

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO
E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

53.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 16 FEBBRAIO 2012

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LEOLUCA ORLANDO

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Guizzardi Maurizio, <i>direttore generale del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'assessorato alla salute della Regione siciliana</i>	23, 26, 39
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i>	3	Molteni Laura (LNP)	22
Audizione dell'assessore alla salute della Regione siciliana, Massimo Russo, e dei direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di Palermo, Catania e Messina:		Poli Francesco, <i>direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina</i> .	40, 41
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i>	3, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 36, 40, 41, 42	Russo Massimo, <i>assessore alla salute della Regione siciliana</i>	6, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 20, 21, 22, 39, 40
Burtone Giovanni Mario Salvino (PD)	17, 19, 20, 22, 31, 32, 35, 38, 39, 40	Sammartano Salvatore, <i>dirigente del Servizio economico-finanziario dell'assessorato alla salute della Regione siciliana</i>	28, 29
Cirignotta Salvatore, <i>direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo</i> .	29, 31, 32, 34, 35	Sirna Gaetano, <i>direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Catania</i>	22, 23, 36
Fucci Benedetto Francesco (PdL)	24		

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LEOLUCA ORLANDO

La seduta comincia alle 14,05.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione dell'assessore alla salute della Regione siciliana, Massimo Russo, e dei direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di Palermo, Catania e Messina.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'assessore alla salute della Regione siciliana, Massimo Russo, e dei direttori generali delle Aziende sanitarie provinciali di Palermo, Salvatore Ciri-gnotta, di Catania, Gaetano Sirna, e di Messina, Francesco Poli; desidero ringraziarli per aver accolto il nostro invito. Sono presenti altresì il dottor Maurizio Guizzardi, dirigente generale del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'assessorato, e il dottor Salvatore Sammartano, dirigente del Servizio economico-finanziario dell'assessorato medesimo.

L'odierna audizione si colloca nell'ambito del filone di inchiesta sullo stato della sanità in Sicilia e tende a un'analisi aggiornata dello stato d'attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario regionale e della rimodulazione complessiva della rete ospedaliera.

Torno a ringraziare l'assessore per le relazioni fatte pervenire alla Commissione negli ultimi giorni. Devo registrare positivamente la puntualità delle risposte che sono pervenute alla Commissione. È un segno di collaborazione che non posso che sottolineare.

Restano alcuni problemi che vanno ulteriormente approfonditi e costituiscono oggetto di questo incontro.

A margine della seduta consegnerò all'assessore Russo una tabella riassuntiva di alcuni episodi di presunto errore sanitario, in merito ai quali la Commissione, registrata la risposta della Regione, riferirà al Parlamento.

I direttori generali presenti sono invitati a fornire chiarimenti in ordine alle questioni loro sottoposte con specifica missiva, nonché eventualmente a rispondere a quesiti che sorgeranno nel corso di questa seduta.

Vorrei iniziare trattando, in primo luogo, gli aspetti finanziari e, successivamente, quelli funzionali e organizzativi.

Credo si possa affermare, con riferimento alla Regione siciliana, che il passaggio dal piano di rientro al programma operativo di completamento, come ormai dobbiamo qualificare lo strumento che regola la situazione finanziaria della Regione, registra sicuramente alcuni dati di progresso rispetto alla situazione pregressa; è un dato che non possiamo che rilevare.

Esistono ancora alcune criticità, che credo siano ben note alla Regione e sono rilevate anche dalle recentissime riunioni del « Tavolo Massicci » del 10 gennaio di quest'anno. Il costo dell'assistenza sanitaria è aumentato dello 0,33 per cento tra il 2009 e il 2010. Era dell'1,7 per cento tra il 2008 e il 2009, quindi si riscontra un

aumento, ma minore di quello dell'anno precedente. Si passa da 8.405 a 8.485 milioni di euro, interamente ascrivibili al finanziamento dell'extra-deficit. La spesa sanitaria assorbe nel 2010 il 47,8 per cento delle entrate tributarie della Regione. Nel 2009 ne assorbiva il 45 per cento, dunque di meno.

Abbiamo rilevato una diminuzione della spesa per la gestione diretta e una sostanziale invarianza per quanto riguarda il costo del personale; faccio riferimento, ovviamente, a dati regionali. Abbiamo, invece, evidenziato — e questo sarà oggetto di specifica attenzione — un incremento della spesa per assistenza erogata da enti convenzionati o accreditati, più 4 per cento a fronte di una media nazionale che ha visto nello stesso periodo un incremento del 2,15 per cento. Su questa vicenda sicuramente ha pesato la transazione, sulla quale abbiamo bisogno di alcuni chiarimenti. Si tratta di due provvedimenti adottati dall'assessore regionale e dal direttore generale responsabile, su cui torneremo a soffermarci in maniera specifica. La componente privata, quindi, ha un incremento del 5,2 per cento, con incremento della media nazionale del 3,1 per cento. La spesa per la farmaceutica in convenzione in Sicilia si mantiene su livelli elevati.

Riguardo al programma operativo 2010-2012, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana* del 28 gennaio 2011, che era la prosecuzione del piano di rientro 2007-2009, a nostro avviso merita particolare attenzione la situazione patrimoniale, connessa anche ai ritardi nell'erogazione da parte dello Stato delle risorse spettanti, legata alla gestione emergenza-urgenza. Frequentemente la stampa si occupa dei tempi di attesa e delle anomalie nella gestione dell'emergenza-urgenza.

Abbiamo anche evidenziato come il programma di implementazione delle forme alternative all'ospedalizzazione, cioè il rapporto salute-territorio, subisca alcuni ritardi, sui quali condurremo una specifica analisi.

Rimangono bassi gli indici di complessità di episodi di ricovero e il contributo regionale. Siamo anche in attesa di conoscere se ieri sia accaduto qualcosa rispetto alla determinazione della percentuale del contributo della compartecipazione regionale, che nel 2009-2010 era stato portato al 49,11 per cento. La Regione risulta aver accettato la stessa percentuale per il 2011: cosa accadrà nel 2012? Ci sono novità rispetto alla quota di compartecipazione regionale? Ci risulta — ma su questo la conferma verrà da voi — che la Regione ha chiesto di diminuirla.

Non faccio paragoni tra la quota di compartecipazione regionale della Sicilia e quella delle altre Regioni perché la prima è più alta in ragione del regime fiscale siciliano, diverso in quanto Regione a statuto speciale.

La prima domanda sulla rete ospedaliera in generale riguarda il completamento della rimodulazione dei posti letto nel settore pubblico e privato, con la riduzione complessiva di 405 posti letto; faccio riferimento anche alla relazione dalla Corte dei conti.

Un secondo aspetto riguarda lo stato di attuazione dei presidi territoriali di assistenza (PTA). Ne sono previsti 47 e un cronoprogramma stabiliva, entro il 31 dicembre 2010, 19 PTA, entro il 31 dicembre 2011, 10 PTA, e 18 PTA entro il 31 dicembre 2012. È chiaro che questa domanda va rivolta ai singoli direttori generali per sapere se, seguendo le indicazioni della Regione, hanno proceduto nei tempi previsti all'attivazione dei PTA.

Quanto ai centri unici per le prenotazioni (CUP), era prevista entro il 30 dicembre 2010 la definizione del piano di azione per le Aziende ed entro il 31 dicembre 2011 l'attivazione dei CUP regionali in tre Aziende; credo si tratti di Trapani, Ragusa e Caltanissetta. Si prevede di rispettare il termine del 30 giugno 2012 per la loro attivazione in tutte le Aziende regionali?

Altro argomento è quello riferito allo stato del decreto ingiuntivo ottenuto dalla Croce Rossa — Si.S.E. per circa 42 milioni di euro e opposto alla Regione, che con-

testa i crediti vantati da parte della Croce Rossa. C'è una domanda di carattere generale sui rapporti tra la Regione e la Croce Rossa nazionale.

A che punto è, inoltre, il sistema delle residenze sanitarie assistenziali (RSA)?

Venendo al saldo della mobilità passiva, mi pare si possa affermare, in base ai dati qui emersi, che siamo passati da 199 milioni di euro del 2007 a 222 milioni del 2008 — un incremento considerevole — a una diminuzione a 208 milioni e 172 mila nel 2009 e a una diminuzione ulteriore nel 2010, che porta a 203 milioni la quota di saldo della mobilità passiva.

Rimane ancora il problema del disallineamento tra le Aziende, che risulta in corso di soluzione: vorremmo conoscerne i tempi. Si era previsto che il disallineamento, che avevamo evidenziato fin dalla prima audizione, si sarebbe superato nel dicembre 2010. Siamo nel 2012 e vorremmo capire quali ostacoli esistono tuttora.

Vi sono, inoltre, alcuni macrotemi. Uno riguarda il 118. Faccio riferimento alle osservazioni intervenute da parte dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici e da parte del TAR di Palermo. Sapete che si è eccepito il mancato ricorso alla procedura di evidenza pubblica per la scelta del gestore del servizio.

Con riferimento alla medicina penitenziaria, registriamo la mancata attuazione in Sicilia del trasferimento al Servizio sanitario regionale della sanità penitenziaria, come invece è accaduto in tutte le Regioni ordinarie ed è in corso nelle altre Regioni a statuto speciale. Si tratta del problema del blocco costituito dalla commissione paritetica, sostanzialmente diventata uno strumento di inciampo anziché di accelerazione. Non so quanto l'inciampo sia sgradito alla Regione, potrà dirlo l'assessore, ma c'è ed è un dato oggettivo che va registrato.

Sui punti nascita, abbiamo letto di una previsione di proroga di un anno in Sicilia con riferimento alle piante organiche delle Aziende sanitarie, che costituisce uno degli oggetti di quest'audizione. Mi sembra di capire che si sia andati allo sblocco anche

attraverso le pubblicazioni recenti delle procedure concorsuali che erano state celebrate già alla fine dell'anno passato.

Vi sono poi alcuni casi di presunti errori sanitari; faccio riferimento all'allegato che consegno all'assessore. Una domanda specifica, per un caso eclatante, riguarda il Policlinico di Messina; mi riferisco alla diatriba tra medici in sala operatoria.

Riguardo al bilancio dell'ASP 6 la domanda, evidentemente, è sullo stato della *querelle* tra l'Azienda e il collegio dei revisori. Ci risulta che sia stato sospeso il parere finale a seguito della votazione a maggioranza da parte del collegio dei revisori e vorremmo sapere se questa sospensione è fondata o meno.

I verbali delle riunioni del « Tavolo Massicci » che riguardano la Sicilia registrano il blocco del saldo di 612 milioni di euro, certamente consistente rispetto all'erogazione che spetta alla Regione, motivato con riferimento ai presupposti di cui all'articolo 6-*bis* del decreto-legge n. 185 del 2008. Non esisterebbero, cioè, le condizioni per procedere definitivamente al saldo. Come è noto, la norma prevede anche il recupero della somma, ma non credo che il tema sia questo, bensì come ottenerla.

Le riunioni del « Tavolo Massicci » hanno censurato gli atti che prima impropriamente ho definito come transazione, cioè la direttiva assessoriale n. 309 del 2011 e la determinazione del dirigente generale n. 583 del 2011, censurando il fatto che non siano stati preventivamente approvati dal « Tavolo » stesso.

Ancora con riferimento all'armonizzazione dei bilanci, cosa si sta facendo rispetto all'organizzazione del 2012?

Voglio ricordare che circa il venti per cento dei 612 milioni di euro che risultano accantonati, non saldati ai sensi del comma secondo, articolo 6-*bis* del decreto-legge n. 185 del 2008 (cioè circa 120 milioni), risulterebbe bloccato per violazione di una preventiva autorizzazione dei rapporti tra Regione e ospedalità privata. Mi riferisco ai verbali dei tavoli ministeriali, non cito quelli di luglio.

Credo che questa sia l'impostazione complessiva di ciò che la Commissione gradirebbe fosse illustrato con eventuali correzioni, chiarimenti e risposte.

Vi sono, inoltre, una serie di problemi specifici che riterrei opportuno affrontare successivamente, con una preoccupazione che la Commissione ha più volte evidenziato, che vale per tutte le Regioni sottoposte a piano di rientro e poi comunque a programmi di completamento: che ai tagli delle risorse possa corrispondere un taglio di servizi reali ai cittadini.

Do la parola all'assessore.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Ringrazio per quest'occasione e dico subito che, in previsione dell'ampiezza dei temi che oggi il presidente ha specificato in modo analitico, abbiamo ritenuto di predisporre una relazione che sintetizza i primi due punti oggetto dell'audizione, ossia lo stato d'attuazione del piano di rientro e la rimodulazione della rete ospedaliera. Caro presidente, forse potremmo proseguire per una settimana, se dovessimo dare risposte puntuali, perché raccolgono l'esperienza abbastanza complicata e difficile di tre anni e mezzo di governo e riorganizzazione e riqualificazione del sistema.

Nella relazione troverete, risposte puntuali, dettagliate, precise e documentate alla maggior parte delle questioni che sono state poste, a cominciare da ciò che è stato fatto sino al piano di rientro scaduto nel 2009 e che poi abbiamo inteso proseguire col piano operativo, alle attività che stiamo svolgendo per adempiere quest'ultimo. In questo contesto trovano risposta i quesiti relativi all'implementazione della rete ospedaliera e vengono forniti dati e parametri.

Inoltre, mi sono permesso di domandare se possiamo distribuire — e chiederei anche di leggere — un libro che abbiamo redatto l'anno scorso. Contiene dati un po' vecchi rispetto alla relazione, ma che riassumono puntualmente il cammino della Regione siciliana e che testimoniano — credo così di anticipare la risposta che sta a cuore alla Commissione — che l'attività

di riorganizzazione non solo non ha inciso sulla quantità dei servizi, ma nel processo di ristrutturazione del sistema sanitario ha implementato l'offerta sanitaria, l'ha migliorato sotto il profilo quantitativo, qualitativo, dell'appropriatezza e della sicurezza, in quanto abbiamo svolto azioni dirette a migliorare tali aspetti. Credo, riguardo all'ultimo tema che siamo tra le poche Regioni ad aver creato una rete di *risk management*.

Quanto alla riorganizzazione della rete ospedaliera, quando ci siamo insediati nel giugno del 2008 avevamo un tasso di occupazione del 249 per mille: i dati recentissimi, dell'altro ieri, attestano che la Regione siciliana ha centrato l'obiettivo del 180 per mille indicato nel patto per la salute.

Quanto alla rete dei posti-letto per acuti e alla riabilitazione, stiamo centrando i parametri del 3,27 e dello 0,60 per cento. In realtà il parametro del rispetto dei posti di lungodegenza e di riabilitazione riteniamo di centrarlo entro il 2012. Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera ha visto una riduzione dei posti detto per acuti e un rilevante ampliamento della lungodegenza e della riabilitazione. Anche per tale profilo stiamo centrando gli obiettivi del piano del patto per la salute.

Abbiamo sviluppato le azioni per la medicina territoriale. I PTA sono 55. Troverete un cronoprogramma puntuale con ciò che è stato attivato e ciò che deve esserlo. Abbiamo già i primi dati sui punti di primo intervento, molto significativi perché danno contezza di come siamo sulla strada giusta. Adesso, infatti, i cittadini per i codici bianchi e per alcuni verdi si rivolgono ai punti di primo intervento, impedendo dunque l'accesso inappropriato ai posti di pronto soccorso.

È elencato puntualmente l'esito dei primi rilievi di questi dati: PTA; punti di primo intervento; punto unico di accesso; implementazione della rete delle RSA. Entro dicembre di quest'anno contiamo di arrivare ai 2.500 posti letto previsti. Si è verificato un problema legato alla legge che aveva bloccato i nuovi accreditamenti

e i nuovi condizionamenti. C'è stata una modifica, abbiamo realizzato un documento di riprogrammazione della rete delle RSA e siamo già oltre la metà dell'obiettivo, ma le Aziende hanno già comunicato che daranno seguito all'attivazione dei posti letto pubblici, mentre si stanno accreditando i privati per gli oltre 600 posti letto loro spettanti secondo il documento di programmazione.

Questo riguarda l'impalcatura generale, legata alle funzioni ospedaliere e territoriali. Magari chiederò al direttore Guizzardi e al dottor Sammartano di soffermarsi più specificamente sulle questioni che fanno parte dei due punti relativi al piano di rientro e alla riorganizzazione della rete ospedaliera.

Consegnerò anche una relazione sui punti nascita, su cui, però, mi soffermerò più avanti. Vorrei tentare di dare organicità, dal mio punto di vista, ai vari temi posti, partendo da una questione. Noi siamo stati e siamo ancora oggi monitorati trimestralmente dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze. Non mi sembra che l'ultimo verbale presenti criticità, se non per l'aspetto fondamentale non legato alla politica sanitaria, ma a quella di bilancio, che si riverbera, ovviamente, sulla valutazione del « Tavolo Massicci » circa la quota di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del bilancio regionale.

In sostanza, il giudizio è stato positivo. Il dottor Guizzardi spiegherà meglio la questione della transazione. È un provvedimento legato al soddisfacimento di un contratto pubblico, delle case di cura private, che abbiamo adempiuto in un modo che il « Tavolo Massicci » ha ritenuto non congruo. L'abbiamo modificato e alla modifica del provvedimento era stata legata la somma pari a 120 milioni di euro, che dovrebbe sbloccarsi adesso. Purtroppo, c'è una valutazione negativa che deriva dall'aver la Regione siciliana inserito nel proprio progetto di bilancio la quota di compartecipazione, se non sbagliò, al 42,11 per cento.

Su questo mi devo soffermare un momento. Lei, presidente, conosce bene la

storia dell'evoluzione della quota di compartecipazione che cambia tra il 1994 e il 2006, dal 19 al 49,11 per cento. Prima del 2006 eravamo fermi al 42,11 per cento. Dobbiamo dire, purtroppo a disdoro della nostra classe dirigente, che lo Stato ha sempre aumentato la quota di compartecipazione e in violazione della Costituzione non ha mai dato o indicato fonti finanziarie che la dovessero sorreggere.

Nel 2006 il legislatore, per dare adempimento all'articolo 17 dello Statuto regionale, fissa la disciplina nei commi da 830 a 832 dell'articolo unico della legge n. 296 del 2006 (legge finanziaria 2007), un meccanismo abbastanza complicato che prevedeva l'innalzamento della misura di compartecipazione dal 42,11 al 44,80, poi a più del 47 e al 49,11 del 2009 e poi prevedeva la retrocessione delle accise, imposta sul consumo dei carburanti nel territorio regionale, dal 20 al 50 per cento. Prevedeva altresì che entro l'aprile del 2007 la Regione siciliana e il Governo siglassero un'intesa per le norme di attuazione nell'articolo 17, con il trasferimento totale della funzione sanitaria alla Regione siciliana e la disciplina dei rapporti finanziari. L'intesa non è stata mai raggiunta perché da parte governativa si sostiene ancora che le accise dovrebbero essere retrocesse solo quando, con l'intesa, si innalzasse la quota di compartecipazione dal 49,11 sino al 100 per cento.

