

### 3.7. Considerazioni finali.

Si possono distinguere due ordini di considerazioni finali: le prime vertono su alcune problematiche ancora aperte, in attesa di perfezionamento/soluzione, ovvero su criticità ancora molto evidenti; le seconde costituiscono elementi di sintesi del lavoro complessivo.

#### 1) Gestione del CUP – Centro Unico Prenotazioni del Sistema Sanitario Regionale siciliano.

Purtroppo, si deve prendere atto che tale problematica è ancora in via di soluzione. Il progetto ha avuto un lungo periodo di stallo, originatosi dalla messa in liquidazione della società regionale preposta all'attivazione tecnica del progetto, la Sicilia e-Servizi. Solo da poco tempo la predetta società è stata riportata *in bonis*. Il CUP metropolitano di Palermo ha riguardato le tre aziende – ASP Palermo, ASP Trapani e Arnas Civico, che utilizzano attualmente lo stesso sistema operativo. Nel corso del mese di novembre 2012, d'accordo con le tre aziende, sono state definite le prestazioni da porre in circolarità sovra aziendale.

Il processo riguarderà anche l'azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello e l'AUOP Palermo, che hanno aderito al CUP Sicilia e-servizi: l'azienda Villa Sofia-Cervello mediante integrazione del proprio CUP locale con il CUP di Sicilia e-Servizi e l'AUOP mediante adesione al sistema CUP di Sicilia e-Servizi.

Successivamente il processo riguarderà la fornitura di *software* SOVRACUP alle altre aziende sanitarie dell'intero territorio isolano<sup>(74)</sup>.

Come può evincersi non vi sono certezze sui tempi e sulle modalità attuative puntuali. Si rileva la necessità, altresì, di un potenziamento del CUP dell'ASL 6 di Palermo<sup>(75)</sup>.

#### 2) Gestione dei punti nascita (riduzione da 70 a 43 strutture).

Sono stati soppressi ventisette punti nascita che non raggiungevano lo standard di 500 parti all'anno, conformemente alle prescrizioni emanate con decreto assessoriale del gennaio 2012, che prevede, a regime, un numero di 1000 parti l'anno, nell'arco del triennio.

La rete del parto è stata riorganizzata in 15 punti nascita di secondo livello (strutture con una media di 1500 parti l'anno) dotate di UTIN, rianimazione e pediatria, e 27 reparti di primo livello (con uno standard tra 500 e 1000 parti), con minori servizi, ma dotate del trasporto materno e neonatale, per eventuali trasferimenti in un ospedale di secondo livello.

(74) Così è stato riferito dagli uffici del dirigente generale dell'Assessorato regionale, in data 28 novembre 2012.

(75) Sono 27 i punti CUP dell'ASP 6, 9 dei quali nella città di Palermo. A titolo esemplificativo, le prenotazioni effettuate nel mese di ottobre 2012 sono state complessivamente 66.305, delle quali 32.402 a Palermo. Le prenotazioni registrate attraverso il *call center* telefonico sono state, invece, 6169.

Sono stati mantenuti alcuni punti nascita, anche se il loro numero è inferiore ai 500 parti, in virtù di alcune deroghe motivate dalla collocazione in zone territoriali difficilmente raggiungibili dai mezzi di soccorso in tempi congrui.

### 3) *Riforma dei laboratori di analisi.*

Nella riforma dell'Assessore Russo, la cui attuazione peraltro slitterà al 2014, è ritenuto necessario un numero minimo di 100.000 prestazioni. Le strutture si sono già ridotte da 683 a 470. Sono previsti criteri di gradualità in vista della contrattualizzazione dal 1° gennaio 2013.

Fra i requisiti indicati dalla riforma, merita menzione quello della registrazione al controllo regionale di qualità, nonché la partecipazione obbligatoria alle valutazioni esterne di qualità promosse dalla Regione.

È stata rinviata l'attuazione della riforma, dopo le sentenze di sospensiva dei TAR, con conseguente blocco, insieme ad altri adempimenti da compiere da parte della Regione, dell'ulteriore quota di 240 milioni che sarebbe stata assegnata dallo Stato<sup>(76)</sup>.

### 4) *Osservatorio regionale sui dispositivi medici.*

L'Osservatorio regionale si è rivelato uno strumento inefficace rispetto agli obiettivi di risparmio.

I risultati attesi non sono stati del tutto raggiunti e l'organo si è rivelato uno strumento non idoneo al raggiungimento degli obiettivi, così come dichiarato dal dirigente responsabile del servizio 3<sup>(77)</sup>.

### 5) *Governance apicale delle aziende sanitarie regionali.*

Stando al giudizio dell'Agenas sui direttori generali delle aziende sanitarie, su 17 direttori nominati, tre sono stati rimossi, due si sono dimessi e sei sono stati valutati negativamente; in totale, dunque, per ben 11 su 17 direttori nominati, il giudizio non è stato positivo<sup>(78)</sup>.

Questo punto è di rilevante gravità, poiché i soggetti sono stati scelti, direttamente, dal Governo regionale, dall'Assessore e i risultati sono stati valutati dall'Agenas, soggetto terzo su dati e mancati obiettivi raggiunti. Il 31 agosto 2012 è scaduto il loro mandato e l'ex Presidente della Regione ha confermato, in veste di commissari straordinari<sup>(79)</sup> e non più di direttori, il loro mandato.

### 6) *Cardiochirurgia pediatrica a Taormina.*

Non è stata ancora aperta la terapia intensiva neonatale, prevista con decreto assessoriale n. 2536 del 2 dicembre 2011, nonostante le

(76) Cfr. Tavoli ministeriali, verbale del 24 luglio 2012.

(77) *Quotidiano di Sicilia* del 27 giugno 2012.

(78) Cfr. *la Repubblica* del 30 agosto 2012.

