

Gli interventi programmati per le suddette aziende sono stati singolarmente ammessi a finanziamento con decreti del Ministero della salute ed i relativi lavori di realizzazione sono in corso, ad eccezione del progetto proposto dall'azienda ospedaliera di Caserta per il quale è stata chiesta l'ammissione a finanziamento solo ad aprile 2012.

Sul piano organizzativo, nell'ambito del citato piano regionale per il contenimento delle liste di attesa, la regione ha regolamentato la gestione delle prenotazioni per l'attività intramuraria ed ha definito alcuni aspetti organizzativi per l'erogazione di prestazioni in regime libero professionale.

Secondo quanto disposto nel PRGLA, le Aziende Sanitarie sono tenute innanzitutto ad organizzare l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia attraverso il centro unico di prenotazione (CUP), utilizzando apposite liste di prenotazione separate rispetto a quelle utilizzate per l'attività istituzionale. Devono quindi garantire che i volumi delle prestazioni rese nell'ambito della attività intramuraria non devono superare i volumi delle medesime prestazioni rese in ambito istituzionale.

Devono inoltre adottare tutte le iniziative utili a favorire il progressivo allineamento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi.

La vicenda dell'attività intramoenia svolta presso la Clinica Villa del Sole da dirigenti medici dell'Ospedale Cardarelli, che sono stati destinatari di misure di custodia cautelare, costituisce l'ennesimo episodio che testimonia, in molte realtà sanitarie, ed anche in Campania, carenza di interventi sia per la realizzazione delle strutture sanitarie destinate all'ALPI, sia per un efficace sistema di controlli rivolto a scoraggiare attività illecite. La Regione comunica di essere intervenuta sul piano della ricerca degli spazi disponibili per l'esercizio dell'attività libero professionale, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge del 13 settembre 2012 n. 158, così come convertito con modificazioni nella legge 8 novembre 2012 n. 189.

2.6.20. Le principali criticità organizzative anche in relazione a casi di presunto errore sanitario.

Da quando la Commissione parlamentare è stata istituita sono pervenute dalla Campania numerose segnalazioni su casi di presunti errori sanitari. Dall'esame delle segnalazioni si è avuta conferma che molti degli episodi di cosiddetta malasanita sono da addebitarsi a disfunzioni organizzative, anche se poi spesso è il professionista — singolo o con gli altri — ad essere considerato colui che ha determinato l'evento. Sono pervenute segnalazioni relative ad alcuni casi di presunti errori sanitari, ovvero riconducibili a criticità di altra natura, sulle quali è stata condotta, laddove possibile, attività di

opportuno approfondimento tecnico, con la riservatezza richiesta dalla natura dell'istruttoria.

Per la maggior parte dei casi sono state inviate dal Presidente della Commissione al Presidente della Regione richieste di relazione informativa; ulteriori notizie si sono acquisite nel corso delle audizioni svolte.

A titolo esemplificativo, dall'analisi di alcuni casi di presunto errore sanitario, sono emerse alcune tipologie di criticità organizzative.

In occasione di un decesso avvenuto presso l'Ospedale « Rummo » di Benevento il 18 gennaio 2012, di un paziente trasferito da altra struttura, è stata riscontrata una difficoltà di gestione di un percorso assistenziale complesso in quanto rivolto ad un soggetto affetto da polipatologie e che, pertanto, richiedeva il coinvolgimento integrato di diverse strutture assistenziali.

Nel caso del decesso di una neonata occorso presso l'Ospedale San Luca di Vallo della Lucania, si delinea una criticità relativa alla distribuzione sul territorio regionale dei mezzi per il trasporto neonatale che devono garantire il più rapido collegamento tra i punti nascita e i reparti ospedalieri più idonei all'assistenza al neonato a rischio.

Nel caso del decesso di una bambina di 6 anni trasferita dall'Ospedale di Cava dei Tirreni all'Ospedale Ruggi d'Aragona di Salerno, è stata evidenziata una gestione carente dell'urgenza/emergenza pediatrica. A tali criticità si aggiungono anche disfunzioni nella gestione dei pazienti in età pediatrica, dovute alla mancanza di percorsi specifici, alla carenza di protocolli di trattamento e all'assenza di osservazioni brevi intensive o astanterie pediatriche.

Tra le criticità di natura organizzativa la Commissione ha più volte attenzionato i fenomeni di sovraffollamento presso il pronto soccorso dell'Ospedale Cardarelli, che costituiscono una criticità cronica del Presidio ospedaliero, che crea gravi disagi e può generare rischi per la salute dei pazienti per l'uso improprio delle barelle.

La problematica non riguarda soltanto l'Ospedale Cardarelli, ma investe anche altri presidi ospedalieri della città di Napoli e, in particolare, di quelli che insistono nella zona collinare della città.

2.6.21. *Criticità riscontrate nell'attribuzione degli incarichi dirigenziali nelle aziende sanitarie e ospedaliere.*

Ai sensi dell'articolo 15-*septies* del decreto legislativo n. 229 del 1999, i direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del 2 per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria

e post-universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo.

L'articolo 15-*septies* rappresenta quindi, uno strumento derogatorio rispetto alle regole generali per le assunzioni a tempo determinato con rapporto di esclusività — entro il limite del 2 per cento della dotazione organica della dirigenza — al fine di poter conferire a medici con « particolare e comprovata qualificazione professionale », non in pensione, l'espletamento di funzioni di « particolare rilevanza e di interesse strategico ». L'articolo 18 del contratto collettivo nazionale di lavoro, area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del servizio sanitario nazionale, regolamenta, invece, l'attribuzione degli incarichi di sostituzione in caso di:

- assenza per ferie o malattia o altro impedimento del direttore di dipartimento, nei casi di altre articolazioni aziendali che ricomprendano, più strutture complesse, del dirigente con incarico di direzione di struttura complessa e di struttura semplice;
- cessazione del rapporto di lavoro;
- aspettativa per il conferimento di incarico di direttore generale ovvero di direttore sanitario;
- aspettativa per mandato elettorale.