Abbiamo contestato già l'anno scorso quest'impostazione, documentando, invece, secondo un'interpretazione che appare coerente con i canoni interpretativi dell'articolo 12 delle preleggi, che la retrocessione delle accise doveva partire nell'arco temporale 2007-2009, perché la differenza dal 20 al 50 per cento delle accise, che ammonta a 1,4 miliardi di euro, copre esattamente la differenza dal 49,11 al 42,11 per cento.

Su questo c'è stato uno scontro. In realtà, nel 2010 la Regione non aveva posto la questione. L'anno scorso stavamo trovando una soluzione complessiva, ma poi le cose sono andate come sono andate. Abbiamo riproposto la questione quest'anno con tale convinzione che la Re-

gione siciliana, per la prima volta nella storia della Repubblica, ha impugnato innanzi alla Corte costituzionale il bilancio dello Stato proprio perché non ha indicato la posta delle risorse che dovevano esserle trasferite.

Secondo il « Tavolo Massicci » la Regione siciliana deve fornire il 49,11 per cento; se non eroga questa somma, pari a oltre 600 milioni di euro, rischia di ritornare in piano di rientro e di non poter assicurare i LEA, per cui non è possibile trasferirle le somme trattenute. Il giudizio negativo quindi non riguarda le attività.

In realtà, abbiamo un tavolo aperto con il Governo. Certamente, questo Governo appare costruttivamente più disponibile a rianalizzare la questione. Basterebbe soltanto dire che, se fosse appena plausibile l'interpretazione dello Stato, cioè che la retrocessione delle accise debba scattare soltanto ove si preveda nell'intesa l'aumento dal 49,11 al fine di addivenire al completo trasferimento della spesa sanitaria al bilancio della Regione siciliana, si dovrebbe dimostrare che dal 20 al 50 per cento delle accise si copre quel delta che va dal 49,11 al 100 per cento, ma non è così. Il delta dal 49,11 al 100 per cento della spesa sanitaria, infatti, che attualmente versa lo Stato, vale 2,4 miliardi, il 100 per cento delle accise vale 1,4 miliardi, e quindi l'interpretazione non è plausibile. Viceversa, è un'interpretazione assolutamente plausibile quella che prevede il progressivo e simmetrico trasferimento delle accise dal 20 al 50 per cento perché copre esattamente i singoli scaglioni: 2007, 2008 e 2009.

L'Ispettorato del Ministero dell'economia e delle finanze però mantiene la sua interpretazione; penso che si tratti di una posizione strumentale, per non mettere mano al portafoglio. Mi auguro che non debba essere la Corte costituzionale a dirimere la questione. La Corte costituzionale è già intervenuta sulla materia, ma aveva rigettato e dichiarato inammissibile il ricorso perché all'epoca la Regione siciliana non aveva provato il disequilibrio economico, quindi sotto il profilo dell'onere probatorio non aveva dimostrato

che l'aumento della quota di compartecipazione costituiva un pregiudizio per il bilancio regionale. Il pregiudizio è dato esattamente dalle cose che ha detto: più del 45 per cento delle entrate tributarie della Regione adesso, in una situazione di recessione, sono destinate alla quota di compartecipazione regionale, per cui siamo in presenza del cane che si morde la coda. Questo si riflette su tutte le azioni di governo del sistema sanitario, su cui il « Tavolo Massicci » dà una valutazione e proprio all'atto dell'insediamento della commissione che c'è a Palazzo Chigi ho chiesto che fossero sganciate le due cose.

Questo è un tema politico ed economico, che riguarda i rapporti tra Stato e Regioni a statuto speciale, che non vede ancora applicati gli articoli sull'autonomia finanziaria. Non si può condizionare la liberazione di una quota del fondo sanitario, trattenuta non perché non sono state adempiute le azioni del piano di rientro o del piano operativo, ma secondo una logica per la quale, se quello è il fondo sanitario e la regione non mette 600 milioni di euro, è ovvio che automaticamente scattano le percentuali per cui la Regione siciliana ritorna nelle condizioni dei piani di rientro e non sono garantiti i LEA. Questa è la questione più complessiva.

In merito all'aumento delle spese, mi permetto di rammentare che il Censis ha documentato che la Sicilia, nell'arco temporale che va dal 2007 a oggi, è la prima Regione italiana che ha abbattuto i costi del 10 per cento.

Quanto al rimodellamento delle spese, con un aumento dell'ospitalità privata, bisogna anche dire che la Regione siciliana non è al pari con le altre per ciò che attiene alla percentuale media, del 12 o 13 per cento, di sanità privata. Siamo ancora al di sotto. L'aumento che c'è stato è anche legato al fatto che, col piano di rientro, questo settore è stato il più colpito, perché abbiamo messo ordine, fissato i tetti di spesa e riconosciuto aumenti legati all'inflazione per consentire al sistema di sopravvivere. Non c'è stata,

quindi, una diversificazione legata a una politica di tutela o di vantaggio nei confronti dell'ospedalità privata. Si è trattato di un equilibrio complessivo che, comunque, ha consentito alla Regione siciliana di superare il deficit strutturale di circa 650-700 milioni di euro registrato all'atto dell'insediamento. Abbiamo chiuso l'anno scorso il bilancio almeno a meno 97, con un *surplus* di risorse di oltre 200 milioni di euro, visto che quel deficit era abbondantemente coperto dagli oltre 320 milioni di addizionale IRPEF e IRAP.

La Regione siciliana, sostanzialmente, sul versante sanitario è in attivo e l'anno prossimo contiamo di arrivare addirittura all'equilibrio di bilancio. Tuttavia, ciò che interessa a noi come cittadini e, credo, anche alla Commissione, è che tutto questo non si traduca in un deterioramento ulteriore della qualità dell'assistenza sanitaria. Qui parlano i dati, i programmi che abbiamo sottoscritto con la Joint Commission International e con l'Age.Na.S, che sta svolgendo anche un'attività di controllo, per esempio di valutazione dei nostri direttori generali e delle *performance* dei nostri reparti ospedalieri, a proposito dei quali forse è il caso di sottolineare che il processo di riorganizzazione ha portato a una riduzione delle strutture complesse del 16 per cento (ben oltre il 5 per cento previsto dal piano di rientro) e del 14 per cento (ben oltre il 10 per cento) di quelle semplici.

Tra gli altri macrotemi, un capitolo certamente assai difficile, da cui riteniamo di essere usciti in maniera indenne nonostante qualche strascico, riguarda la riorganizzazione del settore dell'emergenza-urgenza. Questa Commissione ricorderà come avessimo un sistema fondato su un rapporto della Regione siciliana con la Croce Rossa, che svolgeva il servizio di emergenza-urgenza tramite la Società Si.S.E., di cui la Croce Rossa, ente pubblico, era l'unico socio. Si trattava di un meccanismo giuridico abbastanza perverso, che aveva portato anche a gravi lacune organizzative oltre che a gravi problemi dal punto di vista dei rapporti e anche del rapporto economico-finanziario:

oltre 3.000 dipendenti autisti soccorritori che lavoravano in una condizione di *part time* e però svolgevano lo straordinario. La quota di straordinario, che non abbiamo riconosciuto, costituisce oggetto del decreto ingiuntivo.

Abbiamo dato adempimento alla legge regionale di riorganizzazione che prevedeva o il ricorso al mercato, per scegliere attraverso un appalto il contraente, o la possibilità di costituire un organismo *in house*. Abbiamo scelto quest'ultima strada, siglando un accordo con i sindacati e abbiamo creato la SEUS, un'azienda a capitale interamente pubblico; oltre il 51 per cento è della Regione siciliana e il resto è composto da quote di partecipazione da parte delle 17 Aziende.

Abbiamo assunto il servizio che prima era in capo alla Si.S.E., predisposto un piano industriale che in precedenza non era mai esistito, riorganizzato il personale formando circa 400 operatori socio-sanitari in maniera da rendere il numero del personale adeguato alla funzione, visto che per certi aspetti era esuberante rispetto alle necessità. Abbiamo colmato questa lacuna organizzativa facendo un contratto a 36 ore per evitare gli straordinari.

L'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici è intervenuta contestando non la scelta del soggetto, ma la natura *in house* del soggetto, poiché ha individuato, in relazione allo statuto, alcune caratteristiche che la renderebbero come un'impresa di tipo commerciale. Siamo intervenuti e abbiamo modificato lo statuto, comunicandolo all'Autorità di vigilanza.

La vicenda nasce dal fatto che — mi permetto di prospettare un possibile tema di indagine anche da parte della Commissione — nello statuto abbiamo previsto che la SEUS potesse svolgere esclusivamente per i soci, e quindi per le Aziende, anche il trasporto non legato all'emergenza-urgenza, ovviamente connesso alla funzione, interno alle strutture sanitarie. Credo che la torta di questo servizio valga qualche milione di euro. Era un modo per far quadrare i conti per la SEUS, per dare qualità al servizio e per renderla coerente al sistema. Il Policlinico di Palermo, che

nel passato aveva fatto appalti e dato in gestione a soggetti terzi, aveva bandito una gara per riassegnare il servizio del trasporto interno. Nel frattempo, si era costituita la SEUS, con il nuovo statuto e il piano industriale, quindi abbiamo chiesto al Policlinico di sospendere quel bando che credo ponesse il servizio con una base d'asta di 900.000 euro. La SEUS ha indicato il suo costo, che era più del doppio; attenzione, qui cominciamo a intravedere il tema di indagine. La ditta alla quale in precedenza era stato aggiudicato il servizio lo proseguiva in proroga e avrebbe partecipato al bando che è stato revocato, ha fatto ricorso all'Autorità di vigilanza, che è intervenuta nel modo che ho esposto, il TAR ha respinto il ricorso e, sostanzialmente, ha affermato quanto già aveva detto l'Autorità, cioè che alcuni punti di una norma dello statuto la davano per azienda commerciale; ma noi abbiamo già modificato lo statuto.

Adesso si tratta di andare dinanzi al Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana, che peraltro ha sospeso l'efficacia della sentenza, ma l'Avvocatura, proprio ieri o l'altro ieri, ci ha scritto espressamente che probabilmente non è il caso di impugnare, ma di prendere in considerazione ulteriori modifiche allo statuto per togliere completamente ogni residuo dubbio circa la natura non pienamente *in house* della SEUS. Credo che seguiremo quest'orientamento.

Il tema di indagine è il seguente: il trasporto assicurato con una base d'asta a 900.000 euro è fuori mercato. Il Policlinico prendeva come riferimento una spesa storica. Come facciamo ad assicurare a quel prezzo la qualità dei trasporti quando per la SEUS — società pubblica, che non va a lucrare, ma declina esattamente i costi, con personale messo in regola, cui si pagano i contributi, e che utilizza ambulanze con certe caratteristiche — il costo del servizio è più del doppio della somma messa a base d'asta?

Anticipo che in questa direzione mi accingo a indirizzare un esposto alla procura della Repubblica per capire come ciò nel passato potesse accadere e chi fossero

i soggetti che assicuravano questo servizio, come si muovessero all'interno dell'ospedale, come potessero remunerare i lavoratori, se questi fossero messi in regola, se si trattasse di società private camuffate da ONLUS. Inoltre un esposto dettagliato e potrà essere l'occasione per mettere mano a un contesto particolarmente delicato, come sanno le persone di Palermo.

PRESIDENTE. Questo è un tema che si riferisce a tutte le offerte anomale negli appalti di servizi, dove, non avendo né cemento, che tra l'altro può essere indebolito, né tondino di ferro, è evidente che un costo anomalo finisce per creare un danno al servizio. Credo, infatti, che nessuna azienda abbia la vocazione di operare in perdita.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Qui siamo a meno della metà del costo vivo.

Altro grande tema è il trasferimento della sanità penitenziaria, su cui bisogna essere molto chiari.

PRESIDENTE. Siccome abbiamo un filone d'inchiesta sulla salute nelle carceri, vorremmo occuparci anche di questo aspetto della sanità siciliana.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Le fornirò tutte le informazioni possibili. Bisogna ricollocare, però, il tema nel contesto legislativo e costituzionale. Mi pare fosse un DPCM del 2008 a prevedere che per le Regioni a statuto speciale fosse la commissione paritetica a recepire i contenuti e le linee direttive del DPCM stesso, e quindi a consentire il trasferimento della funzione sanitaria nelle carceri ai singoli sistemi sanitari di quelle Regioni. Si doveva, dunque, passare dalla « strettoia » della commissione paritetica. Questo argomento è stato devoluto alla commissione con un anno di ritardo; quindi avrebbe potuto farlo il Governo o la Regione siciliana.

La Regione siciliana, però, ha assunto una posizione molto netta e precisa: occorre individuare esattamente il numero

del personale, effettuare la ricognizione di tutte le dotazioni tecniche che esistono nelle carceri, elencare in modo condiviso l'elencazione dei costi, concordare, mettere le risorse, e quindi prendere le funzioni. Ciò perché non accada, come nel passato, che la Regione siciliana assuma una funzione senza avere le relative risorse.

Mi riservo di far avere alla Commissione la nota che abbiamo mandato al Ministro della salute e al Ministro della giustizia, presso la cui struttura si è insediata una commissione. Siamo assolutamente collaborativi, ma deve essere chiaro ciò che è chiaro a livello costituzionale: alle competenze che si trasferiscono devono seguire esattamente le risorse che servono per l'espletamento della funzione a livelli dignitosi. Non vorremmo trovarci a gestire una sanità penitenziaria in cui mancano dotazioni tecniche o in cui si registra magari un'insufficienza del personale.

Credo che la situazione sia in via di definitiva soluzione. C'è stato un arresto dell'attività perché il professor Pitruzzella è stato destinato ad altri incarichi.

PRESIDENTE. Avendogli contestato quando era ancora in carica, qualche giorno prima della nuova nomina, proprio questo punto, rispose che avevano già dato il loro parere. Non so quanto sia vero.

MASSIMO RUSSO, Assessore alla salute della Regione siciliana. Il provveditore dell'amministrazione penitenziaria non aveva individuato un segmento di 100 persone e non ci aveva fornito i relativi contratti. Inoltre, non era stato consentito l'accesso nelle carceri per verificare. È tutto documentato, quindi mi permetto di dire che non dipende dalla Regione siciliana, che chiuderà l'accordo quando valuteremo il costo della sanità penitenziaria e lo Stato fornirà le relative risorse. In ogni caso, mi riservo di mandare tutta la documentazione che comprova puntualmente l'evoluzione burocratica della vicenda che dovrà essere chiusa dalla commissione paritetica, costituita da due rappresentanti del Governo e due della Regione siciliana. Se

responsabilità c'è, è paritetica, ma mi permetto di documentare che non è oggetto di responsabilità in capo ai componenti che rappresentano la Regione siciliana, a meno che non ci si dica che dobbiamo prenderci comunque le funzioni penitenziarie e che poi per l'aspetto economico si vedrà in un altro momento.

Quanto ai punti nascita, con il decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera del maggio 2010 e in adempimento alle previsioni del piano di rientro, che indicavano la messa in sicurezza e della chiusura di punti nascita, abbiamo identificato la dismissione dei punti nascita di Alcamo, Pantelleria, Niscemi, Mazzarino, Leonforte, Piazza Armerina, Lipari e Mistretta, e il trasferimento del punto nascita da Augusta a Lentini. Il decreto è stato validato dai tavoli ministeriali e nasce da un'analisi del fabbisogno compiuta insieme all'Age.Na.S.. Il decreto non è stato impugnato; lo preciso perché c'è un po' di confusione, specialmente dalle nostre parti.

C'è chi ha dismesso questi punti nascita, chi non lo ha fatto, ma devono essere dismessi. Mi permetto di sottolineare, infatti, che, se muore qualcuno, credo che da un punto di vista penale si possa configurare l'ipotesi di cooperazione colposa in capo al dirigente della struttura e al dirigente dell'Azienda. Questo è il frutto di un'analisi puntuale compiuta all'epoca.

Dal 2010 a oggi, la Regione siciliana, memore e consapevole che, insieme alla Campania, aveva la « maglia nera » per il più alto indice di mortalità perinatale e per il più alto indice di nascite con parto cesareo per le primipare, ha avviato una serie di azioni.

Credo che siamo stati la prima Regione a emanare un provvedimento con cui ha equiparato il parto naturale al parto cesareo — ne parla adesso il Ministro Balduzzi, ma noi l'abbiamo fatto un anno e mezzo fa — e, anzi, abbiamo aumentato la tariffa per il parto antalgico. Sono tutte azioni volte a incentivare il parto naturale.

Già si è verificata l'inversione di tendenza, seppur timidamente, ma l'aspetto fondamentale era la riorganizzazione dei punti nascita.

Risalgono al 16 dicembre del 2010 le linee direttive per la riorganizzazione dei punti nascita, relative alla messa in sicurezza e alla previsione di punti nascita con non meno di 1.000 parti l'anno, secondo l'accordo Stato-Regioni.

Nel frattempo eravamo in fase di redazione del piano della salute, dopo una *vacatio* di oltre dieci anni; era l'unico fondamentale documento programmatico che è mancato in tutti questi anni e i risultati di tale mancanza hanno costituito quella dannosa *hereditas* che abbiamo dovuto gestire. Nel nostro piano sanitario abbiamo previsto alcuni *step*: riorganizzare i punti nascita, portarli tutti ad almeno 500 parti l'anno e tendenzialmente arrivare a 1.000.

Abbiamo previsto, ad esempio, l'accorpamento dei punti nascita vicini, ancorché avessero 500 parti l'anno, in modo da strutturare, rispondere all'indicazione legislativa ed essere pronti all'appuntamento del 2013. Abbiamo anche modulato inizialmente alcune deroghe. Quelle previste dall'accordo Stato-Regioni riguardano le zone caratterizzate da particolari condizioni orografiche, ma dove comunque avvengono 500 parti l'anno. Lo recita testualmente l'accordo Stato-Regioni e voglio ricordarlo perché questo aspetto forse sfugge a molti di coloro che si sono impegnati in una battaglia che sa più di demagogia che di perseguimento del valore della sicurezza per i bambini, per le donne e per gli operatori. Nelle linee di indirizzo la possibilità di deroghe rispetto al limite di 1.000 parti l'anno, come previsto dall'accordo Stato-Regioni, è legata alle strutture con un numero comunque non al di sotto di 500 parti annui.

Prima di arrivare al 2013, la Regione siciliana intanto si pone l'obiettivo di portare tutti i punti nascita a 500 parti l'anno, prevedendo autonomamente deroghe, perché questa è la situazione che dovremmo avere nel 2013, anche a meno di 500 parti l'anno. Abbiamo, inoltre, previsto non

meno di 150 parti l'anno e la possibilità di raggiungere il punto nascita più vicino in meno di un'ora.

Questo provvedimento è stato portato in Commissione salute, non ha ricevuto un parere favorevole, quindi abbiamo riformulato il decreto, che sostanzialmente parte adesso per quanto riguarda il processo di ristrutturazione del percorso nascita e che sarà operativo, quanto all'individuazione dei punti nascita con più di 500 parti l'anno, il 1° ottobre 2012.

