

Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Martedì 6 luglio 2010

Audizione del presidente della regione Campania, Stefano Caldoro.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del presidente della regione Campania, Stefano Caldoro. Desidero iniziare dando il benvenuto a lui e al dottor Giuseppe Zuccatelli, che svolge le funzioni di subcommissario per la sanità della regione Campania.

Il senso di questa audizione consiste nel registrare una sorta di «anno zero» di inizio di attività da parte della nuova amministrazione regionale, in modo da fare il punto rispetto a ciò che l'amministrazione regionale, in particolare il presidente e commissario, ha intenzione di attuare per affrontare problemi che riguardano due aspetti.

Un aspetto è quello che riguarda gli errori sanitari, per i quali consegno al presidente un elenco di tutti i casi che sono stati segnalati nel tempo con accanto la risposta eventualmente pervenuta o non pervenuta. Si tratta, ovviamente, di casi segnalati con riferimento tanto all'attuale amministrazione quanto alla precedente. Le consegno questo prospetto, presidente Caldoro, affinché possa far pervenire, dopo aver fatto gli opportuni accertamenti, le risposte necessarie.

Un secondo aspetto riguarda, invece, il rientro degli aspetti finanziari, ancorché tra i casi di errori sanitari ci sia qualche situazione particolare. Cito per tutte l'ultima situazione che si è presentata: una certa preoccupazione circa la mancata attivazione dei servizi riabilitativi nella realtà di Caserta. Se ne è letto anche sulla stampa e noi, anche in questo senso, abbiamo inviato una richiesta al presidente commissario perché fornisca i chiarimenti che ritiene opportuno di dover fornire alla Commissione.

Con riferimento alla situazione della regione Campania, ci siamo fatti un'idea che si fonda, ovviamente, anche sulle audizioni precedenti, in particolare sull'audizione dell'assessore regionale della precedente giunta, Mario Santangelo. Abbiamo la convinzione che la regione Campania sia pervenuta con un certo ritardo, nella scorsa consiliatura alla consapevolezza di un disavanzo. Sostanzialmente, c'è stata una fase nella quale sembrava che la regione Campania non avesse una condizione di disavanzo. Successivamente, invece, si è evidenziato che il disavanzo c'era e da allora sono emerse anche diverse anomalie.

Un'anomalia di fondo, che non riguarda soltanto la regione Campania, ma anche altre regioni, è la difficoltà di disporre di dati attendibili. Ciò purtroppo avviene in molti casi, come si è rilevato, per esempio, durante l'audizione del presidente della Calabria Giuseppe Scopelliti la scorsa settimana, nella quale appunto abbiamo evidenziato come, sicuramente, esistano delle responsabilità da parte dei revisori dei conti pregressi che non evidenziavano l'inattendibilità dei dati che venivano calati nei bilanci, con l'aggiunta di una circostanza che ha destato molta preoccupazione, ovvero che le somme del disavanzo sono fluttuanti. Che emerga, a distanza di anni, un debito di quattro o cinque anni prima, lascia intendere che, forse, qualcosa di poco chiaro c'è in questa vicenda. Come si spiega che si scopre dopo cinque anni un debito non scoperto prima? O come si spiega che vengano inseriti nei bilanci delle aziende crediti che avrebbero dovuto essere esigiti nove anni fa e che vengono sempre messi come posta attiva di un recupero che, è legittimo pensare che non avverrà mai, data la distanza di tempo?

Nel corso dell'audizione dell'assessore Santangelo, che mi è sembrato opportuno far avere in copia al presidente Caldoro, venivano evidenziate spese abnormi per forniture e per azioni esecutive.

Esiste, cioè, un contenzioso che pesa in maniera rilevante nella vicenda finanziaria della Campania. Un contenzioso che pesa in maniera così evidente lascia inevitabilmente spazio a una serie di transazioni singole che rischiano di essere erogazioni di somme senza controllo.

Vi è un altro aspetto, che si riferisce alle conclusioni del «tavolo Massicci» e che abbiamo preso come punto di riferimento e di partenza: mi riferisco al verbale del 19 maggio 2010, che riguarda il passaggio di consegne al nuovo commissario subito dopo le elezioni e che registra una previsione per l'anno 2009 di un disavanzo non coperto pari a 497 milioni e 701 mila euro. Tale disavanzo porterebbe a un automatismo fiscale, previsto dalla legislazione vigente, con riferimento a IRPEF e IRAP, che darebbe, laddove venissero applicati tutti i massimali previsti per IRPEF e IRAP, a un gettito di 173 milioni di euro a fronte dei 497 milioni che, invece, costituiscono il disavanzo complessivo. È una situazione che abbiamo riscontrato anche in Calabria dove, come ricorderete, al di là dell'entità del disavanzo - 1 miliardo 100 milioni, 1 miliardo 800 milioni o 800 milioni di euro che siano - l'utilizzo degli automatismi fiscali al massimo porterebbe, nella migliore delle ipotesi, a 60 milioni di euro, quindi a una percentuale minima. In questo caso, invece, l'applicazione dell'automatismo fiscale ai massimi porterebbe a ridurre di un terzo il disavanzo.

C'è la questione a dell'utilizzo dei fondi FAS che, come è noto, è stato uno dei cavalli di battaglia delle amministrazioni regionali e anche della Campania, che ha chiesto l'utilizzo dei fondi FAS per la copertura. Sappiamo che su questo c'è stata da parte del Governo una posizione contraria. Il «tavolo Massicci» ha evidenziato ancora che le modalità di attuazione della ristrutturazione della rete ospedaliera appaiono idonee a conseguire cambiamenti significativi. Tuttavia, nonostante questo, si fa riferimento a tutti gli impegni riportati ad apertura del verbale, con l'esigenza di procedere a una prosecuzione dell'azione di supporto contabile, all'implementazione dei corretti procedimenti contabili, al riassetto ospedaliero territoriale. Sostanzialmente, la prima parte di questo verbale del «tavolo Massicci» cerca di mettere in collegamento l'operazione contabile di riduzione dei costi con l'attenzione e la cura del diritto alla salute. Siamo, infatti, in presenza di un diritto che va garantito, non soltanto di un'operazione meramente contabile.

Faccio presente che noi, come Commissione, abbiamo sollecitato al Governo l'erogazione delle somme che sono dovute alla regione Campania, come era stato richiesto dal precedente assessore regionale alla salute. Basti pensare che la regione Campania dovrebbe ricevere dallo Stato 1 miliardo e 258 milioni di euro che le spettano, ma che non le vengono pagati perché non sarebbe rispettata la procedura del piano di rientro.

GIUSEPPE ZUCCATELLI, *subcommissario alla sanità della regione Campania*. Sono molti di più!

PRESIDENTE. Se sono di più, peggio ancora. Sono stati, invece, erogati soltanto 85 milioni. Quindi, a fronte di un credito che la regione Campania ha per la sanità di 1 miliardo 258 milioni di euro, lo Stato ha erogato 85 milioni. La lamentela che allora abbiamo espresso si presenta oggi ancora più attuale, evidentemente, se il subcommissario afferma che i dati che ho fornito sono addirittura viziati per difetto, quindi l'esigenza è ancora maggiore.

Credo che tutte queste cose ci portino ad affermare alcuni dati: il disavanzo del 2009 sarebbe complessivamente di 993 milioni di euro; il disavanzo al netto della copertura del 2009 sarebbe di 497 milioni di euro; la copertura con incrementi di aliquote fiscali potrebbe coprire 497 milioni e 173 mila euro. Il disavanzo che resta ancora da coprire, ammesso che si applichino gli automatismi fiscali, tema di queste ore, sarebbe di 324 milioni di euro. Vi è poi una serie di poste inserite come poste attive, per esempio somme indebitamente corrisposte a medici e difficilmente recuperabili, oppure c'è un continuo emergere del fenomeno delle sopravvenienze passive.

