



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 152

**BOZZE NON CORRETTE**  
**versione solo per Internet**

**COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA  
SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE**

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

158<sup>a</sup> seduta: martedì 24 aprile 2012

Presidenza del vice presidente MASCITELLI

## INDICE

### **Audizione di dirigenti della Regione Lazio sulle tematiche dell'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio- sanitarie private**

PRESIDENTE	<i>CIARLO</i>
COSENTINO (PD)	<i>CIPRIANI</i>
GRAMAZIO (PdL)	<i>PASSI</i>

*Sigle dei Gruppi parlamentari: 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-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I..*

*Intervengono i seguenti dirigenti della Regione Lazio: la dottoressa Miriam Cipriani, direttore della Direzione regionale assetto istituzionale, prevenzione e assistenza territoriale, accompagnata dal dottor Massimiliano Passi; il dottor Giuseppe Ciarlo, dirigente dell'Ufficio speciale per l'attuazione della legge regionale n. 12 del 2011, accompagnato dal dottor Nilo Cappella.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 17 aprile 2012 si intende approvato.

#### *SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, comunico che è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo. Se non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità viene quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

Ricordo altresì che dei nostri lavori viene redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

**Audizione di dirigenti della Regione Lazio sulle tematiche dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, quale seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nel Servizio sanitario nazionale, l'audizione di dirigenti della Regione Lazio.

Giova ricordare, preliminarmente, che l'inchiesta sulla corruzione nel Servizio sanitario nazionale è stata deliberata per acquisire elementi di conoscenza sui meccanismi e sulle prassi amministrative che possono favorire l'insorgenza di malagestione e, quindi, inefficacia ed inefficienza nel Servizio sanitario nazionale. È appena il caso di aggiungere che non compete a questa Commissione, ma, naturalmente, alla magistratura nella sua indipendenza, l'accertamento delle eventuali responsabilità giuridiche riconducibili a condotte di malagestione del Servizio sanitario.

In particolare, la seduta odierna è finalizzata all'acquisizione di informazioni su uno dei settori di specifico interesse che la Commissione, su proposta dei relatori, ha individuato: mi riferisco all'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private al Servizio sanitario nazionale.

Per tale motivo, sono stati invitati quest'oggi alcuni dirigenti di livello apicale della Regione Lazio, dotati di specifica competenza nel settore, che desidero ringraziare per la disponibilità mostrata. Sono presenti: la dottoressa Miriam Cipriani, capo della Direzione regionale assetto istituzionale, prevenzione e assistenza territoriale, nonché componente del Tavolo di lavoro per la revisione della normativa sull'accreditamento, la quale è accompagnata dal dottor Massimiliano Passi; il dottor Giuseppe Ciarlo, dirigente dell'Ufficio speciale per l'attuazione della legge n. 12 del 2011, che si occupa degli aspetti attuativi della normativa regionale per il passaggio al sistema di accreditamento definitivo, il quale è accompagnato dal dottor Nilo Cappella.

Do ora la parola agli audendi, per consentire loro di riferire sugli aspetti di rispettiva competenza. In particolare, alla dottoressa Cipriani si chiede di illustrare il quadro normativo di riferimento all'interno del Servizio sanitario della Regione Lazio, al dottor Ciarlo si domanda - invece - di chiarire quale sia lo stato dell'arte dal punto di vista attuativo, con particolare riguardo alle procedure amministrative per il passaggio dal sistema di accreditamento provvisorio a quello di accreditamento definitivo. Dopo che gli audendi avranno svolto le proprie relazioni, i

commissari, a partire dai relatori, senatrice Bianconi e senatore Cosentino, potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

*CIPRIANI*. Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per l'invito a partecipare all'audizione odierna.

La normativa di riferimento può essere limitata ad una legge regionale - la legge 3 marzo 2003, n. 4 -, che recepisce per intero le disposizioni del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e i regolamenti attuativi successivamente emanati: mi riferisco, in particolare, al regolamento n. 2 del 2007 (che disciplina le procedure per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio) e al regolamento n. 13 del 2007 (che disciplina le procedure per il riconoscimento dell'accreditamento).

La Regione Lazio è arrivata un po' in ritardo nel recepimento del decreto legislativo n. 502, perché nel frattempo si stava avviando una procedura che nel febbraio 2007 ha poi portato alla sottoscrizione di un piano di rientro dai disavanzi sanitari. Successivamente, nel luglio 2008, siamo addirittura entrati in una procedura di commissariamento da parte dei Ministeri affiancanti. Questo ha generato qualche problema in più rispetto

alla normativa di riferimento, perché ha anzitutto causato un blocco delle attività di autorizzazione, specialmente con riferimento alle nuove autorizzazioni ed istanze. In qualche maniera, infatti, si è ritenuto giustamente di dover sospendere questa attività fino a quando non sarà chiaro il sistema di offerta esistente sul territorio.

Per effetto di ciò, è stata avviata una ricognizione puntuale dell'esistente che ha portato in evidenza un sistema ipertrofico, ossia un sistema dove, in realtà, esiste una quantità di strutture probabilmente esuberante rispetto al fabbisogno di assistenza del territorio della Regione. Ciò è facilmente documentabile con riferimento ad alcune tipologie di prestazioni, perché vi sono dei parametri di riferimento fissati a livello nazionale rispetto ai quali ci collochiamo al di sopra o al di sotto. Un esempio in tal senso è sicuramente quello di un eccesso di posti letto per acuti. In conseguenza di ciò, alla fine del 2010 è stato adottato un provvedimento di revisione della rete ospedaliera, con la previsione di una riduzione dei posti letto in eccesso rispetto allo *standard* di riferimento nazionale. Invece, al di sotto della linea di riferimento troviamo alcune prestazioni di tipo territoriale, ancorché circoscritte prevalentemente alle

sole residenze sanitarie assistenziali. A tal proposito, si registra una carenza di circa la metà rispetto al fabbisogno di riferimento.

Nel 2007 venne avviata una procedura di conferma delle autorizzazioni con riferimento a tutte le strutture già dotate di un titolo autorizzativo all'esercizio di queste attività sanitarie e socio-sanitarie. Forse ci si trovò - dico forse, perché all'epoca nessuno dei presenti faceva ancora parte dell'assessorato alla sanità - un po' impreparati di fronte alla quantità di documentazione e di istanze pervenute. Si dice, infatti, che fossero pervenute in Regione circa 12.000 istanze di soggetti variamente autorizzati. Come forse anche nelle altre Regioni, ma comunque sicuramente nel Lazio fino a quella data, le autorizzazioni all'esercizio venivano infatti rilasciate da enti diversi dalla Regione. Ad esempio, vi erano autorizzazioni all'esercizio da parte del medico provinciale o dai Comuni e - addirittura - risalenti al governatorato di Roma degli anni Trenta e Quaranta. Tutte queste informazioni non erano ovviamente in possesso della Regione.

Quindi, allorquando fu avviata una procedura di conferma delle autorizzazioni all'esercizio nel 2007, la Regione si trovò invasa da migliaia di documentazioni e pacchi, che contenevano vecchi titoli autorizzativi,



planimetrie e tutto quanto era stato richiesto all'epoca. Sempre nello stesso anno venne avviata la procedura volta a confermare e verificare gli accreditamenti provvisori. Tutto questo non è poi stato portato avanti per una serie di ragioni, anche perché nel 2008 vennero avviate delle indagini che hanno poi portato all'arresto di alcune persone dell'assessorato alla sanità (sia del settore finanziario che di quello delle autorizzazioni e dell'accreditamento). I procedimenti in questione non sono ancora conclusi. Ci sono stati arresti domiciliari limitati nel tempo (un mese o anche qualcosa di meno), con delle richieste di rinvio a giudizio, ma - ripeto - le autorità competenti non si sono ancora pronunciate. Ciò ha ovviamente creato un clima di tensione all'interno della Regione, con la conseguenza che i soggetti coinvolti dai procedimenti sono stati messi in una posizione lavorativa separata e le poche persone rimaste hanno chiesto il trasferimento.

