



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 58

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

AUDIZIONE DEL DIRETTORE GENERALE DELLA ASL CITTÀ  
DI MILANO, DOTTOR ANTONIO GIOVANNI MOBILIA

60<sup>a</sup> seduta: martedì 13 novembre 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI  
indi del vice presidente MASSIDDA

**I N D I C E****Audizione del direttore generale della ASL Città di Milano, dottor Antonio Giovanni Mobilia**

PRESIDENTE:		
- MASSIDDA (DCA-PRI-MPA)		
- TOMASSINI (FI) . . . . .	Pag. 3, 10, 12	
BODINI (Ulivo) . . . . .	11	
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	10, 12	
		MOBILIA . . . . . Pag. 3, 12

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Sinistra Democratica per il Socialismo Europeo: SDSE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Costituente Socialista: Misto-CS; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-La Destra: Misto-LD; Misto-Movimento politico dei cittadini: Misto-Mpc; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.*

*Interviene il direttore generale della ASL Città di Milano, dottor Antonio Giovanni Mobilia.*

*Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, dottor Alessandro Ridolfi, signora Maria Cosola, Luogotenente Gaetano Caggiano, Maresciallo Capo Claudio Vuolo, Maresciallo Capo Simone Vacca e Maresciallo Gianfranco D'Agostino.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,35.*

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, il processo verbale della seduta del 7 novembre 2007 si intende approvato.

**Audizione direttore generale della ASL Città di Milano, dottor Antonio Giovanni Mobilia**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del direttore generale della ASL Città di Milano, dottor Antonio Giovanni Mobilia, che saluto e ringrazio per avere accolto il nostro invito.

Ricordo che, nei mesi scorsi, in merito alle inchieste riguardanti profili illeciti nelle richieste di rimborso di alcune strutture sanitarie lombarde, sono stati ascoltati i magistrati di Milano competenti, la dottoressa Pradella e la dottoressa Siciliano, nonché l'assessore alla sanità della regione Lombardia, dottor Bresciani, e il direttore generale del medesimo Assessorato, dottor Lucchina.

Do quindi la parola al dottor Mobilia, direttore generale della ASL Città di Milano.

*MOBILIA.* Signor Presidente, onorevoli senatori, vorrei iniziare il mio intervento con una breve prolusione. Ho portato con me una documentazione, che ritengo piuttosto adeguata, su tutte le attività sanitarie della ASL città di Milano che io dirigo e sui controlli che sono stati effettuati in questi anni a partire dalla costituzione della ASL.

La legge regionale n. 31 del 1997 (che ho con me, quindi chi non è della Lombardia e non la conosce può prenderne subito visione), ha istituito le nuove strutture sanitarie aziendali e le Aziende ospedaliere alla fine del 1997; nel 1998 ha iniziato a funzionare la nuova organizzazione sanitaria della regione Lombardia. Sempre nel 1998 è iniziata l'attività di controllo, che è continuata fino ad oggi. È abbastanza complicato rivedere tutta la normativa con cui le ASL hanno effettuato l'attività di controllo, pertanto mi sono permesso di fare una sintesi di tutta la legislazione della

regione Lombardia inerente alle attività di controllo, nonché delle somme recuperate, dei numeri quindi che in questi anni l'Azienda ha gestito.

In questo momento le strutture ospedaliere della ASL di Milano, poiché secondo la legge regionale n. 31 del 1997 le ASL si occupano prevalentemente di programmazione, acquisto e controllo, producono 32 milioni di prestazioni ambulatoriali l'anno e all'incirca 600.000 ricoveri; per l'esattezza sono circa 560.000 (nella documentazione che lascerò agli atti troverete questo dato fino all'ultimo ricovero).