In considerazione di questi punti di criticità, su cui il presidente fornirà il quadro che riterrà più opportuno, la conclusione del «tavolo Massicci» è quella di non poter erogare nessun'altra somma - da ciò il blocco di un miliardo e 258 milioni di euro che il Governo dovrebbe dare alla regione - per le inadempienze. La regione, come è noto, ha chiesto e continua a chiedere l'utilizzo dei fondi FAS.

Credo di non dover aggiungere altro. Questa Commissione ascolterà con enorme attenzione le cose che verranno dette dal presidente Caldoro, che saranno per noi criterio di riferimento per i prossimi mesi e anni fin tanto che questa Commissione sarà in carica. La Commissione sarà in carica, in ogni caso, per il tempo della legislatura; non è garantita la legislatura, ma è garantita certamente la permanenza della Commissione!

Questa Commissione intende nei mesi e negli anni venturi seguire passo dopo passo lo sforzo del presidente della regione, nell'ottica di reincontrarsi per aggiornarsi sull'accaduto a partire da questo primo incontro. In questo modo, si potrà evitare che con il passare del tempo - come spesso accade in questi casi - si faccia confusione tra cosa si è fatto ieri e cosa si è fatto oggi. Ci siamo mossi con lo stesso rispetto istituzionale nei confronti della regione Calabria, così faremo il giorno 21 per la regione Lazio con la presidente Polverini. Lo faremo anche con la regione Puglia, anche se in quel caso non si tratta di un nuovo presidente, ma non per questo non deve rispondere delle azioni future. Do la parola al presidente Caldoro.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Ringrazio il presidente e la Commissione per l'attenzione, la conoscenza e, soprattutto, la trasparenza, che in questi casi è necessaria per dare una giusta lettura a una situazione complessa, come lei ha ricordato. Penso, in particolare, ad alcune situazioni storiche che si trascinano in termini di lettura reale dei bilanci di alcune grandi aziende sanitarie, come la ASL 1 di Napoli, la più grande d'Europa, con i problemi che vedremo: i numeri evidenziano gli elementi di criticità dell'organizzazione sanitaria nella nostra regione.

Intanto, voglio anticipare che per quanto riguarda la sua osservazione e il giusto richiamo sul tema degli errori sanitari, nella fase dell'insediamento abbiamo dovuto immediatamente attivare conoscenza e verifica di casi che ci sono sembrati oggetto di attenzione, come rilevato da voi, trasmettendovene immediatamente gli esiti. Credo, però, che si debba fare di più e, quindi, continueremo a muoverci in sintonia col tema specifico dell'attività prevalente della vostra Commissione. Infatti crediamo che questa attività vada svolta in maniera molto attenta.

A proposito della sua sollecitazione, il dottor Giuseppe Zuccatelli mi ricordava che, in particolare sull'ultimo caso a cui lei faceva riferimento, c'è già un'intesa specifica che ci consentirà anche di fornire documentazione specifica.

Riguardo ai conti, agli elementi di conoscenza che lei ha già fornito in maniera ampia vorrei aggiungere la mia lettura della situazione economico-finanziaria regionale, fornendo alcuni dati. Il deficit economico annuale che abbiamo verificato per il 2009 è nell'ordine dei 700-800 milioni di euro e ha una dimensione nettamente ridotta, in particolare in riferimento ad alcuni anni precedenti, come il 2005, in cui il deficit era di 1,8 miliardi. Questo è il nostro punto di partenza, quello che lei ha ricordato come l'«anno zero», il cosiddetto passaggio di consegne.

Abbiamo un debito di circa 8 miliardi di euro che, però, al netto, possono essere calcolati in 5 miliardi di euro se si fa riferimento in particolare ad alcune poste attive - consegneremo tabelle specifiche e dati dettagliati - che riguardano 1,4 miliardi di euro di disponibilità liquide, costituite soprattutto da risorse bloccate dai pignoramenti presso le tesorerie di alcune ASL; 1,3 miliardi di euro di crediti diversi, la metà dei quali da carte contabili da regolarizzare, note di credito e altro; aggiungiamo a questo debito, in una lettura al netto, la quota congelata - definiamola così sinteticamente - cui lei faceva riferimento, che di fatto corrisponde a ciò che è trattenuto dal Governo nell'avvio del piano di rientro e viene poi erogato attraverso la risposta rispetto a un crono programma definito in un'intesa. In questo caso, dagli ultimi conti effettuati - ci eravamo infatti fermati al 2008, ma abbiamo il 2009 e un'altra serie di risorse di partite residue che aveva il Ministero dell'economia, e abbiamo inserito tutta la parte delle addizionali che sono state maturate tra il 2007 e il 2010 - riteniamo che ci sia complessivamente un accantonamento al Ministero per 2,8 miliardi di euro di fondi statali.

PRESIDENTE. Scusi, non 1 miliardo 258 milioni di euro, come si legge nel verbale del 19 maggio?

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Qui c'è una tabella con i conti, che consegneremo e che riguarda tutte le annualità con la parte di accantonamento. In particolare, però, dobbiamo aggiungere che di fatto c'è stata un'anticipazione di liquidità da parte della regione Campania, che ha autorizzato, con una delibera di circa un anno fa, la cassa regionale a intervenire per far fronte al deficit di alcune ASL.

Praticamente, l'anticipo di liquidità effettuato sulla cassa regionale, quindi sul bilancio ordinario che non riguarda i trasferimenti, ammonta a circa 1,5 miliardi di euro. Questa è la situazione maturata rispetto a un'anticipazione di liquidità.

Quando mi sono insediato, benché fossi in possesso in qualche modo dei dati, non ero a conoscenza di questo elemento. Una delle cose che mi sono chiesto subito, infatti, è stato come fosse possibile che, di fronte a un deficit standardizzato mese dopo mese, in particolare di alcune ASL, non essendoci più la capacità di avere il ripiano legato all'accantonamento - quindi una riduzione dei trasferimenti - continuare a pagare regolarmente le ASL. Quando abbiamo fatto un approfondimento sul bilancio abbiamo rilevato questa iniziativa prese in piena autonomia dalla regione, la quale credo che abbia solo comunicato nella fase iniziale, per il primo anticipo di cassa, una cifra tra i 200 e i 300 milioni di euro, mandando una lettera di comunicazione al Ministero dell'economia e delle finanze per comunicare questa necessità legata all'urgenza.

PRESIDENTE. Si parla di un'anticipazione di cassa, quindi di un'anticipazione bancaria?

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. No, anticipazione di cassa della regione.

PRESIDENTE. Utilizzando disponibilità di cassa che la regione aveva e che non ha impegnato per altre cose?

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Infatti, volevo arrivarci per far capire quale deficit di cassa abbiamo oggi.

Abbiamo verificato che il trasferimento era fatto alle ASL con una delibera e che quindi non abbiamo rispettato rigorosamente l'intesa con il Governo - che prevede invece uno sblocco condizionato, benché siano risorse nostre (ma non è scritto da nessuna parte che vengano erogate e come) - di fatto attuando una forma di anticipazione. Questo ha prodotto, al di là del merito della decisione, una erosione della cassa regionale. Il bilancio regionale è di circa 13 miliardi di euro e quello di cassa dovrebbe aggirarsi tra 1 miliardo e 1,5 miliardi di euro, necessari per far fronte a spese e pagamenti. Se due o tre giorni fa risultavano tra i 70 e gli 80 milioni di euro di cassa, difficilmente si può reggere a tutti gli adempimenti, trasferimenti obbligatori per stipendi, mutui e altro.

È evidente, quindi, che per noi è essenziale - lei vi ha fatto riferimento nella sua relazione introduttiva - l'azione del Governo su questo punto. Non so come abbiamo fatto le altre regioni - e sarei curioso di capirlo - ma è evidente che la soluzione più facile (non dico la più giusta) è intervenire a copertura finché c'è cassa, in attesa che il Governo ci corrisponda le risorse accantonate.