Abbiamo, quindi, l'elenco dei punti nascita di primo e di secondo livello e la rete dei punti nascita sarà pronta il 1° ottobre 2012, salvo che entro il mese di giugno i direttori generali individuino qualche necessità di deroga, sempre tenendo in considerazione il provvedimento del 16 dicembre 2011, secondo cui le deroghe sono ammesse soltanto per punti nascita con almeno 500 parti l'anno. L'accordo Stato-Regioni prevede che bisogna arrivare a 1.000 parti l'anno. Ci sono delle deroghe, ma se solo se già si contano 500 parti.

Nell'assetto che volevamo darci col piano sanitario pensavamo di fare una deroga per alcune zone di montagna: Corleone, Bronte, Santo Stefano Quisquina, Mussomeli e Nicosia. Poi abbiamo preferito rispettare l'accordo Stato-Regioni, salvo che i direttori generali individuino delle deroghe.

In ogni caso, il dato normativo e l'obiettivo che ci siamo dati è che nel 2013 dobbiamo puntualmente rispettare l'accordo Stato-Regioni, per cui in Sicilia dovranno esserci punti nascita con 1.000 parti l'anno e località con punti nascita con almeno 500 parti l'anno.

PRESIDENTE. Assessore, fermo restando che, ovviamente, abbiamo il compito di rispettare le indicazioni, abbiamo anche la velleità politica di cambiare le cose. Trovo una contraddizione in termini individuare un punto nascita isolato e contemporaneamente fissare il numero dei parti ad almeno 500. A questo punto, infatti, è chiaro che si lasciano fuori tutte

le isole e tutte le realtà di montagna. Sto contestando la norma, non la sua applicazione.

Secondo la mia concezione, laddove si verificano queste condizioni occorre accettare che far nascere un bambino costerà il doppio rispetto a Palermo. È questa la funzione sociale di un servizio. Costerà il doppio perché si doterà quel punto nascita di professionalità, di attrezzature che magari non occorrono nei punti nascita delle grandi città, dove si ha la possibilità di una prova d'appello, mentre nell'isola la prova d'appello non c'è.

L'onorevole Fucci può certamente dare il suo contributo al riguardo. L'insegnamento che ci è venuto dalla nostra attività sul tema, che la settimana prossima illustreremo alla Camera durante la discussione sulla relazione sui punti nascita, è che quel numero di 1.000 e di 500 parti non può essere considerato il cappio al quale impiccare un sistema. Va rispettato, indicato, motivato. Mi pare che il tema di Lipari, ad esempio, sia stato posto; ma non sto difendendo Lipari, sto facendo un discorso generale.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Abbiamo, però, un modello nazionale, quello di Lampedusa. Quest'anno si è avuto un picco di 15.000 presenze sull'isola, con un afflusso di persone immigrate, delle quali oltre 250 incinte. Soltanto una ha dovuto partorire sull'isola; un parto precipitoso — non so quali fossero le condizioni patologiche — egregiamente gestito dal poliambulatorio. Tutte le altre sono state trasferite con l'elicottero a Villa Sofia, al Cervello e al Civico ed è andato tutto benissimo. È un modello funzionante da oltre sette anni.

A Lipari, invece, c'è un tasso sproporzionato rispetto a ogni media dei danni per i bambini. Esiste una statistica, che vi prego di andare a verificare. Anche questo potrebbe essere un tema di indagine: verificare quali sono le patologie perinatali.

PRESIDENTE. Se potessimo avere i dati, gliene saremmo grati.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Ci siamo fatti parte diligente e abbiamo anche preparato un progetto per le isole minori. La logica è che dobbiamo garantire alle donne dell'isola un'assistenza in caso di parto precipitoso, ma tutto ciò che è programmabile, tutto ciò che deve essere fatto in urgenza e che postula rianimazione, UTIN, le migliori assistenze di primo livello, deve essere fatto sulla terraferma, altrimenti rischiamo grosso.

Questo è il sistema che stiamo congegnando. Lo abbiamo anche anticipato a nostre spese prevedendo, ad esempio, a Pantelleria l'elicottero, che già è intervenuto più volte e ha salvato vite umane, ma questo sarebbe dovuto rientrare in un progetto che il Ministero della salute ancora non vara. La Sicilia sarebbe dovuta essere capofila di un progetto di 20 milioni di euro. Stiamo pagando noi, ma lo facciamo anche volentieri, in maniera trasparente. Il direttore è un po' preoccupato, ma ci stiamo assumendo la responsabilità e abbiamo previsto l'elicottero a Pantelleria perché vogliamo sviluppare il percorso nascita attraverso l'integrazione ospedale-territorio. Stiamo facendo il «quaderno della gravidanza», in modo che la donna conosca tutti gli *step*. Deve essere seguita puntualmente molto più di prima.

Non togliamo i ginecologi e gli ostetrici laddove dismettiamo il punto nascita. Bisogna essere molto chiari. In alcuni ospedali, addirittura, non abbiamo tolto neanche il reparto di ginecologia. Ginecologi e ostetrici devono seguire, accompagnare e indirizzare correttamente anche a livello di informazione.

Ci siamo rimessi alle società scientifiche e all'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Credo sia stato il Portogallo, che aveva il più alto tasso di mortalità di parti cesarei, a portare i punti nascita addirittura a 2.000 parti l'anno, eppure credo che anche lì ci siano le zone montane, le isole, le colline, le strade tortuose, i tornanti, le altitudini, le orografie che pregiudicano i trasferimenti.

Abbiamo potenziato la rete dell'emergenza. Per la prima volta è partito il

servizio di trasporto dell'emergenza neonatale (STEN), che ci auguriamo non debba fare molti viaggi, perché altrimenti vorrebbe dire che il sistema è fallito. Abbiamo attivato il servizio di trasporto assistito materno (STAM), quindi abbiamo creato un sistema che, secondo la letteratura scientifica, dovrebbe davvero incidere sull'entità dei parti cesarei, sulla qualità delle nascite e sulla sicurezza dei bambini e delle donne.

Per quanto riguarda il CUP è tutto già scritto qui, sono state avviate le sperimentazioni con le aziende del Civico, di Trapani e di Palermo. Contiamo di avere il sistema completo con il CUP regionale entro la fine del 2012.

PRESIDENTE. Si riesce a rispettare il termine nonostante le note vicende di Sicilia e-Servizi SpA ?

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Probabilmente sì, Sicilia e-Servizi permettendo; la società adesso è in liquidazione. Con qualche mese di ritardo, quindi, ma siamo sulla buona strada.

PRESIDENTE. Desidero fare due considerazioni. Innanzitutto, la Commissione esaminerà se sia il caso di intervenire sul Governo per sollecitare lo sbocco dei 620 milioni di euro. Al netto della controversia che riguarda il resto, credo sia opportuno che rappresentiamo la situazione al Ministro della salute e al Ministro dell'economia e delle finanze.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Ve ne saremmo grati.

PRESIDENTE. Allo stesso modo, presenteremo al Ministro della salute e al Ministro della giustizia la vicenda della sanità penitenziaria.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Comunque stiamo lavorando, c'è una commissione, dovrebbe andare a buon fine.

PRESIDENTE. Avremo il vantaggio di sostenere una causa vinta anziché una causa persa, allora.

Inoltre, ci sono alcuni problemi di carattere generale che sono stati accennati e che vorrei riprendere. Il primo riguarda il Centro cardiologico pediatrico del Mediterraneo. Siamo fortemente preoccupati per l'indebolimento dell'assistenza pediatrica nella Sicilia occidentale. In attesa che nasca il centro cuore alla Casa del sole, di fatto oggi la cardiologia pediatrica e la cardiochirurgia pediatrica sono fortemente indebolite.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Abbiamo potenziato le attività di cardiochirurgia per adulti e quelle pediatriche.

PRESIDENTE. La struttura di Taormina, come è noto — basta ricordare la nota dello stesso responsabile Pongiglione — non ha l'unità di terapia intensiva neonatale. È prevista, ma come è possibile pensare di polarizzare tutta la cardiochirurgia pediatrica a Taormina senza l'UTIN ?

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. È assolutamente normale.

PRESIDENTE. Non è dello stesso parere il professor Pongiglione, che ha messo per iscritto, a scanso di equivoci, che non vuole i bambini sottopeso e al di sotto della trentasettesima settimana. La risposta può anche essere che non lo si fa e ne prenderemo atto.

Inoltre, rispetto alle *stroke unit*, tre centri soltanto non sono pochi ?

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Ne abbiamo molti di più di tre, come Civico e Villa Sofia. Già ce ne sono due soltanto a Palermo.

PRESIDENTE. Ci sono il Civico di Palermo, il Cannizzaro di Catania e il Policlinico di Messina.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. A Palermo il Civico e Villa Sofia.

PRESIDENTE. Tutte le volte che abbiamo un'unità complessa, perché non attivare lì la *stroke unit*?

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Perché c'è un bacino di riferimento.

PRESIDENTE. Non dico in tutte. È evidente che il rischio oggettivo c'è; si muore, se si arriva in ritardo. Allora, perché non prevedere una *stroke unit*? Abbiamo citato alcune città, ma se si vive a Trapani, a Caltanissetta o a Licata, qualche problema c'è. È un tema di carattere generale.

C'è poi l'annoso problema, che non riguarda i direttori generali presenti, di Noto e Avola. Assessore, per cortesia, fate quello che volete, ma fatene uno! Quest'idea che si smembri un ospedale e se ne faccia un pezzo da un parte e uno dall'altra non funziona. È chiaro, poi, che i cittadini di Noto sostengono che l'ospedale migliore sia a Noto e quelli di Avola che sia ad Avola, ma considero assolutamente censurabile che si smembri un ospedale tra due centri a distanza di qualche chilometro. La cosa fondamentale è evitare lo spezzettamento. Su questo avete avuto materiale e documentazione.

Un tema specifico riguarda la banca del sangue del cordone ombelicale di Sciacca. Abbiamo appreso che c'è stato il conferimento dell'incarico di responsabile. Non entro nel merito del provvedimento e della circostanza che è stato conferito a chi era arrivato secondo e non aveva vinto il concorso per primario, perché non è un tema che mi riguarda, ma il conferimento di incarico della banca del cordone, separato dal servizio trasfusionale, appare in contrasto con la normativa vigente.

Quando si conferisce un incarico di responsabilità della banca del cordone a un equiordinato del centro per l'unità trasfusionale, si realizza nei fatti, attraverso la nomina, un'autonomia della banca del cordone.

È un tema che non riguarda chi è nominato o chi non lo è, se abbia i meriti o meno; a me risulta che ha lavorato bene e chi avete nominato lo merita, mi riferisco al primo nominato. Il tema di fondo è l'anomalia che ho esposto.

Richiamo l'attenzione della Regione su questa vicenda, perché si verificherebbe un caso che non mi risulta esista in nessuna parte d'Italia: una separazione tra l'unità trasfusionale e la banca del cordone, che viene considerata un'articolazione organizzativa dell'unità trasfusionale.

Questi sono alcuni temi di carattere generale che volevo richiamare.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. L'altro grande obiettivo che la Regione sta perseguendo è quello di dare attuazione al piano sanitario, sostanzialmente articolato sulle reti assistenziali.

A breve dovrebbe partire la rete per l'infarto con la logica *hub and spoke*, che inciderà fortemente e auspicabilmente in modo positivo sull'alto tasso di mortalità per malattie cardiache. Stiamo partendo con la rete per l'infarto e, tra l'altro, il nostro è un progetto obiettivo nell'ambito del progetto europeo *Stand for life*, monitorati come modello standard dalla Bocconi di Milano, che sta analizzando i dati, cui seguirà la verifica un anno dopo la partenza della rete.

Per quanto riguarda le cardiochirurgie, se vogliamo salvare il sistema, dobbiamo cominciare a rispettare i parametri e creare una sorta di livelli essenziali di organizzazione. Non possiamo creare le cardiochirurgie pediatriche *ad nutum*, per soddisfare magari qualcuno.

Una cardiochirurgia pediatrica, infatti, pretende un bacino dai 5 ai 7 milioni di abitanti. La Sicilia ne ha poco più di 5 milioni, quindi non possiamo mantenere due cardiochirurgie pediatriche.

PRESIDENTE. Si può mettere l'UTIN?

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Interverrà il diret-

tore generale anche sull'aspetto dell'UTIN, ma voglio raccontare qualcosa su questo passaggio.

Mi stupisce che la Commissione non sia intervenuta prima e non intervenga sulla questione della presenza di più cardiocirurgie, più emodinamiche, e così via. Non solo per la Regione siciliana, ma per tutto il Paese perché, altrimenti, saltano i conti e la sicurezza dei pazienti.

In Svezia credo ci fossero tre cardiocirurgie pediatriche che sono state chiuse. La cardiocirurgia pediatrica è stata portata nel punto più distante perché non c'è l'intervento in emergenza, come mi hanno spiegato i tecnici, quindi non si pone alcun problema.

Abbiamo ritenuto di chiudere la cardiocirurgia pediatrica del Civico perché era quella con il più alto tasso di mortalità.

Dovendo scegliere tra Palermo e Taormina, perché c'era bisogno di farne uno, e sapendo perfettamente che la cardiocirurgia pediatrica dovrà tornare al Centro di eccellenza materno infantile (CEMI) di Palermo quando i lavori si completeranno, spero il più presto possibile, abbiamo ritenuto di allocarla a Taormina, analizzando la questione dal punto di vista tecnico, nonostante a Taormina non ci fosse l'UTIN, che comunque abbiamo previsto nel decreto che riorganizza i punti nascita. Ecco perché ho detto che il decreto è già in vigore e il direttore generale dovrà subito darsi da fare per realizzare l'UTIN.

Sotto questo profilo, quindi, contribuiamo tutti a sfatare le leggende metropolitane sui bambini che non sono curati nella Sicilia occidentale. Se collocassimo la cardiocirurgia pediatrica a Palermo avremmo la stessa questione per la Sicilia orientale. Il problema è che in Sicilia basta e avanza una cardiocirurgia pediatrica, come basta e avanza il Bambino Gesù che c'è a Roma e che copre un'area ben più ampia di quella coperta dalla cardiocirurgia pediatrica della Sicilia.

Sotto questo profilo, quindi, abbiamo fatto le cose con il massimo rigore, con un'intesa con uno dei più prestigiosi isti-

tuti europei. Oltretutto, le cose stanno andando molto bene. Abbiamo creato un centro di terzo livello, la cardiocirurgia pediatrica provvisoriamente a Taormina, centri di secondo livello al Garibaldi di Catania e al Civico di Palermo, e centri di primo livello in ogni provincia. È l'idea di una rete che accompagna, segue, fa il *follow up*, effettua i controlli e, comunque, ha come riferimento il Centro cardiologico pediatrico del Mediterraneo.

Abbiamo messo mano alle cardiocirurgie pediatriche per adulti; a Palermo, su un asse che credo non superi gli 800 metri, c'erano ben tre cardiocirurgie: siamo riusciti a unificarne due, adesso finalmente il Policlinico ha detto sì. Abbiamo ritenuto di allocare strutturalmente, costituendo l'Istituto del cuore del Mediterraneo, all'Istituto mediterraneo per i trapianti e le terapie ad alta specializzazione (ISMETT). Al Policlinico ci sono lavori in corso, se ne assumerà la responsabilità il direttore generale. Non so se sia conveniente spendere tutti questi soldi per far partire nuovamente la cardiocirurgia, ma nel giro di un anno avremo le tre cardiocirurgie unificate nell'Istituto del cuore del Mediterraneo, con una valenza un po' diversa.

Venendo alle *stroke unit*, stiamo riorganizzando e abbiamo dei tavoli aperti per questa rete assistenziale. Sostanzialmente, abbiamo realizzato le cardiocirurgie, la rete d'infarto, stiamo realizzando la *stroke unit*, la rete del trauma, la rete dei punti nascita, la rete dell'oncologia e la rete nefrologica è pronta. Ci ripromettiamo di fare questo prima della conclusione del nostro mandato.

Quanto a Sciacca, posso anche lasciare il decreto, che però serve a poco. Abbiamo recepito l'accordo Stato-Regioni del 20 aprile 2011 che detta linee guida per l'accreditamento delle banche di sangue da cordone ombelicale. Lì c'è tutta la vicenda di questa banca sovradimensionata rispetto alle necessità. C'era un programma che il primario che era stato nominato non ha portato avanti. Prima era stata commissariata. Il nuovo primario non sta rispondendo agli *input* del commissario —

tutto questo, ovviamente, è oggetto di relazione — e abbiamo avuto una « tirata d'orecchie » da parte del Centro nazionale sangue, che credo si sia complimentato per questo decreto, che è in linea con le linee organizzative. Abbiamo scritto all'articolo 3 quanto segue: « Nelle more di emanazione di un successivo provvedimento di definizione del nuovo assetto organizzativo della banca di sangue cordonale, che farà seguito alla valutazione positiva all'atto dell'ispezione da parte delle autorità nazionali competenti, ritenuto di dover assicurare una continuità gestionale al progetto di qualificazione della banca, il responsabile dei progetti finanziati da questo assessorato dall'anno 2009... ».

Avevamo individuato un responsabile del progetto, che doveva spendere più di un milione di euro che avevamo dato all'Azienda ospedaliera di Sciacca, allora ancora esistente, e che, però, non è stato speso, tanto che era stato commissariato. Abbiamo ritenuto di reincardinare la responsabilità, ovviamente provvisoria, perché la banca deve essere poi accreditata e il Centro nazionale sangue dovrà fare delle ispezioni. Ha una dimensione sovrazionale, perché è la banca regionale e che si inserisce in un circuito nazionale. Non è affatto vero che questo modello gestionale sia unico. Ci sono altre banche del sangue cordonale gestite da un responsabile che ha una sua autonomia gestionale e organizzativa. Quindi è un aspetto provvisorio. Abbiamo individuato lo stesso responsabile del 2009, visto che chi aveva assunto la responsabilità dell'unità complessa aveva mancato di dare seguito alle azioni che avevamo previsto e rischiavamo di non essere puntuali all'appuntamento di verifica da parte del Centro nazionale sangue.

PRESIDENTE. Fermo restando, ovviamente, che a noi non spetta il compito di stabilire se il responsabile abbia dato corso o meno al mandato ricevuto, ho una domanda: ha un senso questa banca del cordone separata dalla responsabilità dell'unità trasfusionale? Non è un invito a mandare via l'attuale primario, ma a non smembrare questa struttura.

MASSIMO RUSSO, Assessore alla salute della Regione siciliana. Nel nostro intendimento, la banca del cordone doveva diventare la banca dei tessuti, quindi comunque la estrapoleremo dall'Azienda. Pensiamo a una struttura regionale.

PRESIDENTE. Probabilmente è più razionale.