### **Presidenza del vice presidente MASSIDDA**

(Segue *MOBILIA*). In relazione a questi la finanziaria del 2000 – con vigenza nel 2001 – imponeva alle Regioni un controllo sul 2 per cento delle cartelle cliniche; la regione Lombardia, invece, ha spinto i controlli al 5 per cento delle cartelle cliniche. In questo momento, per fare dei conti abbastanza semplici, il 5 per cento su circa 600.000 cartelle significa che la ASL Città di Milano controlla 30.000 cartelle l'anno con dei parametri standardizzati a livello regionale. Esistono infatti delle delibere della Giunta regionale che man mano hanno dato un indirizzo su come si dovesse lavorare su tutto l'ambito regionale. A questo riguardo ho accluso alla documentazione che ho portato un volumetto dove è descritta l'attività della ASL di Milano, i suoi volumi di affari, di fatturato e di attività.

Dal 1999 ad oggi, abbiamo controllato 171.513 cartelle e su queste, trasformando tutto in euro, abbiamo recuperato 25.456.105 euro. A questo riguardo, nella documentazione da me consegnata, partendo da queste semplici cifre troverete poi, dal 1999 al 2007 (per quest'ultimo anno naturalmente il riferimento riguarda i primi 9 mesi), il dettaglio anno per anno dei controlli effettuati e delle somme recuperate.

In questi anni, l'attività è stata svolta da un numero non elevatissimo di unità di personale che, comunque, è stato idoneamente formato. In questo momento i nuclei operativi di controllo (NOC) della ASL Città di Milano sono formati da sei medici e da sei assistenti sanitari, quindi per un totale di dodici persone, che svolgono tutta questa mole di lavoro. I NOC che controllano l'attività ambulatoriale sono composti da due persone, a cui va sommato in questa attività il servizio di accreditamento delle strutture sanitarie. Tali strutture sono state in un primo momento autorizzate (la maggior parte naturalmente già lo era), poi contrattate con un tetto di spesa rigido, oltre il quale eventuali iperproduzioni di servizi, a qualsiasi titolo resi, vengono abbattuti con percentuali estremamente elevate: arriviamo infatti fino al 70 per cento di abbattimento oltre determinati tetti contrattuali. Inoltre, laddove ciò sia giustificato, si ha un'ulteriore contrattazione del 30 per cento che naturalmente viene concordata con la regione Lombardia che è il titolare delle risorse da assegnare alla ASL.

### Presidenza del presidente TOMASSINI

(Segue MOBILIA). Ci sono poi altri tre medici del servizio accreditamento che si interfacciano con i NOC, perché in questi ultimi tempi abbiamo creato un *pool* di professionalità per determinati tipi di controllo.

Vi è poi il dipartimento di prevenzione che si occupa della programmazione di tutte le attività ospedaliere, nonché della sicurezza e prevenzione sui luoghi di lavoro. A questo riguardo mi sono permesso di portarvi un lavoro estremamente interessante, progetto ospedali, che in Lombardia sta dando veramente dei buoni risultati e riguarda la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro. Il dipartimento di prevenzione, insieme ai NOC, controlla tutta la parte relativa alla fase autorizzativa delle strutture e, laddove non siano più presenti tali autorizzazioni riguardo alla sicurezza degli ambienti di lavoro, nonché rispetto a tutte le norme igienico-sanitarie relative alla legislazione assai complessa che porta le strutture ospedaliere all'accreditamento, il gruppo può sospendere il contratto. L'accreditamento, però, non si sospende in automatico, ma si danno delle prescrizioni e un tempo limite entro il quale la struttura deve rispondere, altrimenti perde l'accreditamento che è proposto dalla ASL ed è deliberato dalla Giunta regionale (quindi anche la revoca dell'accreditamento è una funzione della Giunta regionale). Troverete comunque nella documentazione ogni atto a supporto di quanto stiamo dicendo. Ho anche portato una memoria sulla conduzione dei controlli, nonché la delibera sulla legge 2 aprile 2007, n. 8, «Disposizioni in materia di attività sanitarie e socio-sanitarie» insieme al suo collegato.

