

CAMERA DEI DEPUTATI - SENATO DELLA REPUBBLICA
XVI LEGISLATURA

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

Martedì 20 ottobre 2009

Audizione dell'assessore alla sanità della regione Campania, Mario Santangelo.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione dell'assessore alla sanità della regione Campania, Mario Santangelo, al quale diamo il benvenuto. Partecipano ai lavori della Commissione i consulenti professor Catino, dottoressa Catanoso e professor D'Antino.

L'audizione verte su due temi. Il primo è relativo a presunti errori sanitari. Ho consegnato all'assessore regionale un elenco di casi denunciati a questa Commissione, che rapidamente cito: E.L., una neonata di cinque mesi, nata presso la clinica San Luca di Caserta e poi ricoverata presso l'azienda ospedaliera di San Sebastiano e Sant'Anna di Caserta, deceduta nel 2004 presso l'ospedale Santobono di Napoli; P.V., due anni, deceduto per presunti errori sanitari presso l'ospedale Santobono di Napoli, e per asserite carenze strutturali presso l'ospedale Pausilli; G.P., deceduto il 2 luglio 2003 a seguito di embolia endobronchiale presso l'ospedale Cardarelli di Napoli; M.G., venti anni, deceduto per presunti errori sanitari il 10 ottobre 1993 presso l'ospedale Monaldi di Napoli per arresto cardiaco, in seguito a un intervento di ablazione per tachicardia congenita; M.M., sedici anni, deceduto per presunti errori sanitari il 26 aprile 1996 presso l'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli.

Alcuni di questi casi sono stati segnalati dall'«Associazione per i diritti umani violati dai poteri forti».

Vi è poi una richiesta della FESMED (Federazione sindacale medici dirigenti), che segnala la necessità di verificare l'abitabilità e il collaudo delle singole strutture sanitarie campane, in vista della riqualificazione di quelle situate nelle zone a rischio sismico e della scelta dei piccoli ospedali destinati ad eventuale chiusura.

L'assessore regionale alla sanità fornirà, successivamente, con una relazione, la risposta ai quesiti. Ho ritenuto opportuno predisporre uno schema - che è stato distribuito - con alcune domande per le audizioni su errori in campo sanitario, per avviare la discussione non solo intorno ai singoli casi, ma anche intorno al come la regione intende affrontare tali problemi. Ho inviato ieri queste domande all'assessore, che, laddove non fosse in condizione di rispondere adesso, invierà una relazione scritta.

Il secondo tema si riferisce al disavanzo, ossia a come la regione sta affrontando il piano di rientro e a come si sta organizzando per garantire il diritto alla salute dei cittadini nonostante la riduzione delle risorse finanziarie disponibili.

Con queste premesse, invito l'assessore Santangelo a svolgere la sua relazione.

MARIO SANTANGELO, *Assessore alla sanità della regione Campania*. Signor presidente, la ringrazio per la cortesia con la quale ci ha accolti. Essendo la nostra regione caratterizzata da una situazione di dissesto del bilancio sanitario, veniamo automaticamente guardati con un certo sospetto.

Per quanto attiene la prima parte, ovvero i casi singoli, non siamo in condizioni di poter rispondere, poiché dobbiamo svolgere un'istruttoria specifica su ciascuno.

Per quanto attiene le dodici domande che sono arrivate ieri, abbiamo effettuato una sintesi che possiamo esporre, domanda per domanda, riservandoci di fornire eventuali ulteriori chiarimenti sui singoli problemi. Personalmente seguo con particolare attenzione il problema del disavanzo, mentre

l'aspetto relativo agli errori sanitari è più di competenza della struttura.

Vi illustro rapidamente le risposte alle domande che ci sono state rivolte.

Con la prima si chiede se esistano un coordinamento regionale e un piano regionale per la sicurezza del paziente, con relativa relazione annuale. Rispondo informando che esiste un Comitato regionale di coordinamento per la gestione del rischio clinico (*ex* decreto del presidente della Giunta regionale n. 565 del 2006) che ha il compito, tra l'altro, di realizzare un piano operativo, che non è ancora pronto, ma è in corso di elaborazione.