Nel 2010, quando si è insediata la nuova Giunta, vi erano problemi non risolti e nel frattempo era entrata in vigore la legge nazionale, la n. 296 del 2006, (legge finanziaria per l'anno 2007), che prevedeva la conclusione del processo di accreditamento istituzionale definitivo entro il dicembre 2010. In tale occasione la Regione si è trovata un po' in affanno, in quanto

non erano state concluse le procedure di conferma delle autorizzazioni, elemento necessariamente propedeutico alla conferma dell'accreditamento, che presuppone ovviamente sia l'autorizzazione, sia il possesso dei requisiti ulteriori di qualità previsti per l'accreditamento, sia la valutazione sulla qualità dei servizi e delle prestazioni erogati. Di fatto quella era un'impresa impossibile, visto che riguardava circa un migliaio di soggetti autorizzati ed accreditati ovviamente per tipologie di prestazioni e funzioni diverse, e, quindi, soggetti erogatori intesi come soggetti giuridici che prestano determinate funzioni (circa 1.000 soggetti, se ci si riferisce a prestazioni sanitarie erogate dalle strutture a carico del Servizio sanitario, e circa 6.000 tipologie di prestazioni sanitarie). Ovviamente da luglio (personalmente ho avuto l'incarico alla fine di luglio 2010) a dicembre 2010 questo percorso non avrebbe potuto concludersi, anche perché occorre considerare che le altre Regioni hanno impiegato più di qualche anno per accompagnare un sistema verso l'acquisizione dei requisiti ritenuti indispensabili. Si è quindi tentato di risolvere il problema intanto avviando una procedura tutta informatica, mediante la quale i soggetti provvisoriamente accreditati sono stati chiamati a ripresentare una documentazione, ovviamente aggiornata al dicembre 2010, per favorire i

controlli ed evitare il disagio, anche sul piano pratico, che si era verificato nel 2007. Questa piattaforma oggi è popolata interamente, quindi si dispone di un censimento di tutti i soggetti che operano a carico del servizio sanitario regionale e di tutta la documentazione; c'è quindi un fascicolo completo riguardante le singole strutture che include la documentazione non solo amministrativa, ma anche quella ulteriore che comprende le planimetrie, i certificati di agibilità, il certificato di protezione per gli incendi e i titoli autorizzativi. Questo materiale naturalmente contribuisce a snellire molto anche le procedure perché fa parte di una piattaforma accessibile *on line* direttamente dalle Aziende sanitarie che, in base alla richiamata legge regionale n. 4 del 2003, sono rappresentate dai dipartimenti di prevenzione e dalle strutture delle ASL deputate ad effettuare i controlli. Le ASL, quindi, accedono direttamente a questa piattaforma e hanno la possibilità di visionare l'intera posizione della struttura di interesse.

Nello stesso sistema (il dottor Ciarlo riferirà più nel dettaglio) vengono inseriti anche i risultati delle verifiche e delle ispezioni. Sempre nel tentativo di velocizzare le procedure di verifica e quindi quelle di rilascio dell'accreditamento definitivo, è stata prevista anche una normativa

con un decreto del commissario *ad acta*, che ha semplificato la procedura e che comunque non prevede due fasi separate di verifiche ispettive (una per la verifica dei requisiti minimi autorizzativi e l'altra per i requisiti ulteriori di qualità ai fini dell'accreditamento); sono state quindi costituite delle commissioni miste all'interno delle ASL che vedono la partecipazione anche dei valutatori per la qualità, che sono delle figure professionali appositamente formate proprio per la verifica dei requisiti ulteriori di qualità. Queste commissioni attualmente stanno lavorando. Il dottor Ciarlo illustrerà più avanti nel dettaglio la situazione.

In corso d'opera sono state operate delle modifiche ulteriori; riassumendo, la normativa cui facevo prima riferimento è quella che disciplina il rilascio di autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio, all'accreditamento, agli accordi contrattuali, che è speculare al decreto legislativo n. 502 del 1992 a livello nazionale. I regolamenti attuativi sono quelli che disciplinano il rilascio di nuove autorizzazioni e nuovi accreditamenti, ed a breve sarà emanato anche un altro regolamento che disciplina e regola gli accordi contrattuali con i soggetti erogatori, mentre per i soggetti provvisoriamente accreditati la Regione è intervenuta con quattro leggi regionali in un arco di tempo molto breve: la legge n. 3

dell'agosto 2010, la n. 9 del dicembre 2010, la n. 6 dell'aprile 2011, che poi è stata impugnata per incostituzionalità perché c'erano alcuni elementi che si ritenevano in contrasto con il già citato decreto legislativo n. 502 ed infine la n. 12 del 2011. Ovviamente c'è voluto un po' di tempo per orientarci e quindi abbiamo predisposto una sorta di testo unico coordinato delle quattro normative, considerato che ognuna di esse modificava un pezzo della precedente. Ad oggi quindi il combinato disposto di questo quadro normativo per quanto riguarda le strutture, le nuove autorizzazioni e i nuovi accreditamenti fa riferimento alle normative richiamate in precedenza; per ciò che concerne invece le conferme delle autorizzazioni già rilasciate, il riconoscimento e l'accredimento istituzionale, il riferimento è a questo testo coordinato che mette insieme le quattro leggi speciali per gestire il problema che sono appunto la n. 3 e la n. 9 del 2010 e la n. 6 e la n. 12 del 2011.

*CIARLO.* Vorrei innanzitutto ricordare che la Regione Lazio, come ben sapete, è una Regione attenzionata dal punto di vista del piano di rientro dal *deficit*. Questo in qualche modo da una parte costituisce una difficoltà ulteriore, ma dall'altra assicura una forte garanzia per tutto ciò che noi

produciamo in tema di accreditamento definitivo. Infatti, tutti i nostri atti, tutti i nostri provvedimenti vengono inviati ai Ministeri affiancanti i quali, analizzati gli atti, forniscono il loro nulla osta. Pertanto, il sistema di garanzie che inizia il proprio percorso nell' ufficio che sono stato chiamato a dirigere, che è un'area della Direzione programmazione e risorse del Servizio sanitario regionale, nasce proprio con l'esigenza di portare a termine il più velocemente possibile un processo che aveva subito dei rallentamenti e che era iniziato addirittura nel 1996, con l'amministrazione regionale dell'epoca.

Mi sono insediato nel mio ufficio il 16 dicembre dell'anno scorso, quindi pochi mesi fa. L'obiettivo, come ricordato dalla dottoressa Cipriani che al riguardo ha menzionato la legge regionale n. 12 del 2011, era quello di ultimare tutto il percorso della conferma dell'autorizzazione e dell'accREDITamento definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private entro il termine ultimo rispettivamente per talune tipologie di strutture (strutture ambulatoriali e case di cura) del 31 luglio, e per le strutture socio-sanitarie (RSA e simili) del 31 dicembre 2012. Ci siamo quindi trovati a confrontarci con un'esperienza - che la dottoressa ha prima descritto - che era quella della costruzione di una forte impalcatura, di una

struttura anche informatica su cui lavorare, ed al contempo con l'esperienza messa in atto dalla direzione precedente.

Abbiamo iniziato immediatamente, prefissandoci degli *step* diversi. I primi decreti emanati sono datati 30 dicembre 2011. Ciò significa che i primi decreti di conferma di autorizzazione e di accreditamento definitivo sono stati licenziati già prima della fine dell'anno, quindi a distanza di pochi giorni dal mio insediamento. Abbiamo inoltre avviato una serie di atti volti a risolvere alcune criticità.

Il primo problema da risolvere è stato quello di fornire la garanzia di un lavoro omogeneo che potesse essere confrontabile a livello delle 12 ASL del Lazio, le quali, invece, fino a quel momento avevano lavorato su schemi propri e su discrezionalità dovute alla propria esperienza, al proprio modo di vedere le situazioni e, quindi, in termini molto diversificati l'una dall'altra.