Nel 2007 le regole sui controlli vengono cambiate, dando alle ASL una funzione molto più specifica e forte all'interno delle strutture. Già nel 2005 e 2006 ci eravamo occupati di questo problema, perché in un sistema complesso come quello sanitario – mi riferisco naturalmente alla mia ASL e alla regione Lombardia, dove in questo momento lavoro – è abbastanza ovvio che ci possano essere degli enti che approfittano e cercano in qualche modo di avere un utile maggiore di quello programmato.

Le regole precedenti prevedevano che le ASL avvertissero con un congruo anticipo le strutture sulle cartelle che andavamo a controllare, ma questo ha un senso logico e non è un elemento che aggrava il problema, cui prima ho accennato. Infatti, la codifica di una scheda di dimissione ospedaliera (SDO) non avviene in modo casuale, vi è tutto un processo da seguire: è necessaria la firma del primario che chiude la cartella e poi il deposito della cartella stessa nell'archivio dell'ospedale.

Spesso tali archivi non coincidono con la struttura ospedaliera, ma sono altrove, per cui per avere o cercare le cartelle occorre del tempo; bisogna pertanto avvertire la direzione sanitaria delle cartelle che si vanno a visionare. È praticamente impensabile chiedere e andare a vedere la car-

tella che non sia dell'anno corrente ma, ad esempio, dell'anno 2003. Lo può fare la Guardia di finanza o i NAS perché, essendo ufficiali di polizia giudiziaria, possono sequestrare l'archivio e tutte le cartelle relative all'anno in questione, portandole via o lasciandole lì. Non è questa l'attività della ASL, né potrebbe esserlo. Inoltre, a mio parere, mettere le mani su una cartella clinica a posteriori è pressoché impossibile. Aggiustare infatti una cartella clinica e metterci le mani, perlomeno in regione Lombardia, dopo che la struttura ha inviato il flusso alla ASL di competenza ed essa lo ha codificato e inviato alla Regione (il che avviene mensilmente), ci darebbe la possibilità di andare a scoprire la truffa in tempi estremamente rapidi, perché controlliamo il flusso, la cartella e constatiamo che essa è stata cambiata. Ma chi fa questo tipo di attività non credo si perda in queste banalità.

C'è poi un terzo motivo che chi è medico riesce a vedere; la filiera per cui si arriva alla firma, alla fine della degenza di un paziente in una divisione ospedaliera, fino al deposito della cartella nell'archivio dell'ospedale, è estremamente lunga, prevedendo l'interazione di diverse persone, il primario, il dirigente di struttura complessa, gli altri dirigenti; per la cartella infermieristica vi è il personale addetto, gli amministrativi e chi alla fine codifica. Quindi, rimettere in piedi una filiera di questo tipo per andare a modificare delle cartelle, perché abbiamo preavvisato la struttura con 48 ore di anticipo o anche di più che intendiamo vedere le cartelle, mi sembra abbastanza improponibile, anche se a questo mondo tutto può succedere e la gente si attrezza mentalmente per riuscire a superare il controllore nell'ambito dei controlli.

In questa tematica estremamente complessa che si è sviluppata negli ultimi mesi e di cui hanno parlato anche i giornali, la materia era molto complicata, soprattutto, in merito a tre tipologie. Anche di tale questione vi lascio i resoconti finali e le delibere da me predisposte di costituzione della commissione. Si è proceduto con queste commissioni avvertendo comunque gli organi inquirenti, perché non vogliamo interagire con problematiche che non sono di nostra pertinenza, ma aspettiamo la decisione del magistrato per poi prendere i nostri provvedimenti.