Si tratta, quindi di un tasto molto delicato. Allo stato dell'arte, sarebbe opportuno e necessario affrontare in maniera molto diretta, leale e trasparente con il Governo una realtà dei fatti che va descritta in maniera chiara. Abbiamo avuto modo di trasferire subito questo elemento di conoscenza al tavolo nazionale.

Per quanto riguarda altre situazioni, che chiaramente sono strettamente legate a quella complessiva dei conti regionali e che riguardano alcune criticità - entriamo un po' nel merito dell'oggetto del piano di rientro - è evidente che la riorganizzazione della rete ospedaliera costituisce una prima parte importante del piano di rientro. Questo è oggetto di discussione e il commissariamento ha già prodotto nei mesi precedenti l'elaborazione di un piano, insieme a un'altra serie di adempimenti che

riguardano l'azione sulle aziende sanitarie, in particolare sulla spesa del personale, sulle spese organizzative e altri adempimenti sulla farmaceutica.

Non voglio trascurare parti importanti del piano di risanamento, ma quella più significativa è la riorganizzazione del piano ospedaliero, che credo misuri la volontà forte e decisa di un'amministrazione di rientrare nella normalità di un'organizzazione sostenibile in termini di costi e benefici, soprattutto garantendo i livelli essenziali delle prestazioni (questo mi pare il primo fattore di riferimento). Nell'ambito di tale rigore, occorre garantire un'organizzazione efficiente a fronte delle criticità che abbiamo. Nel «tavolo Massicci» c'è stato, di fatto, un giudizio condiviso riguardo all'impostazione metodologica e sui fondamentali, che devono predisporre l'elaborazione di una riorganizzazione ospedaliera. Vi sono punti di criticità, in particolare nel settore degli adempimenti delle aziende sanitarie e nella farmaceutica; per la parte ospedaliera ci viene chiesto in maniera diretta e ufficiale di intervenire con un'azione più incisiva di razionalizzazione e di bilancio sostenibile. Considerando il deficit di circa 800 milioni di euro, è evidente che questa azione deve pesare, complessivamente, per almeno un terzo del risanamento a regime, quando cioè avrà i suoi effetti strutturati e stabili nel tempo.

Uno degli argomenti alla nostra attenzione - vi daremo una tabella specifica - è che gran parte del deficit è molto concentrato. Lo è meno sulle aziende ospedaliere, alcune delle quali sono anche molto grandi e hanno difficoltà, come il Cardarelli a Napoli, che per una serie di motivi logistici, culturali, di abitudine, di funzionalità finisce per essere il riferimento di tutti. Tutti corrono lì come se fosse l'unico ospedale nella regione e ciò genera l'imbottigliamento del pronto soccorso e tutta una serie di altre difficoltà. Vi sono quindi problemi di riorganizzazione e di rete. Tuttavia, guardando i dati, non sono gli ospedali a creare il deficit, che piuttosto, per il 70-75 per cento, è strutturato sulla ASL 1 di Napoli, per la parte più consistente, sulla ASL di Salerno e sulla ASL 3. Accantonano momentaneamente la questione dei policlinici, perché si ripete in tutte le regioni che hanno questo problema, come per esempio il Lazio. Si tratta di materia abbastanza conosciuta che, dal punto di vista nazionale, rispecchia dei parametri più o meno simili. Non è così dal punto di vista dell'organizzazione del territorio: in particolare, il grosso del problema è nelle ASL e nell'organizzazione degli ospedali di competenza di quelle ASL, e in particolar modo - come dicevo - nella ASL 1 di Napoli. Suoi sono i veri problemi, nati anche per tutta l'azione di pignoramento; lei ha fatto riferimento al costo aggiunto del contenzioso, che credo si avvicini ai 300 milioni di euro, e al blocco delle risorse. Abbiamo avuto, come è noto, attraverso una sentenza della magistratura, un'azione di interpretazione che ha reso prioritaria la liquidazione dei creditori, che avevano avuto il pignoramento esecutivo, rispetto al pagamento degli stipendi. Chiaramente c'è opposizione alla decisione. Vedremo che cosa succederà in seguito, ma per ora il tesoriere della banca di riferimento dell'ASL, se dovesse avere i trasferimenti dalla regione, sarebbe obbligato a pagare prima i creditori che hanno fatto il pignoramento esecutivo e dare quello che rimane - praticamente nulla - agli stipendi. Il primo problema che abbiamo avuto, quindi, al nostro primo atto e con il blocco, è stato quello del pagamento degli stipendi ai dipendenti dell'ASL 1 di Napoli. Quanti sono in totale?

GIUSEPPE ZUCCATELLI, *subcommissario alla sanità della regione Campania*. Si tratta di 67,3 milioni di euro e 11.500 dipendenti.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Parliamo di numeri enormi e quindi ci si può rendere conto di quali sono i problemi nei quali si incorre non pagando gli stipendi di una ASL, e di questa in particolare.

Siamo stati costretti, anche in questo caso, a non passare per la tesoreria e, una volta acquisiti i pareri legali necessari, utilizzare il trasferimento diretto dalla regione per pagare gli stipendi. Se, fossimo passati per la tesoreria dell'ASL gli stipendi sarebbero stati bloccati e utilizzati per altro. Su tutta la parte debitoria, si sta lavorando intensamente in particolare per creare tutte le condizioni, come il *factoring* innovativo e tutte le strutture che oggi la finanza permette per tentare di chiudere questo contenzioso e avere una lettura della situazione di rientro sui conti, e in particolare debitoria,

spalmata in anni certi. Si tenta di mettere non la parole «fine», ma un punto di riferimento, uno *step* che ci permetta di reggere nei prossimi mesi un andamento minimo che possa avere almeno i principi iniziali di una regolarità.

Abbiamo fatto riferimento a 750 milioni circa di deficit. Il rientro comporta un'azione legata al piano ospedaliero e a tutte le misure che ne conseguono, nonché alla parte che riguarda la copertura, con l'aumento automatico delle addizionali, il blocco del *turnover* fino al dicembre dell'anno successivo e il divieto di fare spese non obbligatorie. Si tratta di sanzioni molto dure - ripetute nella legge finanziaria per il 2007, ma credo che la norma risalga all'anno precedente - che di fatto vengono applicate in modo automatico. Quando non c'è il riconoscimento della sostenibilità del piano di rientro, scattano automaticamente; non c'è nessun potere discrezionale, nemmeno da parte del Governo. Il Governo può accettare o meno il piano: se lo respinge scatteranno automaticamente le sanzioni.

Darò qualche cifra su quanto hanno prodotto le addizionali, in particolare in una regione, come la Campania, di convergenza e che ha quindi un deficit di sviluppo con numeri elevati. Bisogna fare ogni sforzo per rientrare, ricorrendo per la parte deficit anche alla copertura FAS, prevista in particolare dalle ultime intese. Credo che per il mese di luglio riusciremo ad avere un quadro definitivo di chiusura dell'anno 2009. Quando parliamo di 700 milioni di euro, con tutto quello che si può fare in termini di recuperi e razionalizzazione, di migliore organizzazione, di economicità nel servizio garantendo sempre i livelli essenziali nelle prestazioni, ci sono due dati molto forti in termini di lettura. Il primo è che la Campania è la regione che ha la quota capitaria più bassa d'Italia, da anni. Ci sono tabelle molto significative: in particolare, il fondo *pro capite* medio - parliamo degli anni 2003-2008 nelle regioni a statuto ordinario - risulta, ad esempio, per la Liguria di 1629 e per la Campania di 1406, che rappresenta il valore più basso di tutte le regioni, come anche nell'ultimo anno.

