

Si rileva dai dati la perdurante situazione di perdita sofferta dalle più grandi aziende sanitarie regionali, in particolare l'ASP di Messina (-17,416, pari al 51,24 per cento delle perdite globali del sistema regionale), quella di Catania (-6,485, pari al 19,08 per cento del totale perdite) e quella di Siracusa (-4,265, pari al 12,55 per cento delle perdite totali), l'AUOP Vittorio Emanuele di Catania (-2,376) e l'Arnas Civico di Palermo (-2,216).

In particolare, per quanto concerne l'ASP di Catania, rilevante incidenza nel risultato negativo hanno gli interessi passivi (circa 8 milioni di euro) che vengono sostenuti per acquisire finanziamenti bancari (anticipazioni) per far fronte al pagamento dei fornitori, visti i cronici ritardi con i quali la Regione siciliana provvede all'erogazione delle somme.

Qui di seguito si riporta la tabella che mette in evidenza il risultato di esercizio delle singole aziende per il 2011⁽⁴⁷⁾.

RISULTATO ANNO 2011 (MIL. €)

ASP AGRIGENTO	35
ASP CALTANISSETTA	623
ASP CATANIA	-6.485
ASP ENNA	21
ASP MESSINA	-17.416
ASP PALERMO	3.681
ASP RAGUSA	246
ASP SIRAGUSA	-4.265
ASP TRAPANI	799
AO EMERG. CANNIZZARO (CT)	586
AO GARIBALDI (CT)	413
AUOP VITTORIO EMANUELE (CT)	-2.376
AO PAPARDO PIEMONTE (ME)	-358
AUOP MESSINA	511
AO CERVELLO VILLA SOFIA (PA)	-872
ARNAS CIVICO (PA)	2.216
AUOP PALERMO	958
IRCSS BONINO-PULEJO (ME)	1.088
REGIONE	1.619

3.4. *La situazione patrimoniale degli enti sanitari regionali.*

Ulteriori considerazioni vanno svolte con riferimento specifico alla situazione patrimoniale degli enti sanitari regionali. L'analisi deve vertere, pertanto, sui totali, rilevanti, dei crediti e dei debiti verso la Regione, verso i fornitori e altri soggetti e verso finanziatori, per via delle consistenti anticipazioni bancarie che, spesso, gli enti sanitari si trovano a dover attivare, a seguito del ritardo con cui ricevono le risorse dalla Regione, la quale, a sua volta, le attende e le riceve dallo Stato.

(47) Cfr. Corte dei conti, *Giudizio di parificazione*, volume II, pag. 27.

È stato necessario porre in essere una rilevante azione di allineamento tra quanto emergeva dai bilanci delle aziende sanitarie regionali nei confronti della Regione a titolo sia di crediti derivanti dal fondo sanitario regionale indistinto, sia per la copertura delle perdite pregresse, relative alle posizioni debitorie delle aziende, a loro volta, verso la Regione, soprattutto per effetto del mutuo contratto con il Ministero dell'economia e delle finanze. Tale operazione di compensazione/conguaglio è avvenuta e gli effetti sono stati contabilizzati nei bilanci chiusi al 31 dicembre 2010.

In particolare, l'ammontare dei crediti vantati dalle aziende sanitarie regionali verso la Regione per perdite da coprire è di circa 1.219 milioni, somma coperta dalla Regione stessa, con riferimento agli anni 2005, per euro 747 milioni e precedenti, mentre restano da saldare ulteriori 472 milioni per gli anni 2006-2011⁽⁴⁸⁾.

Con riferimento all'attesa, integrale copertura finanziaria di tali perdite, l'Assessorato regionale fa rilevare⁽⁴⁹⁾:

per 264 milioni, si riscontra in parte nei « Fondi transitori di accompagnamento statali », da impegnare sul bilancio regionale al momento dell'avvenuto incasso dallo Stato;

per ulteriori 190 milioni di euro, da prelevare dal « Fondo di riserva per le spese obbligatorie e di ordine e per la rassegnazione dei residui passivi di parte corrente, eliminati negli esercizi precedenti per perenzione amministrativa »;

per ulteriori 34 milioni di euro, nel gettito da maggiorazione delle aliquote fiscali per l'anno 2012.

Pertanto, l'Assessorato fa rilevare un'eccedenza di copertura di 16 milioni di euro.

L'analisi della posizione debitoria complessiva delle aziende sanitarie regionali è articolata.

L'importo complessivo al 2011 è di 4.444 milioni di euro, di cui ben 2.356 riguardano forniture di beni e servizi. I maggiori importi debitori sono relativi alle ASP di Catania (17,7 per cento del totale), ASP di Palermo (12,7 per cento) e all'ASP di Messina (11,9 per cento). Su tale punto, sempre sulla base di ulteriore e recentissima documentazione analizzata⁽⁵⁰⁾, l'Assessorato sottolinea che si tratta di « una criticità quasi del tutto superata per effetto delle iniziative intraprese nel 2012 ».

Infatti, l'Assessorato ha liquidato alle aziende sanitarie regionali, nel corso dei primi mesi del 2012, spettanze di loro competenza per 744 milioni; nonché, sempre nei primi mesi del 2012, ulteriori quote di Fondo sanitario corrente 2011 per circa 2.400 milioni, in quanto l'ammontare definitivo della quota di riparto del FSR 2011 è stata resa nota solo nel dicembre 2011.

(48) Cfr. Corte dei conti, *Elementi per l'audizione*, cit., pag.10.