La sostituzione può durare 6 mesi, prorogabili fino a 12.

Al riguardo, la Commissione, ha ritenuto di svolgere uno specifico approfondimento circa le modalità di ricorso agli strumenti previsti nelle norme citate. Da tale approfondimento è risultato, in Campania, un utilizzo anomalo di questi due istituti in luogo delle procedure ordinarie di reclutamento. L'articolo 15-*septies*, ad esempio, non viene infatti usato solo per funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico, come prevede la normativa, ma anche al fine di ricoprire « normali » incarichi dirigenziali, di strutture semplici o complesse, per le quali già sono definite le modalità di assegnazione degli incarichi.

Questo comporta che il 15-*septies* troppo spesso si trasforma in una chiamata diretta di natura discrezionale, da parte dell'Azienda, in relazione a profili professionali che andrebbero ricoperti mediante l'espletamento di pubblico concorso.

Dagli accertamenti eseguiti, risultano in particolare oltre 270 incarichi per la maggior parte costituiti da strutture complesse o dipartimentali affidati mediante l'articolo 18, e 60 incarichi affidati mediante l'articolo 15-*septies* oltre ad una serie di incarichi di natura non chiara affidati dalle ASL: è il caso, ad esempio, di 29 incarichi conferiti nella ASL di Caserta, di 24 incarichi indetti mediante l'articolo 18, ma non ancora affidati, in quella di Salerno, nonché di una situazione non chiara nella ASL NA 3 SUD, per accorpamenti di strutture. Quindi risultano, in totale, 383 incarichi ricoperti a vario titolo da personale che non ha superato un regolare concorso.

Qui di seguito è schematizzata la situazione per aziende autonome e aziende sanitarie locali:

ASL Caserta	20 art. 18 29 incarichi incomprensibili	3 art 15 septies
San Sebastiano (CE)	10 art. 18	6 art. 15 septies
ASL Avellino	8 art. 18	
Moscato (AV)	12 art. 18 per Dir. Dipartimento 45 art. 18 per UOC 9 art. 18 per Strutture semplici dipartimentali	7 art. 15 septies
ASL Benevento	28 art. 18	3 art. 15 septies
Rummo (BN)	5 art. 18	1 art. 15 septies
Pascale		5 art. 15 septies
Santobono - Pausillipon	13 art. 18	5 art. 15 septies
Azienda dei Colli	6 art. 18	12 art. 15 septies
ASL NA 1 CENTRO	53 art. 18	
ASL NA 2 NORD	20 art. 18	2 art. 15 septies
Ruggi d'Aragona	31 art. 18	7 art. 15 septies
ASL SA	10 art. 18 su 34 indetti	8 art. 15 septies

Di recente, le norme di affidamento degli incarichi di direttore di struttura complessa e di dirigente di strutture semplici sono state oggetto di intervento normativo mediante l'articolo 4 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. Tale normativa prevede, in particolare, per la nomina dei direttori generali, misure di pubblicità dei bandi, delle nomine e dei *curriculum*, nonché trasparenza nella valutazione degli aspiranti, sulla base di determinati requisiti.

Per gli incarichi di direzione di struttura complessa la selezione è effettuata da una commissione presieduta dal direttore sanitario e composta da due direttori di struttura complessa nella medesima specialità; i candidati sono individuati tramite sorteggio da elenchi predisposti da ciascuna regione tra il personale interno e esterno all'azienda interessata. Il direttore generale individua il candidato sulla base di una terna predisposta dalla commissione, motivandone

la scelta. Deve essere garantita piena pubblicità a tutte le procedure sul sito internet dell'azienda, pena l'annullabilità della procedura.

Quanto, infine, alla nomina dei responsabili di strutture semplici, l'articolo 4 prescrive che l'incarico venga attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo.

L'applicazione di tale normativa dovrà riguardare anche la situazione riscontrata presso gli organici dei policlinici universitari della Regione Campania, dove risultano, in taluni casi, dirigenze di strutture complesse con zero posti-letto e dove gli incarichi e i concorsi rispondono spesso a logiche anomale (basti confrontare i nominativi dei vincitori dei concorsi per verificare la sussistenza di evidenti legami familiari e generazionali nei ruoli ricoperti).

Sarà inoltre necessario riorganizzare le piante organiche, secondo i criteri dettati dalla nuova normativa, che determinerà l'esigenza di rivedere gli incarichi di struttura complessa affidati a dirigenti medici « facenti funzioni » ai sensi dell'articolo 18 e quelli affidati mediante il ricorso all'articolo 15-*septies*.

L'auspicio della Commissione è che la normativa sul governo clinico codificata dal "decreto Balduzzi" concorra a delineare una politica sanitaria finalmente improntata alla competenza tecnica, alla capacità operativa e al senso di responsabilità, non condizionata da logiche politiche.

2.7. *L'inchiesta sulla ASL Napoli 3 – Sud.*

Nell'ambito del filone di inchiesta intrapreso sullo stato di attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario nella Regione, nonché in merito alla conseguente rimodulazione della rete ospedaliera regionale, la Commissione, visti i possibili fenomeni di cattiva gestione di fondi sanitari pubblici regionali oggetto di indagine, ha inteso acquisire circostanziati elementi documentali su profili inerenti la gestione economico-finanziaria dell'Azienda sanitaria locale « Napoli 3 Sud », con specifico riguardo agli Ospedali Riuniti « Area Penisola Sorrentina ».