(79) In vigenza della norma blocca-nomine, che fino a prossime elezioni, poi avvenute, impedisce di assegnare nuovi incarichi.

rassicurazioni dell'Assessore *pro tempore*, che risalgono a un anno di distanza. Anche la Commissione ha più volte rivolto richieste di chiarimenti all'Assessorato circa i tempi e le modalità di attivazione del predetto centro.

7) *Commissione invalidi ASP Palermo.*

In varie ASP della Regione sono state individuate numerose problematiche che vanno dall'individuazione di componenti delle stesse, ormai defunti, alla revoca di commissioni; da denunce di gestioni clientelari alla presenza di numerosi legami di parentela, con conseguente invio di ispezioni da parte della regione.

8) *Ressa per i ticket – ASP Palermo.*

La situazione di disagio è molto critica, con la necessità, come riportato dalla stampa locale, di trascorrere la notte in auto per il turno, al fine di ottenere l'esenzione. Alle ore otto del mattino, si riscontrano già almeno settanta persone a turno. I dipendenti dell'ufficio sono stati oggetto di aggressione, atti di vandalismo, tanto da ritenere necessaria la presenza di *vigilantes* negli uffici<sup>(80)</sup>.

9) *Situazione dell'intramoenia allargata.*

Dal 30 giugno 2012 è scattato lo stop all'*intramoenia* allargata dei medici pubblici nei propri studi, ma gli ospedali siciliani sono ancora impreparati ad accogliere le visite nei propri locali, come previsto dalla legge.

A Palermo i direttori sono alla ricerca di idonei locali, gli ospedali catanesi non sono riusciti in ciò, mentre altre strutture sono ancora in fase di ricognizione.

10) *Problematica dell'arrivo di nuove attrezzature tecnologiche e della mancanza del personale addestrato all'utilizzo.*

La Sicilia diviene la regione col parco tecnologico più ampio e avanzato d'Italia, ma potrebbe mancare il personale idoneo all'utilizzo delle stesse<sup>(81)</sup>.

13) *Problematiche relative al mancato funzionamento di Sicilia e-Servizi.*

Il mancato funzionamento di Sicilia e-Servizi ha compromesso l'efficienza, ad esempio, del funzionamento della tessera sanitaria e della ricetta telematica (non ancora in corso al 18 febbraio 2012<sup>(82)</sup>).

(80) Cfr. *la Repubblica* dell'11 febbraio 2012, pag. IX, e *Giornale di Sicilia*, pari data, pag. 28, e 9 novembre 2012, pag. 29.

(81) *La Repubblica* 22 novembre 2011.

(82) Cfr. l'intervista alla dirigente Lucia Borsellino, oggi Assessore alla salute, in *Quotidiano di Sicilia*, 18 febbraio 2012, pag. 6.

#### 14) *Situazione della Casa del Sole.*

L'ospedale pediatrico è stato oggetto di atti di vandalismo, e la regione ha disposto nel giugno di quest'anno un'indagine, chiedendo una relazione al direttore dell'ASP di Palermo, sul progetto di riconversione in PTA. La struttura, che ha visto trasferire i suoi reparti per metà al Di Cristina e per l'altra metà al Cervello, avrebbe dovuto essere dotata di poliambulatori specialistici, centri prelievo e altri servizi entro il 31 dicembre 2011.

Si assiste ad un rimpallo di competenze e responsabilità tra le aziende Villa Sofia-Cervello e l'ASP di Palermo, come risulta da fonti di stampa locale<sup>(83)</sup>.

Tra gli aspetti positivi riscontrati nell'ambito del SSR può senz'altro registrarsi il miglioramento degli indicatori della spesa farmaceutica tra il 2011 e il 2010, con un consistente decremento della spesa convenzionale a carico del SSR (-7,3 per cento), così come si registra un miglioramento sul disavanzo della spesa farmaceutica ospedaliera (-12,7 per cento).

Sul piano di restanti criticità si segnalano quelle relative all'articolazione della rete emergenza-urgenza, 118, nonché all'assistenza residenziale e semi-residenziale.

Emerge, da ultimo, una situazione di rilevante riclassificazione di voci, di allineamenti contabili relativamente a crediti e debiti, sia tra le aziende sanitarie regionali e la Regione, sia tra le aziende stesse (*intercompany*), nei rapporti con lo Stato e con la Regione, che hanno interessato i bilanci degli anni 2010, 2011 e anche trovato rappresentazione e sistemazione contabile nell'anno corrente. Tutto ciò richiederà un'analisi che potrà essere effettuata sui bilanci chiusi al 31 dicembre 2012, ed emerge con evidenza dal documento inviato al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute da parte della Regione siciliana (prot. n. 0053645 del 5 luglio 2012).

Si rileva, altresì, da documentazione ricevuta dalla Regione siciliana, che non è stata ancora conclusa, alla data del 5 luglio 2012, l'attività di riconciliazione tra i residui passivi/perenti per contributi in conto capitale iscritti nel bilancio della Regione con i crediti esposti dalle aziende per tale finalità, né l'attività di verifica di tale iscrizione, nel relativo capitolo di bilancio, delle delibere CIPE e dei decreti ministeriali di finanziamento in conto capitale assegnati dallo Stato, nonché degli incassi e dei relativi residui attivi e, pertanto, dei correlati crediti verso lo Stato alla data di bilancio<sup>(84)</sup>.

#### 4. SVILUPPI RELATIVI AL DISAVANZO DELLA ASL N. 1 DI MASSA E CARRARA E AL S.I.O.R.

##### 4.1. *Premessa.*

Anche successivamente all'approvazione della relazione alla Camera sul disavanzo della ASL 1 di Massa e Carrara, il tenace lavoro

(83) Cfr. *la Repubblica*, 28 giugno 2012, pag. 7.