MASSIMO RUSSO, Assessore alla salute della Regione siciliana. Quello attuale è un passaggio transitorio.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. L'assessore all'inizio della sua esposizione ha affermato di aver presentato una relazione e di essere disponibile a tornare. Ora, presidente, potremmo anche trovare un'intesa per cui rivolgiamo una prima serie di domande e interlocuzioni, così come è stato fatto, poi leggiamo la relazione, l'approfondiamo e, se l'assessore è disponibile, potrebbe tornare anche tra breve tempo. Così possiamo avere chiaro il modo di procedere per la relazione sulla sanità siciliana da presentare alla Camera, anche per dare concretezza ad alcune questioni, ai temi che stiamo ponendo ed evitare valutazioni che non hanno un ancoraggio concreto con i temi posti.

PRESIDENTE. Credo che possiamo senz'altro accogliere l'indicazione del vicepresidente Burtone. Tuttavia, avendo qui i direttori generali, possiamo approfondire alcuni aspetti specifici.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Alcune questioni, presidente, le ha già poste. Personalmente anch'io ho seguito alcune questioni che ha qui portato all'attenzione dell'assessore e dei direttori generali. Seguo giornalmente le vicende della Sicilia, essendo un siciliano, e debbo dire con lealtà che apprezzo lo sforzo, il tentativo che l'assessore sta facendo per dare una svolta alla sanità siciliana.

Su alcune cose convengo che c'è un cambiamento, su altre un po' meno; lo dico senza polemica, ma nell'interesse ge-

nerale della nostra gente, dei nostri cittadini. So, ad esempio, che periodicamente ci sono articoli di giornali e annunci sulla definizione dei CUP; debbo dire con amarezza che, se un cittadino tenta di collegarsi con i nostri centri unificati di prenotazione, qualche sorpresa la trova, e se riesce ad avere un minimo di contatto con le nostre strutture, ahinoi, non mi sembra che le liste d'attesa siano diminuite in Sicilia. Credo anzi che si siano un poco allungate; per alcune patologie, in modo particolare, abbiamo dati che non sono confortanti, ad esempio sulla risonanza magnetica, su questioni relative all'endocrinologia e ad altre materie. Le assicuro che chi si mette in contatto e cerca di avere un rapporto con le strutture, non sempre trova una situazione ottimale, anche perché, assessore, lei ha giustamente ripreso il tema della riduzione dei posti letto. Credo che anche su questo, una riflessione sulle criticità che si sono aperte in Sicilia debba essere fatta. Credo di avere contatto con i cittadini, sento tanta gente, la incontro per strada là dove opero politicamente e so che non sempre è facile trovare un posto letto nel settore pubblico; un poco più semplice è trovarlo nel privato. Leggeremo i dati che lei ha qui riferito, ma qualche elemento di criticità c'è nei nostri posti di pronto soccorso.

Lei ha qui richiamato l'importanza di ampliare la rete delle UTIN: le ricordo, quasi sottovoce, che un anno fa le segnalammo questo tema. Ricorderà che ponemmo la questione, che a noi sembrò paradossale, che un nato al Cannizzaro dovesse essere portato in elisoccorso a Patti per avere un posto in UTIN, così come un nato in un'altra struttura importante, non in un piccolo centro nascita, doveva essere trasferito ad Agrigento perché in provincia di Catania non c'erano posti sufficienti. Spero che questa rete ci sia al più presto, perché sono questioni che, senza strumentalizzare, abbiamo già posto.

Notiamo anche, da quello che avvertiamo tra la gente, ma non con dati che spero di trovare, invece, confortanti nella sua relazione, che i posti letto per la

rianimazione in Sicilia forse potrebbero aumentare. Ci sono questi elementi, a nostro parere, di criticità che vanno posti con grande attenzione. Lo dico senza voler strumentalizzare, ma cogliendo alcuni problemi presenti nelle nostre realtà, fermo restando che in alcuni ambiti lei ha voluto operare con modalità più trasparenti, come negli appalti.

Certo, assessore, se leggo un'interrogazione di un deputato regionale, non del mio partito, in cui si accenna, ad esempio, al modo in cui sono bandite le gare per le assicurazioni in provincia di Siracusa — le darò anche su questo un appunto — qualche perplessità sulle modalità di trasparenza nasce. Siccome so quanto lei tenga a queste tematiche, mi permetto di dire che sì, sono stati fatti alcuni passi in avanti, ma tanti altri ancora bisogna farne, anche nell'organizzazione.

A Caltagirone — lo dico qui per sottolinearlo al commissario dell'ASP di Catania — il percorso pulito/sporco della rianimazione dà qualche problema, così come permangono altre questioni, come quella dell'utilizzazione nella stessa Caltagirone della scheda unica della terapia. Abbiamo visto quanto importante questo sia in una situazione drammatica che qui non abbiamo richiamato e che riguarda l'episodio gravissimo della terapia oncologica a Palermo, una situazione che credo l'assessore stia seguendo con attenzione e con impegno.

Pongo, quindi, questi elementi di criticità, signor assessore, e spero di trovare risposte. Ha detto qui, infatti, che su alcuni temi l'assessorato è già avanti nella programmazione, in modo particolare in tema di rianimazione e UTIN.

Credo anche che si debba dare uno sguardo particolare ai nostri posti di pronto soccorso. Non sono uno che guarda alle dichiarazioni, non mi considero un dichiarante frequente, anche perché non godo di buona stampa per trascorsi politici e per l'attenzione che ho dovuto dare ad alcune battaglie che mi hanno portato a essere fuori da alcuni canali informativi. Qualche giorno nei posti di pronto soccorso, però, lo trascorro, assessore, e ri-

servatamente vado nelle astanterie: mi sembra che, malgrado gli sforzi dei nostri direttori generali, non siamo avanti, tutt'altro. Qualche passo lo abbiamo fatto, ma ne dovremmo fare tanti altri.

PRESIDENTE. Anche al pronto soccorso dell'ospedale Villa Sofia a Palermo ci sono casi di cattivo funzionamento. Cito un esempio perché sono autorizzato a farlo: la moglie del professor Columba, ha fatto tutta la trafila al pronto soccorso, dove è stata visitata dopo sei ore. Era un codice giallo. I medici hanno avuto un comportamento ineccepibile, ma l'hanno tenuta 30 ore ricoverata al pronto soccorso perché non sapevano come farle fare una TAC, per la quale l'hanno rinviata al lunedì. La signora non ha nulla da denunciare, non deve chiedere danni a nessuno perché si è salvata. Si è recata in una struttura privata, dove le hanno fatto l'accertamento, verificato cosa aveva e ha ricevuto la terapia con otto giorni di ritardo. Non vuole fare denunce, non vuole finire sui giornali, ma se una persona come lei, moglie del preside di facoltà di ingegneria, è trattata in questo modo, come sono trattati gli altri? Colgo l'occasione per farlo sapere.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Per le questioni di ordine generale, assessore, spero di trovare qualche elemento in più nella relazione che ha presentato, quantomeno impegni che dovranno concretizzarsi al più presto, mi auguro, sulla frontiera delicata delle UTIN e della rianimazione. Mi permetto anche di segnalare la questione dei posti di pronto soccorso, che credo debba essere posta per tentare di dare un'accoglienza in condizione di emergenza diversa ai nostri cittadini.

Voglio anche porre questioni più concrete e, infine, una riflessione di ordine generale. Lei, assessore, ha parlato dei punti nascita. So che non è semplice e debbo darle atto che lei ha mantenuto un piano di fermezza, non si è lasciato condizionare e ha cercato di tenere una linea quanto più corretta possibile.

Non parlo di Lipari perché ne ha parlato il presidente, lei ha dato una risposta e ci auguriamo che questo servizio possa essere esercitato al meglio, che questo percorso per cui le persone seguite in condizione di gravidanza possano avere un esito positivo nel momento in cui sono trasportate a Messina. Voglio parlare, invece, di Bronte. È una realtà particolare, perché serve non solo un versante della provincia di Catania, ma anche una parte della provincia di Messina; è un punto nascita che è stato indicato come destinato alla chiusura pur avendo raccolto più di 370 parti. Credo non avesse neppure il dirigente. Si trova in una condizione di difficoltà, perché nell'ospedale ci sono continui lavori di manutenzione. Non siamo in Svezia, purtroppo per noi, assessore, e Bronte ha una condizione orografica particolare, specie nel periodo invernale: chiedo se esiste un'ipotesi di far rientrare questo punto nascita tra le eccezioni, mettendolo, però, nelle condizioni ottimali di operare, perché credo che in quel territorio abbia un sua specificità.

Tra l'altro, credo si debba promuovere anche la necessità di riorganizzare complessivamente i punti nascita. Lei lo ha accennato, lo troveremo sicuramente nella relazione. Il collega che ha curato per noi e ha seguito particolarmente il tema dei punti nascita ha sempre specificato bene: si chiude, però laddove si mantiene si rafforza. Se, infatti, dobbiamo arrivare a 1.000 parti e, ad esempio, immagino che Biancavilla rimanga e Paternò chiuda, mi auguro che sia potenziata Biancavilla anche se, purtroppo, temo che tanta parte di quella popolazione potrebbe riversarsi su Catania, e quindi potremmo avere un potenziamento di Biancavilla con nuovi lavori strutturali per non arrivare poi ai 1.000 parti.

Mi permetto, quindi, di dire che un lavoro significativo serve. Siccome so che le cose non si fanno con la bacchetta magica, non voglio neppure strumentalizzare su questo, però vorremmo cogliere questi segnali di indirizzo e di impegno da parte vostra.

Un'altra questione riguarda Giarre, struttura che nel tempo è stata spogliata di tante attività. Ho visto il piano di riordino della rete ospedaliera. Si mantengono la medicina, la lungodegenza. Chiedo che la struttura, però, sia messa nella condizione di operare. Attualmente, infatti, c'è anche una lettera molto allarmata del commissario, in cui si dice che addirittura esistono problemi sul piano strutturale. Su questo abbiamo nella comunità segnali molto preoccupati e spero ci possa essere una linea coerente e ferma su questi temi.

Infine, assessore, mi permetta un'osservazione, che mi tocca più da vicino, su Militello in Val di Catania. Ho letto nel documento che dispone il riordino che si mantengono i quattro posti di rianimazione. Siccome pensiamo che il tema della rianimazione sia abbastanza penalizzante per le nostre comunità, non ho capito perché non si porti a otto posti, come avviene in tutte le strutture, e chiedo che si operi anche per la individuazione del primario.

Inoltre, Militello è una di quelle sedi che dovrà avere il presidio territoriale di assistenza (PTA), che nel decreto è descritto come sostitutivo dell'ospedale. Assessore, non ci conosciamo, né ci frequentiamo, ma conosco il suo impegno sul fronte della magistratura, ho molto rispetto, so che ha una sola parola, però siccome nel decreto si parla di rimodulazione della rete ospedaliera, la pregherei o di dire, in questa sede, insieme al direttore generale, che è integrativo, oppure di predisporre un decreto nel quale si precisi che si istituisce come integrativo all'ospedale. Si diffondono voci allarmistiche che spero non abbiano nessuna veridicità, perché, come lei sta affermando, è una struttura integrativa. Ho portato qui, affinché potesse leggerlo, il decreto del dicembre 2010: laddove si parla di istituzione del PTA si dice che il costo dell'impatto economico è compensato con la disattivazione dei posti letti per acuti, con conseguente riduzione dei costi connessi al regime di degenza.

Se c'è un nuovo decreto, in cui invece si afferma che è integrativo, ne prendo atto.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Quella è la vecchia rete ospedaliera. Abbiamo riorganizzato, rimodulato e costruito un modello ospedale-territorio che funziona benissimo, con l'integrazione del PTA.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Va inteso, quindi, che i costi sono compensati dai posti per acuti che già sono stati cassati.

Pongo un'ultima questione. Debbo darle atto che ha compiuto uno sforzo significativo per cambiare le regole. Lei sa che tante volte ho avuto una posizione dialettica sul modo in cui sono state compiute alcune scelte. Ciò che dico è a salvaguardia del suo ruolo. Purtroppo, spesso si dice che nella sanità si continua a fare troppa politica, troppa « malapolitica ». Secondo qualcuno siamo tornati alla tessera fascista e per diventare primari, capi di dipartimento o per entrare nelle commissioni di invalidità bisogna avere una certa tessera. Non voglio generalizzare, altrimenti non avrei rispetto dei presenti, alcuni dei quali conosco da tanto tempo, ma è certo che su questi temi non credo che la risposta debba essere quella che lei, assessore, spesso dà, invitando a fare denuncia alla procura della Repubblica. In questa sede ha anche affermato che la buona politica di cui si fa interprete avrebbe avuto uno spirito tale da farsi carico della gestione. All'invito alla denuncia aggiunga che si farà parte diligente per un'ispezione molto seria, assessore. Non generalizzo, ma posso dirle che in alcuni casi si sono fatte delle scelte assai strumentali e che non si è scelta la qualità o la professionalità, ma l'appartenenza politica. Questo è grave e non risponde ai principi che ha sempre indicato per avere una sanità diversa.

Non lo faccio assolutamente per polemica, assessore, ma perché ho rispetto di quanto ha detto. Proprio per questo, non si arrivi a strumentalizzare e a lottizzare

il posto di capo dipartimento. Di che cosa parliamo? Di far sentire il potere?

Mi auguro — stiamo lavorando a una legge sul governo clinico — che si torni alla meritocrazia in maniera più forte e più puntuale.

PRESIDENTE. Su alcuni aspetti mi sembra che stiamo dimostrando di aver percepito il senso complessivo dello sforzo in atto, ma restano punti critici, ad esempio con riferimento ad alcune procedure concorsuali, nelle quali si riaprono i termini, poi si chiudono, poi si riaprono, poi le commissioni sono sostituite, e dopo cinque o sei anni si arriva alla scelta del destinato che finalmente ha maturato i titoli. Purtroppo è ricorrente; l'urologia di Partinico, per citare un caso preciso.

A me fa un male terribile sentirmi dire, essendo assessore alla salute Massimo Russo — nei cui confronti abbiamo critiche istituzionali doverose, perché è il nostro mestiere — che per alcuni aspetti si stava meglio quando si stava peggio. Mi fa male e devo riferirlo. È il segno che, anche se qualcosa si è fatto, si deve fare ancora molto. Io voglio criticare questa gestione nel merito delle scelte che fa, apprezzando e censurando.

Non abbiamo inventato nulla. Ieri ho finito di prepararmi per questo incontro all'una di notte, avendo avuto una giornata un po' complicata per un imprevisto familiare. Stia tranquillo che chi dice che si stava meglio quando si stava peggio sicuramente non sta dalla mia parte.

Credo sia notorio, per quanto riguarda la mia storia personale, che non ho mai raccomandato un parente perché considero la raccomandazione un atto di ostilità nei confronti del raccomandato. Sostengo che ormai in Italia si raccomandano i nemici. Non c'è un singolo nome di persona nominata, non solo nella sanità ma in ogni settore, che sia ascrivibile a me.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Bisogna essere chiari: io faccio raccomandazioni...

PRESIDENTE. C'è una differenza tra la segnalazione e la raccomandazione. Un

conto è segnalare un problema, un conto imporre un primario.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Le raccomandazioni le faccio: i direttori sono testimoni che la mia raccomandazione è di scegliere sempre i migliori. Possono avere o meno la tessera di un partito, non mi interessa, perché nemmeno possiamo pregiudicare chi magari ha un'appartenenza politica. Ho sempre detto di prendere i più bravi, perché su questo si giocano il destino della sanità e il risultato politico del suo processo di cambiamento.

È facile dire che si stava meglio quando si stava peggio. Io vengo dalla cultura del riscontro: dove, come, quando, chi. Questo credo debba essere chiaro a tutti. In tal modo ciascuno si assume la responsabilità. Anch'io, avendo conosciuto bene il sistema, posso dire che c'erano personaggi che sembravano essere i più riformisti, i più rivoluzionari ed erano quelli più incancreniti con quel potere. Avevano i loro privilegi, era gente incompetente che forse andava mandata via a calci, però, poiché avevano l'aura di essere persone riformiste, dovevano stare in un certo contesto.

Limitiamoci ai fatti. Se c'è un concorso gestito male, non posso fare le ispezioni. Devo soltanto dire pubblicamente e ribadirlo, esponendomi personalmente, che i direttori generali non devono farsi « tirare la giacca » da nessuno, se non dall'assessore che chiede loro in coscienza di scegliere i migliori valutando il *curriculum* di ciascuno.

Poiché probabilmente — non lo escludo — in qualche Azienda qualcuno forse non si adatta a questo sistema che dovrebbe essere normale e doveroso, deve essere lui a risponderne e non l'assessore. Sapete che, secondo la normativa vigente, il direttore generale sceglie tra gli idonei, non tra i migliori, che è una cosa diversa. So che è in discussione un progetto di legge. È anche la legge a incoraggiare certe prassi. Quando è venuto qualcuno a raccomandarsi, gli ho detto che avrebbe vinto uno più bravo di lui.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Credo di aver fatto un intervento, assessore, che riprende un impegno solenne che lei ha assunto con la comunità: far marciare le cose in un certo modo, compresa la gestione.

Il presidente mi perdonerà se riferisco anche una discussione riservata, ma abbiamo ricevuto più sollecitazioni per inviare la Guardia di finanza a sequestrare alcuni atti di concorsi e non lo abbiamo fatto per evitare che si pensasse a una strumentalizzazione, fermo restando che questa Commissione può decidere di richiedere le carte anche con questa modalità.

Le ho detto che si arriva alla miseria di individuare chi deve essere il capo di un dipartimento. Si arriva a lottizzare col bilancino del farmacista anche all'interno delle correnti di un partito per la definizione delle commissioni di invalidità.

Ora, assessore, o lei coglie nelle mie parole una strumentalizzazione, oppure l'invito a rispondere alle cose alte che lei stesso in questa Commissione ha prospettato.

LAURA MOLTENI. Sono un po' fuori dai vostri contesti, vengo da una regione del profondo nord, la Lombardia, quindi ho modelli di riferimento molto precisi. Vorrei chiedere all'assessore se sono stati adottati meccanismi di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri; quali ne sono i risultati e quali i criteri adottati; se vi sono indicatori di riferimento e un'analisi fatta sulla base di quali indicatori; se c'è un'omogeneità degli indicatori di riferimento e un'omogeneità del confronto dei dati.

Inoltre, vorrei chiedere se anche per l'acquisizione di tecnologie di alta specializzazione — che, come ogni tanto vediamo in programmi televisivi, rimangono magari nel sottoscala, in varie parti d'Italia — presso le Aziende vi sono sistemi di verifica dei costi, cioè se approntate il meccanismo delle gare tenendo conto di un meccanismo di costi standard per evitare che ci possano essere acquisizioni a un certo costo per certe Aziende ospedaliere

e a un costo diverso in altre Aziende, per le stesse tecnologie, con la stessa azienda fornitrice e lo stesso contratto di manutenzione.

Avete un confronto in sede di commissione salute tra questi meccanismi e quelli analoghi attuati in altre Regioni? C'è una comparazione rispetto al costo medio di forniture analoghe presso altre Regioni, per tenere sotto controllo la spesa pubblica nella sanità?