La Commissione pertanto, nello scorcio finale della legislatura, ha svolto una specifica attività di inchiesta sugli aspetti gestionali ed organizzativi riconducibili a dirigenti della struttura ospedaliera di Sorrento, nonché a figure apicali della predetta ASL, sulla scorta di alcune segnalazioni che lamentavano comportamenti illegittimi, con particolare riferimento alla gestione del reparto di anestesia e rianimazione dell'ospedale S. Maria della Misericordia di Sorrento.

Nel rispetto delle proprie prerogative, la Commissione ha acquisito, avvalendosi del Nucleo speciale commissioni di inchiesta della Guardia di finanza, copiosa documentazione amministrativa pertinente ai fatti esposti, e ha svolto attività istruttoria mediante esame testimoniale di persone informate sui fatti.

Le risultanze della complessiva attività svolta vengono di seguito riepilogate.

2.7.1. *Disapplicazione dell'articolo 18, comma 4, del CCNL 1998/2001.*

Dalla documentazione acquisita e dalle audizioni svolte è emerso il generalizzato, mancato rispetto del termine previsto dall'articolo 18, comma 4, del CCNL del personale del comparto del servizio sanitario nazionale, che prevede, in caso di cessazione del rapporto di lavoro di un Dirigente, la sostituzione dello stesso mediante conferimento di incarico temporaneo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle procedure concorsuali. Detto termine è fissato in mesi sei, prorogabile una sola volta per ulteriori mesi sei. Di contro, numerosi sono risultati i casi in cui la proroga dell'incarico temporaneo di Dirigente è andato ben oltre il termine massimo di un anno.

In particolare, ha trovato conferma quanto segnalato in ordine alla nomina temporanea della dottoressa Matilde De Falco, attuale dirigente della unità ospedaliera complessa di anestesia e rianimazione dell'ospedale di Sorrento, nominata *ex* articolo 18, comma 4, del CCNL nel gennaio 2008 e, ad oggi, mai revocata da detto incarico.

Appare tuttavia significativo che, solo a seguito dell'avvio dell'inchiesta parlamentare, nell'ottobre 2012, l'Azienda ha intrapreso la procedura di comparazione dei *curriculum* per la scelta del nuovo primario del reparto in questione. Non si hanno tuttavia informazioni – per non averle sapute fornire i soggetti auditi – sulla pubblicazione di apposito bando e sugli esiti dell'eventuale concorso.

È evidente che la *prorogatio* implicita dell'incarico temporaneo per un arco temporale così prolungato, oltre a non essere conforme alla normativa vigente, che contempla evidentemente una rotazione del personale nelle more della nomina del nuovo primario, potrebbe produrre anche un danno erariale all'azienda, potenzialmente rappresentato dal maggior trattamento retributivo che l'ente dovesse corrispondere al sostituto per le mansioni primariali svolte.

2.7.2. *Affidamenti diretti per l'acquisizione di beni da destinare al presidio ospedaliero di Sorrento.*

Sono state acquisite a campione, per l'anno 2010, determine dirigenziali dell'Asl Napoli 3 Sud relative ad appalti per l'acquisto di beni e macchinari da destinare al presidio ospedaliero di Sorrento.

La documentazione acquisita, unitamente alle dichiarazioni rese in sede di audizione dal responsabile del relativo servizio dell'ASL, ha fatto emergere le seguenti anomalie:

– non risulta mai bandita per l'anno di riferimento alcuna gara, neppure con procedura negoziata ai sensi del vigente codice degli appalti (decreto legislativo 163 del 2006);

– l'unico interlocutore commerciale viene individuato, di regola, su precisa indicazione del sanitario che fa richiesta del macchinario per il proprio reparto;

— l'aggiudicazione avviene con affidamento diretto senza intermediazione della So.Re.Sa, benché detta società sia titolare in via esclusiva della funzione di acquisto di beni e di attrezzature per le aziende del Servizio sanitario della Regione Campania in attuazione dell'articolo 6, comma 1, legge regionale n. 28 del 2003, come modificata dalla legge regionale n. 28 del 2005.

È emersa, inoltre, una singolare anomalia, degna di nota, relativa all'acquisto della dotazione (letto operatorio ed accessori) di una terza sala operatoria del presidio ospedaliero di Sorrento: tale sala operatoria non solo non risulta mai attivata, ma non esiste neppure da un punto vista strutturale, e nonostante ciò la dottoressa Matilde De Falco, dirigente del reparto di anestesia e rianimazione con incarico temporaneo *ex* articolo 18 del CCNL, ha sollecitato l'acquisto dell'indicata dotazione, inducendo l'Azienda a formalizzare l'affidamento della fornitura di quanto richiesto, sempre senza gara e con affidamento diretto, per un importo pari ad euro 46.114,29 oltre Iva.

2.7.3. *Ulteriori anomalie concernenti il reparto di anestesia e rianimazione del presidio ospedaliero di Sorrento.*

Nel corso dell'attività d'inchiesta sono emerse ulteriori anomalie che denotano una gestione poco trasparente ed efficiente della struttura ospedaliera di Sorrento. In particolare, è stato oggetto di approfondimento l'iter procedurale attraverso cui l'azienda ha inteso finanziare la ristrutturazione ovvero, più correttamente, la creazione, *ex novo*, del reparto di anestesia e rianimazione diretto dalla dottoressa De Falco, se pure con incarico temporaneo.

Ebbene, su proposta del dottor Franklin Picker, marito della dottoressa De Falco e direttore del servizio di assistenza ospedaliera, è stata formalizzata un'intesa tra i vertici dell'ASL Napoli 3 Sud e la « Fondazione Sorrento » — organismo a partecipazione pubblica del Comune di Sorrento — per la donazione di circa euro 207.000,00 con vincolo di destinazione per l'intervento strutturale in favore del reparto di rianimazione.

