

(I lavori iniziano alle ore 14.33 con l'esame delle interrogazioni a risposta immediata, ai sensi dell'articolo 100 del Regolamento interno del Consiglio regionale)

OMISSIS

Interrogazione a risposta immediata n. 1874 presentata da Grimaldi, inerente a "Dati sulla mobilità passiva in Piemonte"

PRESIDENTE

Proseguiamo i lavori con l'esame dell'interrogazione a risposta immediata n. 1874. La parola al Consigliere Grimaldi per l'illustrazione.

GRIMALDI Marco

Grazie, Presidente.

Di certo avrete letto i giornali. L'altro giorno, in occasione della Conferenza annuale dei centri di senologia e della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, organizzata proprio qui a Torino, all'Ospedale Cottolengo, è stata illustrata la situazione della cosiddetta "mobilità passiva" fra le pazienti, soprattutto quelle colpite da tumore maligno alla mammella.

A quanto abbiamo appreso dai giornali e abbiamo letto, i trattamenti fuori regione sono in aumento; in questa Conferenza si diceva che erano il dieci per cento nel 2012, l'11 nel 2013, il 12 nel biennio 2014-2015 e il 13 per cento lo scorso anno.

Dal flusso si avvantaggiano essenzialmente, come in tanti altri lavori e ricerche che abbiamo letto negli scorsi anni, le tre Regioni più prossime alla nostra, quindi la Lombardia, la Liguria e la Toscana. Mentre a Torino e nel Piemonte sud-ovest il fenomeno è comunque poco diffuso, cioè queste percentuali, tutto sommato, non sono inquietanti, si registrano alte percentuali soprattutto nel Piemonte nord-est e sud-est, rispettivamente il 33 e il 23 per cento.

Come sapete, l'esodo dei pazienti, in parte effetto della chiusura delle strutture sotto soglia, con un volume di interventi inferiore ai 150 l'anno, è in gran parte legato ad altri fattori: diversi investimenti in ambito chirurgico, scarse soprattutto nell'Alessandrino e nel Novarese, e tempi di attesa troppo lunghi che, in parecchi casi, superano la media dei 30 giorni.

Qui vi è un fatto un po' increscioso, come avevamo detto in Conferenza dei Capigruppo; probabilmente l'Assessore non ne potrà niente, nel senso che è una richiesta che doveva essere soddisfatta soprattutto dai suoi Uffici e anche da degli istituti di ricerca, però è giusto ricordarlo.

Nel maggio dello scorso anno il Gruppo SEL ha presentato un'interpellanza (la n. 1071) rimasta inevasa, sulla mobilità sanitaria interregionale passiva, sottolineando il rischio che alcuni medici e i soggetti che svolgono la propria attività in Piemonte usino la convenzione con il Servizio Sanitario piemontese, per portare i propri pazienti in cliniche situate in altre regioni.

Questo lo avevamo fatto perché, come ricorderà l'Assessore, c'erano stati diversi casi di annunci dentro istituti che svolgono una funzione pubblica, addirittura che promuovevano l'uso delle navette per portare i pazienti in altre regioni. Quello che sottintendeva, però, la nostra richiesta era se in questa mobilità passiva eravamo proprio sicuri, al 100 per 100, che

questi pazienti effettivamente si spostavano in altre regioni. Ci chiedevamo se non c'erano dei casi di *shifting* di fatturazione, cioè se in qualche modo questa presenza dei privati in Piemonte non fosse l'avamposto per portarli in altri sistemi sanitari e, magari, in altre regioni, ma soprattutto se non ci fossero anche fenomeni di fatturazione diversa dal luogo in cui venivano svolte le pratiche.

Nell'interpellanze, inoltre, si chiedeva se esistessero studi e analisi aggiornati sulla mobilità passiva in Piemonte, se vi fosse una correlazione fra le cure effettuate fuori dal territorio piemontese e le liste d'attesa delle ASL di riferimento, com'erano suddivisi per prestazioni erogate da altre regioni (325 milioni di spesa sanitaria), se si conoscesse la città o l'ASL di appartenenza dei cittadini che avevano ricevuto prestazioni fuori regione e quante prestazioni fatturate fuori Piemonte fossero erogate da soggetti che operano e hanno anch'essi sede in Piemonte. Vorremmo capire se c'è la correlazione fra la fatturazione e i soggetti.

Arrivo alla fine, Presidente.

I dati più recenti che abbiamo sulla mobilità passiva risalgono al 2013 e indicano, per il Piemonte, uno sbilancio in negativo di 55 milioni di euro; un saldo fra i 270 milioni di introiti da mobilità attiva e 325 di passivo.

L'IRES e l'Assessorato alla sanità, a quanto pare, non hanno avviato, da allora, nuove ricerche ASL per ASL, territorio per territorio, come avevamo chiesto, né sulla mobilità passiva, ma soprattutto per comprendere da dove vengano e cosa cerchino i piemontesi che spendono più di 350 milioni di euro in altre strutture.

Insomma, interroghiamo l'Assessore per conoscere i dati aggiornati sulla mobilità passiva in Piemonte, ma soprattutto le strategie in contrasto del fenomeno.

PRESIDENTE

Grazie, Consigliere Grimaldi.

Nel ricordare a tutti che avete tre minuti per illustrare le interrogazioni, do la parola all'Assessore Saitta per la risposta.

SAITTA Antonio, *Assessore alla sanità*

Grazie, Presidente.

Risponderò puntualmente alle questioni poste dal collega, ricordando un fatto, una procedura.