(84) Cfr. il documento KPMG – Ernst Young – Regione siciliana, *Analisi della situazione patrimoniale del Servizio sanitario regionale al 31 dicembre 2011*.

svolto dalla Commissione è riuscito a fare chiarezza su alcuni aspetti del servizio sanitario toscano, inducendo due conclusioni:

l'assistenza sanitaria offerta mediamente in Toscana è di buon livello, sicuramente grazie al lavoro e all'impegno profuso da tanti operatori, adeguatamente formati ed aggiornati nelle tre università della Regione e motivati a dare il meglio in un sistema che in passato è stato efficacemente progettato ed organizzato;

negli ultimi dieci anni il sistema, forse proprio perché ben funzionante, è stato tuttavia attraversato da fenomeni di *mala gestio*, come dimostra il disavanzo della ASL n. 1 di Massa, tanto da lasciare, all'esito dell'inchiesta condotta da questa Commissione, il dubbio che anche al SSR toscano non siano estranee logiche politiche e interessi di carriera vertenti sulle aziende sanitarie, divenute in alcuni casi centrali di creazione di consenso; in tale ottica va interpretata l'ostinazione con cui gli attuali amministratori regionali hanno inventato e poi sostenuto le Società della Salute che rimangono ancora in funzione nonostante la netta censura espressa dalla Corte costituzionale.

Sono gli anni in cui la sanità toscana è stata gestita da Enrico Rossi, prima in qualità di assessore regionale alla tutela della salute e, poi, dal 2010, come presidente eletto.

L'esplosione del « caso Massa », avvenuta subito dopo le ultime elezioni regionali, all'inizio sembrava descrivere una situazione limitata ad una singola azienda mal governata; gli elementi faticosamente raccolti, anche grazie alla strenua difesa del suo operato fatta dal direttore generale, Antonio Delvino, all'epoca costretto alle dimissioni, denunciato alla Procura della Repubblica e raggiunto da una richiesta di risarcimento per oltre 80 milioni di euro, potrebbero configurare un vero e proprio sistema di gestione « politica » del Fondo sanitario regionale, caratterizzato dall'aggiustamento sistematico dei bilanci, che ha determinato recentemente l'iscrizione nel registro degli indagati dello stesso Enrico Rossi, del direttore dell'area economico-finanziaria, dottoressa Carla Donati, del cosiddetto « super-consulente » in ambito economico, professor Niccolò Persiani, nonché di altri personaggi minori, presumibilmente coinvolti nella creazione e nella gestione di tale sistema.

In merito si ritiene utile riportare uno stralcio dell'ordinanza del Tribunale del riesame di Genova (reg. ries. n. 351 del 14 giugno 2012): « In conclusione si addebita al Delvino, il cui ambito di preparazione professionale è quello medico, di non aver rilevato una macroscopica irregolarità che neppure enti e società ben più preparate di lui dal punto di vista professionale avevano individuato, neppure la Regione il cui controllo non può affatto ritenersi formale. Su questo punto vale la pena di notare l'incongruenza insita nell'affidare al direttore generale, laureato in medicina, anche la gestione contabile dell'azienda, gestione di cui egli è ritenuto responsabile, mentre agli organi deputati, quali Collegio Sindacale e soprattutto Regione, spetterebbe solo un controllo formale. È ovvio che così non è poiché gli organi deputati al controllo hanno l'obbligo di procedere ad un controllo reale e non solo formale; in ogni caso stupisce il mancato rilievo da parte della Regione della posta di 60 milioni relativi al

presunto credito per anticipazione poiché, anche solo a seguito di un controllo meramente formale del bilancio, doveva emergere, *ictu oculi*, l'irregolarità di un credito, si badi, vantato proprio nei confronti della Regione ».

Ad oggi non si possono trarre conclusioni definitive e bisognerà attendere che la magistratura svolga il suo compito fino in fondo, ma molti elementi lasciano ritenere che i dubbi sollevati da questa Commissione ed esplicitati nella citata relazione, approvata a maggioranza il 15 febbraio 2012, siano più che giustificati, tanto da portare alcuni esponenti politici nazionali a richiedere che la sanità toscana venga commissariata in tempi congrui per rassicurare i cittadini sulla trasparenza della gestione delle risorse dedicate alla tutela della salute e per garantire una equa distribuzione di tali risorse su tutto il territorio regionale.

La « voragine » nei conti della sanità toscana è infatti la principale causa dei tagli ai servizi di assistenza e cura, nonché degli aumenti dei ticket che oggi patiscono i cittadini della provincia di Massa e Carrara e della Toscana tutta. Proprio in questi giorni, al fine di risparmiare risorse, si stanno attivando le chiusure delle sale operatorie per la chirurgia di elezione destinate a protrarsi per un mese o più; qualche settimana fa il Consiglio regionale votò all'unanimità una mozione che chiedeva di ripensare le fasce di esenzione per lo meno per i malati cronici e oncologici rispetto al ticket di 10 euro sulle prestazioni di diagnostica per immagini, introdotto per esigenze di liquidità. Tale invito è stato fino ad oggi ignorato.

Si riportano di seguito gli elementi di certezza acquisiti lasciando alla magistratura il compito di collegarli tra di loro e di individuare le responsabilità e gli intrecci che hanno portato all'attuale stato delle cose.

#### 4.2. *Le responsabilità accertate ed altre ipotesi di indagine.*

L'ex direttore amministrativo della ASL n. 1, dr. Ermanno Giannetti, è stato condannato in primo grado per una serie cospicua di appropriazioni indebite di denaro pubblico, presumibilmente poste in essere per oltre un decennio; è logico porsi le seguenti domande:

a) Che fine ha fatto il denaro sottratto alla ASL (almeno 1.500.000 euro)?

b) Giannetti si è limitato a farne un uso privato, oppure ha favorito soggetti terzi?

c) Di quali protezioni egli ha goduto per poter eludere i normali controlli che dovrebbero essere esercitati?

