioni di euro; nel 2011, -33,4 milioni di euro sui ricoveri e -10,7 milioni sulla specialistica, per un totale di -44,1 milioni di euro.

Complessivamente, nel triennio 2009-2011 abbiamo risparmiato risorse per 127,5 milioni di euro.

Mi avvio alla conclusione, toccando il tema delle recenti polemiche di cronaca relative alla presunta mancanza di controllo da parte dell'organismo regionale dei bilanci di due fondazioni IRCCS di diritto privato, «San Raffaele» e «Salvatore Maugeri», attualmente al centro di inchieste giudiziarie.

Bisogna anzitutto tener presente, ma credo voi lo sappiate, che tali fondazioni sono qualificate come Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e sono quindi enti a rilevanza nazionale, dotati di autonomia e personalità giuridica, che svolgono la loro attività a livello sovraregionale. Ai sensi dell'articolo 1 del DPR n. 361 del 10 febbraio 2000, «Regolamento recante norme per la semplificazione dei procedimenti di riconoscimento di persone giuridiche private e di approvazione delle modifiche dell'atto costitutivo e dello statuto», le associazioni, le fondazioni e le altre istituzioni di carattere privato acquistano la personalità giuridica mediante il riconoscimento determinato dall'iscrizione nel registro delle persone giuridiche, istituito presso le prefetture.

Ai sensi del decreto legislativo n. 288 del 2003, recante «Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3», la vigilanza sugli IRCCS, compresi quelli privati, spetta al Ministero della salute, mentre alla Regione competono le funzioni legislative e regolamentari connesse alle attività di assistenza e ricerca, nonché i controlli sulla qualità e congruità delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate pubbliche e private, secondo le modalità descritte nel corso del mio intervento. Questi mi sembrano aspetti molto rilevanti; lo sottolineo, anche con il tono di voce, perché in questi mesi sulla stampa si è fatta molta confusione, evidentemente voluta e mirata ad obiettivi politici.

Da quanto vi ho detto emerge con assoluta evidenza come le Regioni non abbiano alcuna facoltà di intervenire presso questi soggetti dal punto di vista della verifica, della conoscenza e della certificazione del loro stato patrimoniale e dei loro bilanci di esercizio. In questi mesi mi è capitato molte volte di rispondere alle ennesime domande di chi ignora tali questioni o faceva finta di ignorarle. Se mi fossi presentato come Presidente di Regione al San Raffaele dicendo «voglio vedere i bilanci», il San Raffaele mi avrebbe risposto «Formigoni sta' a casa tua, qui non ci metti piede. I bilanci a te non li facciamo vedere, perché non hai nessun potere e nessun dovere di controllare i nostri bilanci; noi rispondiamo alle prefetture e al Ministero della salute, alla Regione nulla dobbiamo. La Regione può verificare se le prestazioni sanitarie che eroghiamo sono della qualità sufficiente e ci remunera con il prezzo che lei ha stabilito. Per il resto, tu Presidente di Regione, tu Regione, stai al di fuori».

San Raffaele e Maugeri sono fondazioni private; la legge la conosco e l'ho applicata, quindi non potevo e non dovevo effettuare nessun controllo.

Attenzione, però, vi ho citato le responsabilità delle prefetture e del Ministero della salute. C'è un'altra responsabilità, che pure io in questi mesi ho messo in evidenza senza raccogliere l'attenzione da parte di nessuno (mi auguro che questa prestigiosa Commissione raccolga finalmente questa mia indicazione): i bilanci di enti come questi, a norma di legge, devono venire approvati dai collegi dei revisori di conti, che – come voi sapete – sono formati da illustrissimi professionisti che, dietro una remunerazione spesso significativa, hanno la responsabilità e l'obbligo di verificare i bilanci di questi enti. Cos'è successo? Questi collegi dei revisori dei conti hanno regolarmente approvato i bilanci del San Raffaele e della Maugeri fino all'ultimo anno 2010-2011.

Ritengo che possa essere utile indicare la composizione di questi collegi dei revisori dei conti. Eventualmente questa Commissione potrebbe decidere di audire questi signori e di sapere da loro come mai, nella loro composizione collegiale, abbiano sempre certificato la correttezza dei bilanci di queste due fondazioni (poi è saltata fuori improvvisamente, a metà del 2011, la possibilità, l'eventualità – la magistratura sta indagando – che presentassero qualcosa di irregolare). Per la Fondazione «Salvatore Maugeri» il collegio dei revisori dei conti è formato dal professor Francesco Ciro Rampulla, ordinario presso l'Università di Pavia, dal ragioniere Goffredo Rossi, ragioniere commercialista, e dal dottor Paolo Maria Sacchetti, dottore commercialista.