Esistono criteri di verifica non solo per gli obiettivi che devono essere raggiunti da chi si occupa di sanità (infermieri, medici e così via), ma anche per gli obiettivi raggiunti o meno sulla base di indicatori oggettivi per quanto concerne i direttori generali, per capire se corrispondono ai criteri per i quali sono stati scelti? Questa è una questione di carattere generale.

Inoltre, viene data pubblicità a tutte queste osservazioni, Azienda per Azienda, nell'ambito del contesto sociale e territoriale di riferimento, in modo da portare avanti un principio di massima trasparenza nelle scelte amministrative, gestionali e direzionali? Esiste un'organizzazione per funzioni — oltre che per le necessità territoriali locali — delle strutture presenti nel territorio, in modo da avere un risparmio nella gestione complessiva di tutta la macchina della sanità?

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Mi permetto di rinviare, per le risposte, al dottor Guizzardi e al dottor Sirna.

GAETANO SIRNA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Catania*. Sull'appropriatezza abbiamo una serie di obiettivi sui ricoveri inappropriati, i famosi 43 che sono diventati in un secondo momento 108, e siamo scesi da un tasso di accettabilità dell'8 per cento al 5 per cento. Questo è un obiettivo che già abbiamo raggiunto.

Abbiamo raggiunto anche l'obiettivo sui DH diagnostici, che attualmente non possono superare il 5 per cento.

LAURA MOLTENI. Siete in linea con le altre Regioni?

GAETANO SIRNA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Catania*. Questi sono gli obiettivi che furono fissati con le linee guida del 2002.

Inoltre, abbiamo cominciato a lavorare anche sui ricoveri ordinari di 0-1 giorno, che abbiamo definito inappropriati e non valorizzabili, per cui sono quasi del tutto scomparsi dalla nostra statistica.

Abbiamo, inoltre, istituito con la legge n. 5 i nuclei operativi di controllo (NOC), che verificano l'appropriatezza controllando un minimo del 2 per cento delle cartelle cliniche, per accertarsi che anche nel ricovero siano utilizzati tutti i criteri di appropriatezza.

Per quanto riguarda i *device*, abbiamo bandito gare centralizzate. Le ditte che partecipano devono dichiarare che il prezzo offerto nella gara non è superiore al prezzo con cui sono stati aggiudicati gli stessi *device* ad altre Aziende, anche in altre regioni.

Siamo, inoltre, partiti con l'organizzazione dipartimentale, cercando di far diventare strutturali i dipartimenti, in maniera che ci sia una gestione in comune delle risorse e quindi un servizio ottimale.

MAURIZIO GUIZZARDI, *Direttore generale del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'assessorato alla salute della Regione siciliana*. Vorrei precisare che dallo scorso anno è il 10 per cento il minimo delle cartelle cliniche da controllare, non più il 2, come era in precedenza.

La domanda mi ha fatto sorgere l'esigenza di esporre una questione sicuramente a voi nota, che però credo potrà generare nel prossimo futuro molte difficoltà per il sistema sanitario; riguarda la norma introdotta lo scorso anno, il decreto legislativo n. 118, che prevede che tutti gli interventi di finanziamento degli investimenti di qualunque tipo debbano essere spesi sul conto economico dell'esercizio. È stato eliminato il meccanismo dell'ammortamento, che consentiva alle Aziende di sopravvivere. Siamo passati così da una situazione in cui il Ministero dell'economia sterilizzava nella contabilità del sistema sanitario gli ammortamenti,

non considerandoli dei costi — non so perché — a una situazione opposta, in cui qualunque tipo di investimento deve essere considerato come un costo non capitalizzabile.

Ciò significa che, di fatto, diventerà praticamente impossibile qualunque operazione anche solo di sostituzione delle attrezzature. Rispetto alle necessità di garantire il mantenimento delle strutture, delle attrezzature e così via, credo che un anno si possa sopravvivere, ma se questa norma si mantenesse, si aprirebbero degli enormi problemi riguardo alla possibilità di garantire il mantenimento del sistema.

Sul pronto soccorso, aggiungerei che abbiamo avviato un'indagine sui venti principali posti di pronto soccorso della Regione, insieme alla Joint Commission International, proprio perché siamo partiti dalla rilevazione della criticità di quest'area, e abbiamo definito i punti più critici che ogni situazione proponeva. Anche dall'indagine, il pronto soccorso citato prima dal presidente della Commissione emergeva come quello più critico, purtroppo. Abbiamo chiesto piani di miglioramento alle Aziende e quindi continueremo a monitorare i processi che nelle varie realtà si dovranno realizzare per riuscire a risolvere i problemi, premesso che il pronto soccorso è una realtà critica comunque difficilmente risolvibile.

Si sta tentando di strutturare il territorio per sgravare il pronto soccorso dalla domanda impropria, da tutte le situazioni che potrebbero trovare un'altra risposta, come i codici bianchi. Poter gestire i pazienti cronici — ne abbiamo ormai 247 mila nel *database* che abbiamo costruito: pazienti diabetici, scompensati, affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e così via — nel territorio crediamo sia un primo passo importante proprio per togliere al pronto soccorso tutta quella parte di popolazione che oggi impropriamente vi si rivolge.

PRESIDENTE. Vorrei fare una considerazione sul decreto legislativo n. 118 del 2011. Abbiamo esaminato questa normativa anche in vista di questo incontro: è

stata la premessa all'introduzione in Costituzione del pareggio di bilancio perché, avendo l'Europa chiesto la presenza in Costituzione del principio del pareggio di bilancio ed essendo quello dello Stato un bilancio consolidato, non si può fare il pareggio a livello centrale se non stabilendo un sistema che consenta di raggiungerlo anche a livello locale. Ormai non si può quindi pensare di avere un bilancio dello Stato in pareggio mentre i bilanci degli altri enti che rientrano nel conto consolidato sono in disavanzo.

In questo modo, qualunque centro di spesa nazionale manda in crisi l'intero sistema. Nella sanità, tutto sommato, opera il meccanismo dei piani di rientro; è però il solo settore di spesa pubblica ad averli.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Assessore, la ringrazio per essere qui. La circostanza è ghiotta proprio per scambiarsi qualche considerazione. Non entro nello specifico di tanti problemi evidenziati da chi mi ha preceduto, ma sa che mi sta molto a cuore la questione dei punti nascita.

Non ho esitato, sin dal momento in cui gentilmente ha inviato il piano di riordino, anche ad affermare pubblicamente che avere il coraggio di metter mano a una rete ospedaliera nello specifico dei punti nascita significa voler prendere, come si suol dire, il toro per le corna e dare delle risposte che andremo a valutare.

Sono soddisfatto di quanto ha affermato. Lei ha detto che il piano di riorganizzazione dei punti nascita parte da un'analisi molto dettagliata delle esigenze del territorio ed è quello che auspichiamo. Sono ultrasoddisfatto per l'iniziativa che ha preso di equiparare la retribuzione tra parto spontaneo e parto cesareo, ed è quanto le società scientifiche oggi stanno chiedendo. Non è confortante, infatti — lo dico da operatore ostetrico — sentirsi attribuire responsabilità solo per ragioni economiche.

Sono soddisfatto delle sue enunciazioni in termini generali. Mi consentirà anche di condividere la preoccupazione dall'amico

Burtone e del presidente quando, alle affermazioni in generale, che mi auguro siano concretizzate, seguono delle necessità che vanno analizzate. Mi auguro che la sua competente e dimostrata sensibilità verso questi problemi accompagni anche la loro evoluzione e concretizzazione.

È giusta la questione del numero dei parti, ma è altrettanto giusto cercare di salvaguardare. Plaudo all'iniziativa che assicurerà a Lipari l'assistenza ottimale, sono convintissimo che molte situazioni patologiche non sarebbero tali se il percorso gravidanza assicurasse che il momento *clou* della nascita avvenisse in determinate condizioni.

È necessario, però, rendere sicuro il momento parto anche in condizioni che, purtroppo, non potranno, da un punto di vista numerico, avallare quanto giustamente è stato inserito nel decalogo Fazio e ribadito dall'allora ministro.

Mi stuzzica, però, una considerazione. Spesso siamo bravissimi anche nel diagnosticare un problema, ma è opportuno anche arrivare alla valutazione della terapia adottata. È una situazione ghiotta perché vedo qui i direttori che ho incontrato un anno fa, quando siamo andati in visita a Partinico, se non erro, come anche a Messina, nell'ottobre 2010, purtroppo per episodi incresciosi.

Non mi interessa sapere quali siano stati i risvolti personali. Fu evidenziato che sia a Messina sia a Partinico — mi fermo ai due casi relativi ai sopralluoghi che ho effettuato — c'era, oltre all'eventuale responsabilità personale, una responsabilità gestionale del percorso gravidanza, una disorganizzazione. Fu usato questo termine, per esempio, specificatamente riferito a Messina.

Chiedo quindi ai direttori: in un anno cosa è stato fatto? Ripeto che non mi interessa l'assunzione di provvedimenti miranti a valutare l'operato di X o Y. Non vogliamo e non dobbiamo sostituirci alla magistratura inquirente, che analizza le responsabilità individuali. Noi dobbiamo concorrere a far sì che le condizioni generali, strutturali diventino tali da assicurare la nostra partorienti.

Inoltre, assessore, capisco che forse le si voglia attribuire troppa responsabilità, che va invece distribuita equamente tra chi ha l'onere e l'onore di amministrare un'ASL, ma nel momento in cui parliamo di accorpate e potenziare, ci fermiamo soltanto alle enunciazioni? È una richiesta generale perché non so e non posso entrare nello specifico e mi farebbe piacere avere un avallo da lei, che ha avuto il coraggio di mettere mano al problema. Lo dico riferendomi a tutti i suoi collaboratori. Si vincono e si perdono competizioni elettorali regionali per aver messo mano alla struttura sanitaria di una regione.

Allora, ci si preoccupa anche che questi organici siano non solo potenziati, ma anche messi nelle condizioni di poter rispondere alle maggiori richieste? Da ostetrico molte volte — l'abbiamo fatto nello studio sui punti nascita che abbiamo elaborato — non mi soddisfa più sapere che in quell'ospedale dove avvengono 1.000 parti ci sono 15 medici e 15 ostetriche. A livello di enunciazione, infatti, non posso non dire che la situazione sia ottimale, ma ci si sta preoccupando di assicurare una valenza reale di questo organico?

Se, infatti, c'è il professionista diabetico o iperteso o che usufruisce della legge n. 104 del 1992 avremo una struttura che continuerà numericamente ad apparire ottimale, ma da un punto di vista funzionale avrà tutte le sue pecche. Lo dico sempre nell'ottica del potenziamento di tutto ciò che deve rendere sicuro l'evento parto.

Sapere questo soddisferebbe una mia curiosità non fine a se stessa. Oltretutto — sono un pugliese e non sono tanto distante da realtà poco piacevoli — oggi vedo nella mia regione arrivare i NAS e mi auguro che il loro arrivo sia supportato da una voglia di ricercare a 360 gradi le motivazioni che portano le nostre regioni ad avere percentuali altissime di parti cesarei.

Non serve un'intelligenza stratosferica per ammettere che stiamo fuori in maniera considerevole dai binari dell'accettabilità. Non vorrei — mi richiamo a quanto il nostro presidente ha sempre

asserito — che si dimenticasse che molte volte il chi di un evento negativo non corrisponde al perché.

A noi non interessa perseguire l'eventuale responsabile dell'eventuale episodio di malasanità, ma vogliamo lavorare con voi. Ripeto, assessore, che non esiterò un attimo — l'ho fatto anche nella conferenza stampa sulla Relazione sui punti nascita, quando insieme al Ministro della salute e al presidente Orlando abbiamo presentato l'esito dei nostri lavori — a rendere pubblicamente un plauso a chi, come lei e altri, anche presidenti di regioni, pure con provvedimenti impopolari, hanno consapevolmente compreso la necessità di mettere mano a una riorganizzazione che non può più essere differita.

PRESIDENTE. La ringrazio, onorevole Fucci, e mi permetto di confermare quello che ha detto con riferimento al caso specifico di Partinico. Credo che quello sia un esempio di come la collaborazione tra la Commissione e le strutture responsabili funzioni.

Eravamo arrivati a constatare sette casi di bambini morti nell'ospedale di Partinico in due anni. Quello che, però, mi ha subito allarmato è stato che di 14 medici coinvolti per sette casi non ce n'era uno il cui nome si ripetesse. Probabilmente, il vizio era che i medici lavoravano lì solo alcuni mesi e cambiavano in continuazione. C'era un ricambio di personale medico talmente frequente che, quand'anche avessero avuto una bassa professionalità, non avrebbero avuto il tempo di formarsela operando.

Ecco un caso nel quale, come credo che l'assessore Russo mi confermerà, i medici sono stati tutti assolti, ma il problema rimane. Non è riscontrato il dolo o la colpa da parte del medico che ha fatto quello che poteva e non si può perseguire penalmente la scarsa esperienza professionale. Basta che si sia fatto quel minimo che, però, qualche volta non è sufficiente.

Siccome quello è un esempio positivo di come, anche grazie alla collaborazione di altri, si è realizzata comunque una forma di risposta positiva, credo sia importante quello che diceva l'onorevole Fucci. Non

può accadere che siccome ci sono 15 medici, tutto va bene, perché bisogna vedere come sono, quanti sono in puerperio o quanti possono fare i turni. Sulla carta, quindi, se ne pagano 15, magari se ne hanno solo 6, 7 o 8 in servizio effettivo.

MAURIZIO GUIZZARDI, *Direttore generale del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'assessorato alla salute della Regione siciliana*. Vorrei dire alcune cose rispetto al tema posto nell'intervento dell'onorevole Fucci. È vero che garantire un'assistenza di qualità non è semplicemente definire una dotazione organica sulla carta. Credo che il provvedimento sui punti nascita da questo punto di vista sia anche originale. Non abbiamo, infatti, definito la dotazione organica che deve essere assicurata, ma detto quali funzioni vanno permanentemente garantite nell'ambito ostetrico, pediatrico, neonatale, nell'anestesia e così via, definendo così il *setting* assistenziale per il primo livello, che deve essere altresì differenziato per i due livelli di assistenza e assicurato h24.

È chiaro che questo sarà possibile perché si ridurrà il numero dei punti nascita. Se si ipotizzasse, infatti, di garantire quel livello di assistenza in tutti i punti nascita che ci sono attualmente nella regione Sicilia, ci sarebbero problemi di risorse e di competenze professionali adeguate.

Quanto al tema, che il presidente ha richiamato, relativo all'esperienza di Partinico, stiamo introducendo proprio nell'ambito dell'ostetricia, dell'ortopedia e dell'anestesia il sistema dei "privilegi", che stiamo mutuando dall'esperienza degli Stati Uniti anche attraverso un rapporto di Joint Commission International. Il medico è valutato rispetto alle attività cui viene adibito sulla base delle competenze acquisite nel tempo e che dimostra di poter mettere in atto. A ogni medico sarà attribuito il livello di competenza rapportato al tipo di prestazioni che è chiamato a svolgere.

Questo ci consentirà, evidentemente, di evitare che, al di là del valore legale del titolo di studio, della laurea e della specializzazione, si trovino a svolgere attività

sanitaria di una certa complessità medici che non hanno maturato ancora o che non sono in possesso dell'effettiva competenza e qualità professionale indispensabili. Credo che sia una delle prime esperienze di questo tipo che si stanno svolgendo in Italia.

Di fatto, quindi, classificheremo i medici rispetto alla loro capacità effettiva di ricoprire determinati livelli di assistenza. Questo sistema è partito da pochi mesi, ma credo che potrebbe essere una risposta anche al bisogno di garantire le professionalità giuste nel posto giusto rispetto al tipo di problema che c'è da gestire in quel momento.

Rispetto, invece, ai rilievi dei tavoli tecnici — il dottor Sammartano entrerà maggiormente nel merito — vorrei solo dire che è vero che il Tavolo Massicci di luglio aveva posto l'accento su una serie di adempimenti che la Regione si doveva impegnare ad assolvere e che, secondo noi, sono stati assolti al 90 per cento. Nella verifica di gennaio sono passati in secondo piano proprio perché il tema prevalente è diventato quasi una condizione *on/off*, per cui l'atteggiamento del Tavolo è che o si risolve il tema della quota di partecipazione della Regione al finanziamento al piano sanitario o è inutile che continuiamo a entrare nel merito e a discutere del resto, perché quella è la condizione senza la quale non si può dare corso allo sblocco di nessuna risorsa. Addirittura, era stata prospettata la revoca dell'autorizzazione dei finanziamenti già concessi.

Ciò non è stato poi formalizzato, ma nei fatti è successo che dei 600 milioni di euro sbloccati a luglio per la Regione siciliana, metà più o meno sono pervenuti, mentre l'altra metà, non so se per questa o per altre ragioni, anche per difficoltà di cassa probabilmente, non sono mai arrivati, e quindi siamo ancora in attesa.

Dalle precisazioni che l'assessore ha fornito rispetto al tema della medicina penitenziaria, credo, però, che i quattro punti richiamati siano stati risolti o comunque abbiano avuto risposte. È rimasto

aperto solo il punto che viene definito come transazione, che però non è propriamente tale.

Il tema, in realtà, riguarda gli arretrati contrattuali del personale dipendente delle case di cura private. Il problema postoci dal sindacato è che è stato firmato un contratto nazionale con l'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), tra il mese di settembre e la fine del 2010, a condizione che, però, a livello delle singole regioni, le case di cura potranno procedere al pagamento solo se concorderanno con la regione di disporre di finanziamenti aggiuntivi; ciò in quanto le tariffe sono ferme al 1997 e non consentono di coprire i costi di un rinnovo contrattuale. Tra l'altro, dal 1° gennaio 2011 in Sicilia sarebbe partito il nuovo sistema di classificazione dei DRG, la versione 24, per cui comunque ci sarebbe stata di lì a poco una revisione delle tariffe.

Noi abbiamo coinvolto le case di cura in questa vicenda, dichiarando la nostra disponibilità perché comunque c'era anche un problema sociale di alcune migliaia di persone che avevano fermi i rinnovi contrattuali da 6 o 7 anni, e alla fine di una lunga trattativa a tre, svolta su più tavoli, si è arrivati a questa conclusione formalizzata con un provvedimento, quindi in maniera assolutamente trasparente ed esplicita: il personale rinuncia a un 20 per cento di quanto dovuto, si accontenta dell'80 per cento degli arretrati, relativo a 5 anni; le case di cura e la Regione si fanno carico della metà della restante parte, quindi del 40 per cento del costo, che per il pubblico ammontava a circa 9 milioni di euro, relativamente ad un periodo di 5 anni.

Proprio perché non volevamo che questo desse luogo a rivendicazioni da parte delle case di cura per gli anni successivi, abbiamo redatto un provvedimento in cui si diceva chiaramente che questo era un intervento *una tantum* di revisione tariffaria per quell'anno, da non ritenersi consolidato perché riguardava degli arretrati, non un aumento di costo secco di quell'anno, tant'è che nel 2011 non c'è stato questo riconoscimento ulteriore.