Si aggiungono le seguenti considerazioni:

a) Giannetti era molto stimato a livello regionale tanto da aver fatto parte di diverse commissioni di gara o di concorso in altre aziende toscane;

b) lo stesso Giannetti, nel corso dei suoi interrogatori, pare abbia parlato di un « sistema » di aggiustamento dei bilanci la cui regia operativa era nelle mani di Donati e Persiani, noti come gli « uomini del Presidente »;

c) è stato l'onorevole Barani, membro di questa Commissione, a formulare per primo il sospetto che esistessero assegni falsi nel corso dell'audizione dell'assessore Scaramuccia e del commissario De Lauretis del 16 febbraio 2011; le due persone ascoltate avevano negato; ci sono elementi per ritenere che invece ne fossero già a conoscenza;

d) lo stesso Giannetti ha continuato a lavorare per diversi mesi dopo l'11 ottobre 2010, prima di essere licenziato (la data assume rilievo nei termini riportati nella relazione approvata il 15 febbraio 2012).

Come già evidenziato nella relazione alla Camera, le assegnazioni delle quote del Fondo sanitario nazionale alle aziende sanitarie toscane non hanno rispettato le norme vigenti (decreto legislativo n. 502 del 1992, così come modificato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, all'articolo 2, e legge regionale n. 40 del 2005, agli articoli 25 e seguenti); il più diretto collaboratore della dottoressa Donati, dottor Luca Giorgetti, dinanzi alla Commissione regionale di inchiesta sulla vicenda dei bilanci della ASL n. 1, ha affermato testualmente: « ...Se per ora le aziende sovra-finanziate sono tre e sono Lucca, Livorno e Grosseto per ragioni che non conosco, ma evidentemente ...(*intervento fuori microfono*) che hanno di più rispetto a quello che dovrebbero avere, ma quello che dovrebbero avere non è che sia.. voglio dire, è un numero, c'era stato uno studio e poi, per ragioni che non conosco, probabilmente da un lato anche politiche, non ...(*intervento fuori microfono*) ecco, sono queste tre, a svantaggio di altre realtà che sono invece sotto-finanziate e quali sono quelle sotto-finanziate? Tutte le altre. »

Il sottofinanziamento sistematico della ASL n. 1 è stato negato dai vertici regionali e dalla dott.ssa De Lauretis contro ogni evidenza; oggi apprendiamo dalla stampa che, stando ad alcune intercettazioni rese pubbliche, Rossi ed i suoi collaboratori parlavano di ASL sotto-finanziate e di ASL sovra-finanziate.

La pratica delle anticipazioni di cassa riportate nei bilanci regionali come « crediti esigibili » è stata ripetutamente criticata dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti, come riportato nella più volte citata relazione del 15 febbraio 2012; e che la ASL n. 1 necessitasse di liquidità perché evidentemente sotto-finanziata era ben noto ai vertici della Regione, visto che, quando la Corte dei conti contestò il fatto che le anticipazioni di cassa riconosciute dalla Regione alla ASL n. 1 erano nettamente superiori al tetto massimo di circa 31 milioni di euro previsto dalla legge, la dottoressa Donati rispose che l'Ufficio « era al corrente di tale situazione, originatasi in anni addietro e con tutta probabilità dovuta a numerosi fattori ».

A fronte di tale situazione, la Regione Toscana era già intervenuta negli ultimi anni con alcune erogazioni straordinarie di cassa, al fine di riportare i tempi medi di pagamento ai fornitori entro ambiti di

accettabilità. Tali anticipazioni erano appunto riportate nel bilancio regionale come « crediti esigibili ».

Alla luce di quanto ad oggi appurato, si consolida il dubbio che con il sotto-finanziamento della ASL n.1 (e forse di altre ASL) si volesse mantenere un fittizio equilibrio dei conti a livello regionale, ben sapendo che si sarebbe giunti all'emersione di quanto occultato dopo qualche esercizio.

In merito giova ricordare che il credito di oltre 60 milioni per « anticipazione gestione stralcio », presente già nel bilancio 2008, non è stato censurato nel corso della fase di approvazione del bilancio a livello regionale, per poi essere rilevato nel bilancio dell'anno successivo ed utilizzato per richiedere l'avvicendamento dei vertici della ASL, con contestuale commissariamento e denuncia alla Procura della Repubblica, effettuata da Rossi.

È opportuno ricordare che il bilancio 2008 è stato addirittura certificato sulla base di una documentazione richiesta a Persiani, falsificata all'interno della ASL ed inviata alla Deloitte il giorno precedente a quello in cui fu rilasciata la certificazione; Giannetti nega di esserne l'autore e peraltro non poteva avere interesse a falsificare il credito per la gestione stralcio quando risulta che utilizzasse proprio la posta di bilancio della gestione stralcio (per somme infinitamente minori) per nascondere altri illeciti. Si fa presente che Persiani e i suoi collaboratori erano fisicamente presenti nei locali della ASL n. 1 e che erano dotati di *password* per agire direttamente sulla contabilità. Oggi apprendiamo da organi di stampa che Persiani si sarebbe avvalso della facoltà di non rispondere dinanzi al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Massa.

Apprendiamo anche che il disavanzo della ASL n.1 è giunto addirittura a 420 milioni di euro; eppure il disavanzo registrato al 31 dicembre 2009 era di 200 milioni inferiore; cosa è successo in due soli esercizi? È lecito ritenere che le risorse regionali siano state utilizzate per ripianare i debiti pregressi nelle altre aziende sanitarie, continuando a sotto-finanziare la ASL n. 1 come una sorta di « capro espiatorio ».

#### 4.3. *I conflitti di interesse.*

Alcune nomine in questa vicenda sono state viziate da macroscopici conflitti di interesse, poi contro ogni evidenza negati:

a) Il più clamoroso riguarda il prof. Niccolò Persiani; il dr. Delvino, con la sua lettera al presidente Rossi del 18 ottobre 2010, comunicò di aver appreso che Persiani era socio della Taitle, società che già negli anni precedenti alla sua nomina aveva svolto attività di affiancamento per la compilazione dei bilanci alla ASL n. 1, denunciando il conflitto di interesse determinatosi con la sua nomina a consulente del commissario De Lauretis; ciononostante Persiani non venne mai rimosso e continuò ad operare sulla contabilità della ASL per settimane, addirittura dotandosi di una personale *password* di accesso al sistema; lo stesso Persiani avrebbe definito la sua nomina « una relata di arroganza » sua e di Rossi; eppure l'assessore Scara-



muccia in una serie di documenti ufficiali ha negato che ci fosse conflitto di interessi.

b) La dott.ssa Marisa Vernazza, rimossa da Delvino subito prima di rassegnare le dimissioni, con un'azione quanto meno sorprendente fu reintegrata immediatamente dalla dott.ssa De Lauretis nel suo precedente incarico, consentendole di operare direttamente (e per mesi) sulla contabilità.