Alla seconda domanda, con la quale si chiede se vi siano linee di indirizzo e strumenti di governo regionali per lo sviluppo di sistemi di gestione del rischio clinico nelle aziende sanitarie, posso rispondere precisando che, con la delibera n. 1688 del 2005, che riguarda l'implementazione e lo sviluppo delle aziende sanitarie e di strumenti per la gestione del rischio clinico, sono state fornite indicazioni programmatiche per l'avvio, nelle aziende sanitarie, di apposite metodologie, sistemi e strumenti finalizzati a ciò, fatta salva l'autonomia delle aziende sanitarie nella costruzione del proprio sistema di gestione del rischio. Sono state avviate, inoltre, iniziative in questo senso e la regione è in contatto continuo con le aziende per cercare di portare avanti il progetto.

La terza domanda chiede se esistano linee regionali di indirizzo sull'organizzazione del rischio clinico nelle aziende e se è prevista la figura del *clinical risk manager* come referente aziendale per la sicurezza del paziente.

Nel rispetto dell'autonomia aziendale, la citata delibera regionale n. 1688 del 2005 ha proposto e realizzato l'istituzione di un'infrastruttura professionale denominata «*Team* per la gestione del rischio clinico», alla quale è preposto un coordinatore, con un referente aziendale in continuo contatto con l'assessorato nell'ambito della direzione sanitaria.

La quarta domanda chiede se vi siano indicazioni regionali su come comportarsi quando avviene un «evento sentinella», quale ruolo abbia la regione in quel caso, quale sia la politica di comunicazione con l'esterno, nonché se si creino commissioni regionali e quale ruolo abbiano.

La regione Campania partecipa al flusso informativo, attraverso il coordinamento delle aziende sanitarie, per il monitoraggio nazionale degli eventi sentinella, che è finalizzato allo studio degli eventi di particolare gravità per promuovere specifiche raccomandazioni ministeriali. In questo ambito collabora con le altre regioni. Per le attività di supporto, oltre al comitato di coordinamento regionale, sono stati individuati gruppi di lavoro con operatori delle aziende su specifiche tematiche, quali *incident reporting*, eventi avversi, eccetera.

La quinta domanda chiede se vi siano indicazioni regionali su come svolgere le analisi degli eventi avversi in generale e se siano diffuse la pratica dell'*audit* clinico sugli eventi significativi e sulla mortalità, nonché la pratica della *morbidity review*. Per promuovere la conoscenza e l'applicazione di alcune procedure e metodologie utili per la gestione del rischio nel campo della prevenzione, identificazione e analisi degli eventi avversi, la regione Campania ha avviato e concluso un progetto che ha consentito il trasferimento di buone pratiche per il potenziamento degli strumenti applicabili alla gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie, collaborando con l'assessorato alla sanità dell'Emilia-Romagna. Sono in corso indagini per monitorare l'utilizzo di strumenti quali l'*audit* e la sua applicazione, dal momento che da noi ancora non hanno avuto una diffusione adeguata.

La sesta domanda chiede come vengano gestiti i rischi legati alla *malpractice*, a quanto ammontino i costi annui delle polizze assicurative, e come sia organizzato il sistema assicurativo.

Questi aspetti sono appannaggio, fundamentalmente, delle aziende. Posso dire, per la mia pregressa esperienza personale, avendo ricoperto il ruolo di direttore dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori «Fondazione G. Pascale», che, in effetti, la somma di riferimento per assicurare il rischio clinico, per un ospedale ad alto rischio - poiché ad alta complessità - che aveva complessivamente duecento posti letto, era di circa un miliardo l'anno; il premio assicurativo annuo era pari precisamente a 890 milioni. D'altronde, in quell'ospedale si era verificato un evento grave, poiché era stato commesso un errore di trattamento di un paziente, poi deceduto, al quale erano state somministrate dosi sbagliate di un farmaco. Era stato richiesto da parte dei familiari un rimborso di cinque milioni di euro. Il problema del rischio è quindi molto rilevante. Poiché i prezzi delle

assicurazioni sono altissimi, all'epoca mi ero fatto promotore dell'ipotesi di studiare se le aziende si potessero consorzare tra di loro per garantire, in primo impatto, i rischi fino a una determinata quota, rivolgendosi alle assicurazioni solo per i rischi di importo più elevato; ciò avrebbe abbattuto notevolmente i costi dei premi assicurativi annui.