(49) Cfr. Assessorato regionale alla salute, nota prot. n. 81698 del 9 novembre 2012, pag. 6.

(50) Cfr. *ivi*.

Tali somme hanno consentito la riduzione dell'esposizione debitoria verso fornitori delle aziende.

I tempi medi di pagamento sono pari a circa 288 giorni, all'interno di un *range* che va da un minimo di 127 giorni ad un massimo di 880 giorni. Su questo punto, l'Assessorato fa rilevare i seguenti dati, differenziando fornitori « in convenzione » da « altri fornitori »⁽⁵¹⁾:

tempi medi pagamento fornitori in convenzione = da 30 a 90 gg;

tempi medi pagamento altri fornitori = da 90 a 210 gg.

In base ai dati dell'Assobiomedica, nel primo trimestre 2012 i tempi continuano ad aumentare, in Sicilia si è a 294 giorni in media⁽⁵²⁾. La posizione debitoria verso gli istituti tesorieri, al 31 dicembre 2011, segna un valore complessivo di 1.092 milioni (+5,25 per cento), pari al 25 per cento del debito complessivo.

È certamente da segnalare, poi, anche se non rilevato nei sistemi contabili delle aziende sanitarie regionali, il debito verso il Ministro dell'economia e delle finanze assunto in sede di piano di rientro, di durata trentennale, originariamente pari a 2.640 milioni, destinato a saldare il debito verso i fornitori e ad estinguere le operazioni finanziarie, sino all'anno 2005, il cui importo residuo ad oggi è pari a 2.503 milioni, con rata annuale di 180 milioni.

3.5. *Gli elementi di criticità nell'attuazione del programma operativo 2010-2012.*

Gli elementi di criticità che ancora vengono riscontrati, dai tavoli ministeriali e da altri osservatori⁽⁵³⁾, in riferimento alla piena attuazione del programma operativo 2010-2012, adottato dalla Regione ai sensi dell'articolo 11, comma 1 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, nei termini del piano per la salute del dicembre 2009⁽⁵⁴⁾ e che sono ancora oggi causa della mancata integrale erogazione alla Regione delle risorse da parte dello Stato, possono così essere riassunti e qui di seguito analizzati:

1) Problematiche riguardanti le politiche di assunzione/reclutamento del personale/mobilità/rideterminazione delle dotazioni organiche;

(51) Cfr. sopra, pag. 7.

(52) Banca d'Italia, *L'economia della Sicilia*, 2012, pag. 41.

(53) In particolare, l'Osservatorio economico della provincia di Palermo mette in evidenza le seguenti criticità:

- eccedenza di personale medico rispetto a quello infermieristico;
- carenza della rete dei servizi territoriali;
- alto tasso di inappropriatazza dei ricoveri;
- insoddisfacente dotazione di posti letto per riabilitazione e lungodegenza;
- lunghezza delle liste d'attesa presso le strutture pubbliche;
- elevata incidenza dei costi dei servizi non sanitari esternalizzati;
- anomalia dell'*intramoenia* extramuraria.

(54) La prosecuzione del piano di rientro attraverso il programma operativo può aver luogo solo per quelle Regioni che non sono state sottoposte a commissariamento e che hanno garantito, nel triennio 2007-2009, l'equilibrio economico nel settore sanitario.

- 2) Mancata attuazione della vigente normativa in tema di sanità penitenziaria;
- 3) Attuazione della rete ospedaliera;
- 4) Processo di riordino del sistema di emergenza urgenza, piano industriale, SEUS, 118;
- 5) Assistenza territoriale residenziale e domiciliare;
- 6) Sperimentazioni gestionali;
- 7) Analisi dei costi sanitari;
- 8) Analisi dei costi di acquisto di beni e di servizi;
- 9) Liste di attesa;
- 10) Mobilità;
- 11) Protocolli d'intesa con le università;
- 12) Indicatori di efficienza e di qualità delle prestazioni sanitarie.

3.5.1. Politiche delle risorse umane.

Le risorse umane coinvolte nel sistema sanitario regionale sono pari a 50.000 unità⁽⁵⁵⁾ (32.581 del ruolo sanitario), con un costo complessivo di circa 3 miliardi (35 per cento del costo complessivo). Nel corso dell'ultimo anno si è avuta una diminuzione di circa 500 unità. I soggetti che operano nell'ambito dell'emergenza urgenza (118), a seguito delle assunzioni avvenute nel 2006 (1440 dipendenti), oltre a quelli già in servizio, sono pari a circa 3000 unità.

La problematica attuale riguarda l'attuazione delle linee di indirizzo sulle dotazioni organiche, sulla loro rideterminazione, alla luce anche delle numerose iniziative di reclutamento del personale, sia sotto forma di mobilità, sia di nuove procedure concorsuali attualmente in essere, per un valore complessivo di circa 2.800 unità.

L'ex assessore alla sanità, di recente, ha disposto il blocco delle assunzioni, nonostante le numerose procedure selettive già indette anche a ridosso delle recenti tornate elettorali regionali.

L'assessorato ha impartito attraverso alcune circolari disposizioni relative alle assunzioni in attesa del ridisegno dei posti letto. Ciò nonostante le aziende sanitarie hanno bandito, tra gli altri, concorsi per incarichi quinquennali nell'ASP di Catania (radiodiagnostica, neuropsichiatria e psichiatria), nell'ASP di Enna (dermatologia e

(55) Al 31 dicembre 2011 le unità complessive erano 50.222, così composte:
45.458 personale a tempo indeterminato;
2.780 personale a tempo determinato;
1.984 altro personale non dipendente.