Le commissioni si sono interessate in modo particolare di tre problemi. Una commissione si è occupata della polisonnografia, insieme di indagini che si occupa dell'individuazione dei disturbi e delle alterazioni del sonno e del ritmo sonno-veglia; un'altra dell'emorroidectomia e dell'intervento di Longo, due tipi di interventi su patologie emorroidarie. L'intervento di Longo si effettua con una macchinetta monouso (senza entrare in una disquisizione clinica), utilizzata in questo momento, e che produce un aumento dei costi. L'intervento di tipo tradizionale ha invece un altro costo. Vi sono poi le commissioni di chirurgia plastica ricostruttiva. Al riguardo, gli esperti nominati, tutti appartenenti a strutture pubbliche di Milano, tranne qualcuno di fuori Milano (non ricordo con precisione, ma nei documenti che vi lascio troverete tutta la relativa documentazione e le conclusioni della commissione), hanno tratto delle conclusioni che non sono esaustive. Questo per dirvi che non è così semplice effet-

tuare dei controlli e togliere sul *diagnosis related group* (DRG) determinate prestazioni perché alcune sono da una parte e altre dall'altra e ancora si sta discutendo molto di tale questione. Gli esperti di alcune di queste commissioni hanno chiesto addirittura di formare una commissione di studio permanente, di vagliare con più attenzione la letteratura internazionale e tirar fuori magari delle modificazioni a questi documenti, che sono stati inviati anche alla procura della Repubblica di Milano, ai due magistrati che sono stati da voi auditi, affinché ne prendano atto e possano farlo con i loro esperti, non entriamo quindi in ciò che la magistratura sta facendo.

Certo, è un grande problema, di difficilissima soluzione tecnica, soprattutto relativamente ad alcune patologie non ancora ben codificate. Devo dire che forse il Ministero farebbe bene a mettere le mani su problemi che sono veramente di ordine e grandezza non facilmente riconducibili ad una singola ASL, ma forse neanche ad una Regione, perché tutto il Paese dovrebbe avere direttrici abbastanza univoche su queste problematiche.

Voglio fare un esempio per chiarire la questione sul problema che ritengo più importante anche dal punto di vista degli attuali organi inquirenti di Milano, facendo però una premessa di carattere generale: laddove c'è il falso ideologico, cioè la truffa, e viene riconosciuta, non dobbiamo discutere di niente. Se la struttura dice di aver fatto «A» e il cittadino non ha ricevuto «A», ma gli è stato fatto altro o niente, c'è poco da discutere; è in tal caso necessario procedere con severe punizioni e con il recupero delle somme. C'è invece da discutere sui problemi che non sono facilmente codificabili. Ad esempio, nel campo della chirurgia plastica ricostruttiva, uno dei problemi su cui sono andati molto a fondo, è che alcune di queste metodiche si utilizzano nei sieropositivi: il sieropositivo è o non è un ammalato? Sono presenti molti medici e mi piacerebbe avere una risposta. Secondo il medico legale, esiste una causa effetto tra sieropositività e malattia conclamata, che poi è l'AIDS. Se usiamo questa metodica, molti dei malati, che sono spesso giovani sieropositivi, si sottopongono a determinate terapie.

BODINI (*Ulivo*). Sieropositivi all'HIV?

MOBILIA. Sì, per l'AIDS. In merito a questa problematica, il quesito che ho posto al nostro servizio di medicina legale, e su cui stiamo ancora lavorando, è il seguente: il sieropositivo è malato oppure no? Infatti, si deve considerare che in questi casi il paziente si sottopone ad una serie di interventi di chirurgia plastica: si tratta in pratica di iniettare nel sottocutaneo dei prodotti per compensare la perdita di tessuto cutaneo dovuta alla terapia che lui fa per non ammalarsi di AIDS. Non so se sono stato chiaro. Neanche io al riguardo so darvi una risposta: se lo consideriamo malato, ha diritto ad avere questa prestazione, se non lo consideriamo tale, non vi ha diritto. Tuttavia, senza tale prestazione, la maggior parte

di questi pazienti rifiuta la terapia, diventano pericolosi per se stessi e per gli altri e si ammaleranno di AIDS. Chi rompe questo cerchio?