Appaiono operazioni prive di logica che, per loro stessa natura, autorizzano ad avere legittimi sospetti: proprio le persone che avevano attivamente collaborato alla tenuta della contabilità venivano incaricate di effettuare i controlli; rileviamo ancora che il dr. Manghisi, nominato prima consulente e poi dirigente del settore economico-finanziario della ASL n. 1, si è dimesso dopo qualche mese rinunciando alla dirigenza, evitando di sottoscrivere il consuntivo 2010.

Ad oggi, poi, non risulta essere stato nominato il nuovo direttore amministrativo della ASL, lasciando un vuoto di potere che è al limite della legittimità; degno di nota è che lo stesso Pescini, nominato nel 2011 dalla De Lauretis direttore amministrativo sia stato ora « promosso » a dirigere l'area economico-finanziaria in Regione.

Da queste considerazioni, oltre che da accuse di Giannetti riportate dalla stampa, nasce il sospetto che le operazioni di verifica siano state condotte in maniera non libera, forse addirittura tutelando qualcuno in danno di altri. La presenza di alcune strane anomalie nella nota integrativa del 2008, oggetto di denuncia dell'onorevole Barani alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Massa, meritano tuttora un'indagine approfondita da parte della magistratura.

#### 4.4. *Il ruolo del SIOR ed il « buco » della ASL n. 1.*

In premessa, va evidenziato che in alcuni casi i vertici della Regione si sono rifiutati di rispondere alle richieste di chiarimenti rivolte da questa Commissione e dalla Commissione di inchiesta sulla ASL 1 istituita presso il Consiglio regionale toscano:

a) Enrico Rossi non ha mai risposto alle domande che gli sono state rivolte dopo la sua audizione del 17 novembre 2009 in qualità di assessore regionale alla sanità;

b) Bruno Cravedi, presidente del SIOR, ha risposto negativamente alla richiesta di documenti formulata dall'onorevole Barani, per poi inviare alcuni documenti solo dopo l'ulteriore richiesta dell'allora presidente di questa Commissione, on. Leoluca Orlando;

c) Rossi ha fatto pervenire due richieste di risarcimento all'onorevole Barani, sostenendo di essere stato danneggiato dalle dichiarazioni rilasciate dall'onorevole nell'ambito del suo ruolo istituzionale, respinte dalla Camera dei deputati con due distinte deliberazioni di insindacabilità, la prima il 9 maggio 2012 e la seconda il 13 dicembre 2012;

d) I quattro direttori che compongono l'assemblea del SIOR hanno richiesto all'onorevole Barani 2.750.000,00 di euro di risarcimento danni, sempre in relazione alle segnalazioni da lui fatte sulle modalità con cui veniva gestito il *project financing* relativo alla costruzione dei quattro nuovi ospedali. Anche per questi fatti in data 28 novembre 2012 la Camera dei deputati ha deliberato l'insindacabilità.

È necessario da ultimo tornare a fare chiarezza sull'appalto in *project financing* per la costruzione dei quattro nuovi ospedali di Massa, Lucca, Pistoia e Prato; per quel che riguarda la genesi di tale investimento si richiama quanto contenuto nella relazione del 15 febbraio 2012.

Alcuni fatti nuovi gettano ombre su tale investimento e sulla possibilità che le vicende di Massa e del SIOR abbiano un punto di contatto proprio nel comportamento del dott. Delvino, che potrebbe aver intralciato i piani del concessionario e di eventuali suoi referenti all'interno della pubblica amministrazione; si ricorda in merito che Rossi pose in atto la clamorosa azione nei suoi confronti, culminata nella rimozione dell'11 ottobre 2011, nello stesso giorno in cui l'ordinanza del Giudice del lavoro di Massa lo reintegrava nel suo incarico di direttore generale alla ASL n. 1.

Oggi risulta che:

a) Delvino si oppone all'esecuzione di una bonifica del sito di Massa del costo di circa 5 milioni di euro (bonifica poi realizzata con circa 600.000 euro).

b) Delvino eccepì sulle eccessive richieste di incrementi di costi formulate dal concessionario nell'estate del 2009 per oneri finanziari e per oneri legati alla sicurezza; in merito va approfondita la circostanza che Persiani sottoscrisse, con un collega, la relazione che consentì di riconoscere circa 8 milioni di euro in più; la relazione che giustificò gli aumenti per oneri per la sicurezza fu firmata dall'ing. Morganti.

c) A quanto risulta alla Commissione, a Delvino furono intimate le dimissioni pochi giorni dopo che ebbe un alterco con Morganti e Cravedi sulla gestione dei subappalti, quando sostenne che bisognava essere estremamente rigorosi con il concessionario per evitare il rischio di infiltrazioni della criminalità organizzata e di incidenti sul lavoro, essendo noto che proprio il massiccio ricorso ai subappalti è stato in passato utilizzato per evitare i rigorosi controlli che il codice degli appalti impone.

d) La Procura di Prato sta tuttora conducendo un'indagine sul SIOR.

e) L'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP), con la sua deliberazione n. 10 del 25 gennaio 2012, ha censurato la parte della convenzione che riguarda i controlli sui servizi resi in concessione con particolare riferimento alla gestione delle penali.

f) L'AVCP, dietro segnalazione dell'onorevole Barani, con lettera del 31 luglio 2012, ha riconosciuto che « non appare possibile

giustificare il ricorso al subappalto nel caso di specie con gli argomenti sostenuti nel parere recepito dalla ASL n. 1 di Massa e Carrara....., per mancanza di un'esplicita disciplina del subappalto delle categorie ad alta specializzazione, al momento dello svolgimento della procedura di gara » ed è presumibile che intenda riaprire un'inchiesta ancora di più ampio respiro sul SIOR.

g) Recentemente per la ricostruzione degli edifici danneggiati dall'alluvione del 25 ottobre 2011 è stato stipulato un protocollo di intesa, molto rigoroso, per prevenire le infiltrazioni della criminalità organizzata; perché analogo protocollo non è stato stipulato anche prima di avviare l'appalto SIOR, che determinerà movimenti economici di molto superiori?