Cfr. Assessorato regionale alla salute, nota 81698 del 9 novembre 2012.
Il 26,4 per cento lavora nella provincia di Palermo, così come anche la ricchezza prodotta dal settore nella regione deriva per oltre un quarto dalla provincia di Palermo, con evidente concentrazione nella città.

medicina di accettazione e d'urgenza), nell'ospedale Umberto I di Enna (laboratorio di sanità pubblica, radiologia e dipendenze patologiche), nell'ASP di Caltanissetta (chirurgia d'accettazione e d'urgenza, urologia), nell'ASP di Palermo (direttore medico di Villa delle Ginestre).

L'Assessorato regionale ritiene che le procedure di reclutamento non contravvengano alle disposizioni nazionali in tema di contenimento della spesa per il personale, in quanto ricompresi nelle dotazioni organiche delle aziende, già approvate dallo stesso, nel rispetto dei relativi tetti di spesa. Lo scorso 6 novembre 2012, l'Assessore Russo, come già detto, ha imposto in via precauzionale di sospendere l'attribuzione degli incarichi; il blocco riguarda tutti gli incarichi dirigenziali e durerà sino all'emanazione delle direttive che la nuova Giunta regionale, di recente insediamento, riterrà di assumere.

Sulla questione in oggetto sono da svolgersi alcune considerazioni, con riferimento alle procedure alle scelte effettuate dai *manager* e nelle diverse aziende sanitarie regionali. In particolare, nell'ambito dell'ASP 6 di Palermo, sin dallo scorso marzo 2012, sono state assegnate tredici posizioni, messe a concorso, con riferimento a dieci direttori di distretto e tre di PTA.

L'Assessore Massimo Russo ha messo a bando tutti i posti relativi a infermieri, tecnici, fisioterapisti, ecc., riservandone il 50 per cento alla mobilità interna, nell'ambito del maxi concorso per la definizione delle piante organiche delle strutture sanitarie siciliane.

L'Ospedale Villa Sofia-Cervello ha assegnato tre incarichi a tempo determinato di dirigente biologo, mentre l'ASP di Palermo ha riaperto i termini per le graduatorie di collaboratore professionale.

Oltre un centinaio di posti risultano assegnati a Siracusa, uno a Messina (dirigente medico di cardiologia), in uno con la creazione di *long list* di aspiranti contrattisti a tempo indeterminato.

L'AUOP di Palermo ha pubblicato bandi per formare nuove graduatorie, mentre l'ASP di Trapani ha messo a bando 40 posti a tempo indeterminato. L'11 agosto 2012, il *manager* dell'ASP 6 di Palermo ha effettuato 101 nomine. A settembre 2012 sono stati banditi concorsi per ulteriori 267 nuovi posti.

Si segnala, da ultimo, come vengano assegnati altri 2,6 milioni per i rimborsi del personale delle aziende sanitarie, in posizione di comando presso l'assessorato, sempre a carico del bilancio regionale⁽⁵⁶⁾.

3.5.2. Mancata attuazione della vigente normativa in tema di sanità penitenziaria.

Ad oggi è da rilevarsi l'effettivo trasferimento delle competenze della medicina penitenziaria dallo Stato alla Regione, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008. Ciò ha comportato una rideterminazione, da parte del tavolo ministeriale, di un importo per 17,808 milioni di euro.

(56) Cfr. verbale dei Tavoli ministeriali del 24 luglio 2012, pag. 4.

I Tavoli ministeriali hanno richiesto alla Regione di provvedere con urgenza a costruire con maggior dettaglio il programma di organizzazione dei servizi da attivare nelle carceri, alla luce della normativa di riferimento.

Tuttavia è da precisare, sulla base di quanto rilevato nell'ultimo verbale del 24 luglio 2012, che la Regione ha risolto l'inadempienza relativa alla sanità penitenziaria sugli anni 2009 e 2010 e i Tavoli ministeriali, preso atto che quanto predisposto dalla regione è stato già trasmesso al Presidente del Consiglio dei ministri, al Ministro per gli affari regionali, al Ministro della giustizia e al Ministro della salute e che si è in attesa di conoscere l'esito delle relative valutazioni, ritiene assolto tale punto da parte della Regione.

3.5.3. Attuazione della rete ospedaliera.

Si evidenzia, sulla base di quanto riportato nell'ultimo verbale di riunione dei Tavoli ministeriali, una valutazione positiva delle azioni inerenti la rimodulazione della rete ospedaliera, ma vengono ribadite le criticità delle reti territoriali.

Con riferimento specifico ai posti letto, continua la riduzione, pari oggi a 19.558 (20.886 nel 2007), con una riduzione complessiva pari a circa 1.300 p.l.

Con riferimento a quanto previsto dal decreto sulla cosiddetta *spending review*, si hanno differenti valori. Infatti i posti letto complessivi al 1° gennaio 2012 pari a 16.915, di cui 15.036 per acuti e 1.879 per post acuti, diverranno, per effetto dell'intervento normativo, 14.118 per acuti e 3.294 per post acuti (quindi, questi ultimi, subiranno un aumento), per un totale di 17.412, con un saldo positivo tra acuti e post acuti di 497 posti letto.

Ciò può consentire di raggiungere gli indicatori standard di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 3 per acuti e 0,7 per lungodegenze, come previsto dalla normativa. Il citato verbale del Tavolo tecnico evidenzia, altresì, che la Regione non ha fornito puntuali indicazioni di carattere organizzativo tali da consentire precise ricadute nella strutturazione aziendale, con riferimento all'attuazione dei piani attuativi aziendali.