Per la Fondazione «San Raffaele» il collegio dei revisori dei conti è formato dal ragioniere Enrico Pian, dal dottor Rizziero Garattini, presidente, e dalla dottoressa Francesca Buscaroli, commercialista.

In aggiunta all'azione di questi collegi, il San Raffaele scelse di dotarsi (la legge ne dà la facoltà) di una primaria società di revisione per la certificazione dei propri bilanci, qual è la BDO Spa. Anche questo è un ente che non svolge la propria attività per finalità di tipo umanitario o missionario, ma è regolarmente e abbondantemente remunerato; e anche questa primaria società di revisione nulla ha avuto da dire sui bilanci del San Raffaele.

Signor Presidente, aggiungo soltanto che le Regioni, anche la Regione Lombardia, nell'esercizio delle loro responsabilità si trovano, non da oggi, a far fronte anche ai provvedimenti imposti dal Governo sul Fondo sanitario nazionale. È in discussione presso il Parlamento la nuova proposta di *spending review* avanzata dal Governo, che taglia ulteriormente, dopo i tagli avvenuti negli anni scorsi, il Fondo sanitario nazionale.

La Giunta regionale e i nostri tecnici sono costantemente impegnati per riuscire a coniugare, come fatto fino ad oggi, l'erogazione di servizi appropriati e qualitativamente avanzati con le esigenze molto stringenti di contenimento della spesa pubblica.

Ci sarebbero evidentemente anche altri importanti argomenti sui quali soffermarsi; non lo faccio perché ritengo a questo punto scortese dilungarmi ulteriormente, ma il dibattito è molto importante. Quindi ringrazio questa Commissione che decide di prestare attenzione a tali tematiche complesse ed importantissime.

PRESIDENTE. Ringrazio il presidente Formigoni per la sua relazione.

Volevo sapere da lei se, rispetto alla relazione molto dettagliata in cui è stato specificato che tutte le prestazioni regionali sono state rimborsate sulla base dei DRG, vi sono state delle situazioni particolari che hanno richiesto dei rimborsi al di fuori delle tariffe che erano state deliberate dalla Giunta con i cosiddetti DRG.

COSENTINO (PD). Ringrazio il presidente Formigoni per la sua relazione.

È ben evidente che la nostra è sì una Commissione d'inchiesta, ma non si sostituisce ad altri organi dello Stato nelle inchieste che riguardano le vicende di Milano, della Maugeri e del San Raffaele. A noi interessa capire quali sono le sue valutazioni sui procedimenti normativi, il quadro legislativo nazionale locale, le esperienze che ci possono portare a suggerire al Parlamento e al Governo, nella nostra relazione conclusiva, modifiche nell'ordinamento che possono tornare utili a frenare processi di pessima amministrazione, di degrado, a volte di corruzione, come abbiamo visto nelle vicende del sistema sanitario italiano in tante Regioni e, nei limiti di quello che riguarda la Lombardia, in queste vicende che sono riportate sulla stampa e sono attualmente oggetto d'inchiesta della magistratura (rispetto a quest'ultima, noi non ce ne occupiamo).

Vorrei quindi farle due domande proprio in questo spirito di collaborazione tra istituzioni. Ella ha detto, e concordo con lei, che le Regioni non hanno oggi particolari sistemi di controllo sui bilanci interni di istituti di ricovero e cura di diritto privato (in questo caso), che svolgono la loro attività e che quindi sono remunerati per le prestazioni che erogano.

Tuttavia, ho notato in una sua intervista una disponibilità ad avanzare proposte e a suggerire soluzioni che invece non ho trovato nella sua relazione. Le faccio un esempio: proprio per la citazione che lei ha fatto circa i collegi dei revisori, riterrebbe utile che la Regione possa indicare uno dei membri nel collegio dei revisori di questi istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, come persone che hanno la fiducia dell'amministrazione e che quindi svolgono una funzione che può essere garantista anche per l'amministrazione regionale? D'altro canto, come lei sa meglio di me, il Ministero dell'economia indica un rappresentante nel collegio dei revisori per le ASL, sempre ai sensi del decreto legislativo n. 502, che lei ha richiamato più volte nella sua relazione.