## PARTE TERZA

### 1. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

#### 1.1. *Cittadini, Stato e costi della sanità pubblica.*

L'esperienza di riarticolazione del sistema sanitario di altri Paesi europei (Germania, Paesi Bassi) non permette di considerare possibile un sistema di *opting out* di alcuni soggetti rispetto al sistema pubblico che sottragga a quest'ultimo risorse, in un mercato assicurativo in cui gli operatori possono scegliere a chi e quali prestazioni fornire. Né sembra utile ed etico escludere alcune fasce ad alto reddito da tutti i servizi (anche quelli di emergenza), poiché solo l'1 per cento dei contribuenti italiani dichiara redditi oltre i 100.000 euro, e solo lo 0,7 per cento dichiara redditi superiori ai 300.000<sup>(85)</sup>, cosicché il risparmio non sarebbe comunque significativo.

Deve invece ritenersi che il sistema di riforma delle assicurazioni della salute, unito a un sistema di contribuzione progressiva dell'utente al costo dei servizi basato sul reddito, potrebbe generare una proficua concorrenza tra servizi pubblici e privati, e rendere il sistema delle assicurazioni sanitarie uno strumento di reale alternativa alla garanzia pubblica.

È necessario poter garantire ai cittadini l'accesso alle cure attraverso una partecipazione solidaristica e progressiva alle spese, evitando il più possibile gli effetti negativi della compartecipazione ai costi mediante *ticket* standardizzati<sup>(86)</sup>.

Una tale politica basata sull'efficacia e sulla sostenibilità dovrebbe essere capace di orientare la domanda di salute in senso virtuoso, limitando i fattori di distorsione legati alla richiesta di prestazioni superflue, senza ostacolare l'accesso al sistema di coloro che delle cure mediche hanno bisogno, ma che, al contempo, incontrano maggiori ostacoli nel farsi carico dei costi aggiuntivi. Esigenze di carattere etico impongono, infatti, la necessità di utilizzare le compartecipazioni al costo dei servizi non solo come fonte di finanziamento delle prestazioni, ma anche come strumento di governo del sistema, utile a contenere la domanda di prestazioni inappropriate e con bassa efficacia, senza che venga invece pregiudicata anche la domanda di prestazioni sanitarie con elevata produttività in termini di salute<sup>(87)</sup>.

---

(85) Dati del dipartimento delle finanze del MEF in base alle dichiarazioni dei redditi dell'anno 2011.

(86) Cfr. Age.Na.S., *Dossier copayment* - <http://www.agenas.it/agenas-pdf/DossierCopayment-aprile2012.pdf>.

(87) Recentemente si è cercato di affrontare il problema con un nuovo approccio scientifico, definito "*value-based cost sharing*": si dovrebbero applicare percentuali di coprestazione più basse per i beni e servizi sanitari contraddistinti da maggiori evidenze empiriche di efficacia clinica e di costo-efficacia ottenute grazie alla sempre maggiore diffusione delle metodiche di *health technology assessment*; se ciò ha indubbiamente una chiara utilità, essa non può tuttavia essere sopravvalutata, e sembra necessario prevedere degli strumenti correttivi che rimuovano ogni impedimento alla ricerca e all'innovazione. Cfr. M.V. PAULY-F.E. BLAVIN, *Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance*, *Journal of Health Economics*, Volume 27, Issue 6, December 2008, pp. 1407-1417.

È necessario sottolineare che il *copayment* tradizionale, improntato sui contributi alle prestazioni, è sviluppato sul modello del paziente acuto, secondo una prospettiva di « medicina d'attesa », mentre sappiamo che per il futuro il Servizio sanitario nazionale è destinato a erogare sempre più prestazioni a pazienti cronici e ad ampliare la medicina di prevenzione; in tale prospettiva i sistemi tradizionali di compartecipazione ai costi potrebbero non essere adeguati a esprimere la necessaria efficienza, sorgendo la necessità di spingersi a fornire servizi e trattamenti agli utenti in maniera programmata e a prescindere dalla loro iniziativa, proprio al fine di evitare un loro maggiore coinvolgimento in prospettive di cura, e maggiori costi umani ed economici.

Anche con riferimento ai ticket sanitari emerge il generale e inevitabile paradosso di un sistema complessivo formato da sistemi regionali diversi. Se da un lato l'adozione di meccanismi di compartecipazione diversificati tra le regioni potrebbe essere giustificata al fine di responsabilizzare gli amministratori regionali all'uso delle risorse tenendo conto delle situazioni locali, dall'altro essa presenta il rischio di accentuare i divari nelle possibilità di accesso ai servizi sanitari e di rendere comunque molto difficile la garanzia di livelli di assistenza omogenei dalle regioni che correttamente responsabilizzano la domanda verso quelle che non lo fanno, e che non riescono a garantire un equilibrio di bilancio. Appare quindi necessario, anche qui, un coordinamento a livello complessivo, che permetta di comporre le esigenze di partecipazione ai costi da parte degli utenti e di governo della domanda a livello locale con la necessità di garantire a tutti i cittadini gradi omogenei di tutela del diritto alla salute.