I Tavoli rimangono ancora in attesa di un atto regionale che individui il numero massimo di strutture complesse e strutture semplici per ciascuna azienda sanitaria e dell'avvenuta determinazione, da parte delle aziende, dei fondi contrattuali ai sensi della legge 122 del 2010.

Anche all'esito di specifico sopralluogo effettuato da questa Commissione il 4 aprile 2011, si vuole qui evidenziare la tanto attesa apertura, finalmente avvenuta, dell'Ospedale di Lentini (Siracusa), il 17 ottobre 2011; a circa sei mesi dalla sua apertura, si è registrato un incremento della produttività di circa il 20-30 per cento, con sensibile riduzione della mobilità in uscita, con incremento di attrattività di pazienti, il trasferimento dei reparti di ostetricia e ginecologia dall'ospedale di Moscatello di Augusta.

Sempre con riferimento alla zona di Siracusa, si è programmata, con il supporto anche dell'Agenas, la sistemazione organica tra gli ospedali di Noto e di Avola: nel primo saranno collocate le attività per post-acuti, nel secondo tutte quelle per acuti. Anche in questo caso

la vicenda è stata più volte monitorata dalla Commissione, sia con specifiche audizioni sia con acquisizioni documentali.

3.5.4. *Processo di riordino del sistema di emergenza urgenza, piano industriale SEUS, 118.*

Il processo di riordino del sistema regionale di emergenza e urgenza è stato oggetto di uno specifico filone di inchiesta condotto dalla Commissione, che ha evidenziato alcune criticità in ambito ospedaliero, relativamente alle reti assistenziali dell'emergenza ad alta complessità, come la rete per cardiologia, trauma e ictus.

Riguardo al completamento del processo di riordino, i Ministeri affiancanti hanno richiesto chiarimenti in ordine alla composizione degli equipaggi dei mezzi di soccorso e alla garanzia dei radiocollegamenti. La regione ha precisato che al personale ex SISE, assunto alla SEUS, si applica il CCNL della sanità privata (AIOP), senza però fornire informazioni sul costo del suddetto personale.

Inoltre, si ricorda che persiste una problematica relativa all'assorbimento di circa 400 autisti soccorritori che dovrebbero transitare nelle aziende sanitarie regionali e che tuttavia ancora necessitano di idonea formazione specifica.

Infine, si segnala il rilevante contenzioso ancora in essere, così come confermato dalla Procura regionale della Corte dei conti nell'audizione del 7 novembre 2012, tra la Regione e la Croce rossa italiana (CRI), pari a circa 40 milioni di euro, a seguito di un decreto ingiuntivo della CRI nazionale, nonché un contenzioso tra la regione e la SISE per circa 49 milioni.

Sono stati stanziati 2 milioni di euro di contributi regionali extrafondo per il servizio emergenza-urgenza⁽⁵⁷⁾. Il personale che lavora alla SEUS è stato assunto senza concorso a condizione di rinunciare allo straordinario maturato alle dipendenze della CRI, in cambio di un contratto *full time*. I 3 mila e 34 autisti soccorritori (oltre a 250 amministrativi), che mantengono attive 260 ambulanze, si sono rivelati in esubero: 400 dovranno quindi essere utilizzati in altre mansioni. Invero, ad oggi, l'operazione di riqualificazione del personale non è ancora terminata⁽⁵⁸⁾ e c'è ancora personale da ricollocare. Oggi il costo del servizio è maggiore del 25 per cento (22 milioni di euro) rispetto a quanto costava prima con la CRI⁽⁵⁹⁾.

3.5.5. *Assistenza territoriale residenziale e domiciliare.*

Il programma operativo aveva approvato un cronoprogramma che prevedeva le seguenti attivazioni dei presidi territoriali di assistenza (PTA):

entro il 31 dicembre 2010 = 19 PTA;

(57) Cfr. Verbale tavoli ministeriali del 24 luglio 2012, pag. 4.

(58) L'Assessorato, con la nota 81698 del 9 novembre 2012, informa che tale formazione è stata completata per 299 unità, mentre per i restanti 107, il percorso verrà completato al febbraio 2013. Tale personale verrà utilizzato dalle aziende sanitarie.

(59) Cfr. *Articolo Centonove* del 13 luglio 2012.

entro il 31 dicembre 2011 = 10 PTA;
entro il 31 dicembre 2012 = 18 PTA,
per un totale di 47 PTA.

La Regione ha attivato, al 31 dicembre 2011, 14 PTA, in luogo dei 29 previsti dal cronoprogramma. Alla data del verbale dei Tavoli ministeriali del 24 luglio risultavano attivati 33⁽⁶⁰⁾ PTA sui 47 previsti.

3.5.5.1. *Salute mentale.*

I Tavoli ministeriali, dall'analisi della documentazione prodotta dalla Regione – piano strategico per la salute mentale – evidenziano:

- il mancato recepimento dell'accordo Stato-Regioni inerente « le raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale »;
- la mancanza di un cronoprogramma puntuale per il raggiungimento degli obiettivi.

Relativamente all'offerta assistenziale in regime di semiresidenzialità, occorre articolare l'orario del personale addetto alle strutture su otto ore giornaliere, anziché sei, come indicato nel piano regionale.

In definitiva, l'obiettivo di completamento del processo di riconversione delle case di cura psichiatriche risulta essere ancora in fase di attuazione.