Orbene, tale decisione aziendale in ordine alla destinazione del finanziamento non appare supportata da alcuna previa comparazione dei numerosi interventi strutturali, da ritenersi prioritari presso il nosocomio in oggetto.

Infine, l'inchiesta condotta in ordine ai numerosi medici anestesisti trasferiti, a domanda, dal reparto di rianimazione diretto dalla dottoressa De Falco, ha evidenziato un clima di forte contrasto tra medici stessi e dirigente temporanea, il quale avrebbe determinato un massiccio esodo di anestesisti (dieci medici in un breve arco temporale), con evidenti ripercussioni sull'erogazione del servizio sanitario. Ne è risultato, in particolare, un clima di pressioni e sopraffazioni ascrivibile alla gestione De Falco, nell'ambito della quale si è registrata una totale compressione dell'autonomia del singolo anestesista, addirittura impossibilitato a disporre di propria iniziativa ricoveri di pazienti, se pur gravi, in assenza del permesso della dirigente.

In definitiva, dall'attività complessivamente svolta sono emersi profili che la Commissione si riserva di portare a conoscenza della procura della Repubblica presso il tribunale competente, nonché condotte gestionali non conformi alla normativa vigente suscettibili di arrecare pregiudizio alla trasparenza, efficienza e regolarità dell'erogazione del servizio sanitario pubblico, che potranno formare oggetto di segnalazione alla competente procura della Corte dei Conti.

2.8. *Analisi di sintesi. Considerazioni e proposte.*

Nelle considerazioni conclusive la Commissione ritiene di dover ribadire che la situazione nella quale attualmente versa la sanità della Regione Campania è profondamente mutata rispetto a quella fortemente critica che ha indotto il Governo alla nomina del Commissario *ad acta* per adempiere ai vincoli del piano di rientro dal disavanzo sottoscritto dalla Regione il 20 marzo 2007, e l'inversione di tendenza si è verificata soprattutto nell'ultimo biennio.

Oltre alle azioni volte al doveroso recupero del disavanzo si ritiene di dover apprezzare gli sforzi fin qui compiuti per migliorare anche il sistema di offerta sanitaria sul versante dell'efficacia e dell'appropriatezza.

Nonostante la notevole contrazione degli organici dovuta al blocco del *turn over*, le strutture sanitarie regionali oggi riescono a utilizzare meglio le risorse esistenti e valorizzare in modo più congruo, rispetto al passato, il personale in dotazione.

A fronte di tali elementi positivi, a parere della Commissione, è necessario che la Regione prosegua nel percorso che si è delineato per rendere strutturali le riforme del sistema, in carenza delle quali i risultati positivi potrebbero rapidamente vanificarsi, facendo ricadere la sanità campana nella situazione che ha preceduto il commissariamento.

È necessario, tuttavia, che la Regione intraprenda ulteriori e più incisive iniziative per modificare alcune persistenti negatività che si riflettono sia sul versante dei costi che su quello della qualità dell'assistenza. Appare particolarmente critico il fenomeno della mobilità sanitaria passiva che, specie in ambito ospedaliero, ancora presenta alti volumi di prestazioni e di costi, nonostante un *trend* comunque in diminuzione negli anni compresi tra il 2006 ed il 2011, come si evince dalla tabella che segue:

Mobilità sanitaria passiva per ricoveri dei cittadini campani

anno	n. ricoveri	tasso di osp.
2006	95.965	16,88
2007	95.834	16,81
2008	93.439	16,26
2009	91.669	15,89
2010	89.424	15,41

Pertanto in Campania la percezione negativa della qualità dell'offerta erogata dai rispettivi servizi sanitari, accompagnata da elevati disavanzi di gestione hanno determinato un duplice onere per coloro che vi risiedono: da una parte aumenta il contributo IRPEF e IRAP necessario a coprire i disavanzi sanitari, ma dall'altra crescono i fenomeni della mobilità sanitaria interregionale (nel 2011 la Campania è stata « debitrice netta » verso i sistemi sanitari del Centro-Nord per -285,3 milioni di euro) e della spesa sanitaria privata, non coperta da sistemi assicurativi. In altre parole, i cittadini campani pagano sempre di più per un sistema sanitario regionale pubblico che utilizzano sempre di meno.

Ancora più evidente appare l'altissima percentuale di parti effettuate con taglio cesareo sul totale dei parti che si registrano nella Regione, fenomeno che interessa tanto le strutture pubbliche che le strutture private. Da quanto rappresentato dalla Regione risultano adottati numerosi provvedimenti che, pur essendo volti al ridimensionamento del problema, purtroppo non hanno sortito gli effetti sperati, dal momento che nel 2011 la percentuale di cesarei è stata superiore a quella dell'anno precedente e che continua a rappresentare un record negativo della Campania rispetto a tutte le altre regioni d'Italia.

Molte delle disfunzioni del sistema sanitario regionale sono riconducibili alla quantità e qualità dei controlli effettuati sulle prestazioni erogate. Nonostante l'adozione di provvedimenti che hanno sistematizzato il regime dei controlli, soprattutto per quanto riguarda l'appropriatezza delle prestazioni, permangono comportamenti opportunistici per i quali più di una volta la Procura regionale della Corte dei Conti ha avviato procedimenti per danno erariale.