Non credo che occorra – e sul punto una sua opinione può essere preziosa – una legge nazionale, nel senso che essendo queste istituzioni legate alle Regioni (vale per la Lombardia come per il Lazio, la Puglia e tutte le altre) da processi di accreditamento e contratti è possibile che già all'interno di queste norme contrattuali possano essere definiti dei vincoli. Li riterrebbe utili? Ritiene sia possibile in futuro migliorare il quadro e consentire alle Regioni di avere una visione delle scelte di bilancio di enti che per queste comunque lavorano in ragione dell'accREDITAMENTO?

Seconda domanda. Quello che colpisce dal punto di vista amministrativo è l'entità dei finanziamenti (decine di milioni di euro) che persone – io non saprei come definirle, i giornali parlano di faccendieri – implicate nelle inchieste per la Maugeri e per il San Raffaele, hanno ricevuto da queste strutture. Si è mai chiesto quali servizi dovessero prestare questi faccendieri per ottenere un equilibrio rispetto a questa remunerazione? Il quesito, di tipo amministrativo (perché a me non interessano gli aspetti penali, di cui si occuperà la magistratura) riguarda la parte di finanziamento che non è legata alle prestazioni tramite DRG e tariffate, per le quali i sistemi di controllo di cui lei ci ha parlato sono certamente risultati nel corso degli anni efficaci e stringenti e di misura non inferiore a quelli delle altre Regioni italiane, ma alle prestazioni extra DRG, per funzioni particolari, come il premio per l'attività di ricerca o il premio per altre funzioni.

Ella non ritiene che nell'attuale regolamentazione della Regione Lombardia, ma forse anche di altre Regioni (quindi occorrerebbe davvero una riflessione a livello nazionale) vi sia stata troppa discrezionalità amministrativa, con una decisione talmente sottratta a vincolanti regole che nell'operazione si sono potuti inserire, legittimamente o meno, gli interessi di soggetti privati per ottenerne il massimo vantaggio possibile? Stiamo parlando di grandi risorse. Anzi, vorrei pregarla, per il tramite del Presidente della Commissione, di far avere nei giorni prossimi alla Commissione un quadro più dettagliato di quante siano le risorse che, nell'ultimo triennio, sono state erogate attraverso questo canale, distinto dal finanziamento per DRG. Qui vi è un punto di riflessione, non per il passato, ma per il futuro, per capire se l'importante ruolo che svolge la Regione, di finanziamento di attività extra prestazioni, non possa e non debba essere regolato attraverso una maggiore chiarezza negli obiettivi, nelle procedure e nelle scelte.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Governatore, apprezzo molto la disponibilità che ella ha dato a presentarsi qui in Commissione per chiarire gli strumenti di controllo, in un momento in cui, in generale, indagiamo sui sistemi di corruzione e proseguiamo nel nostro compito primario di verificare l'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario. La Lombardia rimane un faro nelle osservazioni generali per gli ottimi risultati e per la qualità delle prestazioni che offre. In proposito voglio ricordare che negli anni della vostra riforma abbiamo svolto ad Aspen un dibattito sul sistema Lombardia e sul sistema Toscana, portando ad esempio i due grandi equilibri sanitari positivi da seguire, che poi si basano su due concezioni diverse. Mi piace ripetere qui la sua affermazione sulla libertà di scegliere dove curarsi, senza aggravio di costi per il soggetto. Su questi principi è stata accolta dalla Commissione la proposta di ascoltarla in questa sede, anche se io ero contrario, dato il giudizio estremamente positivo che viene espresso sulla Regione Lombardia. Ma tant'è, oggi abbiamo affrontato il tema e lei ha confermato tutto questo.

Oltre alle domande che il collega Cosentino le ha rivolto, vorrei tornare su un dibattito, che da anni si perpetua ed è divenuto profondo nelle coscienze di tutti, che riguarda tanto i policlinici universitari quanto gli