Noi abbiamo inteso condurre a una omogeneizzazione delle procedure delle ASL e, con la loro collaborazione, abbiamo implementato il già valido sistema della piattaforma informatica denominata SAAS. Questa piattaforma informatica, infatti, era rivolta assai poco alle aziende sanitarie e molto alla Regione e quindi alla costruzione di decreti, laddove

abbiamo ritenuto opportuno implementare questa struttura con l'ausilio delle varie ASL.

Come sottolineato dalla dottoressa Cipriani, il compito di effettuare i controlli sul possesso dei requisiti minimi autorizzativi e sugli ulteriori requisiti che, appunto, derivavano dalla garanzia di qualità che doveva essere concessa agli utenti, era affidato ai servizi di accreditamento propri delle singole ASL, ciascuna delle quali operava con i propri metodi. Abbiamo quindi incontrato i coordinatori delle commissioni chiamati ad attestare il possesso dei requisiti e, quindi, la rispondenza di quanto dichiarato dai titolari, legali rappresentanti di ogni singola struttura, con lo stato dei luoghi e con la situazione di fatto riscontrata nei sopralluoghi nonché con la dichiarazione di conformità del direttore generale della ASL, giungendo così ai vertice della organizzazione territoriale tenuti ad attestare il possesso dei requisiti.

Abbiamo inteso creare dei modelli che fossero uguali per tutti e che ciascuna ASL potesse riempire o, addirittura, barrare, consentendo così al sistema di funzionare. Senza l'utilizzo di quei modelli da noi inseriti nella piattaforma, il sistema non avrebbe infatti potuto procedere, né sarebbe



stato possibile concludere l'*iter* di riconoscimento dell'autorizzazione e dell'accREDITAMENTO.

Questo ci ha portato a risolvere la maggiore criticità che si presenta in questo tipo di accertamenti, e che riguarda la garanzia della ripetibilità ovvero la possibilità per ogni ASL di avere le stesse risposDENDE e gli stessi strumenti.

Per noi questa implementazione era quindi fondamentale. Si pensi solo all'utilità di poter scaricare tramite posta elettronica per ogni singolo decreto ultimato, il testo del decreto stesso così come stampato, completo già di ogni elemento conoscitivo necessario alla redazione del decreto definitivo.

Si pensi altresì che la possibilità di riportare su ogni decreto il cosiddetto QR *code*, consente a qualunque corpo ispettivo dotato di un palmare di collegarsi direttamente alla nostra banca dati e di scaricare tutte le varie autorizzazioni e gli elementi conoscitivi che la struttura possiede e che, attraverso la piattaforma già costruita dalla direzione della dottoressa Cipriani, è possibile fornire. In tal caso, quindi non è più necessario accedere a faldoni o fare estrapolazioni e copie di quanto si possiede, previa richiesta alle ASL o alla Regione, ma è sufficiente collegarsi a

questo sistema per avere un aggiornamento continuo rispetto ad ogni singola struttura. Riteniamo, che per questo genere di operazione questo rappresenti un passo avanti in termini di efficienza, di efficacia, ed anche di trasparenza.

Per tale motivo, abbiamo anche implementato altri sistemi e abbiamo costituito, con le stesse ASL, dei gruppi di lavoro, uno dei quali sulla omogeneizzazione delle procedure. Un altro gruppo di lavoro si è occupato invece di due problematiche, a parere delle ASL, ma anche nostro, particolarmente rilevanti.

La prima problematica attiene alla cosiddetta prescrizione, fattispecie che è molto dissimile da una ASL all'altra, tanto che per qualche struttura, la mancanza di un requisito ha potuto dare luogo a un parere sfavorevole, laddove in altre ASL, permanendo il parere favorevole, ha determinato invece la semplice prescrizione. Abbiamo quindi cercato di dare omogeneità anche a questo sistema.

L'altra problematica riguarda la mancanza di certificato di prevenzione incendi e di essa si sta occupando un altro gruppo di lavoro molto importante. Allo stato si sta discutendo, anche in questi giorni, su una richiesta di eventuale deroga per le strutture sanitarie circa

l'applicabilità del decreto ministeriale n. 151 del 2011, proprio per venire incontro, in talune circostanze, alle situazioni in cui alcune strutture nonostante gli obblighi in tal senso previsti, non dispongono di tale documento.

Al di là della decretazione, le altre situazioni che hanno richiesto il nostro impegno riguardano alcune tipologie particolari di attività, come le cosiddette riconversioni, che stiamo seguendo, unitamente all'altra direzione. Stiamo seguendo questa fase, particolarmente delicata, che riguarda alcune strutture e, in ragione di una valutazione del fabbisogno di posti letto nella Regione Lazio in alcuni casi carente, in altri eccedente, si è addivenuti a un accordo con le varie strutture private al fine di concedere o revocare la disponibilità di posti letto.

Questo ha portato, ovviamente, all'attivazione di un processo che è tuttora in corso; alcune strutture sono addirittura in fase di adeguamento dei propri requisiti peraltro consentito dalla normativa. In questo ambito si registrano molti contenziosi, che siamo chiamati, insieme alla dottoressa Cipriani, ad affrontare e ad evitare.

Stante la mole di contenziosi in atto, sin dal nostro insediamento, abbiamo cercato di dare la precedenza a quelle situazioni dalle quali

potessero derivare danni economici e di immagine per la Regione. Stiamo quindi rivolgendo una particolare attenzione ai contenziosi, così da risolverli e portare a compimento tutto il processo di riconoscimento delle varie strutture.

Da ultimo, come è stato accennato dalla dottoressa Cipriani, in questi anni, dal 2006 (ma anche precedentemente, nel 1996 quando sono stati effettuati i primi accreditamenti nella Regione Lazio e a seguito dell'emanazione della legge n. 4 del 2003, che ha fornito indicazioni generali sul processo di accreditamento in questa Regione), abbiamo registrato una grande produzione normativa regolamentare.

Uno dei nostri scopi, previsto anche nella declaratoria di istituzione dell'area, è proprio quello di riunire, intorno a un testo unico, questi provvedimenti - che in parte sono stati abrogati da successivi atti e per altra parte sono ancora in vigore - in modo da dare loro consequenzialità. Come già segnalato dalla dottoressa Cipriani, molti provvedimenti di questo tipo sono stati inseriti all'interno di leggi finanziarie e, quindi, dovranno essere estrapolati per consentire anche la massima leggibilità e trasparenza.

Il nostro scopo, in collaborazione con la dottoressa Cipriani, è proprio quello di rendere più accessibile e più trasparente questa mole di provvedimenti, elaborando un testo unico sulla autorizzazione e accreditamento nel Lazio.

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Presidente, ringrazio i dirigenti del servizio accreditamento della Regione Lazio qui intervenuti ai quali vorrei porre due domande.

Si parla con insistenza della possibilità di una deliberazione della Giunta regionale per l'accreditamento di 1000 posti di RSA. Volevo sapere se ciò rientra nel piano regionale, visto anche che, in base all'ultima statistica del 2010-2011 dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio, in questa Regione mancano poco più di 6.000 posti di RSA.

A proposito dell'accreditamento e delle dichiarazioni al riguardo effettuate, vorrei sapere quando avrà luogo il primo accreditamento e se è vero che già esiste una struttura accreditata. Qualche giorno fa ho infatti partecipato all'inaugurazione della casa di cura San Raffaele di Montecompatri e vorrei sapere se è vero che questa sia la prima struttura

ufficialmente accreditata per vari settori (in essa si erogano varie prestazioni, compresa quella di RSA).

*CIPRIANI.* È pronto un decreto che avvia la procedura di autorizzazione ed accreditamento per tutti i posti di RSA oggi esistenti.