Nelle considerazioni finali non possono non condividersi le doglianze della Regione Campania che attengono a tre importanti fattori negativi che, se irrisolti, rendono più difficile il processo di risanamento e riorganizzazione della sanità campana. Il primo, che nell'adozione dei criteri di riparto del fondo sanitario nazionale non si tenga ancora conto delle condizioni socio economiche della popolazione che inducono consumi sanitari i cui costi non sono stati fino ad oggi adeguatamente remunerati. Il secondo, che venga ancora negata la possibilità di accedere alla disapplicazione del blocco del *turn over* nei limiti previsti dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, senza la quale si presentano sempre maggiori difficoltà a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Il terzo, che sono necessarie una vigorosa e indifferibile operazione di bonifica ambientale dei territori contaminati da sostanze tossiche connesse al fenomeno delle cosiddette « ecomafie », nonché una delocalizzazione delle discariche di rifiuti che determinerebbero, alla luce di diversi studi effettuati dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli « Fondazione G. Pascale », dall'Ordine dei medici della provincia di Napoli e dal cosiddetto « Studio Bertolaso »⁽²⁷⁾, un

(27) *Trattamento dei rifiuti in Campania: impatto sulla salute umana – Studio di correlazione tra rischio ambientale da rifiuti, mortalità e malformazioni congenite.* Studio promosso dal Dipartimento della Protezione Civile nell'ambito delle attività di supporto alla Struttura Commissariale per l'emergenza rifiuti, presentato a Napoli il 12 aprile 2007, reperibile nel sito della Protezione Civile (www.protezionecivile.gov.it/jcms/it/view-dossier.wp?contentId=DOS14955).

significativo incremento delle patologie tumorali e una riduzione delle aspettative di vita per i residenti, che, secondo i dati ISTAT 2010, è la più bassa d'Italia. Tale operazione di bonifica non può essere intrapresa autonomamente dalla regione, se non con il concorso di appropriate iniziative governative supportate da fondi dedicati.

Infine, nonostante l'attuazione del piano di rientro rimane da completare la risoluzione di varie criticità. Fra queste occorre citare almeno il livello globale di indebitamento che a fine 2011 era pari ad oltre 9 miliardi di euro e che solo nel 2012 vede un primo ridimensionamento, nonché il ritardo cronico nei pagamenti dei fornitori con punte di 600 giorni, che ha messo in crisi tutta la filiera, ed il mancato contenimento di spese non sanitarie (qualche mese fa è trapelata la notizia che la regione nel 2011 avrebbe pagato un importo di 1 milione e 579 mila euro alla società KPMG per attività di verifica, propria dell'*advisor* contabile, in merito all'attuazione del piano di rientro del deficit nel servizio sanitario regionale).

In una cornice di miglioramento, emergono ancora rilevanti difficoltà nella gestione del settore sanitario, con la persistenza di croniche disfunzioni in tema di controllo dei processi di spesa e di salvaguardia del rispetto dei livelli di assistenza.

Si auspica, in conclusione, la celere attuazione di alcune misure specifiche quali la prosecuzione del processo di pagamento dei debiti pregressi al fine di sbloccare le somme pignorate e il superamento del grave ritardo nell'attuazione del piano di pagamento. Per fronteggiare le ulteriori, croniche criticità riscontrate, occorre, ad avviso della Commissione, implementare i sistemi di controllo del costo del personale dipendente extra medico, delle consulenze non sanitarie e delle manutenzioni e riparazioni, unitamente ad un più efficace monitoraggio della spesa delle strutture accreditate e convenzionate ed una compiuta realizzazione di un sistema automatico di certificazione dei crediti che dia attuazione al piano dei pagamenti.

3. STATO DELLA SANITÀ NELLA REGIONE SICILIA.

3.1. *Premessa.*

La Sicilia è la regione con il territorio più esteso (25.711 Km²) e ha una popolazione di 5.037.799 abitanti (al 1° gennaio 2009); ciò si riflette nell'incremento dei costi del Servizio sanitario nazionale, accresciutisi a ritmi molto sostenuti, tanto da rappresentare, accanto alle tematiche previdenziali, una delle componenti più significative dell'incremento della spesa pubblica.

Il fattore che ha principalmente contribuito a tale incremento è l'indice di invecchiamento della popolazione. Nell'ultimo ventennio tale indice è quasi raddoppiato, passando dal 62,8 per cento del 1990 al 114 per cento del 2010 (rispetto ad una media nazionale rispettivamente pari a 87,6 per cento e 135,5 per cento). La speranza di vita, a 65 anni, quale riduzione dei rischi di morte, si è accresciuta nella regione di oltre due anni e mezzo per entrambi i sessi nello stesso periodo, attestandosi nel 2010 a 18 anni per gli uomini e a 21,1 per le donne (rispetto ad una media nazionale rispettivamente pari a 18,4 e 21,9).

Tutto ciò, ovviamente, si è riflesso nella maggiore domanda di servizi sanitari e di prestazioni assistenziali, essendosi incrementato il numero di persone affette da gravi disabilità, per le quali, prevalentemente, occorrono strutture del territorio (assistenza domiciliare) piuttosto che ricorso all'ospedalizzazione.

In Sicilia, secondo indagini ISTAT, circa un quinto degli anziani che vivono in famiglia è affetto da una grave disabilità, che diviene pari ad un terzo ove si considerino soggetti anziani con un'apprezzabile difficoltà nello svolgimento delle funzioni vitali; da queste percentuali sono esclusi quei soggetti anziani che soffrendo di disabilità non fisica, ma mentale, hanno comunque difficoltà a svolgere le attività essenziali della vita quotidiana. Nel 2060, secondo previsioni ISTAT, gli anziani rappresenteranno un terzo della popolazione e l'indice di vecchiaia dovrebbe superare il 290 per cento.

Altro fattore, oltre a quello della « transizione epidemiologica » sopra evidenziato, è costituito dall'innovazione tecnologica e dal progresso scientifico: la sanità, com'è noto, è un settore nel quale le innovazioni di processo e di prodotto generano un aumento dei costi medi di produzione. Il fatto di poter trattare un numero crescente di patologie, prima considerate non curabili, comporta l'introduzione di procedure diagnostiche-terapeutiche complesse e costose, che spesso non determinano un risparmio di capitale umano.