IRCCS, sui quali c'è qualcosa da rivedere. Questo sistema ibrido, in cui l'obbligatorietà dell'assistenza è affidata al Servizio sanitario regionale mentre l'obbligatorietà della ricerca e dell'insegnamento è affidata ad altri, crea dei problemi. Frequentemente la stampa sta facendo rilevare crepe nel sistema del pagamento e crepe che riguardano il debito. Vi sono infatti strutture famosissime e prestigiose che raggiungono situazioni debitorie importanti e ad ogni finanziaria si devono cercare i soldi per salvare l'uno o l'altro. Se il sistema qualità può non richiedere spese così gravi e non controllabili, delle proposte vanno fatte. Una di queste è che se gli IRCCS devono essere tali con la loro responsabilità assistenziale tanto vale che lo siano interamente per le Regioni. Per anni, in quegli stessi anni in cui veniva varata la riforma lombarda, abbiamo chiesto che potessero passare totalmente alle Regioni per averne un reale controllo. Forse le vicende attuali in Lombardia possono porci un quesito in questo senso: sarebbe stato più facile controllare eventuali *défaillance* con un sistema che funziona in modo ottimale? Oggi il presidente Formigoni dichiara di non avere il compito di controllare quelle strutture, ma rivendica la validità dei controlli su ciò che andava controllato. Se questo sistema, alla luce di tutto ciò che ci è stato detto, potesse rientrare in una gestione regionale, non so se per la mia Puglia, non so se per il Lazio, ma probabilmente per la Lombardia, avrebbe funzionato senza creare gli squilibri di oggi. Sulla base della vostra esperienza, non c'è una valutazione da fare? Alla Commissione chiedo di estendere il ragionamento ai policlinici universitari.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, sarò molto breve.

Ringrazio il presidente Formigoni per questa presenza. Prima delle domande, una premessa: noi stiamo conducendo una indagine, senza accusare né l'uno né l'altro, come ha detto il collega Cosentino, e stiamo ascoltando i presidenti delle Regioni per capire come mai il fenomeno della corruzione colpisca così tanto il settore della sanità.

Abbiamo letto in questi giorni pagine di pubblicità sui giornali per spiegare che la Corte dei conti giudica virtuosa la sanità della Lombardia.

Non sono d'accordo sulla sua teoria sugli IRCCS. Ho fatto l'assessore in Molise per parecchio tempo e ho avuto un contenzioso forte. Lei sa meglio di me che lo stesso IRCCS molisano è privato e che il controllo la Regione ce l'ha, sia sulle prestazioni sia su altro. Mi pare siano stati ...

GRAMAZIO (*PdL*). Per ricoveri e prestazioni.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Ma anche sulla formazione del consiglio di amministrazione e di altro. Almeno, noi ci siamo regolati in questo modo e abbiamo fatto una opera buona visto che abbiamo trasformato un IRCCS che non funzionava in uno dei migliori IRCCS d'Italia.

Le dico anche, presidente Formigoni, che sono rimasto scioccato di come possano avvenire in Lombardia (in parte concordo sul funzionamento della sanità; di fatto, se riceviamo richieste di ricovero, le riceviamo per andare in alcuni degli ospedali della Lombardia. Lei qualche

giorno fa addirittura ci ha informato della richiesta di ricoveri approfittando anche della normativa europea, questo lo riconosciamo, considerata la qualità di alcune prestazioni) certi episodi. Mi riferisco, per esempio, a quello del «Santa Rita», che forse è uno degli episodi più scioccanti che siano avvenuti in Italia, in cui in una clinica, sotto il controllo e sotto l'osservazione regionale, si andavano ad inventare prestazioni a danno della persona. Siamo tutti e due sulla stessa linea culturale e credo che sia veramente offensivo per un essere umano vedersi sottoporre a questo mercato e per la Regione essere presa in contropiede; vuol dire che qualcosa nei controlli non è andato come doveva.

Le chiedo anche se può illustrarci, inviandoci magari una memoria, come funzionano le liste d'attesa nella Regione Lombardia, perché anche al riguardo mi pare ci siano problemi, come in tutta Italia, di lungaggini enormi.

Vorrei anche sapere se funziona l'*intramoenia* ed una spiegazione sulle tariffe, soprattutto su quella percentuale in aggiunta che la Regione Lombardia liberamente ha deliberato per alcune eccellenze. Come si fa a stabilire se queste eccellenze (ci sono dei parametri di ordine oggettivo?) meritano un riconoscimento in più?