Ricordo tale dato perché nella elaborazione del Fondo sanitario nazionale è stata presa come riferimento esclusivamente la popolazione anziana o la più giovane; essendo la Campania la regione più giovane d'Italia, questo elemento fa determinare in termini *pro capite* un minor trasferimento. È evidente ed è noto a tutti - c'è chi ha più esperienza di me in questo settore - che anche la popolazione giovane, i nuovi sistemi di prevenzione e così via non hanno più una lettura, come nel passato, del rapporto giovani/anziani. In secondo luogo, tutti gli altri indici - come sempre indici di deprivazione, che sono più numerosi -, dati ISTAT, non vengono applicati anche se dovrebbero esserlo, perché è uno dei principi fondamentali della definizione equilibrata della distribuzione di un fondo nazionale. Applicando il primo rigidamente e non applicando il secondo, la regione Campania realisticamente, dai conti che abbiamo fatto, perde l'erogazione di circa 300 milioni di euro l'anno. Abbiamo visto da quale livello di deficit partiamo; aggiungiamo che la regione Campania ha il saldo passivo sulla mobilità, tra i più alti - in termini assoluti il più alto, anche se non in termini percentuali - di altri 350 milioni di euro.

Sostanzialmente, al di là dell'azione di risanamento, noi dovremo lavorare su due aspetti: una forte e motivata richiesta di riequilibrio sul Fondo sanitario. Ci sono tutte le motivazioni per chiederla, come abbiamo fatto nell'ultima riunione della Conferenza Stato-regioni la richiesta è stata accettata, perché l'indice di deprivazione è importante.

PRESIDENTE. Una modifica dei criteri.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Sì, certo. L'altro aspetto riguarda la cosiddetta mobilità passiva, con tutta una serie di elementi. Certo, questa non è una cifra che può ridursi dalla sera alla mattina, ma ci si può lavorare perché è molto alta. Il combinato disposto dei due elementi farà sì che a regime non avremo bisogno di ripetere la copertura in deficit operata dal FAS, poiché, se si riesce a lavorare su questi due aspetti, di fatto questa sarà l'intera quota di riferimento che in questa fase potremmo richiedere. Vedremo probabilmente a fine luglio se dovremo richiederla al fine della copertura del deficit.

È evidente che questa mia breve descrizione sulla situazione del piano di rientro - sugli aspetti più specifici sarà il subcommissario a entrare nel merito di alcune questioni - fa capire che cosa dobbiamo fare e da dove partiamo.

Concludo con due ultime questioni. Se abbiamo visto che il vero problema sono le aziende sanitarie, dobbiamo fare in modo che ci sia un'azione veloce di forte correlazione tra la decisione che viene presa dal commissario e quello che gli amministratori e le strutture dirigenziali delle stesse ASL percepiscono e attuano. Abbiamo intenzione di nominare i commissari delle aziende sanitarie in questa seconda fase fino al 31 dicembre, definendo nel decreto ciò che devono fare, a partire dal bilancio di emersione che non è stato fatto quando sono state ridefinite le aree territoriali per mandare i commissari, per cui si è un po' mischiato il passato col presente. Sarebbe stato necessario, invece, definire lo stato dell'arte e chiedere un bilancio di emersione, quali erano i reali conti, con un cronoprogramma rispetto a tante iniziative che devono essere prese, con obiettivi ben precisi. Se gli obiettivi non vengono conseguiti, esistono tutti gli atti sanzionatori necessari, gli atti di revoca dell'incarico, poiché le questioni vanno definite con grande nettezza e decisione. Ci apprestiamo, quindi a fare anche questo perché ci siamo resi conto che, al di là delle decisioni che prende il commissario, in questo caso sul piano di rientro, bisogna fare in modo che tutte le direttive e i decreti indirizzati alle aziende sanitarie abbiano un'efficace e immediata attuazione.

L'ultima questione riguarda le addizionali. Ho con me il prospetto di quanto è stato prodotto dall'ultimo aumento delle addizionali sull'IRAP: Calabria, Campania, Lazio e Molise hanno un'addizionale complessiva del 4,97 per cento; l'Abruzzo è al 4,82 per cento; Sardegna e Toscana sono al 3,90 per cento. Tenete presente che almeno Calabria, Campania e, per alcuni aspetti, Molise sono regioni dell'Obiettivo 1, quindi dovrebbero avere, compatibilmente con le norme europee, una fiscalità compensativa, o almeno sostenibile. Per quanto riguarda l'IRPEF, con l'ultimo aumento dello 0,30 per cento, la regione Campania - che era già al massimo, all'1,40 per cento - è all'1,70, mentre le altre regioni sono allo 0,90 per cento. È evidente, quindi, che sulla cattiva sanità, se vogliamo definirla così, sull'incapacità nel controllo dei conti, sulla necessità di garantire un piano di rientro - penso anche alla polemica di questi giorni su regioni «virtuose» e «non virtuose» - c'è poco da discutere, perché ormai le sanzioni sono automatiche, non bisogna richiamare nulla. Chi è soggetto ai piani di rientro si prende le sanzioni automaticamente.

Quello che noi chiediamo, piuttosto che di giocare sul piano più simbolico di questa virtuosità supposta e storica di alcune regioni, è di valutare, invece, nell'ambito dei piani di rientro, la capacità di migliorare le proprie *performance*. È, quindi, evidente che la lettura non solo di un recupero di azione sistematica, ma anche di un comportamento virtuoso, si può avere proprio sui piani di rientro. Qui si dimostra, infatti, la capacità di reazione e di cambiamento, che deve essere misurata sulle *performance*, come si fa nelle aziende, a tre e a sei mesi, non a trent'anni prima. Bisogna misurare le capacità di miglioramento e su questo attivare sistemi di premialità fortemente competitivi e meritocratici. In questo modo si risponde anche alla vecchia dicotomia tra nord e sud, dove la lettura della capacità di crescita del territorio non può essere statica, ma dinamica. Sulla sanità, che interessa il 70 per cento del bilancio delle regioni, si gioca gran parte della capacità di crescita delle regioni meridionali e delle istituzioni di rispondere a questi problemi.

PRESIDENTE. Sulla base di quanto abbiamo appena ascoltato, mi sembra di avere intuito il percorso che la regione si appresta a intraprendere per affrontare questo problema, a prescindere dagli errori sanitari, che comunque costituiscono un tema socialmente rilevante, e sui quali attendiamo di avere una risposta. Mi sembra di capire che la battaglia principale che la regione Campania ritiene di dover affrontare è quella di rivedere i criteri di quantificazione delle risorse, con riferimento tanto al tema che riguarda l'età della popolazione quanto agli indici di deprivazione. Questo è un primo tassello che a regime e in qualche modo riduce comunque il disavanzo. Il secondo tassello mi sembra che sia il far funzionare una cinghia di trasmissione tra commissariato e azienda. In qualche misura, mi sembra di comprendere che siamo in presenza di aziende fuori controllo. Semplificando, il governo regionale stabilisce un piano di rientro e degli effetti del piano

di rientro sul territorio non si hanno notizie, nel senso che tutto continua come prima. Questa è la preoccupazione che mi sembra di capire sia emersa dalla sua relazione.

Il terzo aspetto riguarda il piano di rientro, che ha elementi di criticità. Ha elementi di criticità fino al punto di potersi immaginare che possa essere bocciato? Lei sa che ci sono dei *rumors* su questo argomento e noi abbiamo il dovere di capire se c'è il rischio che quel piano di rientro possa essere bocciato. Questo significa che poi dovrà essere rifatto e rivisto oppure lei ritiene che possa mantenersi l'impianto del piano di rientro? È evidente che esso presuppone una rivisitazione alla rete ospedaliera perché anche nel tavolo Massicci si dice continuamente che bisogna garantire la razionalizzazione, che è, in parte, una delle fonti per le quali si può, sia pure nel tempo, ridurre la mobilità passiva e i danni conseguenti. È chiaro, infatti, che se la rete ospedaliera funziona ed è razionalizzata, probabilmente avremo un calo della mobilità passiva.