3.5.6. *Sperimentazioni gestionali.*

Vengono evidenziate criticità relativamente alle seguenti realtà sanitarie: Fondazione Maugeri, Ismett, Fondazione San Raffaele-Giglio e Istituto Rizzoli di Bagheria.

3.5.6.1. *Fondazione Maugeri.*

I Tavoli ministeriali evidenziano che la Fondazione Maugeri non può assimilarsi ad un istituto di sperimentazione gestionale così come previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992⁽⁶¹⁾. Inoltre, vengono segnalate criticità connesse al personale interessato. Come riportato recentemente da organi di stampa, la Fondazione Maugeri risulta oggetto di una inchiesta giudiziaria relativamente a vicende riguardanti anche le sedi realizzate a Sciacca e Mistretta.

La dislocazione in Sicilia è iniziata nel 2001, nel 2003 ha avuto luogo il protocollo d'intesa, nel 2004 il decreto di approvazione del protocollo. L'ex amministratore delegato del gruppo, Umberto Maugeri, avrebbe confermato il pagamento di somme per sbloccare l'apertura dei reparti di Sciacca e Mistretta. Di 600 posti previsti dalla convenzione, per i quali la Regione ha pagato 700 mila euro al gruppo lombardo, ne sono stati realizzati appena un decimo.

(60) L'Assessorato, nella nota 81698 del 9 novembre 2012, a pag. 14, riferisce di averne attivati 38.

(61) Cfr. Verbale dei Tavoli ministeriali del 24 luglio 2012, pag. 19.

3.5.6.2. *Ismett.*

Il centro – Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione – è frutto della collaborazione tra la Regione siciliana e l'Università di Pittsburgh (UPMC); nato nel 1997 e operativo dal 1999, ne è oggi socio di maggioranza l'Ospedale Civico, con il 55 per cento delle quote azionarie. Il livello di informatizzazione dell'attività ospedaliera raggiunto dall'Ismett si colloca al 6° grado sui 7 previsti dagli *standards* internazionali dello *Healthcare information and management systems society*. Fa uso della cartella clinica elettronica, che integra gli interventi clinici con i relativi dati economici. Il suo peso medio del DRG è più del doppio dell'ospedale più complesso d'Italia.

Si tratta di un modello di *partnership* pubblico-privato che permette la consulenza remota dei medici di Pittsburgh, per una *second opinion* su casi complessi come i trapianti di fegato in pazienti pediatrici. Civico e Ismett si presentano sempre più come un unico centro ospedaliero. Si punta ad unire anche fisicamente le due strutture, con riferimento al progetto del centro Cuore. È previsto anche un ponte che unirà il Civico e l'Ismett per il trasferimento dei pazienti.

3.5.6.3. *San Raffaele Giglio.*

L'ospedale, che fa capo a una fondazione ove sono presenti la Regione, l'ASP e il Comune di Cefalù, ha ricevuto un finanziamento dal Ministero della salute per circa 4 milioni di euro, che gli consentirà di completare un nuovo reparto di rianimazione e una nuova area per pazienti in stato neurovegetativo cronico.

L'ospedale aspira a divenire un istituto oncologico siciliano autonomo. Ogni anno effettua circa 5.200 interventi chirurgici, 250.000 prestazioni ambulatoriali e conduce 80 sperimentazioni cliniche. Inoltre saranno realizzate due nuove sale operatorie, destinate ai settori delle discipline chirurgiche che trattano pazienti oncologici e interventi di alta complessità.

Nel maggio di quest'anno si è verificato l'abbandono da parte del San Raffaele di Milano – a causa delle note vicende finanziarie che lo hanno coinvolto – dell'Ospedale Giglio e il passaggio del San Raffaele alla società per azioni Velca (del gruppo sanitario Rotelli), non più interessata alla collaborazione con il Giglio di Cefalù. Numerose sono, invero, le problematiche sul tavolo. In primo luogo, l'amministratore delegato del San Raffaele di Milano ha intimato al Giglio la cessazione di ogni utilizzo del segno distintivo o del marchio in quanto di esclusiva proprietà del San Raffaele.

Riflessi sulla *governance* si sono avuti nel consiglio di amministrazione dell'ospedale, anche se il presidente del Giglio assicura la piena funzionalità della struttura e ricorsi contro il divieto di utilizzo del marchio. Sussiste inoltre un contenzioso notevole che ha condotto a perdite significative del Giglio, dovute al mancato versamento dei rimborsi di migliaia di prestazioni sanitarie svolte tra il 2003 e il 2008, contestate dall'ASP.

Le perdite pregresse ammontano ad oltre 36 milioni di euro, tanto da aver costretto l'ASP 6, titolare del 25 per cento della proprietà, ad effettuare un accantonamento di 9,2 milioni di euro per la parte di copertura delle perdite di propria competenza⁽⁶²⁾.

3.5.6.4. *Istituto Rizzoli di Bagheria.*

Il dipartimento Rizzoli Sicilia è ospitato nella struttura di Villa Santa Teresa di Bagheria, un bene confiscato alla mafia. L'apertura del nuovo ambulatorio di ortopedia è avvenuta il 1° febbraio 2012, con prenotazioni molto elevate, tanto da non aver potuto consentire posti liberi sino al mese di luglio 2012. La struttura è diretta da un dirigente medico e specialista in ortopedia del Rizzoli di Bologna e coadiuvata da sette ortopedici e un anestesista.