Ultima domanda. Lei ricorderà la polemica negli anni '90 sul sistema lombardo. Forse si polemizzava anche inutilmente perché, per quello che ho sentito, mi pare che ci sia il rispetto assoluto del decreto legislativo n. 502. Ma come fa a conciliare la completa libera scelta del paziente, di cui spesso sentiamo i suoi amministratori vantarsi, con i volumi massimi stabiliti? Lo chiedo perché voi dite: noi siamo diversi dal Lazio, dalla Puglia, dalla Sicilia, perché ognuno è libero. Per di più oggi ho appreso che, se si superano questi volumi concordati, non è che lei passa a tariffe abbattute, come in altre Regioni, ma addirittura non li paga.

Forse non si ricorda alcune battaglie nella divisione del Fondo. Lei più volte ha dichiarato: noi siamo per un federalismo, però giusto. In questi giorni il ministro Bondi ci ha informato di una novità incredibile (non so cosa risponda lei), ossia che gli sprechi maggiori nella sanità stanno al Nord e non al Sud.

FORMIGONI. Anche un Ministro deve dimostrare le sue affermazioni.

ASTORE (Misto-ParDem). Sono rimasto scioccato leggendo (le ho portato anche l'articolo relativo) la rassegna stampa.

Accenno ad una possibile risposta, perché spesso e volentieri, nella divisione del Fondo si vogliono far prevalere alcuni criteri a danno di altri. Il vero federalismo deve tenere conto anche della deprivazione, come lei sa, e di alcune condizioni.

Come vedrebbe, per risolvere totalmente questo problema, una divisione del Fondo non affidata a chi tira la coperta – come lei, come me, come tanti altri – a vantaggio del proprio territorio, ma con delle regole chiare e precise, perché una Nazione che si rispetti credo che debba rispettare le regole, soprattutto per i più deboli?

DE LILLO (*PdL*). Ci tengo a ribadire la mia piena soddisfazione per la relazione che ha appena svolto il presidente Formigoni. Interpreto la nostra Commissione proprio come una sede che possa proporre modelli esportabili in un ambito federale di efficacia ed efficienza di sistemi sanitari. Ritengo che la Regione Lombardia, per quello che ho potuto constatare nella mia esperienza di politico ma anche di medico, sia certamente all'avanguardia in questi modelli, come altre Regioni (sono state citate la Toscana, l'Emilia Romagna, il Veneto).

In tal senso, penso sia stata molto utile l'audizione odierna, in quanto i meccanismi di verifica e controllo contro la corruzione credo debbano essere esportati in Regioni, ahimè, certamente più esposte a questi episodi, come anche i meccanismi di risparmio. Vengo da una Regione bellissima, in cui sono stato consigliere regionale per tanti anni, con altri colleghi qui presenti, ed avrei voluto avere a disposizione i meccanismi testé elencati in modo tale da non avere il *deficit* attuale, che forse dovrebbe essere – questo sì – oggetto di approfondimento di stampa e di attività parlamentare.

Penso – e mi ricollego anch'io all'intervento dell'amico Astore – che la scommessa vinta sia proprio quella di aver permesso, in un ambito di distinzione tra chi gestisce e chi eroga il servizio sanitario, una libertà di scelta dell'individuo e della famiglia che deve essere al centro del nostro agire di amministratori politici. Questa penso sia la scommessa vinta, che ritengo debba essere presa a modello da esportare in altri sistemi regionali.

Accolgo la proposta del presidente Formigoni e chiedo al presidente Marino e anche al mio capogruppo di prevedere l'audizione dei presidenti o dell'intero collegio dei revisori dei conti, perché mi sembra che la notizia data oggi (al di là di quella del ministro Bondi che la sanità delle Regioni del Sud funziona meglio di quella del Nord, che già di per sé è una notizia importante) è che i meccanismi di verifica (forse non è emerso molto bene dalla stampa in questi giorni) siano soprattutto del Ministero. Quindi, sarebbe interessante audire sia rappresentanti nell'ambito del Ministero che i revisori dei conti, per capire come mai a questi sia sfuggito il controllo che a loro era demandato, e non alla Regione, perché leggendo i giornali mi ero fatto un'idea totalmente differente.

PRESIDENTE. Rammento che tra pochi minuti dovremo terminare la seduta. Dopodiché chiederemo al presidente Formigoni di inviarci una memoria con la risposta alle molteplici domande che sono state poste e l'Ufficio di Presidenza valuterà se aggiornarsi ad una nuova seduta con la presenza del presidente Formigoni e se fissare eventualmente altre audizioni, come è stato suggerito.