Sono questi alcuni aspetti che mi sembra di poter fissare come punti di riferimento delle cose che abbiamo ascoltato.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Vorrei aggiungere qualcosa per rispondere alla sua domanda. Di fatto, anche se non c'è una vera e propria bocciatura, qualche giorno fa ci è stato comunicato che siamo stati almeno rinviati. Uso un termine meno duro anche se, tendenzialmente, non sono portato alla bontà. È evidente che c'è stato un riconoscimento dell'impianto generale, sono gli strumenti a non essere stati ritenuti adeguati. Come primo *step*, però, di fatto, gli effetti sono stati quelli di una bocciatura.

Abbiamo avuto la comunicazione dell'aumento delle addizionali, del blocco delle spese non obbligatorie e del *turnover*, sanzioni che si applicano quando non viene riconosciuta la bontà dell'attuazione di rientro.

PRESIDENTE. Quindi tutti e tre gli effetti.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. C'è una seconda parte che costituisce un'integrazione rispetto alle criticità osservate: il 21 luglio dobbiamo presentare un'aggiunta al piano rispetto alle critiche che sono state mosse. Di fatto, però, la comunicazione delle sanzioni è già pervenuta, tanto che le notizie sulla stampa hanno dato grande risalto a tutte le cose che sono successe. Ho chiesto, allora, cosa succederebbe se, arrivati a luglio, tra 15 giorni, ci dicessero che, invece, questo piano è sostanzialmente adeguato. A questo non c'è stata una risposta definitiva. Vedremo. Io credo che tecnicamente sia difficile.

PRESIDENTE. Bloccare il meccanismo fiscale?

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Sì, credo che sia un po' complicato. Io sono sicuro - non c'è bisogno di farne mistero - che il tavolo Massicci abbia orientato la propria decisione sulla nostra capacità di stare nei parametri considerando già l'acquisizione sul deficit prodotto dell'aumento delle addizionali. Loro hanno sempre l'argomento per poter comporre.

PRESIDENTE. Sostanzialmente, rientrerebbe il *turnover*, mentre resterebbero i massimali dell'automatismo fiscale. In atto sono state applicate le sanzioni come da piano bocciatura.

LUCIO BARANI. Ovviamente, io sono rimasto senza parole. Non l'ho mai vista, presidente Orlando, così perplesso come mentre ascoltava l'illustrazione del governatore Caldoro. Peraltro, noi a ottobre abbiamo sentito l'assessore Mario Santangelo, ma forse lui veniva da un altro pianeta perché le cose che abbiamo sentito da lui erano completamente diverse. Qualcuno ha voluto nascondere la polvere sotto il tappeto.

Apro e chiudo una parentesi. A me è molto piaciuto l'intervento del governatore Caldoro perché con il *savoir faire* che gli è noto, non ha mai citato il suo predecessore. Qui ci sono delle responsabilità.

Io non riesco a capire come si possa amministrare una regione in cui si sfora il Patto di stabilità e lo si comunica tre giorni dopo la competizione elettorale (il 30 marzo, mentre le elezioni sono state il 27 e 28). Si dà un maggiore trasferimento del Fondo sanitario nazionale alle regioni forti a discapito della propria. C'è una magistratura, Dio l'abbia in gloria - non voglio parlare male dei magistrati che sono vendicativi - presso la quale viene tenuto in considerazione chi è stato sottoposto a curatela, chi ha crediti esigibili da una loro sentenza, ma non i dipendenti.

È la prima volta che si sente dire che le aziende prevalgono sui dipendenti. Credo che anche le organizzazioni sindacali siano succubi di questo sistema. C'è tutta una mobilità passiva che è tra le più alte non d'Italia, ma del mondo. Quindi, minori trasferimenti arrivano più fuga c'è, ogni anno il deficit aumenta sempre di più. Mi metto anche nei panni del Governo nazionale che impone di bloccare i trasferimenti a questa regione perché c'è qualcosa che non funziona.

Ovviamente, il presidente Caldoro non ha potuto dirci che ha sostituito, o sostituirà, come ha detto il presidente della regione Calabria, Scopelliti, i direttori generali o i commissari delle varie ASL, perché non può farlo. Avendo, infatti, sfiorato il Patto di stabilità, a differenza di altre regioni, lui deve tenersi quello che ha avuto in eredità dalla precedente amministrazione.

Mi sembra di aver capito che in maniera scientifica il presidente Bassolino si è creato il passaggio mettendo in gravi difficoltà una regione come la Campania che ha problemi per ripartire. L'unica domanda da fare in questo momento è questa: è una ripartenza difficoltosa quella che abbiamo sentito che deve avvenire su vari livelli, tutti quanti mancati dalla precedente amministrazione, ovvero quelli di riequilibrio degli indici di deprivazione e altri che vanno riequilibrati? Abbiamo visto che il Governo ha dato alla popolazione campana degli aumenti abbastanza notevoli; fare arrivare l'IRPEF a 1,70 è molto.

Credo che mantenere i livelli essenziali di assistenza sia un miracolo e che la nuova amministrazione, la nuova giunta regionale, il nuovo consiglio regionale devono fare miracoli per riuscire, in tempi brevi, a rientrare in una situazione abbastanza difficile. È possibile, presidente, che questa Commissione dalla relazione Santangelo a questa relazione intervenga e vada a capire dove c'è stato in quella regione chi ha sbagliato? Si dice sempre che chi sbaglia deve pagare. Non possiamo lasciare qui a pagare solo i cittadini. Se le ASL, i commissari, Bassolino, la giunta o chi per esso ha sbagliato devono pagare loro.

Ora, io la invito ad andare come Commissione a capire che cosa è successo. Oltretutto, abbiamo una relazione dell'assessore precedente e fra le due relazioni non può esserci una distanza così abissale. Qualcosa che sfugge esiste e se quello che sfugge è malasanità nel senso di favorire il disavanzo per scopi che andremo a verificare, credo che questa Commissione debba avere il coraggio di fare nomi e cognomi di chi ha sbagliato e segnalarli all'autorità giudiziaria, perché non siano puniti solo elettoralmente, ma anche giudiziariamente. C'è bisogno che questa Commissione intervenga. Non sarebbe male ogni tanto, perché credo che non sia giusto né corretto mettere Dracula alla presidenza dell'AVIS come è successo nella regione Campania con Bassolino.

PRESIDENTE. Per completezza, perché mi è stato evidenziato proprio dal presidente Caldoro, va detto che anche l'assessore Santangelo aveva evidenziato che c'era una somma enorme che lo Stato doveva erogare e non aveva erogato e aveva esattamente fatto riferimento a una somma di 2,3 miliardi. Mi sono chiesto come mai nel tavolo Massicci il 19 maggio si parli di 1 miliardo e 258 milioni, mentre il presidente Caldoro parla di 2 miliardi e 785 milioni, che sembrerebbero molto vicini ai 2,3 miliardi dell'assessore Santangelo. Probabilmente, lo scarto è dato dal miliardo e mezzo di anticipazioni della regione. Il calcolo rimane un po' strano, a mio avviso.

Su questo chiediamo al presidente della regione, se lo ritiene opportuno, di farci pervenire un chiarimento per capire, tenendo conto del resoconto stenografico dell'assessore Santangelo, dei dati in vostro possesso e di quelli del tavolo Massicci.

GIUSEPPE ZUCCATELLI, subcommissario alla sanità della regione Campania. Il dato che lei ha letto del verbale della commissione del tavolo Massicci riporta esclusivamente il dato del 3 per

cento premiale. Lei sa che il Fondo sanitario nazionale viene ripartito nella misura del 97 per cento, e il 3 per cento è accantonato anno dopo anno. L'accantonamento del 2006, 2007, 2008 e 2009 non è stato assegnato alla regione Campania. Prima, infatti, c'è stato il piano di rientro e poi è stata commissariata. Già solo quello, quindi, è il 12 per cento di un'annualità perché è il 3 per cento per quattro anni.