Vengono segnalate criticità sia per quanto riguarda il protocollo d'intesa, sia per la convenzione. Vi sono poi criticità in ordine al personale interessato. La convenzione prevede la realizzazione di un dipartimento ortopedico di 84 posti letto, tre sale operatorie e cinque ambulatori per visite specialistiche. L'accordo firmato, valido sino al 2020, prevede che la Sicilia versi all'Istituto 18 milioni per 2.300 interventi l'anno di alta complessità ed altre prestazioni, in futuro anche oncologiche.

3.5.7. *Analisi dei costi sanitari.*

I costi operativi (interni ed esterni⁽⁶³⁾, pari al 96,56 per cento dei costi totali) crescono dell'1,25 per cento, rispetto al 2010, con un valore assoluto di 106 milioni di euro. I costi interni assorbono il 59,11 per cento dei costi operativi, mentre i costi esterni il 40,88 per cento. Il 2011 vede un aumento dei costi interni (+2,52 per cento) e una leggera flessione di quelli esterni (-0,53 per cento). Ciò è dovuto, per i costi interni, alla marcata riduzione del costo del personale (-39 milioni) e, per i costi esterni, alla riduzione della farmaceutica convenzionata (-69 milioni). Quasi tutte le altre componenti registrano aumenti rispetto al 2010, alcune in misura superiore alle previsioni del programma operativo.

Tuttavia il complesso dei costi operativi (interni ed esterni) risulta in linea con i valori del programmatico di piano, con uno scostamento

(62) Cfr. verbale dei Tavoli ministeriali del 24 luglio 2012, pag. 9.

(63) Si ricorda che sono costi interni:

- personale;
- prodotti farmaceutici ed emoderivati;
- altri beni sanitari;
- beni non sanitari;

servizi (manutenzione, godimento beni, oneri diversi di gestione, ammortamenti, accantonamenti, variazione rimanenze).

Sono, invece, costi esterni:

- medicina di base;
- farmaceutica convenzionata;

assistenza ospedaliera, specialistica, riabilitazione, protesica e altra da privato (inclusi trasporti sanitari).

complessivo del +0,20 per cento, pari a 17 milioni in più rispetto alle previsioni del programma operativo⁽⁶⁴⁾.

3.5.8. *Analisi dei costi di acquisto di beni e servizi.*

Rientrano in questa voce la spesa per prodotti farmaceutici, per beni sanitari e non sanitari e per servizi non sanitari. Ulteriori criticità presenta la spesa per acquisto di beni e servizi, il cui valore complessivo è salito nel 2011 dell'8,37 per cento rispetto al 2010, con un'inversione di tendenza rispetto al decremento del 3,49 per cento del 2010 sul 2009. All'interno di tale voce aggregata, l'incremento dell'acquisto dei beni è stato pari al 6,15 per cento, in misura molto superiore alla media nazionale (2,4 per cento).

All'interno, ancora, della voce beni, quella per la spesa per prodotti farmaceutici ed emoderivati è aumentata del 7,70 per cento. Gli altri beni sanitari registrano un incremento del 4,12 per cento rispetto al 2010. La spesa per acquisti di beni non sanitari registra un incremento del 9,57 per cento, con un'inversione di tendenza rispetto al *trend* decrescente registrato sin dal 2008.

I costi dei servizi ritornano a crescere nel 2011, con un incremento del 3,81 per cento. All'interno di questa voce i servizi non sanitari esternalizzati hanno subito un incremento del 10,03 per cento⁽⁶⁵⁾.

I tetti alla crescita di tali spese, previsti dalle varie leggi finanziarie regionali, non sono mai stati rispettati dalle aziende sanitarie regionali. Si ha un eccessivo ricorso alle procedure di acquisto in economia (nel 2010 pari a ben 1250) e si rilevano acquisti operati al di fuori delle previste procedure centralizzate. E ciò nonostante l'articolo 5 della legge regionale n. 5 del 2009 disponga, al comma 9, che il territorio della regione sia diviso in due bacini, uno occidentale e uno orientale, con la costituzione, così come previsto dal decreto assessoriale del 2 novembre 2009, dei due comitati di bacino. Le linee guida per l'avvio delle attività dei comitati di bacino sono state adottate con decreto assessoriale del 19 gennaio 2010.

Tutto ciò è sottoposto al controllo di un Comitato guida regionale, al fine di giungere a una soglia minima di acquisti centralizzati (40 per cento) e soprattutto alla riduzione dell'eterogeneità dei prodotti, delle giacenze di magazzino e della variabilità nei prezzi d'acquisto. Si dà atto che, per fronteggiare tutto ciò, l'Assessorato ha emanato disposizioni sino alla recente circolare (9 agosto 2012, n. 1295), nella quale vengono forniti puntuali atti di indirizzo, rivolti anche ai collegi sindacali.

Le considerazioni di cui sopra vengono ridimensionate dall'Assessorato regionale, che afferma che sono in « corso di esperimento ed aggiudicazione numerose gare centralizzate di bacino », per cui rinvia all'esito di queste la valutazione del giudizio sugli effetti positivi della spesa⁽⁶⁶⁾.

(64) Per un'analisi di dettaglio dei costi ed interni ed esterni, si fa rinvio alla tabella 15/SA della Corte dei conti, Giudizio di parificazione, vol. II, pag. 34.

(65) Cfr. Corte dei conti, Giudizio di parificazione, volume II, pagg. 48-49.

(66) Cfr. Assessorato alla salute, Nota 81698 del 9 novembre 2012, pag. 12.