I dati puntuali richiesti, in ordine ai luoghi dove ci si sposta, ma anche al fatturato, sono il risultato di uno scambio di documentazione e di certificazione da parte delle Regioni, che avviene in modo incrociato, e che per la sua complessità arriva dopo un anno e mezzo/due.

La situazione è un po' diversa per quanto riguarda la senologia, perché si sta dimostrando che la rete oncologica ha la possibilità di studiare attentamente la mobilità e, quindi, di capire dove si possono fare gli interventi.

Darò, quindi, delle risposte su questo tema, però, per quanto riguarda i dati più complessivi del sistema, dobbiamo aspettare ancora qualche mese, perché questo è il periodo di scambio tra le Regioni, poi c'è una certificazione generale contenente un quadro completo delle strutture che ricevono e anche il trasferimento di risorse.

Per la senologia, quindi, anche se abbiamo alcuni dati abbastanza precisi, credo che per un giudizio complessivo occorra attendere tutto il 2017, il che vuol dire anche il dispiegarsi delle azioni che abbiamo intrapreso.

Se risulta verosimile l'aumento di qualche punto, va ricordato, come il Consigliere Grimaldi ha fatto, anche l'azione di riordino della rete oncologica secondo il modello hub e *spoke*: delibera del novembre 2015, per cui non dobbiamo dimenticare che i risultati di cambiamenti sanitari di tali dimensioni richiedono il giusto tempo per vederne gli eventuali effetti positivi.

A ogni modo, è possibile accertarsi, sul sito della rete oncologica, che ogni centro ha definito un gruppo interdisciplinare di cura con il relativo responsabile, un referente per ciascuna disciplina, ma ha anche elaborato un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale consultabile anche dai cittadini e che gli esiti, a distanza nel tempo, quali la sopravvivenza a cinque anni (perché poi bisogna vedere anche gli esiti) delle donne piemontesi colpite da carcinoma della mammella, è tra le più alte.

Questo è un dato che vale la pena ogni tanto ricordare: la sopravvivenza è più alta rispetto ad altre Regioni.

Si stanno monitorando alcune criticità e programmando interventi di *audit* locali per affrontarle: tra queste permangono prioritari gli interventi organizzativi per ridurre i tempi di attesa.

Diviene fondamentale vedere il dato 2017 ma, come dicevo, i tempi non sono ancora maturi per dare un giudizio complessivo.

In ogni caso, alcune azioni per contrastare questo fenomeno sono già state assunte alla fine dello scorso anno.

Primo, l'implementazione della rete oncologica secondo il modello hub e spoke con il rafforzamento dei modelli di presa in carico delle pazienti e il consolidamento e richiamo dei centri hub.

Secondo, interventi in capo alle Aziende sanitarie finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa e della mobilità passiva, già oggetto di obiettivo assegnato ai Direttori.

Alla fine dell'anno, quindi, avremo modo di verificare i risultati degli obiettivi che abbiamo assegnato. Inoltre, c'è un elemento che abbiamo indicato negli obiettivi assegnati ai Direttori, relativo alla negoziazione delle attività da acquisire dal privato accreditato piemontese, cui è stato assegnato anche un compito di riduzione della mobilità per alcune discipline.

Alcune precisazioni, per evitare che quell'articolo a cui fa riferimento dia il senso di una situazione che non corrisponde alla realtà.

I ricoveri per carcinoma della mammella dal 2012 al 2016 in Piemonte sono aumentati del sette per cento (da 4.146 a 4453). È un aumento preoccupante.

Gli interventi effettuati in strutture non individuate come centri di senologia si sono ridotti dal 17 al sei per cento, quindi c'è un dato positivo.

La percentuale dei casi trattati nelle breast unit è salita, che era l'obiettivo, dall'83 al 94 per cento. Dei 259 interventi avvenuti ancora fuori dalle sedi previste, 174 sono stati in strutture pubbliche e 84 in strutture accreditate. Il numero delle strutture accreditate è di 89.

I ricoveri per carcinoma della mammella riguardanti cittadine piemontesi negli stessi anni sono aumentati dell'11 per cento, rispetto al sette per cento dei casi trattati nelle strutture della Regione.

Questo ha significato un aumento dei casi di mobilità passiva dal dieci al 13 per cento, con circa 500 donne trattate nel 2016 in strutture di altre Regioni. Qui parliamo di dati del 2016, poi vedremo quelli del 2017 che, sulla base delle azioni, dovrebbero provocare effetti di invertire la tendenza.

Il fenomeno, com'è stato ricordato, riguarda prevalentemente le aree del Piemonte nord-ovest e sud-est, ma è di scarso rilievo nell'aria sud-ovest e presenta una lieve positività nell'area metropolitana torinese.

Ho i dati ASL per ASL e glieli posso fornire.

Il quadro è questo.

Incominciamo quindi ad avere, attraverso i dati della rete oncologica, una certa precisione della mobilità per completare questi dati. Occorre questo scambio di informazioni con le altre Regioni. È chiaro che, per quanto riguarda la parte oncologica, attraverso la rete siamo già nella condizione di poter governare il processo e di assumere iniziative tese a modificare la tendenza in corso.

Il dottor Bertetto mi dice che già a partire da quest'anno ci dovrebbero essere questi obiettivi, che poi lui ha il compito concreto di attuare, attraverso azioni assunte insieme ai Direttori generali.

Il quadro più completo, relativamente al privato accreditato, ci sarà nei prossimi mesi. In ogni caso, per quanto riguarda il privato accreditato, abbiamo già anche il numero con una certa precisione.

PRESIDENTE

Grazie, Assessore.

OMISSIS

(Alle ore 15.50 la Presidente dichiara esaurita la trattazione delle interrogazioni a risposta immediata)

(La seduta ha inizio alle ore 15.51)