Vorremmo però al riguardo compiere un salto di qualità, anche terminologico. Fino ad ora, infatti, si è parlato di accreditamento come sinonimo di convenzione con il Servizio sanitario nazionale, ragion per cui il soggetto accreditato è colui che opera e fattura a carico del Servizio sanitario. Tuttavia, se si vuole essere aderenti al decreto legislativo n. 502 del 1992, occorre allora considerare che l'accreditamento significa semplicemente individuazione e, quindi, iscrizione in un albo di soggetti che presentano requisiti di qualità ulteriori, tali per cui, nel caso in cui la Regione ne abbia bisogno, essi possano operare a carico del Servizio sanitario regionale. Pertanto, stiamo avviando una procedura finalizzata alla costruzione di un albo dove saranno iscritti tutti i soggetti che rispondono a questi requisiti (sia requisiti minimi autorizzativi, che ulteriori di qualità).

Quanto alla sottoscrizione e alla stipula di accordi contrattuali con tali soggetti, questo aspetto, gioco forza, tiene conto delle risorse disponibili: ci collochiamo nell'ambito di un piano di rientro e, quindi, non possiamo sottoscrivere accordi per una tipologia di assistenza che pure è necessaria, ma non compatibile con il quadro delle risorse finanziarie complessivamente a disposizione della Regione.

In questi giorni stiamo approvando i piani di rientro con i due subcommissari, che forse avete avuto modo di conoscere: il dottor Spata, che collabora con noi dallo scorso anno, a cui si è affiancato, di recente, il dottor Giorgi, nominato dalla Presidenza del Consiglio dei ministri nella seduta 20 gennaio 2012. Come dicevo, stiamo approvando il piano operativo che prevede un accantonamento di risorse per l'attivazione di un certo numero di posti letto. In questi giorni si discute per stabilire quale sia l'entità delle risorse disponibili per aggiungere servizi ad un sistema che già funziona. È ragionevole immaginare di arrivare al numero di cui ha fatto riferimento il senatore Gramazio, ovvero intorno ai 1.000-1.200 posti, a seconda dei conti complessivi.

Il senatore Gramazio ha inoltre fatto riferimento alla struttura di Monte Compatri.

GRAMAZIO (*PdL*). Sì, quella trasferita da Velletri con il riconoscimento.

*CIPRIANI*. Si tratta, in realtà, di un nuovo accreditamento in una struttura fisica diversa e non di un accreditamento di posti ulteriori. La vicenda è un po' complicata, nel senso che parliamo del gruppo Tosinvest - San Raffaele nelle sue varie anime presenti sul territorio. Le prestazioni erogate riguardano prevalentemente, la riabilitazione e i ricoveri di lungo degenza, ma vanno considerati anche l'IRCCS Pisana e altri centri che prestano servizi di riabilitazione *ex* articolo 26 (la terminologia in tal caso è un po' desueta). In conseguenza del decreto 30 settembre 2010, n. 80, di riorganizzazione della rete territoriale ospedaliera, il già citato gruppo ha subito una contrazione significativa dei posti. Di conseguenza, alcune strutture dimensionate per 100-150 posti, alla fine, per effetto dei tagli succedutisi nel corso degli anni, si sono ridotte a 40 posti letto e comunque si tratta di strutture non efficienti dal punto di vista economico. La proposta effettuata dal gruppo era pertanto volta a riorganizzare l'intero sistema di offerta, cercando di concentrare le attività già autorizzate e accreditate in un minor numero di strutture fisiche.



In questo quadro generale si è inserita la vicenda di Velletri, da cui sono scaturiti gli arresti del 2009 per ipotesi di reato ancora al vaglio della magistratura (si tratta di corruzione, false fatturazioni, mancanza di requisiti e mancata e ripetuta violazione delle norme di riferimento). Nel giugno 2011 siamo addivenuti ad un procedimento di revoca dell'autorizzazione della struttura di Velletri. Ad oggi, quindi, la struttura di Velletri non esiste e quelle che erano le sue attività, in parte sono confluite nella struttura di Monte Compatri - che non funzionava - e, in parte, sono state ridistribuite nelle altre strutture del gruppo (prevalentemente quelle di Cassino e Portuense). Per poter esercitare un'attività sanitaria nella struttura di Monte Compatri c'era bisogno di avviare tutte le verifiche necessarie sul possesso dei requisiti di autorizzazione e di accreditamento. In questo senso, è stato rilasciato un nuovo titolo.

GRAMAZIO (*PdL*). Quindi si tratta del primo accreditamento?

CIPRIANI. Non so dire se sia il primo.

GRAMAZIO (*PdL*). Dal momento che c'è l'elenco degli accreditamenti, mi interessava sapere se quello fosse il primo accreditamento.

CIARLO. Sì, è il primo e risale all'ottobre dell'anno scorso. Dopo quello ce ne sono stati diversi. Ad oggi, le richieste cui assolvere sono circa 800.

COSENTINO (*PD*). Ringrazio gli auditi per la chiarezza con cui hanno illustrato il complesso processo amministrativo che riguarda il campo oggetto di approfondimento.

Desidero specificare - lo ha già detto il Presidente, ma voglio precisarlo con maggiore nettezza - che il compito della Commissione non è quello di soffermarsi sui singoli episodi - sui quali interviene la magistratura e che, comunque, non sono per noi di interesse, ma, piuttosto, intervenire su scala nazionale. Intendiamo audire i dirigenti delle varie Regioni italiane - la prossima audizione riguarderà la Regione Emilia-Romagna ed i centri di spesa accentrati - in relazione ai settori dove maggiore è la complessità delle procedure amministrative. Auspichiamo che dagli esperti regionali possano pervenire indicazioni e suggerimenti per il lavoro finale della nostra Commissione, che sarà di indirizzo al Parlamento e al Governo onde definire al meglio un quadro che è di grande complessità normativa.

In questo caso si può certamente parlare di complessità normativa, visto che ci riferiamo a processi di autorizzazione ed accreditamento che si trascinano da molti anni: cambiano le maggioranze e le Giunte, ma i problemi rimangono. Da questo punto di vista sarebbe per noi molto utile disporre di dati su questi aspetti, che magari potranno essere trasmessi per iscritto (spero sollecitamente) alla Commissione. Nello specifico vorrei sapere quante sono state le domande, divise per tipologia di settore, pervenute all'indomani dell'approvazione della legge e dei regolamenti e quali sono oggi le domande su cui si è completato il lavoro istruttorio e si sono prodotti decreti amministrativi autorizzativi e di accreditamento e quali, invece, sono ancora in corso di esecuzione e di lavorazione ed eventualmente, qualora siate in grado di fornirle, avere anche delle indicazioni sui tempi di conclusione delle procedure.

Ciò ci permetterebbe di descrivere la complessità di un processo che, come avete ricordato, ha richiesto anche la costruzione di una piattaforma informatica per la semplificazione e l'accessibilità dei dati nel rapporto tra Regione ed ASL. Da relatore dell'inchiesta sarebbe utile se la relazione conclusiva potesse tenere conto di questo lavoro ed aggiustamento in corso

d'opera, sia pure nell'ambito di una tempistica che certamente è molto dilatata nel tempo.

Problemi di questo genere li abbiamo riscontrati in molte Regioni, per questo riteniamo che un valido aiuto ci possa venire da chi li ha già affrontati.

Tuttavia, al di là del supporto di dati certi provenienti direttamente dalla fonte, particolarmente utili per la Commissione che potrebbe così richiamarli nell'ambito di un documento parlamentare senza incorrere in errori o contestazioni, mi interesserebbe anche chiedere dei chiarimenti in merito ad un altro aspetto e cioè per quanto riguarda i nuovi accreditamenti; ebbene, oltre a quelli che nascono dalle autorizzazioni degli accreditamenti provvisori, quali sono i criteri con cui si decide se una richiesta può essere accolta o meno? Anche questo è un problema che esiste in tutte le Regioni, per esempio per quanto riguarda le RSA ci interesserebbe sapere se in linea tendenziale deciderete di autorizzare e di accreditare nella versione più stringente dal punto di vista giuridico (cioè pienamente riconducibile al dettato del decreto legislativo n. 502 del 1992, che stabilisce la distinzione tra accreditamento e accordi contrattuali), tutte le richieste delle strutture in possesso dei requisiti, oppure se vi baserete su

un sistema di valutazione che decide i criteri di priorità. Penso in tal senso ad altre Regioni che hanno, ad esempio, indetto delle gare per decidere le strutture da accreditare, anche se in alcuni casi (ad esempio la Puglia) tali procedure non hanno avuto un esito felice per gli amministratori.