Un terzo fattore che determina l'incremento della spesa sanitaria è il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, cioè un maggior livello del PIL in termini reali. Vi è, infatti, una stretta correlazione tra il livello del PIL e quello della spesa sanitaria, pubblica e privata. Su questo ultimo punto, la Sicilia occupa l'ultima posizione in graduatoria e ciò richiede sempre più l'azione perequativa esercitata dal Servizio sanitario nazionale, per evitare che i divari Nord-Sud restino ancora così marcati.

In questi ultimi anni, la Sicilia ha avviato un tentativo di percorso di riforma del proprio sistema sanitario regionale, a seguito, dapprima, dell'adozione nell'anno 2007 del piano di rientro, sottoscritto il 31 luglio 2007 e, dopo, del « Programma operativo 2010-2012 », quale prosecuzione del predetto piano, approvato con delibera di Giunta n. 497 del 30 dicembre 2010 e reso esecutivo con decreto assessoriale n. 3254 di pari data⁽²⁸⁾.

Elementi fondamentali di tale percorso sono:

- 1) riorganizzazione strutturale della aziende sanitarie ed ospedaliere;
- 2) controllo più stringente sui privati accreditati e sui professionisti;

(28) Si segnala, altresì, che la Regione siciliana ha richiesto ai Ministeri affiancanti la sottoscrizione di un nuovo accordo per l'approvazione di un nuovo piano per il triennio 2013-2015, ai sensi dell'articolo 2, commi da 92 a 96 della legge n. 191 del 2009, denominato "Piano di consolidamento e sviluppo 2013-2015 delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del SSR". Cfr. Assessorato alla salute, nota n. 81698 del 9 novembre 2012, pag. 16.

3) ampliamento della medicina e delle cure di territorio con la contemporanea riduzione dell'area di « ospedalità ».

Difficile valutare, in sintesi e fin da subito, se siano stati più i risultati positivi già raggiunti, ovvero siano ancora presenti numerose criticità, soprattutto sulla qualità effettiva delle prestazioni, evidenziate da autorevoli soggetti istituzionali, quali la Corte dei conti⁽²⁹⁾, l'Agenas, l'Istituto superiore di sanità, nonché ulteriori osservatori scientifici e centri di ricerca. Certamente possono rilevarsi anche alcuni ambiti ed aree di eccellenza della sanità regionale quali, ad esempio:

1) Centro cardiologico del Mediterraneo Bambino Gesù – ospedale San Vincenzo Taormina Cardiologia pediatrica; attivata la nuova risonanza magnetica pediatrica, unica in Sicilia⁽³⁰⁾.

2) Laparoscopia della colecisti – Clinica S. Anna di Agrigento – fra le prime in Italia⁽³¹⁾.

3) Sale operatorie « intelligenti » – ISMETT – Smart Or⁽³²⁾.

4) Utilizzo del Da Vinci – Operazione al fegato, per la prima volta al mondo in ISMETT⁽³³⁾.

5) Ospedale Villa Sofia-Cervello Chirurgia robotica mininvasiva; costituenda scuola di specializzazione robotica siciliana.

6) Villa delle Ginestre – Assistenza medodullesi – (500 ricoveri al 23 ottobre 2012), posti di riabilitazione pediatrica riservata a bambini con patologie midollari. Il 4 per cento dei pazienti arriva da fuori regione⁽³⁴⁾. Centro di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento dell'ASP 6 di Palermo, con 69 posti letto, unica struttura specializzata del meridione.

(29) Si legge in Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo per la Regione siciliana, *Elementi per l'audizione dinanzi alla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, 7 novembre 2012, pag. 8: "L'adozione nel 2007 del Piano di rientro ha perciò contribuito al risanamento delle gestioni sanitarie siciliane lungo un percorso di progressivo riequilibrio finanziario, anche se restino tuttora da assolvere tutte le misure necessarie per garantire il riequilibrio del profilo erogativi dei livelli essenziali di assistenza".

(30) Il centro è nato due anni fa a seguito di una convenzione stipulata tra la Regione siciliana e Ospedale pediatrico Bambin Gesù. Accoglie pazienti provenienti dalla Calabria che rappresentano circa il 15 per cento del totale degli assistiti.

(31) Fonte: *Giornale di Sicilia*, 23 ottobre 2012 - Intervista al prof. Cardinale, Sottosegretario alla Salute.

(32) Fonte: *la Repubblica*, 24 luglio 2012. All'interno delle sale operatorie vi sono quattro monitor fissi e uno mobile. Un monitor è sempre pronto per effettuare una videoconferenza con chirurghi in ogni parte del mondo per una consultazione sul caso. Tutti i comandi della sala operatoria sono gestiti dal chirurgo e dalla sua équipe attraverso un *touch screen* e una serie di comandi vocali.

(33) Fonte: *la Repubblica* 26 giugno 2012

(34) Fonte: *Giornale di Sicilia*, 23 ottobre 2012 La struttura consente di praticare sport, ippoterapia, assistere a spettacoli di vario genere con un teatro auditorium i cui posti sono fruibili in carrozzina. A disposizione della struttura, TAC e in arrivo una risonanza magnetica acquistata con fondi europei. Nella struttura si allenano molteplici campioni paraolimpici. Trecento dipendenti, di cui 50 medici e effettivi in servizio 31.

6) Digitalizzazione della radiologia al Policlinico, Nuova Tac a risoluzione spaziale e angiografo digitale⁽³⁵⁾.

7) Cardiologia a Catania, con le nuove sale di emodinamica e di elettrofisiologia dell'ospedale Ferrarotto di Catania, ove è possibile realizzare appieno il percorso diagnostico terapeutico per pazienti affetti da patologie più complesse grazie al cosiddetto *heart team*⁽³⁶⁾.