Sulla base dei conti consolidati rilevati dal NSIS (Sistema informativo sanitario), nella media del triennio 2008-2010, la spesa sanitaria *pro capite* sostenuta in favore dei residenti in Sicilia è stata pari a 1.725 euro, inferiore alla media delle RSS e a quella italiana (rispettivamente 1.833 e 1.838 euro), anche al netto del saldo relativo alla mobilità interregionale, nonché ponderando per età e incidenza delle malattie croniche; nello stesso periodo la spesa complessiva è aumentata in media dello 0,5 per cento annuo, un tasso inferiore alla media delle RSS e del Paese (2,1 per cento).

Si è rilevato un incremento del costo dei prodotti farmaceutici delle aziende di 15,6 milioni rispetto al dato programmato 2011. In base ai dati OSMED, relativamente ai primi nove mesi del 2011, la spesa farmaceutica lorda *pro capite* per i farmaci di classe A-SSN (rimborsati dal sistema sanitario) in Sicilia è risultata pari a 195,6 euro (livello più elevato in Italia) a fronte di una media nazionale pari a 154,6 euro.

La Sicilia è la prima regione sia per numero di dosi definite giornaliere per mille abitanti (DDD), sia per costo medio per giornata di terapia: rispettivamente, il 13,6 e il 16,3 per cento in più della media nazionale. Nonostante ciò, la spesa lorda totale per i farmaci di classe A-SSN si è ridotta del 2,5 per cento, per effetto di una riduzione dei prezzi dei farmaci; tale spesa è pari al 10,1 per cento del totale nazionale⁽⁶⁷⁾.

Il rapporto annuale Federfarma per il 2011 evidenzia un incremento del numero di prescrizioni, ma una diminuzione della spesa per i farmaci. Nell'isola sono state prescritte 57.839.468 ricette (quasi un milione in più rispetto al 2010) e con un incremento del 14 per cento in cinque anni. Tuttavia si è avuta una riduzione del 23,8 per cento del costo, passato da 1.055.463.000 euro nel 2010 a 994.528.000 euro nel 2011. Desto preoccupazione l'incremento della spesa farmaceutica ospedaliera, che continua a sfiorare il tetto di spesa⁽⁶⁸⁾.

3.5.9. Liste di attesa.

Nel 2011 l'Assessorato regionale alla salute aveva emanato il decreto per governare i tempi d'attesa di visite ed esami. Ad oggi le liste d'attesa continuano a essere molto lunghe. In una ricognizione effettuata dal quotidiano *La Repubblica*, riguardo a Palermo, del 1° marzo 2012, si rileva quanto segue.

(67) Banca d'Italia, *L'economia della Sicilia*, 2012, pag. 41.

(68) Cfr. *la Repubblica* del 29 giugno 2012.

TIPOLOGIA ESAME SPECIALISTICO	STRUTTURA OSPEDALIERA	TEMPI DI ATTESA
Cardiologia e Ecg	Villa Sofia	10 mesi
	Ingrassia e Policlinico	4 mesi
	Ambulatori ASP	almeno un mese
	Civico	visite ed esami solo a pazienti interni
Mammografia	Civico	riservata solo a chi ha diagnosi di sospetta patologia
	Cervello	nessuna data per il 2012
	Policlinico	tre mesi e mezzo
	Ambulatori ASP Palermo	190 giorni
Tac ed Ecografia	Tac al Cranio c/o Villa Sofia	3 mesi
	Civico	1 mese
	Ingrassia	49 giorni
	Ecografia all'addome completa – Ingrassia	209 giorni
Visita urologia	ASP	83 giorni
	Civico	15 giorni
	CTO e AUOP	liste chiuse
	Villa Sofia	8 mesi
Ecocolordoppler	Policlinico	43 giorni
	ASP	1 settimana
	Civico	3 gg.
	Civico	(merito di una riorganizzazione che ha consentito l'abbattimento di liste di attesa di oltre sei mesi e sulle quali sarebbe interessante capire questa modalità di best practice.) 15 mesi

Tronchisovraortici	ASP	9 mesi
	Villa Sofia	7 mesi
	Policlinico	71 giorni
	Cervello	4 mesi
Visita ortopedica	Policlinico	99 giorni
	Ingrassia	22 giorni
	Cto	107 giorni
	Civico	5 mesi
Risonanza magnetica	Villa Sofia	solo per interni
	Policlinico	lista chiusa per smaltimento di lista di oltre 2 anni
	Ingrassia	solo ai ricoverati
	Ambulatori ASP	50 giorni
Visita endocrinologica	Civico	solo pazienti interni
	Villa Sofia	210 giorni
	Cervello	217 giorni
	Policlinico	60 giorni
Visita ginecologica	Cervello	14 giorni
	Civico	10 giorni
	Ingrassia, e alcuni presidi ASP	anche in giornata
Oculistica	ASP	6 mesi (per rinnovo patente)

Il Ministero della salute, nel marzo 2012, nell'ambito delle valutazioni su ospedali e strutture sanitarie, attraverso le classifiche redatte all'Agenas, evidenzia per la Sicilia tempi di attesa molto lunghi per alcuni interventi.

3.5.10. Mobilità.

La mobilità passiva, come affermato dalla Corte dei conti, nell'ultimo giudizio di parificazione⁽⁶⁹⁾ si mantiene su valori ancora molto elevati. I dati, riferiti al 2010, mostrano nel 2012 un aumento dei ricoveri fuori regione pari a 874 ricoveri (dai 55.849 ai 56.723 del 2010).