Al di là della questione dell'accREDITamento, approfitto della cortesia e della chiarezza espositiva della dottoressa Cipriani per chiedere un quadro preciso anche su un altro aspetto. In realtà proprio questa rigorosa interpretazione del decreto n. 502, che distingue tra normativa sugli accreditamenti e quella sugli accordi contrattuali, è fortemente contestata dai soggetti erogatori, da parte dei quali storicamente si ritiene che l'accREDITamento sia di per sé (come abbiamo visto anche nella recente audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo, nella relazione che ci ha consegnato e nella contestazione dei provvedimenti) un'autorizzazione a svolgere per conto del sistema sanitario regionale tutte le prestazioni, mettendo anche in discussione i *budget* che ad inizio anno vengono definiti da parte delle Regioni. Da questo punto di vista sarei curioso di sapere se ed in quale misura vi troviate a dover fronteggiare un contenzioso con strutture accreditate - nella definizione del contenzioso relativo al superamento dei *budget* e alla definizione di accordi contrattuali - e se per

l'anno corrente gli accordi contrattuali siano stati già sottoscritti, in che data e se la Commissione può acquisirne gli atti.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere alcune richieste di chiarimento, cogliendo l'occasione della presenza della dottoressa Cipriani e del dottor Ciarlo, su alcuni aspetti che hanno stimolato la nostra attenzione. Partendo anche dalla distinzione tecnica che la dottoressa Cipriani ha effettuato sul rapporto tra gli accreditamenti e gli accordi contrattuali, ad integrazione di quello che pregevolmente il senatore Cosentino chiedeva poc'anzi, vorrei alcuni chiarimenti a proposito della definizione delle tariffe; nello specifico mi interesserebbe sapere se in materia di definizione delle tariffe siano stati stabiliti dei regolamenti o se tale definizione rientri nella discrezionalità contrattuale del commissario *ad acta* o dei suoi subcommissari delegati.

Il piano residenziale e semiresidenziale, che mi pare di aver compreso essere ancora in corso di definizione, è stato elaborato sulla base degli indirizzi determinati dal piano di rientro sottoscritto o di programmi operativi che vengono invece definiti successivamente, a volte anche su base annuale o pluriennale?

In considerazione del pregevole lavoro che gli uffici tecnici della Regione Lazio stanno compiendo nell'attività di concessione e di revoca dei posti letto, mi interesserebbe altresì sapere se le verifiche ispettive, integrate anche dai valutatori di qualità, rispondano a soggetti coordinatori, quali ad esempio i commissari, se i loro compiti siano ben definiti da regolamenti e quindi essi siano tenuti a relazionare sulla propria attività anche ad uffici più articolati e più diffusi della Regione? Vorrei in sostanza sapere se esista un rapporto di diretta dipendenza con l'ufficio commissariale o se questi soggetti interloquiscano anche con gli uffici articolati del settore sanità della Regione?

Vi è poi un ultimo aspetto che si ricollega a quanto chiedeva poc'anzi il senatore Cosentino. La dottoressa Cipriani faceva riferimento alla necessità di riprogrammare e procedere nuovamente ad un accreditamento dei posti letto per acuti nel settore privato, mi interesserebbe pertanto sapere se anche in tal caso i criteri siano stati elaborati successivamente con regolamenti attuativi o vi siate limitati ad un'applicazione dei piani di rientro e dei programmi operativi?

*CIPRIANI.* Proverò a rispondere sulla base delle mie conoscenze, riservandomi per il resto di farvi avere una documentazione; anche perché in realtà occorre considerare che l'Assessorato alla sanità ha due direzioni grosso modo così suddivise: una direzione che si occupa di assistenza ospedaliera (*budget*, tariffe e finanziamenti pubblici per l'edilizia sanitaria ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67) e la direzione che ho l'onere e l'onore di coordinare, che invece si occupa dell'assetto istituzionale, della prevenzione e della parte territoriale.

Al senatore Cosentino, che chiedeva quante domande siano pervenute e quali processi e quanti percorsi sino stati definiti, posso rispondere che le domande pervenute nel 2007 erano all'incirca 8.000 (tolte le doppie e le triple copie). L'approssimazione è dovuta al fatto che, da quanto mi risulta, fino alla fine del 2009, inizio del 2010, tali domande sono rimaste nei corridoi all'interno dei contenitori in cui erano state spedite, per poi essere smistate da qualche addetto di buona volontà.

*COSENTINO (PD).* Erano quindi mescolate insieme domande relative a case di cura, studi medici ed altre strutture?



*CIPRIANI.* Sì, tali domande riguardavano tutto l'universo sanitario e tra l'altro all'interno di questo universo di soggetti destinatari di quei provvedimenti c'erano i cosiddetti intrusi, come li abbiamo qualificati noi, cioè strutture che coglievano l'occasione per fare nuova istanza di autorizzazione o di accreditamento.

Questa situazione riguardava le domande di autorizzazione presentate entro il 2 luglio del 2007 e le domande di accreditamento presentate entro il dicembre 2007.

Questa documentazione, ovviamente, era immane ed andava moltiplicata per tre, perché era stato richiesto l'invio in triplice copia cartacea di tutta la documentazione, comprese le planimetrie in scala 1 a 100. Quindi, come potete immaginare, un policlinico universitario, piuttosto che una grande casa di cura, si sono trovati a consegnare i documenti dentro casse da *container*.

All'inizio del 2010 qualcuno si è fatto carico di smistare questa documentazione, quantomeno mettendola in ordine, creando dei fascicoli e catalogandoli in una classificazione logica. Nessuno, però, ha mai iniziato a lavorarli per i problemi organizzativi, cui facevo prima riferimento, dovuti alla carenza di personale. Occorre considerare che al momento del mio

insediamento presso l'assessorato, all'area autorizzazione e accreditamento erano rimaste appena tre persone e bisognava ricostruire tutto dal basso.

Per quanto riguarda le domande di accreditamento, con riferimento sempre al dicembre 2007, le istanze pervenute erano circa 1400. Anche in questo caso, poiché ad oggi i conti non tornano e poiché non ci risulta che siano state chiuse o siano uscite volontariamente dal sistema centinaia di strutture, è ragionevole immaginare che in quelle circa 1400 istanze vi fossero anche le domande di coloro che chiedevano l'accreditamento per la prima volta e non già la conferma di vecchi accreditamenti. Anche in questo caso è stato svolto un lavoro di ricognizione, con un elenco di tutte le domande. Purtroppo, però, allo stato il lavoro è fermo.

Il numero prima fornito delle 8.000 domande è comunque approssimativo perché, nel frattempo, con una legge regionale del 2008, nel tentativo di semplificare la procedura, è stata introdotta una specie di SCIA (Segnalazione certificata di inizio attività) in ambito sanitario. In base a tale provvedimento tutti coloro che svolgevano alcune attività, ovviamente a bassa complessità (individuate nella legge n. 4 del 2003), hanno dovuto presentare regolare istanza di autorizzazione all'esercizio ma, decorsi 45

giorni dall'istanza senza avere ricevuto risposta, hanno potuto dichiarare l'inizio della propria attività.

Vi è quindi una parte documentata, relativa a tutti quei soggetti che all'epoca hanno presentato domanda; e vi è poi un'altra parte, che invece non conosciamo, dei soggetti che hanno iniziato la propria attività sulla base della già citata autocertificazione, a partire dal 2008 in poi.