C'è poi il cosiddetto fondino, la quota aggiuntiva degli anni 2007, 2008 e 2009, che accompagna le cosiddette regioni in difficoltà, che hanno avuto per quel triennio una quota aggiuntiva al riparto del Fondo sanitario che consiste mediamente in una quota di circa 250 milioni di euro per ogni anno. Anche questi sono 750 milioni di euro che vanno aggiunti al miliardo e 200 milioni di euro. Nel verbale è stata indicata, quindi, esclusivamente la quota premiale del 3 per cento. Deve poi aggiungere che la quota della manovra regionale del 2008 e del 2009 non è stata ripartita, quindi arriviamo a quella quota.

Voglio solo portare via due secondi per la mia esperienza, fatta in Emilia-Romagna e nelle Marche, mentre mi trovo in Campania solo da novembre. Lei, presidente, in premessa ha fatto una considerazione che posso confermarle.

La regione Campania arriva in maniera molto tardiva ad acquisire la consapevolezza che bisogna che le regioni stiano in equilibrio con la quota di riparto del Fondo sanitario. Nella seconda metà degli anni Novanta in questo Paese si è deciso di non finanziare più la sanità col piè di lista ma con criteri di riparto. Il presidente diceva prima che la regione Campania ha una difficoltà a stare in equilibrio anche perché c'è una penalizzazione sui meccanismi di riparto. Mentre, però, le altre regioni - e questo non vale solo per la Campania, ma per il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e gran parte delle regioni del sud - hanno continuato a pensare che il piè di lista potesse continuare, le regioni del nord hanno cominciato ad attuare meccanismi di governo della spesa. Questo grosso ritardo è arrivato così fino al punto che la programmazione sanitaria - come mi hanno detto appena sono arrivato in Campania - la fanno le aziende. Allora io ho detto che, forse, la legge costituzionale del 18 ottobre 2001, n. 3, ai direttori generali della regione Campania è sconosciuta, nel senso che è compito delle regioni garantire l'assistenza e ripianare i deficit direttamente. La separatezza delle aziende quindi che, come diceva il presidente, non hanno mai risposto alle sollecitazioni della regione, è uno degli elementi che ha maggiormente caratterizzato alcune realtà.

Il presidente Caldoro evidenziava come l'ASL1 di Napoli da sola abbia prodotto più di un terzo del deficit della regione Campania. Noi stessi, in quell'azienda, abbiamo a tutt'oggi difficoltà a certificare le fatture. Abbiamo una difficoltà da parte del creditore a poter scontare la fattura in banca perché non viene certificata, perché c'è un caos organizzativo negli uffici di proporzioni incredibili.

Tutto questo, ovviamente, per poter essere modificato ha bisogno di azioni incisive che partano dalla regione. Noi abbiamo già cominciato, ma vorrei segnalare che il tema del piano di rientro e del riordino della rete ospedaliera con le manovre relative alla farmaceutica, al personale, alla razionalizzazione della spesa e così via, è un tema che la regione Campania, attraverso il commissariamento, ha sviluppato con delle azioni che verificheremo il 21 luglio. Tuttavia, io credo che il piano di rientro con alcuni correttivi che sono stati indicati, fundamentalmente in alcune aree dell'emodinamica e del *trauma center*, possa rappresentare un punto di partenza di riordino delle deficit campano. Ci sono le condizioni, a mio parere e per la mia esperienza, perché nell'arco di un triennio la regione Campania possa dimostrare di essere in equilibrio con i conti. Questa è la mia opinione.

NUNZIO FRANCESCO TESTA. Innanzitutto, voglio fare gli auguri al presidente Caldoro perché ne ha bisogno.

Proprio perché si parlava del 70 per cento della spesa sanitaria che incide sull'economia dell'azienda regione - così va considerata oggi la regione - nella fase di riorganizzazione del piano sanitario, e quindi nella razionalizzazione degli interventi, credo sia molto importante tenere presente che esistono ospedali in Campania che non funzionano bene o che funzionano forse con personale in

eccesso rispetto a quello effettivamente necessario.

Ho visitato nell'ultimo periodo l'Ospedale del Mare, che è un ospedale costruito bene, con criteri innovativi, nel quale potrebbero essere accorpati diversi ospedali razionalizzando le strutture, che va anche incontro al problema degli errori sanitari che accadono molte volte non per incapacità dei medici che lavorano negli ospedali ma, forse, anche per l'organizzazione. Vorrei sapere a che punto è e che cosa intende fare lei, presidente, su questo. Inoltre, quale strada potrebbe perseguire in relazione al personale che diverrebbe in esubero in caso di accorpamento?

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Anche io mi associo ai saluti e agli auguri al presidente Caldoro. Con i numeri ho poca dimestichezza e non vorrei sembrare banale, ma alla luce di quanto ho sentito e di quanto ho letto nel resoconto stenografico dell'audizione dell'assessore Santangelo, devo dire che, fortunatamente, questi trasferimenti dello Stato non ci sono stati almeno al momento. Laddove dovessero esserci, e devono esserci, e in quella regione interessata non dovesse esserci un piano di riordino e una progettualità ben precisa almeno nella struttura logistica della dirigenza sanitaria, questo non apporterebbe nessun vantaggio. Io, in maniera quasi semplicistica, richiamo le parole dell'assessore Santangelo che parte da un'affermazione che ho anche recepito nelle parole del presidente Caldoro a proposito del fatto che la sanità campana è fondamentalmente centrata sugli ospedali. Naturalmente, ciò che dico mi porterà a formulare la domanda se ci sono già delle linee programmatiche che avete preso in considerazione.

Leggo: «abbiamo 140 strutture di ricovero, 68 pubbliche e 72 private». Già qui c'è una anomalia enorme. Ricordo quando abbiamo parlato dei punti nascita. A fronte delle regioni che forse continuiamo in maniera impropria a definire virtuose, in molte altre c'erano punti nascita convenzionati, autorizzati dalla regione che non superavano l'8 o il 9 per cento. In Campania, se non ricordo male, c'è un numero che supera addirittura il 40 per cento. Leggo ancora: «delle 72 private solo una parte, 15 o 18 al massimo, possono svolgere un'attività seria perché hanno dimensioni, capacità e caratteristiche tali da poter svolgere un'assistenza adeguata. Le altre sono in genere cliniche più o meno piccole che svolgono, anche in maniera corretta, la loro attività, ma rappresentano duplicazione di funzioni ad alto costo e non danno alcun risultato».

Mi sto limitando a leggere quanto affermato dall'ex assessore. Inoltre, visto che mediante la chiusura e l'accorpamento di molti presidi ospedalieri intendeva ottenere una riduzione del deficit, Santangelo afferma che ci sono due problemi: «il primo è la mentalità delle persone che sono abituate a vedere nell'ospedale il punto di riferimento per le proprie esigenze; il secondo è rappresentato dal personale perché non è possibile effettuare o prendere decisioni senza addivenire a un confronto con il mondo sindacale e imprenditoriale. Dobbiamo riconvertire anche una parte di attività che oggi svolgono i privati e riportarla nel pubblico, come la riabilitazione che, per oltre il 90 per cento, è nelle mani dei privati».

Chiudo con un ultimo dato: «un altro problema che ci affligge è quello delle strutture convenzionate esterne: abbiamo 1250 lavoratori oltre a circa 300 radiologie». Chiudeva con un auspicio quando affermava: «oggi verrà a Napoli il subcommissario Giuseppe Zuccatelli, che conoscerò stasera e che mi è stato descritto come persona altamente qualificata e con la quale mi auguro di poter andare avanti insieme». Grazie a Dio il percorso politico si è interrotto.

A fronte di queste candide affermazioni, che consistono in una dichiarazione ufficiale di fallimento, se un amministratore non è in grado di dare seguito alle sue affermazioni in quanto ne conseguirebbero decisioni impopolari, noi non possiamo pensare solo al risvolto utilitaristico sempre in termini elettorali. A fronte del danno economico che vive una regione, non si può essere in grado di assumere determinate decisioni. Loro stessi, candidamente, hanno affermato tutto questo ed è giusto, quindi, come il collega Lucio Barani sollecitava, che la Commissione concretizzi il proprio ruolo valutando la situazione di una regione che è fallimentare da un punto di vista economico.