Secondo me, il Ministro su queste problematiche dovrebbe dire qualcosa cui poi noi amministratori ci uniformeremo. Non voglio gettare scompiglio, ma sono questi i problemi grossi da sottoporre a una verifica. Sono un medico e ho un taglio particolare nella visione sociale del problema. Pertanto, dal mio punto di vista, ritengo che, se riusciamo a non far ammalare un paziente, quindi ad effettuare diagnosi precoci e una prevenzione secondaria di tipo adeguato affinché questo soggetto non si ammali di AIDS, facciamo cosa buona e gradita alla nostra popolazione; se, invece, lo spingiamo a scansare le cure per evitare i danni della terapia cui si sottopone il sieropositivo per non ammalarsi, forse socialmente non ci stiamo comportando bene. Ripeto, però, che questo è un mio intendimento.

Prima vi ho dato una serie di informazioni relative al recupero delle somme. Vorrei tranquillizzare questa Commissione circa il fatto che noi abbiamo uno spazio enorme di recupero delle somme. Infatti, il fatturato della ASL quest'anno si aggira attorno ai 2 miliardi di euro (1,905 miliardi di euro per la precisione); tale somma, quindi, è talmente elevata che riusciamo a recuperare uno scostamento di 20, 25 o 30 milioni di euro in poche settimane. Inoltre, a fine anno la ASL non paga un saldo, ma, come vuole la regione Lombardia, un anticipo del 90 per cento e forse anche qualcosa in meno per una maggior sicurezza. Visto che in questo momento, a seguito di tutte le indagini che sono in corso sulle strutture di Milano, abbiamo bloccato molti saldi, abbiamo disponibilità assolutamente sufficiente ad evitare un eventuale danno erariale, laddove questo sia dimostrato dall'autorità inquirente: non c'è, quindi, danno per la regione Lombardia e per lo Stato dal punto di vista economico, perché noi recuperiamo queste cifre. In più, la legislazione della regione Lombardia ci permette il recupero su qualsiasi esercizio senza vincoli: ad esempio, se stiamo svolgendo dei controlli o abbiamo effettuato dei sequestri riferiti al 2003, perché magari le cartelle sono errate, possiamo recuperare quella somma relativa al 2003 anche nel 2006, 2007, 2008, o quando sarà. Quindi da questo punto di vista sono tranquillissimo, altrimenti sarei veramente preoccupato per una perdita di 30-40 milioni di euro.

Era poi mia intenzione tranquillizzare questa Commissione circa la nostra capacità di recuperare anche somme derivanti da eventuali accertamenti di reato da noi condotti; tuttavia, laddove l'autorità inquirente, a seguito di ulteriori accertamenti di reato, dovesse indicarci un eventuale recupero di somme, noi siamo in grado di effettuarlo in tempi brevissimi, anche con gli interessi legali. Questa attività, di cui abbiamo sistematicamente informato la procura, non è sorta all'improvviso perché sono stati fatti accertamenti da organi terzi; tutto è partito da nostre segnalazioni.

Questo significa che il sistema dei controlli nella regione Lombardia, pur non essendo perfetto e potendolo perfezionare sempre di più, è certamente un buon sistema di controllo. Dal 1998 al 2006 abbiamo trasferito alla magistratura - ho disaggregato i due dati per comodità - 977 segna-

lazioni, non solo sui DRG, ma su tutto l'ambito di eventuali segnalazioni, come ad esempio sull'igiene, sugli alimenti e su tanti altri aspetti; inoltre, solo nel 2007 abbiamo effettuato 215 segnalazioni. Se ci si chiede se possiamo fare meglio ed evitare che queste frodi si ripetano, rispondo che certamente è possibile, anzi il vostro contributo può essere prezioso a questo dibattito; tuttavia, credo che evitare al 100 per cento che qualcuno faccia il banditello sia impossibile nelle cose umane.