Di recente l'Age.Na.S. ha formulato l'ipotesi di realizzare un sistema di *copayment* completamente diverso dagli attuali, eliminando i ticket e le esenzioni e introducendo invece un meccanismo di franchigia proporzionale al reddito lordo. Così impostato questo sistema dovrebbe frenare maggiormente i primi accessi al sistema, mentre non determinerebbe alcun limite agli accessi più costosi o più frequenti, basandosi sull'ipotesi che l'inappropriatezza stia più tra i primi che tra i secondi. Questa ipotesi appare tuttavia da verificare; non è infatti da sottovalutare il meccanismo psicologico che un simile sistema potrebbe generare, secondo il quale l'utente verrebbe scoraggiato dal rivolgersi ai servizi della salute con riferimento al primo manifestarsi di una patologia, e verrebbe invece stimolato a farlo quando, a patologia evoluta, ciò gli parrebbe indifferibile e serio. Da qui l'impossibilità, in tali casi, di un trattamento tempestivo, risolutivo e poco costoso, e l'aumento delle possibili complicazioni, delle eventuali possibilità di contagio e della generale morbilità.

Se, tuttavia, a una migliore analisi tale impianto dovesse risultare come capace di orientare positivamente la domanda, è indubbio che la sua attuazione potrebbe essere uno strumento efficace per garantire la sostenibilità del sistema, compatibilmente con la salvaguardia degli imperativi etici che lo contraddistinguono.

L'integrazione con il governo delle assicurazioni private potrebbe generare un sistema in cui l'assicurazione privata sostitutiva garantisce per intero il rimborso delle prestazioni al Servizio sanitario nazionale, e quindi si ponga al di fuori del sistema della franchigia,

mentre l'assicurazione complementare coprirebbe i costi della franchigia e la rispettiva alea. In tal modo le assicurazioni, integrate al sistema, costituirebbero correttamente per i cittadini uno strumento di possibile ammortizzazione dei costi sanitari, e per lo Stato un utile mezzo di compartecipazione alla spesa.

### 1.2. *Il nuovo patto per la salute.*

Il futuro patto per la salute 2013-2015 dovrà basarsi sull'imprescindibilità dell'assistenza sanitaria secondo gli irrinunciabili criteri di qualità e sicurezza, con garanzia di un'omogenea erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale.

L'individuazione delle risorse necessarie va al di là delle prerogative della Commissione, mentre l'individuazione delle criticità in campo organizzativo e gestionale, che possono condurre all'errore in campo sanitario o allo spreco di danaro pubblico, rappresenta il compito principale della Commissione parlamentare d'inchiesta.

Circa l'ammmodernamento strutturale e tecnologico delle strutture sanitarie, in un'ottica di revisione della spesa, e nell'intento di ridurre i costi assistenziali, sarebbe auspicabile un rinnovamento progressivo dell'intera rete ospedaliera obsoleta, sostituendola con un modello ad alta tecnologia abbinata a centri residenziali contigui, a basso costo di gestione, per il monitoraggio della convalescenza post-operatoria, in un ambiente meno tecnologizzato e in un clima più familiare.

In quest'ambito, la dismissione delle vecchie strutture, in genere allocate nei centri storici cittadini, potrebbe rappresentare una concreta risorsa finanziaria finalizzata alla realizzazione del tanto auspicato «ospedale del futuro», dotato di ogni comfort, ma anche costruito secondo criteri di risparmio energetico.

Anche la robotica dovrebbe essere introdotta progressivamente, specie nelle sale operatorie, al fine di aiutare gli operatori nella chirurgia mini-invasiva, che oltre a comportare maggiore precisione in campo chirurgico, determina una sensibile riduzione delle degenze ospedaliere, e quindi dei costi.

Per la realizzazione di tali progetti, ovviamente, è necessario fare investimenti e razionalizzare la spesa sanitaria.

La strada del dialogo istituzionale tra Ministero della salute e Conferenza delle Regioni, rappresenta, in questo senso, la via maestra da percorrere affinché le esigenze territoriali in campo sanitario possano coniugarsi con quelle dei Ministeri della salute e dell'economia.

Al comparto sanitario è stato destinato nel 2011 il 7,1 per cento del PIL, molto meno di quanto hanno fatto gli Stati Uniti o gli altri Stati europei. È evidente che in un clima di recessione economica il rilancio della sanità è in funzione della ripresa economica, altrimenti, con l'abbassarsi del PIL, sarà inevitabile la riduzione delle risorse disponibili.

I dati forniti dalle diverse sezioni regionali di controllo della Corte dei conti audite in Commissione rivelano situazioni critiche in alcune Regioni sottoposte a piani di rientro, dove, alcune volte, non vengono neanche presentati i bilanci delle singole aziende sanitarie. Così come non perviene alcun beneficio al cittadino, nella cui regione, a fronte

di significative risorse messe in campo dal Servizio sanitario nazionale, corrispondono scarsi volumi prestazionali e alti tassi di migrazione passiva. Sarebbe più giusto parametrare i contributi dello Stato alle singole Regioni anche in relazione alle prestazioni realmente erogate l'anno precedente.

Inoltre, la selezione del personale medico con funzioni apicali meriterebbe una maggiore attenzione poiché strettamente correlata ai costi, sia per il volume di lavoro svolto, sia per gli esiti delle prestazioni erogate, sia per quanto concerne un eccessivo ricorso all'articolo 18 del contratto collettivo nazionale di lavoro da parte di alcune aziende, che rischiano così successivi esborsi di denaro pubblico a seguito di contenziosi legali, con sentenze a favore dei dipendenti e penalizzanti per le amministrazioni pubbliche.

Altro punto critico, pervenuto all'attenzione di questa Commissione, è rappresentato dal numero di medici per posto letto. Proprio le Regioni con maggiore disavanzo hanno un eccessivo numero di medici che supera l'unità per ogni singolo paziente: una situazione paradossale che vede alcune Regioni registrare un numero doppio di professionisti rispetto ad altre.

### 1.3. *La gestione del rischio clinico tra autorità centrali e sistemi regionali.*

#### 1.3.1. *Il rischio clinico e la medicina difensiva.*

Il rischio clinico viene considerato come la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, ossia subisca un danno o un disagio imputabile alle cure prestategli, che prolunghino la degenza, causando il peggioramento delle condizioni di salute o la morte<sup>(88)</sup>.