Riguardo al secondo tema, ossia i sistemi di monitoraggio e la gestione del rischio clinico, nella settima domanda si chiede se esista un sistema regionale e aziendale condiviso di monitoraggio di sinistri e denunce e se abbiamo un dato regionale sulle denunce.

Non disponiamo di un sistema regionale di monitoraggio del contenzioso. È prevista all'approvazione dello specifico decreto ministeriale l'adesione al sistema informativo ministeriale SIMES. Per quanto riguarda gli «eventi sentinella» e i contenziosi, alcune aziende in Campania adottano sistemi di monitoraggio sinistri, anche in collaborazione con i *broker*. Non si ha un dato regionale sulle denunce ed è in corso un'indagine per stabilire il numero di contenziosi.

Lo stesso vale anche per l'ottava domanda, che chiede se esista un sistema regionale e aziendale condiviso di monitoraggio dei reclami. No, non lo abbiamo, ma si sta studiando come cercare di riorganizzarlo. L'autonomia delle aziende ha determinato nella nostra regione (non so nelle altre) un problema sotto tale profilo, poiché negli anni è stata lasciata alle aziende un'autonomia in alcune forme di programmazione; questa è una delle cause della disorganizzazione della sanità sul territorio. Tale autonomia ha poi pesato nella concertazione dell'intero sistema e anche in eventi come questo.

La nona domanda chiede se esista un sistema regionale e aziendale condiviso di monitoraggio degli eventi avversi, eventi sentinella, eventi avversi senza danno, e se abbiamo un dato regionale su eventuali eventi sentinella e sulle segnalazioni di eventi senza danno.

È stato avviato da poco un monitoraggio regionale sugli eventi avversi, sulla base dell'esperienza conclusa con i gemellaggi insieme all'Emilia Romagna. Attraverso l'introduzione dell'*incident reporting*, la regione Campania, da meno di un anno, partecipa al monitoraggio nazionale degli eventi avversi e degli eventi sentinella, finalizzato allo studio di eventi di particolare gravità e alla produzione di raccomandazioni ministeriali affinché si possa intervenire in maniera corretta, avendo documentato già alcuni casi. L'adesione al monitoraggio da parte delle aziende lascia ben sperare per il futuro, poiché la risposta è stata ampiamente positiva.

Il decimo quesito è il seguente: esiste un monitoraggio regionale e aziendale degli indicatori per la sicurezza del paziente riconosciuti a livello internazionale (tromboembolia, infezioni ospedaliere, morte materna, morte neonatale)? Si tratta di tipologie tra le quali rientrano i casi di denunce specifiche citati prima dal presidente.

È in corso un'attività molto ben avviata nell'ambito del controllo delle infezioni ospedaliere, con uno specifico piano regionale per la formazione dotato di uno specifico finanziamento, previsto da un decreto di giunta regionale del 2007. La regione ha partecipato al progetto nazionale INF-OSS, producendo, in questo ambito, dati di prevalenza per alcune procedure, come l'infezione del sito chirurgico. Anche per la morte materna è in corso la partecipazione a uno studio coordinato dall'Istituto superiore di sanità, che consiglierà di avviare una specifica sorveglianza. L'undicesimo quesito è il seguente: cosa fa la regione per promuovere una cultura della sicurezza e soprattutto dell'imparare dagli errori? Ci sono sistemi di *incident reporting*?

Alle iniziative già richiamate, che hanno contribuito a promuovere la cultura della sicurezza in Campania, ne sono seguite anche altre, di tipo locale, finalizzate alla sensibilizzazione degli operatori sanitari sul tema. Il problema del *risk management* oggi è sentito in tutti gli ospedali, con *risk team* che stanno lavorando in questa direzione. È compito della regione cercare di coordinarli, per evitare che si possano creare differenze di comportamento tra un ospedale e l'altro.