POLI BORTONE (*CN:GS-SI-PID-IB-FI*). Mi ha sempre affascinato l'idea che la Regione Lombardia andasse benissimo in tema di sanità (ed è andata benissimo, almeno così era nel nostro immaginario collettivo), per cui ci è dispiaciuto come italiani leggere delle notizie sui giornali che hanno creato un *vulnus* anche in questo campo su alcune certezze

che ci eravamo formati. L'idea della libertà di scelta fra pubblico e privato è un fatto di civiltà molto alto, era una meta conseguita, un tipo di indirizzo da esportare in altre Regioni. Mi piacerebbe esportare nella mia Regione, la Puglia, che è attraversata da vicende veramente pesanti, quei meccanismi di controllo che, almeno in linea teorica, sono decisamente perfetti.

Mi permetto di fare solo una domanda. Non so se ho capito bene, ma ho annotato che nell'ambito dei meccanismi di controllo c'era anche il monitoraggio dei cosiddetti eventi sentinella. Se do un senso all'evento sentinella, dovrebbe significare che la percezione di un evento che non va mette sull'avviso per intervenire in qualche modo e recuperare delle eventuali distorsioni. Le chiedo soltanto, presidente Formigoni, se ha mai registrato nel sistema dei controlli qualche evento sentinella. Eventualmente, di che tipo? Come è riuscito a dare una risposta in termini di azione positiva?

CALABRÒ (*PdL*). Dottor Formigoni, la ringrazio per la relazione, della quale ho apprezzato soprattutto la parte relativa al sistema dei controlli.

Se non ho capito male c'è la possibilità, per alcune ASL, di analizzare, monitorare e controllare quel che avviene per i propri pazienti presso una ASL diversa. È così?

FORMIGONI. Sì, è così.

CALABRÒ (*PdL*). Perfetto. Ma la stessa cosa non può avvenire tra una Regione e l'altra. Cioè se un cittadino di un'altra Regione si reca in Lombardia per una attività sanitaria, la Regione di provenienza non può controllare se quella prestazione sia appropriata o meno. Mentre il concetto mi sembra molto corretto e giusto nella sua Regione, non è accettato da altre Regioni. Le dico inoltre che nella conferenza degli assessori alla sanità, la Lombardia si oppone a questa posizione delle Regioni del Sud.

BIANCONI (*PdL*). Signor Presidente, alla luce dell'argomento riportato dal collega Astore (l'articolo mi era sfuggito), chiederei che questa Commissione audisse il ministro Bondi. Le informazioni, anche lette sommariamente, sono molto preoccupanti e, tra l'altro, mistificano anche alcuni ragionamenti di persone che dal Sud vengono a curarsi al Nord.

PRESIDENTE. Mi sembra un'ottima proposta. Ne parleremo sicuramente nel prossimo Ufficio di Presidenza.

Darei ora la parola, per i pochi minuti che ci rimangono, al presidente Formigoni, che comunque, per rispondere alle molteplici domande, ci invierà una memoria scritta.

FORMIGONI. Vi ringrazio per le vostre domande. Avevo portato con me anche il dottor Merlino, che era prontissimo a dare esaurienti risposte di tipo tecnico, ma non ci sarà il tempo necessario. Così come non ci sarà il tempo per me di dare tutte le risposte che avrei desiderato dare. Mi soffermo quindi su alcuni punti.

Il senatore Cosentino si aspettava che io dicessi qualcosa per migliorare il quadro. Noi delle idee le abbiamo. Ve ne dico una. È già pronta una delibera per la Giunta di Regione Lombardia finalizzata ad introdurre azioni di controllo particolarmente vincolanti, non previste dalla normativa nazionale. Con questa normativa probabilmente andiamo al di là di quello che la legge nazionale consente, ma la storia ci insegna che è utile che la normativa nazionale preveda capacità di controllo superiori. Ci muoviamo in due direzioni. Da una parte, in questa delibera – che è pronta – prevediamo l'estensione a tutte le strutture sanitarie, compresi i soggetti *no profit* e le fondazioni, dell'obbligo di adeguamento alle previsioni del decreto legislativo n. 231 del 2001 in materia di responsabilità amministrativa delle persone giuridiche. Dall'altra, introduciamo l'obbligo per i soggetti privati accreditati e a contratto, compresi i soggetti *no profit* e le fondazioni, di trasmettere alle ASL ogni anno per le relative verifiche, prima della firma di contratti di valore superiore a 800.000 euro, una relazione sul bilancio consolidato delle strutture e della proprietà redatta da una primaria società di revisione contabile o, per le fondazioni e i soggetti *no profit*, dal collegio sindacale con funzioni di società di revisione. La documentazione deve essere elaborata sulla base di specifici indirizzi contenuti in un apposito modello approvato da Regione Lombardia. Sempre in quest'ottica, nella delibera prevediamo per le strutture sanitarie, nel caso non vi sia coincidenza tra la proprietà e il soggetto gestore, l'obbligo di trasmettere la visura camerale con la dicitura antimafia anche per la proprietà e non solo per il soggetto gestore.