Particolare attenzione merita, infatti, l'elevato « effetto annuncio » utilizzato dalla precedente *governance* sanitaria regionale, rispetto ai risultati effettivamente raggiunti, in luogo, pertanto, di quelli solo annunciati e sempre in fase di dichiarazione di miglioramento⁽³⁷⁾, rispetto ai tempi di verifica, di controllo, di confronto, con i risultati delle altre realtà sanitarie regionali.

Un esempio è quello della sempre dichiarata possibilità teorica di riduzione delle aliquote dell'addizionale IRPEF e dell'IRAP affermata, numerose volte, dall'Assessore Massimo Russo, che motiva la mancata praticabilità di ciò, per via di altre emergenze regionali di bilancio⁽³⁸⁾. Un emendamento al decreto sulla *spending review* ha previsto il rincaro delle addizionali per le otto regioni con sanità in rosso e tra queste c'è la Sicilia⁽³⁹⁾.

Il disavanzo cumulato, per gli anni 2007-2011, in Sicilia è pari a 1.166 milioni di euro⁽⁴⁰⁾. Da qui l'attenzione alla carenza di medicina del territorio, alla mobilità passiva sanitaria, ai numerosi casi di malasanità, alle liste di attesa, all'eccessivo ricorso a parti cesarei, ecc.

Non v'è dubbio, come anche rilevato di recente dalla Corte dei conti⁽⁴¹⁾, che la gestione della sanità scontri la difficile situazione

(35) Cfr., *Giornale di Sicilia*, 28 marzo 2012.

(36) Il cardiologo clinico opererà insieme al cardiologo interventista avanzato, al cardiocirurgo, all'anestesista, al chirurgo vascolare, al tecnico di fisiopatologia, all'aritmologo e all'ecografista.

(37) Per l'Assessorato regionale, spesso, in presenza di dati, graduatorie, classifiche, comparazioni e confronti regionali, i dati sono sempre vecchi, superati. Ad esempio, cfr. *Giornale di Sicilia*, 9 novembre 2012, pag. 4, a seguito dell'audizione del presidente della Corte dei conti, Arrigoni, in presenza dell'affermazione che "i tetti di spesa previsti per la farmaceutica sono sfiorati", la risposta è che "i dati sono vecchi". Così, ancora, a fronte dell'affermazione della Corte che il numero dei "viaggi della speranza" si mantiene ancora alto, per l'Assessorato questa spesa si è ridotta dai 205 milioni del 2009 ai 194 del 2011. Di fronte, ancora, all'evidenziazione della mancata integrale attivazione dei PTA - 38 su 47 previsti - , la Regione sostiene che questi assicurano una capillare copertura del servizio e che "è aumentato il livello di assistenza ai disabili ed è stata potenziata la cura domiciliare agli anziani". Ancora, a seguito della pubblicazione del rapporto sul sito del Ministero della salute nel 2011 sui LEA, dai quali emerge un'inadeguatezza del sistema siciliano, l'Assessorato replica che i dati contenuti nel rapporto pubblicato sul sito del Ministero risalgono a due anni addietro. Cfr. *La Sicilia* del 12 maggio 2011, articolo di Miceli Lillo, *Ma il piano di rientro non è stato rispettato*.

(38) *Giornale di Sicilia*, 6 agosto 2012. La Sicilia ha coperto sinora tutti i propri disavanzi con l'attivazione della leva fiscale ai livelli massimi.

(39) Cfr. *la Repubblica*, 27 luglio 2012.

(40) Fonte: Cgia Mestre, *la Repubblica*, 27 luglio 2012.

(41) Cfr. Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo per la Regione siciliana, *Elementi per l'audizione dinanzi alla Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*, 7 novembre 2012, pag. 5.

economica della Regione siciliana, visto che quasi tutti i saldi fondamentali di bilancio, sulla base di quanto emerso nel rendiconto generale dell'esercizio finanziario 2011, sono risultati negativi.

In particolare, oltre alle richieste statali di necessario contenimento della spesa che hanno influenzato il bilancio regionale, vanno segnalate le specifiche restrizioni aggiuntive della spesa del settore sanitario, previste dalla legge di stabilità 2013, pari a 600 milioni per il 2013 e a 1.000 milioni per il 2014 e 2015, misure queste che coinvolgono anche la Regione siciliana, tramite la prevista riduzione dei prezzi di beni e servizi e per i tagli sui dispositivi medici.

3.2. *La compartecipazione alla spesa sanitaria nell'ambito del bilancio regionale.*

Un elemento di rilevante importanza per l'esatta comprensione delle entità finanziarie che investono la sanità regionale è quello della compartecipazione del bilancio regionale. Il finanziamento dell'assistenza sanitaria avviene attraverso una compartecipazione della Regione siciliana che ha una dimensione percentuale passata dal 42,5 per cento (2006) al 49,1 per cento (2009), così come previsto dalla legge finanziaria 2007 (articolo 1, comma 830).

Più precisamente, riportando i dati puntuali, rilevati altresì dalla documentazione della Corte dei conti⁽⁴²⁾, il finanziamento indistinto del sistema regionale sanitario, per l'anno 2011, pari a 8.558 milioni di euro⁽⁴³⁾, avviene nel seguente modo:

- Partecipazione della Regione siciliana	4.202,8 mil/€	49,11%
- IRAP stima 2011	1.638,4	19,15%
- Addizionale IRPEF stima 2011	362,2	4,23%
- Fondo sanitario nazionale	2.226,4	26,02%
- Ricavi ed entrate proprie stimate	128,1	1,50%
Totale quota di FSR anno 2011	8.557,9	100,00%

L'ammontare del 49,1 per cento deve garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza complessivi nella regione.