Si è verificato nel 2010, rispetto al *trend* di progressiva riduzione della mobilità passiva, registrato dal 2003, un + 1,56 per cento, rispetto al 2009. Nel 2011 la mobilità passiva è rimasta quasi uguale a quella del 2010, pari a 235 milioni di euro, ossia 3 milioni in meno rispetto all'anno scorso. La mobilità attiva incide per 50 milioni di euro

(69) Cfr. Corte dei conti, Giudizio di parificazione, vol. II, pag. 96.

(un milione in meno rispetto al 2010) e si riduce di 2.473 unità (da 20.615 ricoveri nel 2009 a 18.142 nel 2010)⁽⁷⁰⁾.

Si evidenzia un netto divario tra l'indice di fuga, ancora alto, e l'indice di attrazione. La media dei valori finanziari della mobilità passiva dal 2003 è di circa 164 milioni annui. Significativi i dati relativi alla mobilità passiva verso la Lombardia. Nel 2012 sono state effettuate prestazioni sanitarie nelle strutture lombarde per 92,3 milioni di euro, relativamente a 910.179 prestazioni, così suddivise:

- 541 voli in elisoccorso, per un importo di 185.932 euro;
- 4.217 cure termali, per un importo di 34.776,81 euro;
- 125.069 prestazioni ambulatoriali specialistiche, per un importo di 11.232.019 euro;
- 135.759 interventi di medicina generale, per un importo di 887.440,53 euro;
- 16.492 ricoveri in *day hospital*⁽⁷¹⁾, per un importo di 72.777.063,68 euro;
- 68.351 di farmaceutica, per un importo di 2.086.253,25 euro;
- 459.750 somministrazioni dirette di farmaci per un importo di 5.134.245,21 di euro.

Un'iniziativa volta a ridurre la mobilità passiva è quella che riguarda l'accordo di collaborazione con il Gaslini di Genova. I medici di questa struttura opereranno insieme a quelli del Civico. I pazienti pediatrici siciliani che si curano in strutture di altre regioni sono circa 10.000 e di questi circa il 25 per cento si reca proprio al Gaslini. Tale sinergia riguarderà neochirurgia, oftalmologia e chirurgia urologia. Un protocollo d'intesa è stato firmato e avrà durata sino al 2015. L'accordo non prevede un canone annuale, bensì il solo rimborso delle prestazioni.

3.5.11. *Protocolli d'intesa con le università.*

Si tratta, in particolare, degli accordi fra la Regione siciliana e le università di Palermo, Messina e Catania, per il trasferimento dei costi del personale universitario sanitario, tecnico, amministrativo, operante in convenzione con le aziende del Servizio sanitario regionale. Si rileva che a tale trasferimento, di cui agli accordi quadro tra Regione e università, non è associato il corrispondente trasferimento delle risorse finanziarie, né la contestuale riduzione degli organici delle università.

(70) La regione ha peraltro comunicato che il risultato 2011 sarebbe positivo con un aumento dei ricoveri rispetto al 2010 (20672). Cfr. Corte dei conti, *Elementi per l'audizione*, pag. 18.

(71) *La Padania* del 19 ottobre 2012, pag. 6.

L'iniziativa prevede, pertanto, maggiori oneri per il SSR e, ove attuato, dovrebbe comportare riduzione degli organici aziendali universitari. I Tavoli ministeriali hanno invitato la Regione a revocare gli accordi intercorsi, in quanto in aperto contrasto con il piano di rientro.

3.5.12. *Indicatori di efficienza e di qualità delle prestazioni sanitarie.*

Tra i vari indicatori, rilevatori dell'efficienza e della qualità delle prestazioni sanitarie rilevabili nelle aziende sanitarie regionali, oltre a far ampio rinvio ai dati forniti dalla Corte dei conti⁽⁷²⁾, si segnalano in particolare:

- un indice di *case mix* inferiore alla media nazionale;
- una diminuzione dei DRG a rischio di in appropriatezza;
- un'alta percentuale di parti cesarei, rispetto alla media italiana.

Con riferimento al primo indicatore, l'Assessorato, con nota recente, ribadisce che non è in condizione di calcolarlo, non essendo ancora disponibile il dato nazionale del 2011. Segnala, tuttavia, un graduale miglioramento del peso medio regionale dei DRG (indicatore di complessità dei ricoveri), che passa da 1,41 nel 2009 a 1,49 nel 2011, e di quello dei ricoveri in *day hospital*, che passa da 0,9681 nel 2009 a 1,0043 nel 2011⁽⁷³⁾.

In particolare, con riferimento a quest'ultimo indicatore, si segnala una percentuale di cesarei pari al 52 per cento del totale a fronte di una media nazionale del 38 per cento, con particolare accentuazione nelle case di cura private accreditate, ove questa raggiunge il 75 per cento.

3.6. *Gli investimenti in innovazione tecnologica con fondi europei.*

Si riporta un elenco, in sintesi, delle nuove tecnologie disponibili in Sicilia (al giugno 2012), grazie ai fondi strutturali europei:

- 1) 28 nuove TAC, di cui 25 già installate;
- 2) 24 RMN, di cui 5 già installate;
- 3) 12 nuovi angiografi digitali, di cui 10 già installati;
- 4) 23 nuovi mammografi digitali, di cui 10 già installati;
- 5) 15 nuove gamma camere per scintigrafie, di cui 4 già installate;
- 6) 8 acceleratori lineari, di cui 2 già installati.

(72) Cfr. Corte dei conti, *Elementi per l'audizione*, pagg.15-18.

(73) Cfr. Assessorato alla salute, nota n. 81698 del 9 novembre 2012.