Attualmente, l'integrazione funzionale tra noi e l'autorità inquirente sta dando frutti ancora migliori; per questo uno dei pericoli che bisogna assolutamente evitare è che si ponga, da un lato, l'autorità inquirente, che vede ovunque il male (queste sono affermazioni di un comandante di Milano), e, dall'altro, noi che dobbiamo cercare di prevenire questi fatti. Diversamente, dall'integrazione di queste due componenti è possibile realizzare risultati veramente ottimi, come quelli che stanno emergendo a Milano. Infatti, in questo momento c'è la massima e più stretta collaborazione con i NAS di Milano, nonché con la Guardia di finanza (che in questo momento è la Forza pubblica che ha indagato maggiormente su tali problemi), ma anche con i due pubblici ministeri con i quali i nostri uffici hanno degli incontri per chiarire le zone grigie. Ripeto infatti che, laddove si vede nettamente un reato, non si deve discutere; tuttavia le zone grigie sono numerose e fare chiarezza su queste aiuta tutti, soprattutto i cittadini.

È opportuno tenere presente, onorevoli senatori, che proprio rispetto ai malati di AIDS il problema è veramente grande: dal bilancio 2007 emerge che a Milano per i residenti spendiamo 59.538.000 euro per taluni medicinali specifici usati come retrovirali, antitumorali, sono cioè medicinali pesantissimi che nessuno prende come fossero vitamine: chi fa uso di questi farmaci sta malissimo, quindi li assume il sieropositivo, il malato di AIDS, chi è malato di cancro o di epatite virale. Ritengo quindi che sia necessario prestare attenzione a non far precipitare tanti sieropositivi verso la malattia dell'AIDS per poche migliaia di euro: questa è una mia responsabilità che non delego a nessuno, neanche a terzi.

A questo proposito vorrei fare un ragionamento di tipo sociale. Il compito delle ASL è tutelare la salute dei cittadini; questo è sancito dalla Carta costituzionale. Tutelare la salute dei cittadini vuol dire interpretare nel modo migliore in un determinato momento le problematiche del singolo cittadino relative alla domanda e al suo bisogno di salute. Se le ASL e il settore pubblico non riescono a dare una risposta adeguata a queste problematiche, hanno fallito il loro compito; noi stiamo buttando via il finanziamento più cospicuo che il Governo darà - come ha sempre dato - a un settore estremamente delicato, come quello della sanità. Spendere bene questi fondi vuol dire rispondere al bisogno di salute del cittadino con appropriatezza, competenza, qualità e quantità di cure.

In Lombardia non esiste più il problema della differenziazione tra pubblico e privato perché l'aver accreditato entrambe le tipologie insieme ha comportato parità di doveri e diritti da parte sia del pubblico che del privato. Inoltre, nell'ultima delibera è stata riconosciuta la qualità di pubblico ufficiale anche alle strutture private, ma anche un migliore utilizzo

delle risorse disponibili e una risposta adeguata ai cittadini, non solo della Lombardia. Infatti, alcune istituzioni di Milano lavorano al 70-80 per cento per cittadini di altre Regioni d'Italia ed è giusto e corretto che sia così. A Milano circa il 30 per cento della produzione è rivolta a cittadini di altre Regioni italiane.

È giusto che sia così. Comunque, attenzione a non calcare la mano su attività che non hanno niente a che vedere con la buona sanità e che in ogni caso vanno perseguite: sono infatti io stesso il primo a dire che tali attività devono essere assolutamente perseguite con estrema severità.

Spero di essere stato chiaro, comunque vi lascio la documentazione.

PRESIDENTE. La ringraziamo per il suo intervento, chiarissimo e, nei limiti del possibile, anche sintetico.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, nel contesto non mi sfugge la complessità dell'ordine dei problemi che stiamo affrontando, né mi è sfuggita quando ho chiesto di promuovere questo approfondimento da parte della Commissione, a partire da alcune notizie di stampa sulle quali poi tornerò. Tale complessità non ci esime però, a mio avviso, dall'approfondire questioni, che hanno avuto anche una grande eco di opinione pubblica, in ordine a controlli e indagini della magistratura che sono in corso. Ciò non tanto al fine, dovuto ed obbligatorio, di segnalare eventuali responsabilità o farne una valutazione come Commissione, quanto al fine, che credo sia quello più foriero di risultati, di mettere a fuoco una serie di osservazioni e consigli che possano essere utili per il futuro e per evitare il ripetersi di situazioni che provocano non solo e non tanto un danno erariale (che deve essere comunque accertato nella sua effettiva entità e non in quella presupposta alla luce delle indagini in corso) quanto un danno per la salute individuale e collettiva. Questo è il quadro nel quale stiamo ragionando.