(42) Cfr., Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo per la Regione siciliana, *Rendiconto generale della regione siciliana - Esercizio finanziario 2011, Relazione*, Volume II, pag. 2.

(43) Così come previsto nell'intesa Conferenza Stato-regioni del 21 dicembre 2011 che ha stabilito il piano definitivo di riparto del Fondo sanitario nazionale per l'anno 2011. Al superiore finanziamento indistinto, per completezza, si aggiunge il finanziamento vincolato per 159 milioni di euro, da destinarsi all'Istituto Zooprofilattico, per 19 milioni, e ulteriori 140 milioni per varie attività, quali la medicina penitenziaria, l'AIDS, le borse di studio MMG, la fibrosi cistica, ecc.

Tale percentuale è stata ritenuta, da parte della Regione siciliana, elevata e comunque relativa solo ad alcuni anni: in particolare si sarebbe dovuta concludere nel 2010, dovendo ristabilirsi in quella minore del 42,5 per cento, a partire dal 2011. Tutto ciò è stato oggetto di analisi e contestazione, nell'ambito delle recenti riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 10 gennaio, del 30 marzo e del 24 luglio 2012.

Solo nell'ultima riunione (24 luglio 2012), Tavolo e Comitato hanno ritenuto di valutare superate le criticità riscontrate nelle verifiche del 10 gennaio e del 30 marzo 2012, relativamente al disegno di legge regionale n. 801 del 2011 (« Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2012. Legge di stabilità regionale »⁽⁴⁴⁾). Tutto ciò è rilevante, poiché il Tavolo ministeriale ha condizionato l'erogazione di risorse spettanti alla Regione siciliana alla copertura mediante la compartecipazione al 49,1 per cento⁽⁴⁵⁾.

È da precisare, altresì, che la copertura della maggiore compartecipazione è stata attuata, nel 2011, previa intesa con il Governo nazionale, facendo ricorso ai fondi FAS, che, com'è noto, dovrebbero essere esclusivamente utilizzati per lo sviluppo e per gli investimenti e non in una modalità annuale, di natura congiunturale, a fronte di una richiesta statale che presenta i caratteri della continuità pluriennale.

Per il 2012 si è riproposta la medesima questione e la Regione siciliana ha previsto la copertura dei circa 600 milioni necessari, derivanti dalla maggiore aliquota richiesta dallo Stato, con utilizzo dei fondi FAS (343 milioni) e per la parte residua attraverso le risorse provenienti dai migliori risultati reddituali attesi (avanzo sanitario), rispetto all'equilibrio di bilancio, così come verificato dai Tavoli tecnici ministeriali.

3.3. *L'analisi del risultato di esercizio sanitario 2011 della Regione siciliana.*

Qui di seguito si evidenziano i risultati di esercizio 2011, nell'ambito del sistema sanitario regionale composto dai risultati delle varie aziende ed enti sanitari e dalla Regione stessa.

(44) In assemblea regionale, in data 28 marzo 2012, era stato approvato l'emendamento 3.1 al D.decreto-legge R. 801 ed avevano constatato che la limitazione al solo esercizio 2012 del livello del 49,11 per cento, non garantiva la continuità della compartecipazione da parte regionale per gli esercizi successivi al 2012, con ciò mettendo a rischio l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza che si fonda anche su detta compartecipazione regionale, Cfr. riunione Tavoli del 24 luglio, pag. 2. Si segnala, altresì, che si è in attesa della pronuncia della Corte Costituzionale adita in materia.

(45) In data 24 luglio 2012 sono state sbloccate ulteriori risorse a favore della regione, per 240 milioni di euro, mentre rimangono da riconoscere crediti per ulteriori 1.014 milioni, condizionati dal rispetto di tutti gli altri obiettivi di cui al Programma operativo.

Dai dati dei tavoli ministeriali, nella riunione del 24 luglio 2012, si rilevano i seguenti risultati di sintesi:

Risultato di gestione con ammortamenti non sterilizzati	4,967 (mil.€)
Rettifica entrata medicina penitenziaria	-17,808

Risultato di gestione con ammortamenti non sterilizzati	-12,841
Rischio da iscrizioni contabili	-13,250

Totale disavanzo con ammortamenti non sterilizzati (A)	-26,091
Coperture:	
Stima gettito da aumento delle aliquote Irap e add. Irpef sui livelli Massimi – anno imposta 2012	337,391
Rideterminazione stima entrate fiscali 2010 e 2011 e consuntivazione 2009	45,621

Totale coperture (B)	383,012
Risultato di gestione dopo coperture con ammortamenti non sterilizzati (B-A)	356,921

Come può ben rilevarsi, la Regione siciliana presenta un disavanzo di 26,091 milioni di euro⁽⁴⁶⁾ che, tuttavia, per effetto delle coperture fiscali, diviene un avanzo di 356,921 milioni. Tale ultimo valore è tuttavia condizionato dalla possibile rideterminazione della stima dei gettiti derivanti dalle entrate fiscali, che saranno individuate a cura del competente dipartimento regionale delle finanze.

3.3.1. *L'analisi dei risultati delle aziende sanitarie regionali.*

L'analisi dei risultati reddituali delle singole aziende sanitarie della Regione (e di quest'ultima per la parte di sua esclusiva competenza), evidenzia i seguenti risultati di sintesi:

A) 12 aziende con risultato positivo per complessivi	8,961	milioni di euro
B) 7 aziende con risultato negativo per complessivi	-33.988	»
Per un totale netto di perdita complessiva di	-25.027	»

(46) Tale risultato consolidato segnala un progressivo e significativo miglioramento rispetto all'analogo dato del 2006, quando era pari a oltre 900 milioni.