La dodicesima domanda chiede se vi siano iniziative, formative e informative, volte a promuovere la conoscenza di metodi e strumenti per promuovere la gestione del rischio clinico. È stato organizzato un evento regionale di tipo informativo e formativo per implementare nelle aziende sanitarie ospedaliere le attività previste nelle raccomandazioni ministeriali principalmente in area chirurgica, destinando a tale scopo uno specifico finanziamento. All'evento hanno

partecipano tra gli altri i rappresentanti di Cittadinanzattiva. Si è cercato di diffondere un'informazione in merito anche alla cittadinanza.

Come emerge chiaramente, nella nostra azione esistono luci e ombre, poiché per alcuni aspetti siamo a buon punto, mentre per altri sicuramente si evidenziano alcuni ritardi, che pensiamo di poter superare quando avremo conseguito l'obiettivo - per il quale stiamo lavorando - della piena riorganizzazione del sistema sanitario nel suo complesso, anche alla luce del disavanzo.

La domanda finale chiede che cosa la regione pensa si debba fare per migliorare la sicurezza del paziente. La risposta è strettamente connessa alla riorganizzazione alla quale ci stiamo dedicando. Come prima diceva giustamente il presidente, quando esiste un rischio, bisogna capire da chi e perché è stato provocato. In merito al chi l'ha provocato, occorre intervenire per rendere maggiormente accurata la scelta degli operatori sanitari. Il perché è, invece, spesso colpa dell'organizzazione strutturale che la regione si è data, sulla quale stiamo cercando di lavorare con un impegno - credetemi - veramente notevole per poter arrivare a ridefinire un sistema sanitario che possa migliorare la qualità dell'offerta e, quindi, garantire livelli essenziali di assistenza di maggiore qualità contenendo i costi, che nel nostro sistema purtroppo sono stati eccessivi rispetto alla produttività.

PRESIDENTE. Signor assessore, la ringrazio per queste risposte. Se lei ritiene, può lasciare questo appunto, sia pure con un rinvio a un'ulteriore relazione per integrare le informazioni fornite. Peraltro, esamineremo le risposte in maniera più approfondita. Se avessimo bisogno di integrazioni, glielo faremo sapere.

Prima di concludere questa parte dedicata agli errori sanitari e di chiedere ai colleghi se desiderino intervenire, vorrei porle la stessa domanda che abbiamo rivolto anche agli altri esponenti regionali sulla sanità: laddove si evidenziano responsabilità da parte di sanitari o di dirigenti, si attivano meccanismi sanzionatori o cautelari?

Vorremmo sapere, con riferimento ai singoli casi dell'elenco che le abbiamo fornito, se si è attivato qualche meccanismo di sanzione o di cautela per evitare il ripetersi dell'errore, ovvero se si sono attuati gli aggiustamenti funzionali e organizzativi che sono emersi come necessari in occasione di un errore. Spesso accade che, nell'esperienza, si considera responsabile dell'errore chi è presente fisicamente al momento del decesso del paziente, ma non sempre lo è. Alcune volte l'errore sta a monte e l'accertamento, anche in sede giudiziaria e penale, non fa giustizia degli aspetti che riguardano l'organizzazione e il funzionamento del sistema.

Nel fornire la risposta sui singoli casi che le ho appena elencato e che lei avrà modo di esaminare con maggiore disponibilità di tempo, la preghiamo di inserire quest'aggiunta, relativa all'adozione di provvedimenti sanzionatori, o alla ragione per cui si è ritenuto che non vi fosse motivo di adottarli. Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

LUCIO BARANI. Ringrazio l'assessore per aver aderito tempestivamente al nostro invito; altri sono più renitenti e vengono malvolentieri in Commissione. Ho con me una cartellina, che riguarda la regione Toscana, poiché pensavo che oggi dovessimo ascoltare l'assessore di quella regione. Ho lasciato a casa, invece, quella relativa alla regione Campania. D'altronde, il cambiamento di programma è stato improvviso.

PRESIDENTE. Desidero chiarire che si è verificato un problema nel far coincidere le date con gli impegni dell'assessore. L'assessore della Toscana, peraltro, verrà anche nella veste di coordinatore degli assessori alla sanità.