Mi asterrò da considerazioni di tipo politico, del tutto legittime, ma questo tipo di osservazioni le riserviamo ad un confronto interno alla Commissione, considerando che le valutazioni politiche che facciamo possono essere diverse sia in ordine alle soluzioni adottate che alle proposte da effettuare.

Vorrei però avere alcuni chiarimenti in merito alle questioni emerse dal dibattito. Intanto, sia pure in questo quadro così complesso ed articolato che ci è stato prospettato, non vorrei perdere di vista il vero obiettivo dell'approfondimento che avevo richiesto. Vorrei innanzitutto sapere che tipo di effetti produce un'eventuale condanna per accertamento di un falso ideologico, di una o più truffe, da parte di una struttura che gestisce i servizi; se è previsto inoltre che produca effetti sia dal punto di vista della rimessa in discussione della contrattazione che dal punto di vista del ritiro dell'accreditamento, se dipende dalla gravità delle situazioni. Vorrei comprendere quindi quali sono le conseguenze perché i controlli sono tanto più efficaci quanto più producono delle conseguenze, che non sono solo sanzioni di tipo amministrativo o pecuniario, per quanto ingenti possano

essere (trattiamo sempre di una questione nella quale sono in gioco grandi somme).

La seconda questione, che mi arriva su sollecitazione della relazione che è stata presentata, è che stiamo ragionando all'interno dei DRG come sistema di retribuzione delle strutture ospedaliere; mi interesserebbe mettere a fuoco, a seguito dell'esame della documentazione, che mi riservo di fare, se sia corretto adottare questo sistema. Dovremmo farne una discussione come sistema di remunerazione e non come sistema di controllo di gestione perché, tra l'altro, nasce così. Certamente, però, rispetto alla complessità sono rimaste inevase due domande sulle quali, anche con calma e in un momento successivo, mi piacerebbe ricevere una risposta.

Dal punto di vista formale, ho promosso e sollecitato l'inchiesta, con la condivisione del Presidente, alla luce di dichiarazioni comparse sulla stampa; tra queste dichiarazioni ve ne erano alcune rilasciate da dirigenti della regione Lombardia, che dichiaravano la debolezza mostrata dal sistema della loro Regione rispetto a questa indagine in corso da parte della magistratura. Anche al fine di poter adottare o dare indicazioni, mi piacerebbe conoscere se tali dichiarazioni comparse sulla stampa rispondono o no al vero e, nel caso in cui siano vere, quali sono le ragioni che di fronte a questa inchiesta avrebbero fatto pensare alle cosiddette beghe del sistema, all'impossibilità di funzionamento di quel sistema così come era, e se esso è stato successivamente adeguato.

Inoltre vorrei sapere quali sono le conseguenze di irregolarità gravi e ripetute, se ci sono e che tipo di rilievo hanno, non tanto sotto il profilo quantitativo, ma sotto il profilo della qualità del servizio, della sicurezza e dell'affidabilità di quel gestore.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, per quanto riguarda il problema dell'AIDS, come credo il dottor Mobilia sappia, la diagnosi viene posta non tanto sulla sieropositività quanto sul rapporto t4-t8. Al momento in cui si riduce il numero assoluto di questo *subset* di linfociti, scatta di fatto la malattia e con essa la terapia. Quindi, nel momento in cui un individuo comincia la terapia, ha diritto a tutte le cure per combattere anche gli effetti collaterali. Credo anche che le strutture che curano l'AIDS, almeno in Lombardia, sono tanto professionali da poterci mettere la mano sul fuoco.