Siccome dovremo poi guardare molto in avanti, la mia domanda è la seguente: sono stati già presi in considerazione provvedimenti per riorganizzare strutturalmente un'organizzazione che fa acqua da

tutte le parti? Lei, presidente, ha evidenziato una pecca gravissima: l'incapacità della precedente amministrazione regionale di far sì che le proprie decisioni fossero attuate nelle varie realtà e nelle varie ASL. Addirittura, una ASL assorbe ed è motivo di circa un terzo del deficit globale. Allora, avete già preso decisioni in tal senso?

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Credo sia necessario sgombrare il campo da strumentalizzazioni. Io non ho motivo per non prendere atto delle cose che sono accadute. Purtroppo, è stato detto che nel Mezzogiorno la svolta degli anni Novanta, che imponeva una diversa gestione della sanità, non è avvenuta mentre in altre parti del Paese c'è stato il tentativo, ed è andato avanti, di un allineamento in maniera più virtuosa. Può piacere o no, ma non si capisce come mai alcuni risultati non vengano sottolineati mentre altri sì.

Mentre in una parte del Paese c'è stata una consapevolezza, altrove si è continuato a spendere molto e male. La Campania ha vissuto questa realtà. Nel 2005 c'è stata una legge finanziaria che ha determinato alcuni automatismi e poi c'è stato il Patto per la salute, voluto dal governo Prodi, che sta cercando di creare le condizioni nelle realtà in difficoltà, con forti indebitamenti, di trovare modalità difficili da portare avanti. Parliamo, infatti, di una materia complessa, della necessità di dare livelli essenziali di assistenza, di condizioni in cui l'amministrazione si intreccia con il malaffare, in questo caso con la camorra, di interessi non sempre legittimi. La Campania non ha dato i risultati dovuti anche negli ultimi anni e i cittadini hanno deciso di cambiare. Lucio Barani diceva: «se vuoi possiamo passare alla armi». I cittadini hanno deciso e hanno cambiato. Io, presidente, le rivolgo sinceramente i migliori auguri per la sua attività. Certo, negli ultimi mesi, nelle ultime fasi della gestione Bassolino, il piano di rientro era stato proposto, ma non era stato apprezzato dal Governo nazionale tanto che è arrivato un commissario e la regione Campania è stata commissariata.

Ora, con il nuovo presidente, si spera che si realizzi un piano di rientro molto serio. Stasera abbiamo preso atto di questa fotografia che lei ha fatto. Io ho sentito che ci sono una serie di provvedimenti che cercheranno di entrare nel merito della rimodulazione della rete ospedaliera, della spesa farmaceutica, della razionalizzazione delle convenzioni esterne e di un rapporto più equilibrato tra pubblico e privato. Vedremo. Certo, non sarà facile. Lo dico da avversario politico del presidente. Gli auguro come è stato detto, che nel piano relativo al triennio la regione Campania possa allinearsi perché - lo abbiamo visto - alcune regioni sono venute a dirci che bisognava accorpate le aziende, abbiamo visto qual è stato il risultato di una mega azienda in cui non si capisce e non si percepisce neppure come vengano spesi o autorizzati alcuni pagamenti, e non si riesce ad avere riscontro anche di cose che sul piano amministrativo dovrebbero essere legittime e immediate.

Allora, stasera prendo atto della buona volontà della presidenza che si è insediata, mi auguro che possano esserci degli interventi. Vedremo.

L'assessore Santangelo è stato l'ultimo; quello precedente aveva chiuso alcuni ospedali; probabilmente non è stata sufficiente l'azione portata avanti; c'erano stati dei proponenti e non credo fosse una fotografia esibita per esaltare le condizioni della Campania. Era tutt'altro, era il riconoscimento di una realtà ancora drammatica che necessita di una serie di interventi drastici. Mi auguro che possano essere intrapresi. Questo deve avvenire migliorando la qualità anche della sanità. Non so quali informazioni abbia l'onorevole Barani, il quale sostiene che c'è in Campania la più alta mobilità sanitaria. Io devo dire che, per la mia esperienza di medico, la Campania ha anche fasce di eccellenza sanitaria, che debbono essere salvaguardate, perché nel Mezzogiorno forse in alcune branche è punto di riferimento anche nazionale. Barani probabilmente ha sue informazioni. I dati della Sicilia, dove governa da dieci anni, probabilmente non li ha, però conosce quelli della Campania.

Sul piano scientifico, non so a quale dato epidemiologico faccia riferimento, però io so che la Campania ha queste fasce e mi auguro che intervenga per potenziare il territorio, che possa fare una rimodulazione della rete ospedaliera non per penalizzare le comunità, ma per meglio determinare

una presenza, che possa evitare una ospedalità spesso sbagliata. Il mio auspicio - lo dico con grande franchezza - è che il presidente possa tornare quando la Commissione lo riterrà opportuno per evidenziare i progressi che si faranno perché non sarà una strada facile. Non voglio giudicare l'attività che si determinerà in quella regione. Bisogna avere pazienza, determinazione e rigore assoluto per avere quei cambiamenti che innanzitutto i cittadini della Campania chiedono e, credo, meritino in un settore molto delicato come quello della sanità.

PRESIDENTE. Vorrei fare una considerazione che, ovviamente, è squisitamente istituzionale. Credo che forse possiamo cominciare ad apprendere qualcosa da queste audizioni, se posso permettermi di spingere fino a questo punto.

C'era una vecchia leggenda metropolitana - onorevole Fucci, mi riferisco in particolare a lei e comprenderà subito perché - che diceva che intervenire in maniera rigorosa nella sanità naturalmente penalizza. Io credo che questo tempo sia passato, nel senso che adesso vengono penalizzate - questa è la sensazione che abbiamo avuto - quelle amministrazioni che hanno consentito che rimanesse fuori controllo il sistema sanitario.

In Calabria e in Campania, abbiamo avuto questa sensazione e, cioè, che, al di là delle buone o cattive intenzioni, gli interlocutori di governo non controllavano il sistema sanitario ancorché nominassero i *manager* e i direttori generali, tanto che mi sono permesso qualche volta di dire che si aveva la sensazione che non fossero i presidenti di regione a scegliere i *manager* ma i *manager* a scegliere i presidenti di regione. Dico questo per testimoniare in qualche modo la forza che si era creata fuori controllo. Mi permetto di dirlo perché l'assessore Santangelo ha fatto una onestissima esposizione, dimenticando però che l'assessore preposto alla sanità era lui, cosa che suona esattamente con una sorta di resa. Le cose che l'assessore Santangelo ha detto sono tanto gravi quanto quelle dette dal presidente Caldoro, con la differenza che lui era da qualche anno al governo di quella regione mentre il presidente Caldoro lo è solo adesso. Tra qualche anno evidentemente giudicheremo anche il presidente Caldoro.

Vorrei sottolineare - poi il presidente concluderà, come è giusto che sia, anche rispetto alle vostre richieste - proprio questa volontà della regione di governare le aziende. La mancanza di una cinghia di governo tra il commissariato e le aziende fa sì che il piano di rientro, discusso dal presidente della regione con il tavolo Massicci sia solo teorico e poi, quando si cala sul territorio, come diceva il subcommissario Zuccatelli, nessuno certifica una fattura. Chi dovrebbe rilasciare fatture non è, cioè, in condizione di certificarle.