LUCIO BARANI. In ogni caso, l'articolo 14 ci consente di convocarlo come testimone, anziché come audito, quindi possiamo mandarlo a prelevare. Più di tre assenze sono ingiustificate. Il presidente ha chiesto all'assessore quali provvedimenti siano stati presi nei confronti di chi è stato causa di un errore sanitario. Gli stessi provvedimenti vanno presi, ovviamente, anche nei confronti

di chi è alla guida delle ASL. Stiamo compiendo un'opera incredibile per conoscere, a livello periferico, come viene effettuata la scelta dei responsabili di unità operativa complessa, ossia dei primari. Se sono veramente dirigenti e *manager* capaci fanno sì che il reparto funzioni bene, altrimenti accade come in Campania, il cui disavanzo è dovuto in notevole misura alle compensazioni che la regione deve fare con altre regioni, dal momento che i suoi residenti vanno altrove a farsi curare.

Abbiamo analizzato con uno studio impegnativo i vari reparti e ci siamo resi conto che molti direttori generali scelgono alla guida i loro amici, non ispirandosi a criteri di meritocrazia, bensì con scelte di altra natura, che rappresentano la vera «malasanità».

La sua regione per migliorare la sicurezza del paziente dovrebbe assicurare primari validi e capaci, altrimenti accade, come è già successo, che risulti che un paziente è stato «sgozzato» dall'operatore durante un intervento.

Esaminando il problema della «malasanità» noi non ci soffermiamo tanto sul «chi», ma sul «perché». Il «perché» si trova proprio in una certa forma di nepotismo; abbiamo visto che la sua regione è al quinto o sesto posto, mentre al primo posto c'è la Toscana, al secondo l'Emilia-Romagna, al terzo la Liguria. Abbiamo compilato una graduatoria, perché noi riteniamo che la «malasanità» sia anche questa.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Dipende da chi è stata fatta la graduatoria, da quale istituto di statistica sanitaria.

LUCIO BARANI. Vorrei chiederle, assessore, quale controllo ha sui suoi direttori generali e quali sono i criteri cui la regione cerca di ricorrere per impedire tali situazioni. La sua è una regione molto difficile, come la Sicilia e la Calabria; sappiamo che vi sono anche altri aspetti che intervengono nel campo sanitario, che assorbe circa l'80 per cento del bilancio regionale. Dove circola il denaro, circola anche il malaffare, oltre che la malasanità.

Sicuramente, si potrebbe essere più accorti nella scelta dei diversi responsabili di unità operativa, sia medici, sia amministrativi. Accade anche che in molte ASL vi siano più amministrativi (pure importanti) che operatori sanitari sul territorio. Se manca l'operatore, è inutile avere tanti ragionieri o laureati in informatica o in altre branche, che non sono necessari in numero così elevato. Quali iniziative attua la regione per monitorare che non vi siano forme esagerate di scelte politiche, che di norma si traducono in un fallimento del reparto?

La statistica non è un'opinione: se, secondo i dati, un reparto che prima eseguiva un certo numero di interventi e aveva una determinata quantità di affluenza, a un certo momento presenta cifre che si dimezzano o si annullano e tendono allo zero (conosciamo l'esempio limite, in Calabria, di un reparto h24 con cinque interventi l'anno) la regione effettua un monitoraggio per verificare come i suoi direttori generali gestiscono le unità operative e come si comportano i reparti? Noi crediamo che le compensazioni con l'esterno, con altre regioni, in particolare quelle del nord, abbiano contribuito in misura rilevante al disavanzo.

Noi riteniamo che la regione Campania sia in grado di ritornare in equilibrio, perché ne ha la forza e le capacità. Se però non tiene sotto controllo questo importante aspetto, in un anno può accadere come in Calabria, dove, in tre mesi, l'entità nota del disavanzo è aumentata da 600 milioni a 2 miliardi e 200 milioni di euro.

PRESIDENTE. Vorrei aggiungere a quanto chiesto dall'onorevole Barani una domanda: vi sono dati sulla mobilità passiva e interna nella regione Campania? Si tratta di dati significativi.