Abbiamo fatto questo provvedimento e non l'abbiamo mandato al Ministero anche perché non lo ritenevamo necessario. Oltretutto, era pubblicato sul bollettino ufficiale e riportato sugli organi di informazione. Semplicemente, non essendo nel programma operativo, non ritenevamo che fosse materia di confronto con il tavolo ministeriale, tant'è che loro lo hanno appreso da una nostra relazione.

Il tema, quindi, è affrontato in quella sede, non ci sono obiezioni di merito sostanziali. C'è un problema di forma: il Tavolo operante presso il Ministero dell'economia, in particolare, è preoccupato che questo possa trascinarsi dietro altre vicende analoghe di ospedali classificati. Pertanto abbiamo ragionato su come potesse essere riproposto quel provvedimento salvaguardandolo nella sostanza in maniera da non generare aspettative di altre categorie, di altre regioni o altri ancora. L'abbiamo rivisto, concordandolo col Ministero della salute, per cui credo che non dovrebbero esserci problemi di particolare rilevanza.

Rispetto al tema, invece, dei conti consolidati e degli esercizi, il dottor Sammartano all'epoca non c'era ancora, c'era il dottor Aiello, per cui sono io a confermare che avevamo due questioni da risolvere. Una era quella ancora pendente, ma che stiamo completando, delle partite *inter-company*, dei rapporti di debito/credito tra le Aziende, una partita tutto sommato semplice, anche perché, essendoci la compensazione a livello centrale regionale, le partite economiche tra Aziende sono molto piccole.

Abbiamo dato precedenza a un altro tema che ci sembrava più importante, quello del rapporto debito/credito tra Regione e Aziende sanitarie. Quella era la parte che mi stava più a cuore, perché c'era da chiudere tutto il tema della copertura delle perdite che poteva chiamare in causa interventi pesanti da parte del bilancio della Regione. Oltretutto, è una partita aperta dal 2001. Nella relazione troverete che abbiamo ricostruito tutti i rapporti tra le contabilità di Regione e Aziende, che prima erano peraltro quasi

30, dal 2001 al 2010, quindi è stato un lavoro enorme che ci ha portato via molti mesi e che ha generato un volume enorme di tabulati. L'abbiamo completato e non solo è stata conclusa la rilevazione, ma sono state chiuse anche le scritture contabili, sistemati tutti i conti e in parte liquidate le poste.

Manca ancora la parte minore dal punto di vista quantitativo, quella delle partite tra Aziende, che adesso stiamo affrontando. Su questo, chiederei al dottor Sammartano di essere più preciso, ma non abbiamo perso tempo, abbiamo lavorato pesantemente perché avevamo nove anni di contabilità da ricostruire.

SALVATORE SAMMARTANO, *Dirigente del Servizio economico-finanziario dell'assessorato alla salute della Regione siciliana*. Le masse finanziarie cui faceva riferimento il dottor Guizzardi sono due: i debiti e i crediti tra Regione e Aziende sanitarie, e i debiti e i crediti tra Aziende stesse.

Parliamo di 1,7 miliardi di euro nel primo caso, con circa 1,2 miliardi da riconciliare per quanto riguarda i disavanzi sanitari dal 2001 fino al 2010, e di 550 milioni di euro circa per i fondi sanitari dello stesso periodo, 2001-2010.

Inoltre, abbiamo riconciliato tutti gli importi, allineando tutti i provvedimenti che generavano debiti da parte della Regione, ma anche, dall'altra parte, tutto ciò che atteneva alla contabilità di bilancio delle Aziende, che in qualche modo oggi risponde ai dati contabili.

Abbiamo perso tempo, però, non soltanto nella riconciliazione in sé, ma nel dare alle Aziende una serie di indicazioni su come formulare le chiusure di bilancio, nell'ottenere anche i pareri del Collegio dei revisori dei conti, nel riorganizzare una verifica dei bilanci, nel verificare se presentavano ancora criticità, e quindi nel riaggiustare i bilanci in corso, nel far riemettere di nuovo pareri dai Collegi dei revisori dei conti e procedere all'approvazione per consolidare i bilanci, quindi nel dare risposte alle esigenze del Tavolo ministeriale.

Tutto questo, però, non ha bloccato il lavoro con cui abbiamo cercato di definire la consistenza dei debiti e dei crediti legati alle Aziende stesse, ma parliamo di una somma del tutto marginale. Siamo intorno a 74 milioni di euro, quindi vi è uno spostamento tra 74 e 55 di circa 18,5 milioni di euro.

Peraltro, tutto questo non graverebbe sul bilancio consolidato, nel senso che andrebbe su una voce del conto economico consolidato, la voce che emergerebbe dal conteggio del disavanzo eventualmente programmato.

Nonostante questo, però, riteniamo, sulla base dei dati in nostro possesso, che il disavanzo programmato del 2011 di circa 94 milioni di euro – ma che, per effetto di alcune economie presenti nella gestione accentrata per oltre 30-40 milioni di euro, possiamo ridurre e avvicinarci moltissimo ai disavanzi possibili del 2012, quindi ai 40 milioni di euro – possa essere probabilmente anticipato anche al 2011, pur coprendo i 18,5 milioni di differenza nel caso in cui dovessimo far gravare sui bilanci delle Aziende, quindi sulle sopravvenienze, l'eventuale scostamento oggi presente nel disallineamento tra debiti e crediti tra le stesse.

PRESIDENTE. C'è, quindi, un saldo negativo del disallineamento di 18 milioni di euro che non si capisce dove siano. Se il saldo fosse stato in pareggio, sarebbe stato tutto a posto. Alla fine, è una partita interna alle Aziende.

SALVATORE SAMMARTANO, *Dirigente del Servizio economico-finanziario dell'assessorato alla salute della Regione siciliana*. Sono disallineamenti che, evidentemente, alcune Aziende avranno iscritto a credito, altri come poste.

Pensiamo comunque di approvarlo direttamente con il bilancio 2011.

Peraltro, le due differenze si sostanziano in due Aziende soltanto. Oltretutto, la differenza non è eccessiva, è soltanto di 4 milioni di euro. Le altre sono abbastanza marginali. Bisogna considerare anche le partite rettificative iscritte nel bilancio,

tutti i fondi eventualmente a rischio su crediti che sono stati iscritti dalle Aziende proprio per compensare l'eventuale mancato accertamento di cessione del credito vantato, ma non soltanto.

Ci siamo anche preoccupati di far sì che le Aziende, proprio per omogeneizzare la sistemazione dei dati contabili anche attraverso la circolarizzazione dei crediti e degli addebiti sempre infragruppo, cominciasse a verificare ciò che stava alla base dell'iscrizione in bilancio del credito vantato per alcuni e del debito per altri. In tal modo, questa prima riconciliazione entro il 28 febbraio ci permetterà in contraddittorio tra le Aziende di capire quali sono gli scostamenti e come procedere alla loro eliminazione, senza che con questo si creino particolari danni al sistema finanziario e patrimoniale delle Aziende né al consolidato nel suo complesso.

A proposito del bilancio dell'Azienda di Palermo, anche quello è stato già approvato nel 2010. Su questo abbiamo chiesto anche il conforto dell'assessorato al bilancio perché esprimesse un parere tecnico sulle partite che erano state oggetto di critica da parte del Collegio dei revisori dei conti. Con questo abbiamo definito tutto l'iter procedurale arrivando ieri alla firma del provvedimento di approvazione del bilancio.

PRESIDENTE. Si è superata, quindi, la sospensione.

SALVATORE SAMMARTANO, Dirigente del Servizio economico-finanziario dell'assessorato alla salute della Regione siciliana. Quella era del 2009 ed era oggetto anche di una verifica da parte della Corte dei conti, che è intervenuta con un'ordinanza confermando che era superata la criticità.

PRESIDENTE. Disattendendo in qualche modo l'indicazione dei revisori.

SALVATORE SAMMARTANO, Dirigente del Servizio economico-finanziario dell'assessorato alla salute della Regione siciliana. In ogni caso, i revisori avevano

mosso delle critiche che avevano ricondotto a una sana contabilizzazione; con l'approvazione del bilancio, in qualche modo sono state sanate le criticità sollevate, che per il 2009-2010 sono superate.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere al direttore generale a che punto siamo con la rete delle reti assistenziali rispetto alle patologie più frequenti. Abbiamo già citato il diabete e patologie cardiache.

Non mi riferisco solo al punto nascita a Petralia, assessore, anche se non è normale che a Petralia quando c'è la neve, e c'è sempre la neve, manchi l'ortopedico. Si è verificato il caso di un anziano signore che ha subito una slogatura sulla neve, ha chiamato l'ambulanza, che non aveva le catene e non è arrivata, poi finalmente si è messo in macchina e si è diretto verso il mare perché non c'era un ortopedico che potesse evitargli la sofferenza di questo viaggio.

Non stiamo chiedendo l'ortopedia, ma l'ortopedico sì. Queste cose aiutano la Commissione a dare risposta alla popolazione.

SALVATORE CIRIGNOTTA, Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo. Sono affezionato al mio luogo di lavoro. Guai se non fosse così, perché credo che chiunque si occupi di sanità non possa farlo se non con anima e cuore, altrimenti non potrebbe farlo bene.

A proposito dei bilanci, vorrei sottolineare che, prima ancora che la Corte dei conti si esprimesse favorevolmente sul bilancio 2009, già con apposito verbale i revisori dei conti avevano dato atto che le condizioni che avevano impedito loro un parere positivo per il 2009 nel frattempo erano state superate. Anche sotto questo profilo, quindi, è stata eliminata una possibile divergenza tra il «verdetto» della Corte dei conti e l'atteggiamento e le decisioni del collegio sindacale.

Quindi, vorrei confermare, e posso anche fornire i dati, che sia nel 2009, sia nel 2010, sia per quanto riguarda il 2011 — per il quale ancora siamo alla fase del conto economico di fine anno, da trasfon-

dere nel bilancio consuntivo da approvare – l’Azienda chiude sempre con un avanzo di amministrazione, senza disavanzi e sempre nei limiti delle risorse concordate almeno dal 2010 in poi con la Regione, nel rispetto, all’interno di questo sostanziale pareggio, dei singoli tetti laddove vi siano. Mi riferisco al tetto del personale, ad alcune voci di specialistica ed altro. Quindi, non vi è solo un rispetto sostanziale delle regole di utilizzazione delle risorse che provengono dalle indicazioni regionali o dalle norme di legge.

Vorrei però sin da subito sottolineare, anche a proposito degli altri temi segnalati oggi dal presidente o dagli altri componenti della Commissione anche nelle precedenti occasioni, che sarebbe un risultato poco lusinghiero di per sé dire che l’Azienda ha ottenuto – certo, c’è l’impegno perché con un bilancio così grande è facile anche sfiorare – solo il pareggio del bilancio o comunque non ha sfiorato il limite delle risorse utilizzabili. Questo potrebbe significare tutto e niente. Ciò di cui, invece, come Azienda siamo contenti *tout court* – utilizzo un plurale che si riferisce non solo a me o alla direzione strategica, ma all’azienda intera – è che in questi tre anni abbiamo avuto un sostanziale aumento del valore della produzione sanitaria.

Naturalmente, efficienza ed economicità vanno di pari passo, non c’è l’uno senza l’altro, quindi è chiaro che lo stesso buon risultato che abbiamo avuto nella diminuzione del tasso di ospedalizzazione – in questo momento siamo l’ASP col più basso tasso di ospedalizzazione della Sicilia – si accompagna anche a un fortissimo incremento delle attività territoriali.

Vorrei anche aggiungere, a proposito del fatto che si stava peggio quando si stava meglio, che sicuramente possono esserci testimonianze di esperienze personali negative, che il sistema è in cambiamento ed è naturale che vada così, ma credo che spesso non venga alla luce la soddisfazione di chi prima non riceveva alcuna prestazione sanitaria e oggi la riceve.

Nella rete ospedaliera dell’Azienda, la diminuzione di posti letto si è accompagnata anche ad una riduzione della mobilità passiva sia intraregionale, sia extra-regionale, e quindi non mi sentirei di dire che abbiamo fatto i conti sbagliati sul numero di posti letto necessari, almeno per la parte di ricovero medio ospedaliero tipica dell’ASP.

Si potrebbe fare altro discorso. In questo momento non entro nel tema delle aziende ospedaliere, ma il dato di mobilità è provinciale nel suo complesso. A fronte di questo siamo partiti sul territorio da una situazione anomala, che qui senza ombra di dubbio mette in chiaro l’influenza che hanno avuto interessi perversi e negativi. Abbiamo dei dati anomali che sono sotto gli occhi di tutti.

Non credo che possa essere casuale che un’azienda arrivi ad agosto 2009 senza nemmeno un posto di Residenza sanitaria assistenziale (RSA) o di riabilitazione post-acuzie. Non spetta a me dire come e perché, ma sicuramente un dato così stravagante, direi così deciso, non può essere casuale e va messo in correlazione con un tipo di gestione della sanità che ha provocato una disfunzione così forte.

Quello che oggi è emerso, quindi, e quello che stiamo facendo non è solo riportare appropriatezza, per cui ciò che si faceva in degenza ora può essere fatto in *day hospital* o in *day service*, e ciò che poteva essere fatto in ospedale ora può essere fatto in ambulatorio o in presidi territoriali di assistenza (PTA); noi abbiamo altresì fornito prestazioni nuove, anche facendo emergere molta domanda sommersa.

Oggi, partendo da zero, siamo arrivati ad aver attivato 302 posti di RSA, o meglio 252, perché 60 riguardano l’RSA di Piana degli Albanesi, già attivata, ma da cui a giorni arriveranno i primi malati inviati dalle unità di valutazione; c’è quindi un tempo di rodaggio perché si va attraverso il passaggio dalle unità di valutazione dei distretti.

Stiamo parlando di 60 posti letto destinati ad ammalati bisognosi di RSA con patologia di Alzheimer, per i quali

fino a questo giorno ci sono state, pur avendo bisogno di una soluzione non domiciliare ma residenziale, le sole famiglie, con un disagio notevolissimo. Quelle che sono nelle RSA oggi, negli altri 252 posti veri e attivi, non sono solo persone che prima finivano impropriamente negli ospedali, ma che probabilmente non avevano la cura adeguata, stavano in casa, potevano avere anche un'assistenza domiciliare, ma inappropriata, perché la soluzione appropriata è la RSA.

Lo stesso va detto per l'aumento enorme che abbiamo avuto in questi tre anni — consegnerò i dati — dell'assistenza domiciliare, che fanno di noi la prima ASP della Sicilia in termini di rapporto assoluto con la popolazione e con gli ultrasessantacinquenni che beneficiano di assistenza a domicilio.

Abbiamo creato la riabilitazione nella forma del centro di alta specializzazione, una forma di riabilitazione *border line* tra l'ospedale e il territorio, per i medulolesi a Villa delle Ginestre che sta procedendo a gonfie vele sotto il profilo sia della prestazione ambulatoriale, sia del ricovero. A giorni apriremo gli ultimi posti per arrivare ai 66 previsti. Oggi ne sono in funzione 48, con casi di enorme soddisfazione del paziente.

Pensiamo anche al risparmio, in termini di costi sociali, che si è avuto. Quando un meduloleso, anche per una mera piaga da decubito, deve finire al Niguarda o in Svizzera o da qualche altra parte, deve esserci qualcuno che lo accompagna e non sappiamo se e come. Siamo, quindi, in una fase di forte realizzazione sul territorio non solo della trasformazione della risposta impropria ospedaliera, ma proprio dell'attivazione di una serie di risposte di tipo territoriale molto forti.

Per quanto riguarda il CUP, cui si è accennato, vorrei ricordare che, al di là del fatto che ancora possono esserci delle difficili calibrature del servizio e della domanda dell'utente, sicuramente non restano visite non coperte perché i pazienti

non hanno potuto telefonare, per cui, se tutta l'agenda è coperta, avviene attraverso segnalazione al CUP.

Va detto che, comunque, abbiamo registrato già un grande successo attraverso il CUP con un numero unico per tutta l'Azienda. Per la città di Palermo è un risultato medio, perché solo entro il 30 giugno 2012 potremo collegare i CUP già attivi delle altre tre Aziende ospedaliere della città.

PRESIDENTE. Al netto della società Sicilia e-Servizi SpA?

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo*. Sì, ma mi riferisco alla nostra Azienda provinciale.

PRESIDENTE. Preferisco che lei mi parli di dicembre 2012, essendone sicuro, e non che a luglio, a termine scaduto, poi mi dica che la colpa è di Sicilia e-Servizi.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo*. Parlo del CUP della provincia e la data cui faccio riferimento, presidente, si giustifica perché si tratta di un unico numero, nei casi in cui prima c'erano ben 60 o 70 numeri cui telefonare. Abbiamo fatto un passo da gigante e i CUP delle tre Aziende della città sono pronti. Intendo dire che in questi tre anni abbiamo avuto, ed è il fatto più importante, un aumento enorme delle agende inserite, quindi ora si tratta solo di far confluire quelle agende che hanno ancora il loro numero verde in un unico numero verde, concentrando le risorse.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Le notizie non coincidono.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo*. A lei non risulta che Villa Sofia abbia un numero unico, che il Policlinico abbia un numero unico? La soddisfazione degli utenti viene da questo. Lei ha ragione, ci sono comunque delle diffi-

coltà, ma a mano a mano stiamo calibrando correttamente il servizio e, mi creda, non è facile per le seguenti ragioni.

Noi abbiamo un accesso diretto con gli sportelli oltre ad un accesso telefonico. Creato il numero unico telefonico, qualcuno di noi ha pensato che avesse un certo *appeal*, ma la popolazione intende andare di persona allo sportello perché vuole avere delle spiegazioni, come l'anziano che vuole vedere la pensione in contanti e non vuole il conto corrente. Lei sa sicuramente che le Poste hanno fallito il programma di creazione dei conti correnti gratuiti per i pensionati perché il pensionato vuole i soldi in mano.

Pensiamo di aver divulgato tantissimo la possibilità di pagare il *ticket* nelle tabaccherie, per cui si telefona e si paga in tabaccheria. Questo tipo di soluzione però non si sposa bene con la prenotazione telefonica.

Quello che sta andando benissimo, invece, è il centro fisico presso i comuni, con la collaborazione del personale e della sede comunale, che mettono a disposizione una persona per accettare le prenotazioni.

Per motivi culturali dobbiamo renderci conto che ancora per la nostra popolazione la chiamata telefonica diventa lunga e fastidiosa. Abbiamo un utente che difficilmente sa districarsi con codici o altro, per cui stiamo ripotenziando le postazioni materiali anche con l'aiuto dei comuni perché il CUP telefonico non riesce ad assorbire l'utenza nei tempi preposti.

In questi giorni abbiamo già firmato la convenzione con la Maugeri per la pronta attivazione di posti di riabilitazione. La prima postazione che partirà è quella di Petralia. La Maugeri si impegna anche a coprire le ore di ortopedia che ancora non siamo riusciti a coprire.