Questo è uno degli esempi di normativa ulteriore che noi vorremmo introducesse il legislatore nazionale o, se ce ne sarà data la possibilità legislativa, la Regione Lombardia.

Entità dei finanziamenti al di fuori delle tariffe. Questi finanziamenti, che, come è stato ricordato, sono adottati anche da altre Regioni, nei fatti sono stati distribuiti da Regione Lombardia nel corso degli anni per l'85 per cento a strutture pubbliche e per il restante 15 per cento a strutture private. Qual è in Lombardia il rapporto tra pubblico e privato? 70 a 30! Ciò vuol dire che il privato, che in Lombardia pesa 30 – siamo la settima Regione per incidenza del privato, altre sei hanno più privato di noi – , in questi finanziamenti conta 15. Quindi di tutto possiamo essere accusati tranne che di favorire il privato. Noi favoriamo il pubblico. O meglio, siccome non sono finanziamenti discrezionali, ma distribuiti sulla base di 30 parametri fissati per legge, nei fatti il pubblico lombardo è in grado di portarsi a casa l'85 per cento dei finanziamenti. Ho con me un mucchio di carte. Ve le posso lasciare o mandare nei prossimi giorni, perché possiate consultarle, visto che tutto è registrato dal primo all'ultimo versamento. Questo è un altro motivo per cui nelle indagini in corso la procura

non ha nulla da contestare – anche con l’atto che ha fatto poco minuti fa – ad alcun funzionario o dirigente di Regione Lombardia. Loro stessi si accorgono che i finanziamenti sono sempre stati dati sulla base di parametri oggettivi. In Lombardia c’è un controllo ferreo di ogni struttura sanitaria sull’altra, quindi se una prende un centesimo in più che non gli sia dovuto, le altre insorgono. Questo non è mai accaduto. Tutti hanno dovuto sempre riconoscere che l’erogazione è avvenuta sulla base di questi parametri oggettivi. Da questo punto di vista voglio tranquillizzare anche la carissima senatrice Poli Bortone, che può continuare a credere nella bontà del sistema lombardo, perché in tutti i processi sui casi di malasanità in Lombardia, non un solo funzionario o dirigente della Regione è stato condannato. Tutti le malversazioni già giudicate dalla magistratura sono state opera di privati. Qualcuno citava il caso «Santa Rita». Signori, quel caso è partito su denuncia di Regione Lombardia. Proprio perché i nostri controlli sono penetranti, verificato che nella «Santa Rita» qualcosa non andava (gli eventi sentinella), noi abbiamo fatto una segnalazione alla magistratura, che è intervenuta. La magistratura giudicante ha condannato il medico, di cui sapete nome e cognome, per la gravità dei suoi reati e ha riconosciuto a Regione Lombardia, vittima del suo operato, un danno consistente. Ci sono sempre stati rimborsati i danni. La malasanità in Lombardia è fatta contro Regione Lombardia, non con la sua complicità. Finora non un caso è stato addebitato della magistratura giudicante a carico di Presidente, assessori, consiglieri, dirigenti, funzionari o commessi di Regione Lombardia.

PRESIDENTE. Presidente Formigoni, purtroppo dobbiamo a breve chiudere la seduta, stante l’imminente inizio dei lavori della 12ª Commissione.

FORMIGONI. Ho sostanzialmente detto le cose importanti che mi interessava dire.

La corruzione noi l’abbiamo combattuta, con risultati che, ripeto, vengono dimostrati.

Le liste di attesa sono più basse rispetto a prima della nostra riforma e sono più basse rispetto alle altre Regioni italiane.

Mi fermo qui, ringraziandovi di nuovo per avermi ascoltato.

PRESIDENTE. Siamo noi che la ringraziamo e le chiediamo di inviarcene una memoria scritta con le risposte alle domande.

Dichiaro conclusa l’audizione e rinvio il seguito dell’inchiesta in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,15.