Per avere un censimento di questa seconda parte di soggetti, sulla quale non abbiamo chiarezza, è stato approvato, il primo marzo di quest'anno, il decreto n. 38 del commissario *ad acta*, che ripropone la stessa procedura prevista per le conferme dell'autorizzazione e dell'accreditamento anche per tutti coloro che, invece, operano in regime assolutamente privato e solo in virtù di autorizzazione all'esercizio e, ovviamente, non a carico del Servizio sanitario.

Abbiamo previsto una procedura che, sostanzialmente, consente il rilascio della conferma dell'autorizzazione all'esercizio, in una prima fase, a tutti i soggetti che hanno già un titolo autorizzativo all'esercizio e che, in qualche modo, hanno già avuto delle verifiche ispettive, ancorché da organismi diversi nel tempo. Ovviamente, anche in questo caso l'autorizzazione è sottoposta a condizioni risolutive qualora, all'esito dei

controlli da parte della ASL territorialmente competente, si verifichi che quanto dichiarato dal soggetto privato non corrisponde a verità.

Nel frattempo, per scongiurare comportamenti opportunistici, proprio richiamandosi ad un senso di responsabilità ulteriore, oltre al fatto che tutte le dichiarazioni debbono essere rese ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000, non appena scadrà il termine per la presentazione di queste istanze in via informatica, verrà effettuato un sorteggio a campione, pari al 10 per cento per ogni ASL. Tale campione verrà da subito sottoposto a controllo, e quindi, auspichiamo che in tal modo sia possibile evitare dichiarazioni false.

Questo controllo ci consente di avere una mappatura più precisa di quanto esiste sul territorio e, probabilmente, anche di conoscere meglio la situazione e, quindi, di fare dei distinguo all'interno del fabbisogno.

Nel 2010, con il decreto n. 17 del commissario *ad acta*, è stato adottato il primo piano dei fabbisogni per le prestazioni sanitarie e sociosanitarie nel Lazio che, per molti versi, ha bloccato il rilascio di molte autorizzazioni all'esercizio anche a favore di soggetti che invece intendono operare solo privatamente.

Ciò avviene perché la normativa nazionale e quella regionale prevedono che, anche per i soggetti che intendano operare in un regime privatistico assoluto, la Regione possa concedere l'autorizzazione solo se compatibile con il fabbisogno di assistenza. Al riguardo si è peraltro manifestata una disomogeneità di vedute tra i Ministeri affiancanti e l'*Authority* garante della concorrenza e del mercato la quale auspicherebbe una liberalizzazione del mercato in questo senso, laddove i Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze richiamano al rispetto del fabbisogno.

L'autorizzazione all'esercizio, infatti, è una concessione amministrativa ed è pertanto possibile riconoscere e concedere una autorizzazione a una struttura non solo se essa ha i requisiti, ma nella misura in cui vi è bisogno di quella determinata prestazione sanitaria. Al riguardo, ovviamente, se fosse possibile, una modifica normativa a livello nazionale sarebbe la benvenuta. Tra l'altro, l'*Authority* ha avanzato una richiesta non solo nei confronti della Regione Lazio ma anche dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze, invitandoli a riflettere sull'opportunità di modificare la normativa nazionale in questo senso.

Ciononostante, anche in questo quadro di riferimento, non appena definito il percorso e mappato l'esistente, saremo nelle condizioni di fare un

piano dei fabbisogni più puntuale e, quindi, di sapere se in un determinato ambito territoriale possiamo prevedere di rilasciare autorizzazione all'esercizio per alcune tipologie di attività (come la cardiologia piuttosto che la risonanza magnetica) e non per altre.

Allo stato, dal momento che questo procedimento non si è concluso, siamo in grado di fornire solo dei dati non precisi e molto orientativi. Noi possiamo anche farvi avere le informazioni già a disposizione, ma con la precisazione che il quadro definito lo avremo solo alla conclusione del percorso che, in base al già citato decreto n. 38 del commissario *ad acta*, è prevista alla fine di maggio 2012. Siccome, però, ci sono almeno 7-8000 istanze e vi è un problema di tenuta dell'*hardware* rispetto alla grande mole di documentazione da inserire, stiamo ragionando sull'ipotesi di far slittare il suddetto termine di qualche mese, fermo restando che entro l'estate dovremmo avere la mappatura dell'esistente..

Se la domanda posta dal senatore Cosentino è volta invece a sapere quante istanze siano state elaborate, la risposta, come in precedenza, è, purtroppo, nessuna, ad eccezione delle domande di autorizzazione all'esercizio per gli studi medici polispecialistici, odontoiatrici o ambulatori odontoiatrici. Questo perché, nel 2009, sempre a seguito dell'emanazione di

un decreto da parte del commissario *ad acta*, si è stabilito di "liberalizzare" questo settore visto che la Regione ha ritenuto di non dovere indicare un fabbisogno per quanto riguarda le prestazioni odontoiatriche.

Queste ultime sono considerate nel secondo allegato al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 2001, che individua i livelli essenziali di assistenza (LEA). Il secondo allegato entra nel merito dei LEA integrativi o aggiuntivi che la Regione può garantire, a carico del Servizio sanitario, nella misura in cui se lo può permettere, e perdonate se per ragioni di chiarezza utilizzo un linguaggio forse un po' troppo diretto. Dal 2007 in poi, la Regione ha ritenuto di erogare prestazioni odontoiatriche garantendole alle fasce deboli della popolazione (tanto è vero che si parla di odontoiatria sociale), mentre tutte le altre prestazioni rimangono a carico del privato cittadino. Rispetto a queste, quindi qualcosa è stato fatto, considerato che tutte le richieste di autorizzazione all'apertura e all'esercizio di studi o ambulatori odontoiatrici sono state considerate e sono stati rilasciati i titoli, ovviamente a partire dalla fine del 2010, allorquando la struttura deputata a questo tipo di istruttoria è stata parzialmente ricostituita. Oggi i funzionari responsabili del procedimento sono tre e quattro o cinque quelli a livello esecutivo quindi sicuramente il problema

organizzativo permanente. Si tratta infatti di un organico che ha una dimensione minima sufficiente a garantire la manutenzione di quello che c'è, ma inadeguata ad affrontare l'arretrato che si è consolidato dal 2007 ad oggi. Quindi, sotto questo profilo, siamo ancora un po' in affanno.

COSENTINO (*PD*). Mi scusi, dottoressa Cipriani, intervengo per chiedere una delucidazione. Proviamo a distinguere tra i diversi studi (studi odontoiatrici, laboratori, eccetera) e andiamo a considerare le sole case di cura private provvisoriamente accreditate; ebbene, fra queste ultime vi sono strutture per cui si è conclusa l'istruttoria e si è giunti ad un accreditamento definitivo?

CIPRIANI. La mia risposta era riferita solamente ai soggetti autorizzati e non a quelli accreditati. Per quelli accreditati è in corso la procedura che sta seguendo il dottor Ciarlo.

PRESIDENTE. Dottoressa Cipriani, la prego di concludere le sue risposte, a seguire, daremo la parola al dottor Ciarlo che potrà così entrare nel merito del chiarimento richiesto dal senatore Cosentino.



*CIPRIANI.* È stata fatta una domanda riguardante i nuovi accreditamenti. Nello specifico è stato chiesto se la Regione si sia data un sistema di regole per disciplinare le modalità per il riconoscimento dei nuovi accreditamenti. Anche in questo caso, l'obiettivo che ci si prefigge è quello di essere quanto più aderenti al decreto legislativo n. 502, tenendo quindi separata la fase dell'accredimento istituzionale da quella dell'accordo contrattuale. L'accredimento istituzionale presuppone la verifica del possesso di requisiti di qualità ulteriori, che sono stati stabiliti con il decreto commissariale n. 90 del 10 novembre 2010, stante il quale il soggetto accreditato è colui che, dopo l'autorizzazione all'esercizio, presenta anche questi ulteriori requisiti di qualità.