Vorrei ricordare che nella fascia diurna il poliambulatorio di Petralia, ubicato dentro l'ospedale, ha degli orari di ricevimento per l'ortopedia. Che l'ortopedico ambulatoriale, per motivi di professionalità o legati alla legge n. 104, non sia in grado di fare una fasciatura, è un altro problema. Posso dire che l'ortopedico ambulatoriale è presente in determinati orari

durante il giorno e, siccome ha la sua postazione anche dentro l'ospedale, è in grado, al di là delle prenotazioni, di affrontare eventualmente un'urgenza anche con l'apparato radiografico, con tutto quello che c'è nel pronto soccorso; tuttavia ci sono fasce pomeridiane e serali rimaste scoperte.

PRESIDENTE. Normalmente, non si decide quando avere una frattura.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo*. Questo è chiaro, però una guardia ortopedica tutto il giorno ha i suoi costi. Ci sono stati anche inviati medici, che però si sono dimessi poco dopo.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. A nostro avviso, il servizio di ortopedia va assicurato h24.

PRESIDENTE. Serve l'ortopedico che individui la gravità, l'urgenza, l'esigenza di un trasferimento o se il paziente possa o meno essere rinviato al giorno dopo.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo*. Dovremmo esaminare anche i dati di questo tipo di accessi d'urgenza, relativi al periodo in cui c'era l'ortopedia. Lo dico senza polemica. È la prima cosa concordata con la Maugeri che partirà da qui a qualche giorno, relativa al rapporto ospedale-territorio-pronto soccorso.

Debbo dire che, essendo di medio peso, gli ospedali della provincia, fortunatamente, e l'Ingrassia di Palermo non sono finiti nelle cronache e non abbiamo avuto particolari tipi di lamentele malgrado, per esempio, l'Ingrassia abbia una presenza e un numero di accessi considerevole.

In tutti gli ospedali, a seguito di specifica direttiva dell'assessore, abbiamo attivato il servizio di aiuto psicologico e sociale, con grande soddisfazione dei pazienti. In questo modo, soprattutto gli *habitué* che vanno al pronto soccorso per motivi non legati alla patologia, ma ad altre situazioni di tipo sociale o di disagio

vario, sono presi in carico e accompagnati nelle loro problematiche. È un servizio che è andato bene fin dall'inizio e che abbiamo quindi ormai costituito in unità operativa semplice.

Contemporaneamente, abbiamo finito anche il piano di creazione delle osservazioni brevi nel pronto soccorso, che credo sia anche un modo per assicurare un buon percorso a chi vi si reca, fuori dai codici bianchi.

Quanto ai codici bianchi, invece, l'esperienza che sta dando un buon risultato è quella della creazione dei punti di primo intervento, sia nelle vicinanze degli ospedali, sia altrove. Al di là del fatto che ci si rechi per un'urgenza che l'individuo spesso reputa non da ospedale e lo trova vicino, debbo dire che questo abitua il nostro utente a non recarsi in ospedale per qualsiasi cosa e rende più facile il suo approccio al PTA, dove la parte del leone deve essere fatta dal medico di medicina generale, preposto ad accompagnare soprattutto il malato cronico nel suo percorso e nella sua presa in carico da parte dei PTA.

I medici di medicina generale hanno firmato le convenzioni, quindi il servizio presso i PTA attivati dei medici di medicina generale che debbono assicurare quel *continuum* tra medicina di famiglia e il PTA è già cominciato. Il piano dei PTA è rispettato, quindi al 31 dicembre 2011 abbiamo attivato i PTA in previsione e non credo che avremo problemi a rispettare i dati per il 2012 perché per Corleone e per gli altri posti abbiamo la disponibilità delle strutture e i tempi necessari per attrezzarli ed essere regolari.

A Palermo città, il poliambulatorio di via Cusmano già sostanzialmente è un piccolo PTA ed ora è stato dotato e arricchito del poliambulatorio e della diagnostica per immagine, sebbene ancora non sia stato ridefinito come PTA formalmente, tanto per non procedere ad atti formali.

Vorrei confermare che i controlli sull'appropriatezza sono effettuati sia sulla struttura aziendale sia su quelle dei privati. È superato abbondantemente anche il

10 per cento delle cartelle da controllare, soprattutto nelle strutture dove a determinati pesi scattano maggiori tariffe per l'eccellenza, per cui si prende anche un campione di riferimento molto più ampio.

Questo comporta anche, secondo noi, una giusta remunerazione della produzione perché, laddove il ricovero appaia improprio, naturalmente non è contabilizzato ed è abbattuto.

Delle offerte anomale si è parlato. Le registriamo. Sicuramente, sono il sintomo non certo di un problema della sanità, ma di un sistema sociale in cui c'è ancora molto lavoro in nero. Noi stessi abbiamo due gare in sospeso, tra cui quella per i gas medicali, in cui stiamo verificando l'anomalia dell'offerta, che sicuramente potrebbe essere connessa a un probabile futuro uso di personale in nero.

Le trasformazioni previste nel decreto del 10 maggio 2010 sulla rete ospedaliera sono state già realizzate quasi *in toto*, almeno per la soppressione delle unità che non c'erano, l'attivazione o l'abolizione delle strutture complesse. Non è stata realizzata in pieno, invece, l'attivazione dei posti di lungodegenza e di riabilitazione, ma questo è connesso anche all'impegno sul fronte edilizio.

Quanto a Partinico, presidente, ricorderà che quando la Commissione ci ha onorato della sua presenza, lei stesso mi chiese come mai avessi pensato di farne un problema di organizzazione cambiando personale e io ebbi a dire che, appunto, mi ero già reso conto (poi sono stato sostenuto anche dalla stessa Commissione) che il problema non era tanto la responsabilità del singolo, ma un'organizzazione ormai asfittica.

Il bacino d'utenza di quel reparto si è ampliato attraverso la convenzione con Alcamo, che dà buoni frutti perché quasi una metà delle partorienti di Alcamo si è spostata su Partinico (naturalmente, a parità di chilometraggio, c'è chi preferisce Trapani o perché ha congiunti o per altro); quindi già è un ottimo risultato che pone Partinico ad avvicinarsi presto alla soglia dei 500 parti, che comunque lo collocherebbe nella fascia di sicurezza.

Il risultato si è raggiunto anche attraverso protocolli – si è preso il caso di Partinico per estenderlo anche altrove – che rendono molto più forte il rapporto tra i consultori e i reparti di ostetricia, assicurando una gestione dei casi tra territorio e ospedale con una conoscenza piena di quello che c'è dietro lo stato di gravidanza.

Credo che qualcosa venga anche dalla scelta sapiente, a mio avviso, che ha fatto il legislatore regionale di accorpate nelle province territorio e ospedale. Questo ci ha consentito spesso di regolarizzare in modo più veloce di quanto non avvenisse prima la collocazione del personale, magari non idoneo, a un certo servizio o altro.

Voglio dire, cioè, che è vero che c'è dappertutto tanta gente che usufruisce della legge 104 del 1992, o che ha altre problematiche, però quando nella stessa azienda ci sono ospedale e territorio, chiaramente c'è la possibilità di trovare una soluzione più consona a chi ha delle difficoltà e non garantirebbe bene un servizio ospedaliero, mentre può essere dislocato in un ambulatorio che ha determinati orari.

Lei parlava di personale che presta servizio di tre mesi in tre mesi: nell'anno 2011 abbiamo emanato dei bandi per mobilità o per concorso per ricoprire tutti i posti vacanti. La mobilità già è finita e il personale in mobilità è stato immesso stabilmente. Stiamo concludendo i concorsi e in questi mesi prenderà servizio tutto il relativo personale. Quindi, quella forma di precariato che non incentivava il senso di appartenenza all'azienda sarà superata e, anche attraverso la formazione continua, speriamo di ottenere sotto questo profilo un risultato più apprezzabile.

Sempre riguardo a Partinico, mi piace ricordare che anche con gli stimoli che abbiamo ricevuto dalla Commissione e con l'impegno che è stato dedicato al rischio clinico, abbiamo avuto un abbattimento molto significativo degli eventi sentinella. Consegnerò questo dato importante sul

numero considerevole della diminuzione sia degli eventi avversi sia di quelli sentinella.

Nel 2010 erano 10, nel 2011 sono stati 3. I sinistri da 69 sono passati a 60, ma l'*incident report* da 5 a 70. Questo significa che c'è un'attenzione notevole posta dall'Azienda nel rilevare le situazioni su cui intervenire, ma è chiaro che è molto importante il primo dato, cioè il calo significativo degli eventi sentinella.

PRESIDENTE. Vorrei fare solo due osservazioni. Seguendo quello che ha detto rispetto a quella che ha definito l'appartenenza all'azienda, credo che si debbano eliminare gli incarichi a scavalco dei dirigenti di unità da un comune all'altro. Obiettivamente, infatti, è anche difficile configurare un quadro di professionalità e responsabilità di un primario che sia contemporaneamente a Corleone, a Partinico o a Cefalù o a Petralia.

Un altro aspetto riguarda la rete delle patologie più frequenti.

Infine, non abbiamo parlato dell'Ingrassia: sono buone le sue « condizioni di salute »? Della sala chirurgica, della chirurgia, del rapporto tra chirurgia e pronto soccorso?

SALVATORE CIRIGNOTTA, Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo. Vorrei precisare che sono stati già esitati dalle commissioni sette o otto concorsi di primario. Nell'arco di due mesi finiremo definitivamente le procedure, ma già nei prossimi giorni mi determinerò per la nomina all'interno della rosa degli idonei.

Io non chiedo né conosco l'appartenenza politica, così come sono contento che in tutti questi concorsi fino a ora non abbiamo alcuna rimostranza: le procedure sono state trasparenti, le sedute sempre pubbliche, le domande sorteggiate dal candidato tra un gran numero di domande, i giudizi di idoneità e i *curriculum* dei candidati sono pubblicati sul sito aziendale. La richiesta dall'assessore è vera, mi spiace non lo abbia detto da me, ma comunque questa è la situazione.

Lo stesso vale per le commissioni mediche. Vorrei ricordare che tra le tante persone che oggi non si trovano nelle commissioni mediche forse qualcuno si lamenta. Non troverete le persone — ma ho l'elenco — per cui il direttore che si occupa della medicina fiscale ha segnalato che non hanno dato la disponibilità a procedere al lavoro informatico come richiesto dall'INPS, quindi sicuramente non potevamo confermare coloro che non assicuravano questo requisito indispensabile.

In secondo luogo, sono stati espunti dalle vecchie commissioni tutti i soggetti, segretari o membri o presidenti che godevano della legge n. 104 del 1992, così come non possono godere di straordinario o altro perché credo non possiamo permetterci la libertà, in questo momento di rigore, che un soggetto goda di giorni di permesso per la legge n. 104 o per altro e, invece, possa essere presente due o tre pomeriggi presso le commissioni fino alle dieci di sera. Quindi o l'una o l'altra: se sei malato o se devi accudire il tuo familiare, non puoi stare in commissione.

Nessuno è stato espunto per la sua tessera politica, che io non conosco, poi non so cosa avvenga altrove. Un gran numero di persone è stato sostituito anche per questi motivi.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Le assicuro che ci si regola col bilancino del farmacista per compensare le componenti interne di un partito.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo.* Spero che non si riferisca a me. Se ha elementi, me li dica.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Parlo dell'ASP di Catania. Se ho sbagliato, ne prenderò atto.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Palermo.* Il presidente ci poneva, invece, la questione dell'importanza delle reti, cui abbiamo pensato fin dall'inizio con l'atto aziendale, moltiplicando i dipartimenti

strutturali, in modo che potessero seguire proprio la rete della patologia con potere di governo sul personale e sulle strutture.

La prima rete entrata in funzione, perché c'era già una tradizione nell'ASL, è stata quella del diabete, innanzitutto portando i servizi a omogeneità in tutta la provincia, dalle prestazioni rese negli ambulatori di diabetologia, all'installazione dei microinfusori ai bambini, ma soprattutto attraverso la creazione della commissione diabetologica provinciale, con l'inserimento nel percorso del medico di famiglia. Abbiamo protocolli che sono diventati piloti anche in tutta la Sicilia per questo tipo di rete, che credo sia quella al momento più completa e funzionante.

Siamo un po' più indietro sulla rete dello scompenso, sulla quale non possiamo essere direttamente il terminale ospedaliero perché arriviamo a un livello dal quale, naturalmente, bisogna correlarsi con quello superiore delle aziende ospedaliere.

In ogni caso, già presso i PTA, le postazioni per la cronicità hanno preso in carico non solo i diabetici cronici, ma anche le persone con lo scompenso e altri, per cui la rete sta andando avanti abbastanza bene.

Quanto all'Ingrassia, è un ospedale nella città di Palermo che qualcuno impropriamente definisce l'ospedale di Monreale solo perché dista cinque chilometri. Io credo che sarebbe improprio e si farebbe un male anche ai cittadini monrealesi a pensare che sia il loro. I cittadini di Monreale, come tutti gli altri cittadini dei vari comuni, o quanto meno quelli del fronte metropolitano, hanno il dovere e il diritto di scegliere il centro più adeguato in base alla patologia che presentano.

Non si può quindi pensare che l'ospedale Ingrassia possa essere un ospedale generalista con tutto ciò che può essere, invece, un ospedale di un territorio più vasto e che ha una sua dimensione di autonomia. Bisogna calare quello che si fa all'Ingrassia nel panorama, dinamico, di tutto quello che offre il fronte della città di Palermo.

Naturalmente, capisco le preoccupazioni del personale dell'Ingrassia, che anagraficamente proviene quasi tutto da Monreale, per cui a ogni pericolo di cambiamento teme non per la salute dei suoi concittadini, quanto per il proprio posto di lavoro. Sicuramente, abbiamo delle cose da valutare in questi mesi.

Penso, per esempio, al senso che può avere, all'interno di un'offerta cittadina, un reparto di ortopedia di pochi letti, tanto più che ora avremo anche l'offerta del Rizzoli. È sicuramente un ospedale il cui pronto soccorso è ancora necessario nel quadro cittadino, dove un dipartimento di area medica sicuramente è indispensabile, dove il centro di ostetricia per il numero di parti che fa è da tenere e, naturalmente, può diventare anche il terminale di alcune filiere aziendali, come quelle del parto delle donne diabetiche che si inserisce nel progetto diabete.

Sicuramente, è un'area chirurgica di media forza: che ci sia o meno l'ortopedia o altro, dobbiamo vederlo anche dalla risposta che, a mano a mano, la flessibilità dell'offerta e della domanda, in base a quello che si costruisce, ci diranno. Ad aprile o maggio, dopo che vedremo anche qual è l'impatto sulla città di Palermo della struttura ortopedica del Rizzoli a Bagheria, potremo trarre, per esempio, delle considerazioni molto più precise sulla necessità di mantenere e di non accorpare ad altre aziende i pochi posti di ortopedia; ma ho parlato dell'ortopedia per fare un esempio.

I lavori per le sale e altro, avendo avuto la comunicazione formale poiché abbiamo dei progetti cantierabili, partiranno prestissimo.

PRESIDENTE. Credo sia opportuno passare adesso all'Azienda sanitaria di Catania, con le risposte ai temi già posti nella lettera fatta pervenire, per poi concludere.

GAETANO SIRNA, Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Catania. Rispondo brevemente ai tre quesiti dell'onorevole Burtone su Bronte, Giarre e Militello in Val di Catania.

Bronte è un ospedale dei primi del secolo scorso, collocato all'interno della città, oggetto di un intervento strutturale di messa a norma. Una grande criticità deriva dal fatto che la ditta appaltante è sotto amministrazione giudiziaria, per cui tutto questo rallenta l'iter burocratico e anche per comprare un mattone è necessario chiedere l'autorizzazione al giudice a Palermo.

Quanto al punto nascita, sono presenti 375 posti letto in un contesto orografico difficile, in quanto Bronte non fa 600 parti all'anno; solo il 50 per cento di questi nasce all'ospedale di Bronte, anche se a Bronte fanno riferimento anche alcuni comuni della provincia di Messina, come Cesarò, San Teodoro, Santa Domenica Vittoria.

Stiamo effettuando quindi un'analisi per misurare il bacino d'utenza, vedere quali sono le motivazioni per cui il 50 o forse il 60 per cento delle donne di quel contesto preferisce partorire fuori, quali sono le carenze della struttura e quali quelle dell'unità operativa. Una criticità — come lei stesso ha ricordato — era il primario a scavalco su Paternò, che pare lavorasse anche a Catania, e che dal 1° marzo è assegnato esclusivamente come responsabile all'ospedale di Bronte. Vedremo di monitorare l'andamento entro il 30 giugno e poi verificheremo se ci saranno i presupposti per chiedere la deroga o meno.

Giarre è un ospedale sciagurato. I lavori, iniziati nel 1973, si concluderanno nel 2022. Dal 1973 al 1990 questa struttura rimane esposta alle intemperie, per cui si hanno processi di ossidazione nel ferro del cemento armato che, di fatto, anche quando è ricoperto, subisce tali fenomeni, per cui scoppiano le pignatte, come mi è stato spiegato, e si hanno crolli dei soffitti.

Appena arrivato, cinque mesi fa, mi sono posto il problema se chiuderlo o meno. Una parte di questo ospedale è chiuso perché da analisi è risultato che è costruito con cemento depotenziato. Negli

anni sono stati spesi quasi un milione di euro di manutenzione straordinaria, devo dire con pochissimi risultati.

Sta di fatto che il problema era chiuderlo o dare alcune risposte in termini di sicurezza. Abbiamo, allora, messo in sicurezza quasi 55 posti letto, della medicina e della geriatria. Abbiamo creato un'area di degenza indistinta chirurgica per le prestazioni di *day surgery* e *day service* che sono sotto la responsabilità delle strutture complesse dell'ospedale di Acireale, per cui c'è la convenienza da parte di Acireale di liberare spazi per l'ordinario e l'urgenza; tutto il *day surgery* si farà in questa piastra chirurgica, in modo che si potranno utilizzare le due sale operatorie del presidio che sono in ottimo stato.

Giarre era punto nascita fino ad alcuni anni fa. Abbiamo collocato all'interno del presidio ospedaliero un ambulatorio, il consultorio familiare, per cui si potrà seguire il percorso parto anche a Giarre, fermo restando che il parto avverrà ad Acireale. All'interno abbiamo collocato anche alcune attrezzature, un isteroscopio, che già c'era, e un ecografo, per cui si può svolgere anche questa attività in regime di *day service*.

Altro, secondo me, a Giarre non è possibile fare, a eccezione della possibilità — fu chiesto un finanziamento di quasi 6 milioni di euro con l'articolo 20 — di metterne a norma esclusivamente una parte e utilizzarla per quell'attività di cui dicevo, potenziando il PTA che, di fatto, con tutte le critiche che ci sono state, resta l'unico posto che funzioni in questo momento in tale presidio. È, infatti, frequentato.

Militello in Val di Catania, invece, al contrario degli altri due ospedali, è una struttura nuova conclusa in poco tempo. Nella rete ospedaliera sono previsti alcuni posti letto di chirurgia, di medicina, 4 posti letto di rianimazione ed è previsto il PTA, almeno nella vecchia rideterminazione.