Credo che questo sia certamente il problema dei problemi, ma è soltanto una considerazione perché io credo che ormai il problema della sanità sia talmente sentito che forse l'unica prudenza che c'è in materia di sanità è la rottura con il sistema.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Ho descritto la situazione in termini di approccio istituzionale senza estraniarmi dalla responsabilità che mi compete, e che mi assumo e ne ho evidenziato le difficoltà oggettive, senza cercare di distaccarmi dagli avvenimenti. Anch'io, leggendo l'intervento dell'assessore Santangelo, non tanto nella logica della responsabilità e in continuità con l'azione amministrativa che aveva condotto, ma il distacco tendenzialmente accademico che possono avere un valente professore universitario o un grande chirurgo come il professor Santangelo, l'ho percepito dall'altra parte della barricata, come se non si assumesse la responsabilità di denunciare sinceramente qual era lo stato dell'arte. È chiaro, però, che chi ha una responsabilità istituzionale poi deve sostanzialmente farsene carico. Devo anche dire che è un atteggiamento tipico, spesso, del distacco accademico rispetto all'esercizio dell'attività professionale, tra l'altro nel settore sanitario come quella che ha svolto egregiamente il professor Santangelo.

Detto questo, per rispondere alle domande che sono state poste dai commissari e, in particolare, a quello che ha chiesto l'onorevole Testa in relazione all'Ospedale del Mare, preciso intanto che, anche se dalle parole dell'onorevole, sembra che abbia visitato un ospedale, in realtà si tratta di un

cantiere. Attualmente non c'è un ospedale, ma una struttura completata per circa il 60 per cento da cui si capisce che, in termini di tecnologie e di approccio, può diventare una struttura modello moderna nell'ambito di un riordino della rete ospedaliera. Inoltre, è previsto - l'onorevole Testa già lo sa, ma io vorrei assicurarlo - che l'Ospedale de Mare sia uno degli obiettivi strategici per quanto ci riguarda. Come è noto, però, la situazione allo stato è bloccata perché c'è un contenzioso con l'impresa realizzatrice. Peraltro si tratta di un *project financing* molto complesso.

Abbiamo discusso ultimamente con il dottor Zuccatelli e con altri per scegliere eventualmente tra modelli che sembravano molto avanzati di gestione e *project financing* per una serie di sistemi che non erano prevalentemente di servizio, cioè legati all'attività propria di questa azienda. Non hanno avuto un gran successo in Italia. C'è un'inchiesta della magistratura in cui è coinvolta anche l'impresa che ha bloccato l'iter, individuando una serie di reati e responsabilizzando i decisori istituzionali, per verificare quale sia la capacità dell'azione amministrativa di far riprendere immediatamente i lavori nelle forme possibili o con l'attività del vecchio *project financing* o comunque con forme contrattuali possibili.

In ogni caso, la cosa che ci interessa è realizzare questo ospedale perché non si può continuare a pensare a quegli ospedali che iniziano e non finiscono mai - ne abbiamo visti tanti - che rappresentano una brutta abitudine di alcune aree del nostro Paese. Questo invece mi pare un intervento strategico che dobbiamo fare di tutto per realizzare.

Intanto, ringrazio davvero tutti della fiducia e della disponibilità ad ascoltarmi. Per quanto riguarda le questioni che ponevano in particolare l'onorevole Barani e l'onorevole Fucci, in relazione ad un'azione di sistema della regione per garantire la realizzazione degli obiettivi rispetto al passato, il dottor Zuccatelli parlava di tre anni: se lavoriamo a testa bassa e riusciamo a raggiungere tutti gli obiettivi, è un cronoprogramma realistico, benché sembri molto lontano. Questo significa che tutte le cose che ci siamo detti devono produrre effetti. In questo non posso, quindi, assicurarvi più di tanto, ma sicuramente è nostro intendimento cercare di raggiungere anche gli obiettivi mancati nel passato. Non voglio esprimere giudizi su questo perché oggettivamente le difficoltà sono tante e non essere riusciti a raggiungere degli obiettivi ricade sì nelle responsabilità politiche - per cui l'elettore decide e risolve il problema - ma nello stesso tempo, affrontandole oggi, ci rendiamo conto che non è un'impresa facile e vorremmo essere misurati nei prossimi mesi e anni sulla base della nostra capacità di risolvere i problemi.

Non entro nel merito degli accenni fatti su come si può prevedere un'organizzazione ospedaliera. Certo, è evidente che sulle residenze per anziani abbiamo dei deficit clamorosi, il rapporto H12-H24 sfalsato, tante e tante cose che dobbiamo rimettere a sistema, non so quanto nell'equilibrio pubblico-privato, l'importante è che si svolga un sistema pubblico.

GIUSEPPE ZUCCATELLI, *subcommissario alla sanità della regione Campania*. Chiedo scusa, non c'è questa distinzione pubblico-privato: il servizio sanitario è pubblico, ha erogatori pubblici e privati, ma rimane un servizio sanitario pubblico, quindi è un patrimonio che dobbiamo considerare nell'insieme. Questa distinzione pubblico-privato non ha molto senso.

STEFANO CALDORO, *presidente della regione Campania*. Era quello che stavo sottolineando, dottore. Peraltro, detto da un emiliano ha maggior forza.

È evidente che questo è un problema di valutazione di valori e di qualità delle prestazioni erogate dal sistema. In ogni caso, si tratta di un equilibrio che mi pare comunque da verificare in termini di qualità di servizio che viene offerto. Passo all'ultima questione. Anch'io ci tengo a sottolinearlo: ci mancherebbe che la Campania non debba annoverare nel suo sistema straordinarie eccellenze. È indubbio che in alcuni casi sia il leader in Italia, aggiungo che in qualche caso è leader anche in Europa. Questo a maggior ragione crea il problema e il rammarico di non aver garantito sulle straordinarie eccellenze una organizzazione del sistema che permetta di evitare gli sprechi, le diseconomie, di garantire un buon servizio ai cittadini. È evidente, infatti, che anche se percepiamo una minore erogazione in termini di trasferimento *pro capite*, legato alla valutazione del servizio

offerto, ma spendiamo di più e offriamo di meno al cittadino, in questa valutazione finiscono le diseconomie, gli sprechi e tutto quello che nella sanità non funziona, la disorganizzazione, la buona e la cattiva fede, fenomeni, come è noto, di inserimento di poteri illegali legati alla malavita organizzata o meno, ma sostanzialmente illegali. Quando, infatti, le maglie sono larghe e gli spazi discrezionali sono più ampi è più facile che si inseriscano anche gli interessi della malavita organizzata non leciti su parte dei servizi e degli appalti. Basta guardare le indagini della magistratura e i rilevamenti nel settore sanitario, che non è immune, come è evidente. Allo stesso modo purtroppo non è immune quando si aprono gli spazi discrezionali nelle nostre regioni meridionali in termini di rapporto con il potere pubblico.

Premesso tutto ciò, a maggior ragione dobbiamo fare in modo da garantire un sistema assolutamente efficiente e trasparente.

Io farò in modo che il dottor Zuccatelli predisponga, rispetto a questa nostra chiacchierata, delle note integrative, fatte di notizie più specifiche in merito ai conti, al bilancio, alle iniziative, così da tenervi informati continuamente e di farlo anche rispetto alla richiesta che lei ha fatto all'inizio, che è quella legata agli errori sanitari, sui quali dobbiamo intrattenerci con un raccordo strettissimo tenendo sempre alla vostra forte sollecitazione su questi temi.

PRESIDENTE. Credo che sia doveroso insistere, mi dispiace se apparirà una fissazione. Il vero problema è che noi diciamo che c'è una politica che decide della sanità; la realtà è che non controlla più niente. È questo il tema vero, drammatico: in terre di mafia e di camorra sono proprio la mafia e la camorra a controllare. Il vero dato triste è che ci siamo riempiti la bocca con espressioni sulla politica che decide la sanità, ma purtroppo è sconcertante notare - e ancora di più in terra di mafia, di camorra e di 'ndrangheta - che la politica non decide nulla, ma che la sanità è nelle mani invece di poteri consolidati.

Allora io credo che chiedere che ci sia un piglio «decisionista» forse è il modo migliore per garantire che i piani di rientro teorici diventino fatti reali, calati sul territorio. Diversamente, rischiamo di parlare un linguaggio con chi rappresenta il governo della regione e un altro linguaggio con i cittadini che invece subiscono la malasanià.

Ringrazio ancora il presidente Caldoro e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 21,55.