Per quanto riguarda la selezione dei soggetti con cui sottoscrivere accordi contrattuali e da cui - quindi - comprare prestazioni, al momento vi sono due indicazioni di riferimento. Il primo criterio è la priorità riconosciuta ai soggetti che sottoscrivono delle intese di riconversione. Quindi, i soggetti che perdono posti letto per acuti o post-acuzie e che si riconvertono ad attività territoriali hanno la priorità nella sottoscrizione degli accordi contrattuali. Nella programmazione vengono considerate in

parallelo le strutture realizzate con fondi pubblici o con i fondi dell'edilizia sanitaria, ai sensi dell'articolo 20, della legge 11 marzo 1988, n. 67, oppure finanziate con fondi propri del bilancio regionale. Completati i lavori, a collaudo effettuato, tali strutture hanno la priorità nell'avvio delle attività a carico del Servizio sanitario.

L'altro criterio è quello del fabbisogno territoriale, perché una delle logiche che si stanno perseguendo è quella di riequilibrare il sistema di offerta sul territorio. Sulla base dei dati in nostro possesso, ancorché non precisi ed esaustivi, abbiamo verificato che c'è una concentrazione di strutture prevalentemente nel territorio del Comune di Roma (o comunque nella Provincia di Roma). Le altre Province risultano invece scarsamente dotate. Ciò vale sia per i posti letto, sia per le strutture di riabilitazione, ossia per tutta la filiera di prestazioni a corollario della prestazione principale. Banalmente, una struttura per acuti che erogava prestazioni riabilitative post-acuzie, nel tempo ha visto nascere intorno a sé strutture di tipo riabilitativo a minore intensità (mi riferisco alle strutture *ex* articolo 26 della legge n.833 del 1978, che cambieranno nome, ma che nella sostanza rimarranno le stesse). Allo stesso tempo, c'è una grande concentrazione di RSA in alcune strutture ed aree che, invece, sono completamente scoperte.

L'obiettivo - quindi - è quello di riequilibrare il sistema di offerta, andando a compensare le aree che oggi risultano carenti.

Chiaramente ciò si scontra con la presenza fisica di strutture. Per quanto riguarda le RSA (che è l'unico caso di nuovi accreditamenti che abbiamo di fronte a breve), potremmo accreditare strutture in territori oggi carenti; tuttavia, va detto che non sempre esiste la struttura in quei territori. C'è quindi un *mix* dei due fattori. L'obiettivo che perseguiamo è quindi quello appena citato, anche se nella pratica non è detto che si riesca a realizzare, perché fisicamente non c'è la disponibilità della struttura in quel determinato territorio, nel senso che o non è pronta, oppure nessuno nel tempo ha presentato la domanda per realizzarla. Ripeto, quindi, che ci troviamo di fronte ad un combinato di queste due valutazioni.

In tema di tariffe, per quanto mi consta, vengono applicate, laddove esistono, le tariffe definite a livello nazionale, in mancanza delle quali stiamo cercando di stabilire delle tariffe a partire dai fattori produttivi e dai requisiti. Se per lo svolgimento di una determinata attività è prevista una certa dotazione organica, sviluppiamo il costo che deriva dalla presenza di personale necessario a garantire il requisito e, poi, con metodi utilizzati nell'economia aziendale e di impresa, sviluppiamo i costi generali per i

servizi amministrativi. Ciò non sempre trova una rispondenza ed è questo il motivo per cui si crea il contenzioso. Nell'un caso si parla di costi di gestione della struttura e dell'attività, nell'altra di costi dei requisiti. La Regione non vuole farsi carico delle inefficienze della struttura: ricordo, infatti, che una struttura, ancorché privata, non sempre garantisce efficienza.

Credo invece di non aver compreso a fondo la domanda sulle verifiche ispettive in relazione al coordinamento e alla dipendenza dall'ufficio commissariale. Al riguardo posso dire come il sistema funziona ad oggi: le commissioni di verifica sono normalmente coordinate dal direttore del Dipartimento di prevenzione della ASL e sono generalmente composte da 15-20 persone. La commissione ha un organico fisso che, però, si amplia a seconda della tipologia della struttura da verificare. Infatti, se la struttura da verificare si occupa di diagnostica per immagini, la commissione viene integrata con specialisti di quella branca specialistica; così come la commissione che effettua una verifica ispettiva su un ospedale non è la stessa che opera un controllo su una struttura residenziale.

La commissione, normalmente sotto il coordinamento del direttore del Dipartimento, raccoglie le relazioni dei vari servizi (igiene pubblica,

prevenzione, sicurezza nei luoghi lavoro e quant'altro) e fa una relazione unica che sottopone al direttore generale della ASL, che formalmente la fa propria e la invia alla Regione che poi procede al completamento dell'istruttoria e quindi al rilascio dei titoli.

Il piano residenziale e semi-residenziale sostanzialmente è stato elaborato sulla base del programma di rientro, nel senso che i Ministeri affiancanti nel tempo hanno obiettato alla Regione Lazio di avere un sistema di offerta troppo variegato. Ad esempio, le RSA oggi nel Lazio sono remunerate con nove tariffe diverse, perché negli anni si è pensato di diversificare la tariffa tenendo conto del livello assistenziale che veniva garantito all'interno della struttura, ma anche della dimensione fisica della struttura stessa, per cui oggi le nuove tariffe dipendono dal fatto che c'è un primo, un secondo ed un terzo livello assistenziale ad intensità crescente, e dalla dimensione fisica della struttura (60, 90 e 120 posti letto). Il Ministero ha richiamato l'attenzione su questo aspetto, segnalando che nelle RSA devono essere ricoverate determinate tipologie di pazienti che hanno certe caratteristiche e non altre e che i tre livelli di intensità assistenziale previsti sono eccessivi. In questo piano di riordino del sistema dell'offerta territoriale abbiamo quindi ricondotto le RSA a due soli livelli e quindi a

due sole tariffe; in tal caso la differenza si pone tra il mantenimento elevato, pensato per persone non autosufficienti, anche anziane con un livello serio di patologia, ma stabilizzate, ed un livello più basso per pazienti che richiedono un'intensità assistenziale diversa. In ogni caso, le RSA vengono considerate all'interno del livello di mantenimento. Nel piano viene però introdotto un livello anche estensivo ed intensivo in ambito territoriale, che ha una natura diversa da quella ospedaliera, proprio per garantire i LEA, perché occorre considerare che paradossalmente in questo sistema a nove tariffe il livello estensivo di attività sul territorio presentava delle carenze.

Per evitare che ci sia un aggravamento dei costi nel bilancio della sanità del Lazio si è ritenuto opportuno attivare questi livelli di prestazione prioritariamente nelle strutture pubbliche riconvertite. Ci sono 24 piccoli ospedali nel Lazio che cambieranno assetto trasformandosi in presidi di prossimità o in presidi di assistenza territoriale, quindi prioritariamente in queste strutture andranno collocati questi livelli di assistenza che oggi nel Lazio mancano o comunque sono molto dimensionati. La stessa operazione è stata condotta per quanto riguarda le strutture riabilitative cosiddette *ex* articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Oggi nel Lazio c'è una

discreta varietà di tariffe (ben 24) *ex* articolo 26: residenziali, semiresidenziali, domiciliari, ambulatoriali ed altre che abbiamo ricondotto a cinque. Questo ovviamente comporta una fase di sottoscrizione di accordi con le singole strutture. Ci riferiamo a circa 180-190 strutture complessivamente intese che dovranno riconfigurarsi rispetto ai nuovi *setting* che abbiamo individuato. Il decreto che mette ordine in questa materia è il n. 39 del marzo 2012 ed è frutto del piano di rientro e di un lavoro svolto sempre in affiancamento ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze ed anche in questo caso va necessariamente considerata sia la parte sanitario-assistenziale, sia la parte di compatibilità con le risorse. Stiamo avviando questa fase, ma credo che non sarà possibile entrare nel merito di questa operazione prima di ottobre, perché svolgere un negoziato e raggiungere un accordo con 180 strutture è ovviamente molto impegnativo.

PRESIDENTE. Il soggetto titolare del negoziato delle tariffe è l'ufficio commissariale o sono gli uffici dell'assessorato?