Appena insediato, mi sono posto un problema che lei già ben conosce, cioè come far esistere una rianimazione in un contesto che non permette che ci sia un

percorso clinico adatto a un paziente di rianimazione. Questo è tanto vero che per accedere a questi posti letto si fa una selezione preventiva.

Sono andato a vedere tutte le prestazioni erogate all'interno della rianimazione e non ci sono traumatizzati cranici, né politraumatizzati, che chiaramente non potrebbero essere seguiti, per cui i pazienti, nell'80 per cento dei casi, sono affetti da grave insufficienza respiratoria.

Forse sarebbe più opportuno organizzare una medicina d'urgenza, con posti attrezzati, aggregata al pronto soccorso. In questo modo si darebbero delle risposte sull'emergenza-urgenza. Inoltre, su mia richiesta, abbiamo previsto 20 posti di SUAP, strutture per i soggetti in coma vegetativo.

L'assessore ci ha finanziato. Sarei del parere di aggiungere anche dei posti letto di riabilitazione, perché è di fatto una delle cose principali di cui hanno bisogno i soggetti delle SUAP. Potremmo utilizzare, a tal fine, gli spazi dell'ospedale che corrisponderebbero ai 98 che in questo momento teniamo chiusi a Caltagirone, a Santo Pietro; di fatto 46 potrebbero essere utilizzati altrove.

In questa maniera, a mio avviso, si salva l'ospedale perché, come le dissi in un'altra sede, i piccoli ospedali possono salvarsi esclusivamente se li caratterizziamo per qualcosa. Ho visto, infatti, i dati di attività della chirurgia, cui erano assegnati 24 posti letto: il tasso di utilizzo dei posti letto è del 50 per cento, per cui ne basterebbero 12; di questi, il 60 per cento fa DRG medici, per cui ne basterebbero 6; di questi, il 50 per cento degli interventi è inappropriato in regime di ricovero ordinario, essendo il primo DRG un'ernia inguinale, il secondo un'appendicectomia, il terzo una cisti pilonodale, il quarto un'esofagite e così via.

Suggerirei anche in questo caso un'area chirurgica indistinta, che operi in *day service*, in *day surgery* e, in qualche caso, anche in regime ordinario. Sarebbe più vantaggioso utilizzare le risorse che si risparmiano in questo senso per dare qualcosa in più.

Il problema è, secondo me, che comunque quell'ospedale, se lo caratterizziamo per la SUAP e gli lasciamo il polo di medicina d'urgenza, risponde al fabbisogno che c'è.

Inoltre, il PTA che vorremmo allocare là, che non è sostitutivo, come si diceva, ma di fatto si integra con il presidio ospedaliero perché non è esclusivamente un poliambulatorio, ha dei percorsi all'interno, quale quello sul paziente diabetico e quello sullo scompenso cardiaco, che, oltre a classificare il paziente e decidere chi deve seguirlo (se il medico di base, se lo specialista ambulatoriale o il presidio ospedaliero per il quarto stadio), fornisce una risposta in termini di fabbisogno, più che la rianimazione o quant'altro.

C'è bisogno di questo, che il cittadino può avere sotto casa, mentre per l'intervento di emicolectomia, uno ogni due anni a Militello, mi creo il problema delle garanzie che può darmi un chirurgo che effettua un intervento del genere ogni due anni. Quel genere di intervento, dunque, si può fare in un altro posto.

Quanto al CUP e alle liste d'attesa, anche qui c'è un paradosso. Abbiamo liste d'attesa lunghissime e ambulatori vuoti. Più lunga è la lista d'attesa, più la percentuale di persone che non si presenta per la prestazione è alta, perché c'è stata sempre la possibilità di prenotarsi in più posti e il cittadino, invece di aspettare 300-350 giorni, troverà sempre un'alternativa per la prestazione.

Abbiamo pensato di far uscire lunedì il bando di gara per un CUP provinciale con un solo *call center*, un sovra CUP, una struttura che permetta al cittadino di prenotare solo una volta e solo in un posto e che dia la possibilità, quattro o cinque giorni prima della prestazione, del cosiddetto *recall*, per cui il cittadino viene richiamato per confermare la prenotazione.

Questa, secondo me, è una delle misure che farà abbattere notevolmente le liste d'attesa, di fatto virtuali e piene di persone che alla fine non si presentano perché sono andate dal privato o al pronto soc-

corso, dove si fanno erogare la prestazione, o perché addirittura — ancora peggio — si ricoverano.

Il privato, se convenzionato, è come se fosse pubblico. Dicevo la stessa cosa per i pazienti che aspettano giornate intere al pronto soccorso. Abbiamo attivato un percorso con le case di cura private per cui, fermo restando il tetto del *budget*, che non può essere superato, se non troviamo un posto letto nella struttura pubblica, ci rivolgiamo a quella privata, che mette a disposizione una percentuale dei suoi posti letto.

Inoltre, siccome tutte le prestazioni di pronto soccorso ricadono all'interno del DRG e per loro sarebbe un illecito arricchimento, ci facciamo compensare per i costi delle prestazioni che sono state effettuate all'interno del pronto soccorso.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Vorrei interromperla per una brevissima interlocuzione. Sulla vicenda del punto nascita di Bronte, apprezzo le considerazioni del commissario e ci auguriamo che entro il 30 giugno ci sia questo monitoraggio che tenga conto, però, del fatto che i reparti hanno bisogno di manutenzione. Si tratta, infatti, del cane che si morde la coda. Se un ospedale non è a regime perché strutturalmente non ci sono le condizioni, può raggiungere un determinato numero di prestazioni? No. Allora, mi auguro che nella valutazione alla fine si tenga conto di questo.

Per Giarre so qual è la situazione, c'è stata un'ultima rimodulazione. Quello che c'è, però, si mantenga nella maniera migliore.

Mi ero permesso di fare una verifica su Caltagirone, visto che l'assessore parlava della cardiocirurgia e della pulizia nel reparto di rianimazione, ma c'è anche la questione della sicurezza sul lavoro. Mi dicono che ci sono problemi in alcuni reparti, con le piastre, una questione relativa alla sicurezza e all'igiene del lavoro: mi permetto, commissario, di segnalarlo alla sua cortese attenzione.

Infine, Militello è in una condizione che conosco in maniera più dettagliata, anche

se non mi sfuggono altre realtà della nostra provincia in modo particolare e, in linea generale, anche della Sicilia. Riguardo a Militello, direttore, prendo atto e sottolineo — credo che su questo la Commissione rappresenti anche l'elemento di garanzia — che sia l'assessore, in maniera molto ferma, sia il commissario parlano dell'integrazione del PTA, che non è per nulla sostitutivo.

Riguardo, invece, alle altre questioni, commissario, l'assessore, presentando quella relazione all'inizio, ha dato la disponibilità a definire alcuni aspetti, ma sulla chirurgia di Militello ho qualche perplessità.

Vedevo che anche il direttore sorrideva un po' quando sono stati forniti quei dati, ma quando un ospedale non è a regime, non ha le strutture, è certo che è in condizioni di ridotta *performance* perché, indubbiamente, non ci sono le strutture per operare.

Il direttore generale sa, per esempio, che l'ortopedia di Militello aveva una sua funzionalità, ma è stata spostata a Caltagirone. È ovvio, allora, che non ci siano politraumatizzati, dal momento che viene tolta l'ortopedia.

Riguardo, invece, l'organizzazione della rianimazione, abbiamo fatto una premessa, assessore, sui punti di criticità notevoli per le UTIN, per i pronto soccorso, e lo ribadisco al di là di quello che anche stasera si è detto. Alcuni pronto soccorso sono altro che Terzo Mondo, sono quarto o quinto.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Quali?

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Le faccio la lista. La notte vado nei pronto soccorso, nelle astanterie, la gente non è sulle sedie, ma sulle barelle per giorni interi. Le assicuro che è così.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Deve fare l'elenco, altrimenti rimaniamo sul generico.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Non rimaniamo sul generico. Le

assicuro che ci sono reparti di urgenza in queste condizioni, a cominciare dal Cannizzaro, visto che qua c'è il dottor Poli che può confermare che in astanteria a volte i pazienti rimangono per giorni, compresa la chirurgia d'urgenza. L'ho verificato personalmente.

MAURIZIO GUIZZARDI, *Direttore generale del Dipartimento per la pianificazione strategica dell'assessorato alla salute della Regione siciliana*. L'astanteria ha questa funzione.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Quella di far rimanere lì i pazienti per due o tre giorni? Mi sembra un po' esagerato.

Riguardo alla rianimazione, torno a ribadire la necessità che quella struttura sia potenziata. Non capisco quali altre strutture di supporto alla rianimazione debbano esserci. Certo, abbiamo la neurologia, ma questa non sempre ha una sua correlazione. Anche su questo, commissario, quando avremo modo di incontrarci, fornirò tutti i dati necessari. Mi auguro che il concorso per primario della rianimazione a Militello non sia bandito per la tessera fascista o la tessera dell'MPA.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Non è per soddisfare l'assessore.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. A me interessa che sia un ottimo primario.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Può anche avere la tessera.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Assistiamo in Sicilia a questa mutazione genetica, per cui tutti i super intelligenti sono di un partito politico. Mi auguro che ci sia uno studio epidemiologico adeguato che metta in evidenza come mai si concentrano tutte le intelligenze in un certo tipo di scelta politica. A me interessa, quando sto poco bene, che sia

un bravo professionista; è questo che interessa al cittadino siciliano, non la sua tessera.

MASSIMO RUSSO, *Assessore alla salute della Regione siciliana*. Può avere anche quella del PD o di correnti del PD.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Neanche del PD, glielo assicuro, o di correnti del PD.

PRESIDENTE. Non vorrei essere provocato. Nessuno può dire che c'è qualcuno indicato da Italia dei Valori, per cui non vorrei trovarmi in difetto rispetto agli altri, e quindi lascio a voi questa contesa essendo fuori dalla mischia.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Se qualcuno dei presenti o degli assenti può dire che mi sia permesso di segnalare qualcuno, lo dica. Non ho alcun problema, perché la sanità è un settore in cui la scelta deve essere basata sul merito. Mi auguro che il concorso sia bandito, direttore, che quel primario di rianimazione sia destinato a Militello e che non accada quello che è accaduto per l'ortopedia, col primario di Militello spostato a Caltagirone. Auspicio che a Militello si determini un punto di eccellenza dell'emergenza, avendo come riferimento un ottimo primario che non abbia la tessera di un partito politico, ma abbia soprattutto professionalità.

PRESIDENTE. Credo sia ora opportuno chiedere di riferire al direttore generale di Messina. In parte, il lavoro è stato già fatto, in parte il terreno è stato arato con Lipari, con Mistretta in riferimento ai punti nascita, con Taormina in riferimento all'Istituto cardiologico Mediterraneo. Rimangono alcuni temi.

FRANCESCO POLI, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina*.

A proposito delle commissioni di invalidità, posso inviare i relativi verbali alla Commissione. Ho trovato una situazione

caotica di ricorsi e di situazioni ingarbugliate, abbiamo stabilito in sei le commissioni, abbiamo detto che inoltrasse domanda chi aveva il requisito per presidente, per primo e per secondo componente.

A proposito di partiti, di sezioni, di commissioni e di sottogruppi, esattamente un mese fa, nella sede dell'Ordine dei medici, si è fatto il sorteggio tra coloro che sono stati ammessi, per cui, se vuole, questa commissione farà avere il verbale del sorteggio fatto nella sede dell'Ordine dei medici; erano presenti il presidente dell'Ordine e i diretti interessati.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. È stata modificata.

FRANCESCO POLI, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina*. È stato fatto tutto con questa modalità. Posso mandare i verbali, così potete prendere nota.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Ne prendiamo atto.

FRANCESCO POLI, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina*. Per quanto riguarda Lipari, Mistretta e i posti di pronto soccorso, vorrei fare riferimento alla metodologia. Non possiamo parlare di ospedale con 28 o 30 posti letto.

PRESIDENTE. Purtroppo, quando parla così, ha ragione.

FRANCESCO POLI, *Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina*. Abbiamo, però, cittadini di 10-11 comuni che si trovano in una situazione con determinate criticità. Allora, c'è un modello organizzativo: dobbiamo creare all'interno di questa struttura un momento dedicato all'emergenza. Il cittadino, cioè, sa che si può rivolgere a questa struttura se ha un bisogno urgente.

Nei posti di pronto soccorso la tradizione non ci è favorevole. Si partì con il chirurgo di pronto soccorso, poi si ag-

giunse il medico di medicina di pronto soccorso, oggi abbiamo il medico dell'emergenza, che visita il soggetto, ha il dovere di diagnosticare la patologia e rendersi conto, nella piccola struttura, di avere alle spalle un'area medica e un'area chirurgica.

Se il paziente non ha niente, lo manda a casa; se si tratta di osservarlo 24-48 ore, può anche ricoverarlo per osservazione, per effettuare delle analisi, o qualche piccolo intervento che si chiuda nell'arco delle 48 ore. Se, invece, il cittadino ha qualche cosa di più serio, ha il dovere di portarlo in una struttura dove quella patologia può essere curata e bene.

Ritornando al punto nascita o all'Eoliano, che si sente in abbandono, giustamente, presidente, lei parlava di portare in certi posti le migliori professionalità anche se costano di più. Io le dico che il migliore professionista ostetrico per 46 parti l'anno non va a Lipari, sta a Firenze, a Napoli, a Catania, ma a Lipari, se ci va uno mezzo pazzo, dopo tre mesi va via.

PRESIDENTE. Si può ricorrere all'elicottero.

FRANCESCO POLI, Direttore generale dell'Azienda sanitaria provinciale di Messina. All'elicottero ci stiamo arrivando. Dobbiamo prenderci cura della puerpera da quando inizia la gravidanza, per poi, eventualmente, accompagnarla, ma non a Milano, bensì a Milazzo, dove il giorno 2 marzo inaugureremo l'elisuperficie, mentre l'ospedale di Lipari ha già l'elisuperficie al suo interno.

Cominciamo con il dare sicurezza. Il cittadino va in un posto dove ha una diagnosi: se ha un disagio di poco conto viene curato; se ha qualcosa di grave, viene assistito e accompagnato.

Se abbiamo il medico dell'emergenza di Petralia, non c'è bisogno dell'ortopedico perché il medico dell'emergenza può fare un'immobilizzazione, vedere con la lastra se c'è una frattura o una distorsione, fare tutto il primo intervento o eventualmente anche stabilizzare questo soggetto, che può essere operato dopo uno o due giorni.

Il cittadino vuole la certezza di andare in un posto, ricevere una diagnosi e sapere che, eventualmente, se ha qualcosa di grave, lo accompagneranno, chiede delle risposte. Questo significa, però, che nello stesso ospedale di Lipari o di Mistretta deve andare l'oculista perché una persona possa ricevere l'intervento per la cataratta e non debba muoversi, perché è un intervento che si può fare utilizzando le apparecchiature e le strutture che ci sono in forma ambulatoriale o di *day hospital*. Lo stesso vale per l'otorino o qualche altra cosa.

La nuova organizzazione non prevede che debbano esserci per forza ospedali. Il parto, che è la cosa più naturale, in un minuto diventa la cosa più pazzesca del mondo; dobbiamo andare in un posto dove c'è la rianimazione, la banca del sangue perché di notte ci sono volute certe volte 10-12 sacche di sangue.

Oggi le società scientifiche ci dicono che la sicurezza e la qualità si raggiungono con il numero; ecco perché parliamo di numeri, perché dietro i numeri c'è un'intera organizzazione. Se lavoriamo in questo modo, cominciamo ad andare verso una sanità che possa essere un modello e dare risposte dirette alle persone, superando la mentalità di certi medici.

In ordine al problema dell'inidoneità o della legge n. 104 del 1992, il mio direttore regionale mi dice che sto facendo nuovi Lazzaro grazie a un atto deliberativo. C'erano molti chirurghi e medici dell'emergenza che erano inidonei ad andare in sala operatoria, alla reperibilità, ai turni notturni: abbiamo detto loro di andare sul territorio, dove però c'è un esubero, per cui avrebbero dovuto dare una disponibilità e, eventualmente, andare a casa. Bene, due, tre, quattro Lazzaro ci sono, sono resuscitati e perfettamente validi.

L'onorevole Burtone giustamente sottolinea che a volte non ci sono posti di rianimazione e di UTIN. Abbiamo parlato dei SUAP. Alcune volte le rianimazioni sono piene di pazienti in stato vegetativo e non consentono che possa essere svolto un intervento di neurochirurgia urgente. Sono nati il SUAP previsto a Militello e quello

realizzato nella rete a Mistretta, dove ha un certo significato perché c'è già un'attività di riabilitazione operante. Servono a non intasare le rianimazioni, così come le UTIN.

Parecchi ricoveri in UTIN sono inappropriati, come quelli di bambini da semintensiva; ma questo è un problema da risolvere gradualmente, realizzando quell'appropriatezza e quella specificità che chiediamo.

Non è stato ancora fatto perché, anche se è stata emanata la legge, c'è ancora un periodo in cui stiamo sforzando di andare avanti, cambiare mentalità e comunicare con i cittadini. È un processo che si sta avviando.

Posso dirvi, per aver vissuto anche un altro tipo di sanità, che sono stati fatti dei passi avanti. Si può sempre migliorare, onorevole Burtone, e lo si deve fare. Il fatto che lei giri di giorno, di notte e così via, svolge una funzione giusta, non solo di pungolo, ma che obbliga anche noi a fare determinate cose. Si sta lavorando per migliorare, per i codici bianchi, per l'ortopedia, sempre al pronto soccorso, per non inviare i pazienti altrove, per creare l'osservazione breve in maniera più dignitosa.

Sono posti di pronto soccorso, però, che per questo motivo fanno 80.000 prestazioni l'anno: dividete la cifra per i giorni e vedrete ogni giorno quante persone affluiscono.

PRESIDENTE. Credo che possiamo considerare conclusa quest'audizione, con-

fermando l'apprezzamento della Commissione per il contributo dato dall'assessore, dai direttori generali e dai vertici del servizio sanitario in Sicilia, nonché per la prontezza con la quale sono arrivate le risposte relative ai quesiti posti.

Esamineremo la documentazione presentata, riservandoci di svolgere un'eventuale audizione conclusiva prima di presentare alla Camera la relazione sulla sanità regionale.

Consegno all'assessore un prospetto aggiornato di casi di presunti errori sanitari che non hanno ancora ottenuto risposta.

Inoltre, la Commissione apprezzerrebbe moltissimo ricevere dalla Regione dati sugli eventi sentinella e su quelli avversi, perché vorremmo inserirli nella relazione. Rappresenterebbe il segnale di un monitoraggio degli eventi sentinella e renderebbe più completa la relazione, assieme a ogni dato utile sulle *compliance* delle strutture.

Ringrazio ancora tutti e auguro buon lavoro.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 18,05.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 5 giugno 2012.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

€ 4,00



16STC0018690