Negli ultimi anni si è assistito al notevole acuirsi dell'attenzione agli errori e agli incidenti che possono verificarsi nell'erogazione dei trattamenti sanitari. Tale fenomeno è dovuto in parte al rilievo dato agli eventi dalla letteratura scientifica e dai *mass media*, ma deriva soprattutto dal manifestarsi, anche in Italia, di un nuovo indirizzo culturale e giurisprudenziale diretto ad incrementare esponenzialmente il risarcimento del danno biologico ed esistenziale. Da ciò è derivata la crisi della struttura di assicurazione delle organizzazioni sanitarie<sup>(89)</sup>. Il cospicuo elevarsi dei premi richiesti alle aziende è coinciso con l'abbandono del mercato da parte degli assicuratori: sempre più compagnie ritirano dal mercato prodotti di garanzia della

---

(88) L. T. KOHN — J. M. CORRIGAN — M. S. DONALDSON (a cura di), *To Err is Human. Building a Safer Health System*, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C., 1999, *passim*, ma soprattutto pag. 26 e ss.

(89) È da considerare che l'articolo 21 del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale prevede che le aziende sanitarie garantiscano un'adeguata copertura assicurativa della responsabilità civile di tutti i dirigenti dell'area medica e veterinaria, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie dei terzi, relativamente alla loro attività, inclusa la libera professione intramuraria, senza diritto di rivalsa, salvo le ipotesi di dolo o colpa grave.

responsabilità civile professionale medica, mentre altre offrono prodotti dedicati solo a determinate specializzazioni, considerate meno rischiose, mentre altre ancora rifiutano di assumere la garanzia a professionisti già incorsi in sinistri, o si espongono solo per massimali limitati.

Parallelamente, la classe medica nel suo complesso e i professionisti *uti singuli* hanno assunto progressivamente posizioni sempre più difensive: si sono costituite le associazioni AMAMI (Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente) e ARITMIA (Associazione ricerca italiana tutela medici ingiustamente accusati), la cui *mission* è quella di contrastare le *frivolous lawsuit*, ossia le denunce infondate operate verso i medici. Ciò ha sviluppato la tendenza alla « medicina difensiva », ossia la tendenza dei medici a modificare il loro comportamento professionale a causa del timore di procedimenti giudiziari per *malpractice*.

Secondo uno studio della *Harvard Medical School*, la medicina difensiva è una pratica seguita dal 93 per cento dei medici interpellati, mentre il 43 per cento di essi prescrive esami diagnostici non necessari al fine di garantirsi da possibili azioni giudiziarie, e pressappoco la medesima percentuale tende a evitare i pazienti percepiti come « litigiosi »<sup>(90)</sup>.

Nel novembre 2010 è stata presentata la prima ricerca nazionale sul fenomeno della medicina difensiva, realizzata dall'Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri di Roma. Lo studio<sup>(91)</sup>

---

(90) Nel 2005 un gruppo di ricerca del Department of Health Policy and Management della Harvard Medical School ha preso in esame l'attività di una serie di specialisti nelle discipline mediche con maggiore incidenza di cause giudiziarie (medicina d'emergenza, chirurgia generale, chirurgia ortopedica, neurochirurgia, ostetricia e ginecologia, radiologia) che svolgono la loro opera professionale in Pennsylvania, 824 medici operanti in 6 strutture diverse. Ebbene, il 93 per cento ha ammesso di praticare la medicina difensiva. In particolare, il 92 per cento degli intervistati prescrive esami diagnostici e chiede consulti con grande facilità, mentre il 43 per cento ammette di prescrivere esami clinici non necessari. Ulteriore comportamento diffuso consiste nell'evitare procedure e pazienti che vengono considerati come "pericolosi" dal punto di vista giudiziario, seguito dal 42 per cento degli interpellati, il quale ha ammesso di aver volutamente ridotto in tal senso la propria attività professionale negli ultimi 3 anni, rifiutando di praticare trattamenti di maggior rischio professionale ed evitando pazienti con patologie complesse quando percepiti come propensi a intentar causa, v. D. M. STUDDERT, M. M. MELLO, W. M. SAGE, C. M. DESROCHES, J. PEUGH, K. ZAPERT, T. A. BRENNAN, *Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment*, in *Journal of the American Medical Association*, 2005, vol. 293, pag. 2609. V. anche la ricerca ufficiale commissionata dal Congresso degli Stati Uniti: US Congress, Office of Technology Assessment, *Defensive medicine and medical malpractice*, OTA-H-602, Government printing Office, 1994 (<http://biotech.law.lsu.edu/policy/9405.pdf>); A. D. TUSSING — M. A. WOJTOWYCZ, *Malpractice, defensive medicine, and obstetric behavior*, in *Medical Care*, 1997, vol. 35, n. 2, pag. 172. Per alcuni la medicina difensiva sortirebbe anche effetti positivi, soprattutto in merito al livello di informazione dei pazienti; v. N. SUMMERTON, *Positive and negative factors in defensive medicine*, in *British Medical Journal*, 1995, vol. 310, pag. 27 (<http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6971/27?ijkey=eed1dba736a27c340ffdb12d6121c170c960cea>).

(91) La nuova raccolta di dati è stata realizzata tra il 2009 e il 2010, con protocolli di ricerca scientifica. È stato indagato, con un apposito sondaggio e criteri statistici, un campione probabilistico di 2.783 unità, stratificato per classe d'età e area geografica, rappresentativo di tutti i medici italiani (esclusi gli odontoiatri) fino a 70 anni, attivi in tutti i ruoli (ospedali, case di cura, medicina di base) nel settore pubblico e in quello privato. Con tale metodo si è stimato il volume totale di medicina difensiva, il suo impatto economico generale e specifico, le eventuali differenziazioni per settore e per tipo di prescrizione.