CIPRIANI. La titolarità è interamente del commissario.

*PASSI.* Infatti, l'atto finale è un decreto del commissario *ad acta*.

*CIPRIANI.* Tutti i provvedimenti assunti dalla Regione dal commissariamento in poi sono sotto forma di decreti del commissario *ad acta*.

*PRESIDENTE.* Immagino emanati a seguito dell'istruttoria tecnica degli uffici dell'assessorato?

*CIPRIANI.* Sì, il commissario si avvale degli uffici dell'assessorato.

*PASSI.* Con riferimento alla domanda del senatore Cosentino sul contenzioso per il superamento dei *budget*, vorrei precisare che attualmente questo contenzioso è circoscritto agli ospedali classificati ed equiparati e agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) ed è un contenzioso che origina da un orientamento giurisprudenziale recepito in parte anche dal Consiglio di Stato, secondo cui questi tipi di strutture (IRCCS ed ospedali equiparati) sono consustanziali al Servizio sanitario



nazionale e quindi non potrebbero rifiutare la prestazione dopo il raggiungimento di un determinato tetto di spesa e secondo questo orientamento non sarebbe nemmeno astrattamente imponibile nei confronti di questi soggetti un tetto di spesa, quindi un livello di finanziamento massimo. Questa tipologia di contenzioso, quindi, è circoscritta esclusivamente a queste strutture, mentre ormai è stata superata per quanto riguarda tutte le altre strutture sanitarie.

COSENTINO (PD). Avevo chiesto se per l'anno 2012 siano stati sottoscritti gli accordi.

PASSI. Per l'anno 2012 la struttura competente, che è l'area pianificazione delle risorse finanziarie, ha già sviluppato tutti i *budget* e si sta accingendo a sottoscrivere gli accordi, operazione che immagino dovrebbe avvenire nel prossimo mese; peraltro credo che sia la prima volta che tali accordi vengono sottoscritti nel primo semestre dell'anno, ma su questo ci riserviamo di fornire ulteriori informazioni.

*CIARLO.* Vorrei soltanto fare una piccola aggiunta a quanto è stato già ampiamente segnalato dai colleghi. È stato già detto che la legge regionale n. 12 del 2011 non prevede nuovi accreditamenti, né nuove autorizzazioni se non dopo il termine della conferma di quelli esistenti e quindi fino al 31 dicembre di quest'anno. All'esito della procedura si valuteranno i nuovi accreditamenti. Riteniamo che non vi possano essere nuovi accreditamenti con i vincoli di bilancio con cui la Regione è costretta a lottare. Credo che anzi i rapporti contrattuali con le strutture accreditate vadano rivisti nel senso di una implementazione della qualità. Già dall'anno prossimo effettueremo una verifica soprattutto su talune attività accreditate, quali i laboratori di analisi, per raggiungere un limite inferiore di almeno 100.000 prestazioni e, nel trimestre, raggiungere un minimo di 200.000 prestazioni che ci garantiscono la qualità delle stesse (per prestazioni intendo le singole determinazioni: glicemia, azotemia e così via) per poi eventualmente verificare il volume di attività e procedere ad accordi contrattuali, quindi a nuovi accordi con consorzi di strutture e non già con i singoli erogatori, perché quelli con prestazioni di numero inferiore a quello indicato non garantiscono la qualità dei servizi.

Per quanto riguarda gli accordi contrattuali, questi sono stati già siglati, ed è stato raggiunto un accordo con quasi tutte le categorie delle associazioni.

Per ciò che concerne le tariffe, ricordo, ad integrazione di quanto è stato già detto a proposito delle attività ambulatoriali, che noi abbiamo, come tutte le altre Regioni, il sistema di pagamento del DRG, che presenta dei vantaggi in termini di enucleazione, ma forse anche degli svantaggi sotto il profilo del controllo.

Infatti, per tale motivo dalla mia Direzione è stato adottato un provvedimento in cui viene finanziato il sistema di controllo dell'Agenzia della sanità pubblica, onde intensificare, non solo i controlli, ma i corsi di formazione per i valutatori e i verificatori.

È stato ricordato che le commissioni delle singole ASL erano formate da personale appartenente in gran parte al dipartimento di prevenzione e, quindi, con una formazione ispettiva, più che valutativa degli aspetti qualitativi. Questa commissione è stata pertanto integrata con personale appartenente alle strutture delle varie aziende sanitarie locali, che hanno sviluppato un percorso di competenza nell'ambito della qualità.

In ogni caso, per rispondere alla domanda posta dal Presidente, non ci sono discrezionalità nella valutazione della qualità, né tanto meno nelle altre valutazioni, perché la Regione ha istituito nella piattaforma, e quindi distribuito alle ASL, una *check list* che deve essere riempita con tutte le voci che costituiscono, appunto, lo *standard* ulteriore di qualità richiesto a chi vuole svolgere un'attività per conto del servizio sanitario regionale.

Forse precedentemente ho trascurato di dire che stiamo stilando un *report* trimestrale ai Ministeri affiancanti nel quale sono riportati i vari passaggi effettuati nel trimestre.

Ho già detto che vi sono circa 200 decreti già firmati dal commissario *ad acta* o che, comunque, sono ancora allo stadio di proposta e quindi devono concludere l'*iter* previsto dagli uffici regionali e che tra questi ve ne sono alcuni che riguardano qualche struttura di ricovero e cura. Non ci nascondiamo che la maggiore complessità delle strutture di ricovero e cura ci obbliga a un rallentamento dell'esame delle stesse istanze. Pertanto, nell'ambito della parte iniziale della procedura, nella quale la piattaforma risponde producendo un documento - ovvero il decreto - noi ci riserviamo, come tutte le strutture, l'aspetto artigianale rappresentato dal controllo della documentazione cartacea onde verificare la corrispondenza

tra quanto è stato prodotto in forma cartacea dalla ASL e il contenuto presente nella piattaforma. Non vi nascondo che abbiamo individuato casi di "furbetti", per così dire, che si sono inseriti nella piattaforma senza avere i necessari titoli.

Il controllo da noi continuamente effettuato ci porta, ovviamente, a rallentare la produzione di accreditamenti relativi alle case di cura vere e proprie. Per questo motivo, al momento l'unico accreditamento è quello relativo alla casa di cura "San Raffaele", che data lo scorso ottobre, quindi prima del nostro insediamento, mentre le altre pratiche sono soltanto in lavorazione.

Il secondo motivo per cui non vi sono ancora decreti definitivi per quanto riguarda le case di cura della Regione è che molte di queste (ritengo l'80 per cento) sono in fase di adeguamento dei propri requisiti, proprio perché accordi di riconversione e di trasformazione di queste strutture hanno portato a una modifica dei requisiti igienico-sanitari e quindi a una possibilità, disposta per queste strutture dalle norme vigenti, di adeguare i propri requisiti igienico-sanitari.

In conclusione segnalo un altro importante provvedimento, che credo vada nel senso di una maggiore trasparenza e quindi del superamento di

quei rapporti non rispondenti al dettato dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, ovvero del superamento dei rapporti convenzionali. Nella nostra Regione esistono ancora, purtroppo, dei rapporti atipici tra alcune strutture sanitarie, le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere. Grazie al provvedimento di ricognizione di queste convenzioni, noi vogliamo riportare il tutto ai passaggi che prevede la norma ovvero autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali.

PRESIDENTE. Ringraziamo gli auditi per l'importante contributo fornito ai nostri lavori. Nel caso poi in cui riterranno di volerci inviare qualche documentazione aggiuntiva rispetto ai quesiti posti dalla Commissione, non potremo che essere loro grati perché, come ha ricordato il senatore Cosentino, l'attività della Commissione, più che su questioni giudiziarie, è indirizzata e stimolata esclusivamente da una comparazione dei vari sistemi di efficacia ed efficienza delle nostre Regioni nell'ambito del Sistema sanitario.

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

*I lavori terminano alle ore 15,25.*