Per quanto riguarda il sistema di controllo, che ritengo corretto nei termini da lei esposti (vale a dire che funziona dal punto di vista della verifica, dell'appropriatezza delle schede e quant'altro), credo che possa avere delle pecche negli eventi sentinella che mettono in evidenza situazioni di difficoltà o irregolarità. Forse, in questo senso, c'è bisogno di una sensibilizzazione, così come credo essa sia necessaria sul problema dell'appropriatezza delle prestazioni. Oggi ci troviamo infatti a parlare di prestazione erogata o comunque di DRG quantificato rispetto a quello che è stato fatto durante il corso del ricovero; non abbiamo alcun controllo per verificare che ciò che è stato fatto in corso di ricovero sia realmente adeguato.

Credo che si potrebbero apportare dei miglioramenti perché, per esempio, in base al percorso che il paziente ha fatto rispetto ai sintomi di ingresso, lei sa che varia molto il DRG finale, e di questo sulla SDO non c'è traccia. Da questo punto di vista, e non è solamente un problema della Lombardia ma generale, le SDO andrebbero migliorate.

**PRESIDENTE.** Credo che ci dovrà rispondere soprattutto nello spirito in cui è stato ascoltato e ci interessiamo alla vicenda riportata dalla senatrice Emprin Gilardini, cioè di avviare un'inchiesta sulle altre Regioni e sul territorio nazionale, perché abbiamo anche un aspetto di laboratorio, di prova di questi controlli da considerare.

Sono molto interessato al percorso della scheda di dimissioni in sé. In realtà, infatti, se stiamo a quanto è previsto dalla legge, i tempi di consegna di una cartella definitiva sono molto ampi, così come i tempi in cui si possono apportare correzioni e modifiche alla cartella medesima. Allora, al riguardo vorrei capire bene come ci si regolerà e quale sarà il metodo.

Inoltre, vorrei avere una migliore definizione di chi è il custode e sostanzialmente il responsabile della cartella clinica perché, se il medico è responsabile dell'atto clinico, così come viene posto sulla cartella, durante quel percorso ha tutta una serie di responsabilità che non sono più controllate direttamente da quel clinico. Inoltre – mi perdoni – ma vorrei far rilevare che anche nell'ambito del computo delle responsabilità, qualche volta sulla questione delle cartelle c'è un rimpallo in cui il magistrato persegue l'idea che il responsabile sia quello che è direttamente coinvolto, mentre poi, in realtà, le responsabilità sono di terzi.

Su tali questioni mi aspetterei un riferimento non tanto al quadro giuridico, che io personalmente ho ben presente, come penso anche i colleghi della Commissione, quanto alla sua applicazione.

**MOBILIA.** Vorrei dire alla senatrice Emprin Gilardini che nella documentazione depositata vi è traccia anche di quello che noi facciamo quando una struttura è indagata: sospensioni di contratto per due mesi, la chiusura di alcune divisioni, la richiesta alla Regione di levare l'accreditamento. E queste non sono parole: ho portato i relativi documenti anche in copia conforme.

**EMPRIN GILARDINI (RC-SE).** Mi sembra esagerato.

**MOBILIA.** No, non lo è, a mio avviso, perché ritengo opportuno che la documentazione a disposizione dei membri di una Commissione parlamentare di inchiesta sia formalmente corretta. Quindi nella documentazione potrà trovare le informazioni in merito a ciò che succede a chi si comporta male.

PRESIDENTE. A questo punto, data l'opportunità di consentire al dottor Mobilia di rispondere in modo esauriente ai quesiti posti dai senatori intervenuti, dobbiamo chiedergli di rendersi disponibile a tornare un'altra volta; in ogni caso ci ha portato del materiale interessante.

Ringrazio pertanto il dottor Mobilia e rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15,20.*