MARIO SANTANGELO, *Assessore alla sanità della regione Campania*. La mobilità passiva da noi è dominante rispetto a quella attiva e si attesta tra il 16 e il 18 per cento, che però corrisponde al dato registrato anche dall'Emilia-Romagna, che è una regione ad alta capacità assistenziale. Credo che sia necessaria una precisazione al riguardo. Quando una regione non gode di

un'immagine sanitaria efficiente, spesso l'esodo non è legato all'incapacità di assistere il paziente, bensì al tentativo di ottenere qualcosa di più e di meglio. Nel nostro caso la mobilità passiva è fondamentalmente legata alla patologia neoplastica, nella fattispecie a quella non più trattabile. È frequentissimo che un paziente dichiarato incurabile, poiché l'immagine della nostra regione non è soddisfacente, vada altrove e si rechi in Emilia Romagna, in Toscana o in Lombardia. Almeno otto volte su dieci, ritorna con la stessa situazione, ma con un'aggravante. I farmaci antineoplastici sono ad altissimo costo ed esistono protocolli secondo i quali in determinate affezioni si utilizzano alcuni farmaci, in altri casi se ne utilizzano altri. Vi sono, ad esempio, farmaci che sono stati immessi da poco sul mercato e che hanno ricevuto l'autorizzazione dall'AIFA soltanto per un tipo specifico di tumore. Ebbene, talvolta da noi, ma spesso anche altrove, si propone al paziente (al quale non si può dire altro che la sua situazione è incurabile e che la diagnosi era stata formulata correttamente) di provare con un farmaco, che non è tra quelli previsti. Il paziente torna e noi siamo costretti a somministrarglielo, pur sapendo che è inutile, aggravando il nostro costo, non solo come mobilità passiva, ma anche come spesa aggiuntiva di ritorno. Al medico che lo ha prescritto non si può rimproverare nulla, poiché ha suggerito al paziente di provare, ma non gli ha certamente garantito la guarigione. Il farmaco nove volte su dieci non consegue l'effetto sperato. Nella valutazione della mobilità bisogna tener conto di questo aspetto.

Inoltre, nel nostro bilancio regionale la sanità rappresenta il 60 per cento della spesa, non l'80 per cento.

PRESIDENTE. Assessore, dispone di dati sulla mobilità interna? In qualche regione abbiamo registrato che la cura di una stessa patologia viene effettuata in tre ospedali, perché nessuno è attrezzato per completarla per intero, anche se non si tratta di patologie particolarmente complesse.

MARIO SANTANGELO, *Assessore alla sanità della regione Campania*. Non so quantificarla, in questo momento. Vi è certamente una mobilità verso Napoli, che rappresenta già il 12 per mille di posti letto dell'intera regione, quando la media della regione si attesta sul 3,6. Risulta, dunque, una forte attenzione verso Napoli, dove hanno sede i due policlinici universitari; stiamo cercando di risolvere anche questa situazione.

In merito alla sua considerazione, fermo restando un principio, che non è assolutamente di difesa della categoria - sono stato medico per tanti anni, nonché professore universitario, e ho avuto contatti con il mondo sanitario italiano e internazionale - posso affermare che l'individualità e la capacità professionale dei singoli, al Sud, onestamente non è inferiore alla media. Lo affermo con estrema serenità.

Siamo invece sicuramente carenti nell'organizzazione e perciò paghiamo un prezzo altissimo. Ciò che lei ha osservato corrisponde ad un problema reale. Circa venti anni fa, nella mia professione ho conosciuto un chirurgo di un piccolo ospedale, il quale, in quattordici anni, non era mai entrato in sala operatoria. Tuttavia, siamo corsi ai ripari, e oggi al nostra è l'unica regione in Italia in cui, per scegliere i primari, si stila la graduatoria, a differenza di quanto previsto dalla normativa nazionale. Non si accede più per chiamata, non si compila più la rosa di nomi, ma viene bandito un concorso e vengono attribuiti punteggi in relazione ai titoli e ai colloqui; infine, si stila una graduatoria.

Questo sistema, vige da quattro anni - non è dunque merito mio, ma del mio predecessore - e ha comportato sicuramente un notevole miglioramento della scelta. Oggi posso dire con serenità che, sebbene la nostra sanità «faccia acqua» da tantissime parti, la qualità degli operatori è veramente di ottimo livello. Ci stiamo sforzando di razionalizzare il sistema.

Non so se ho risposto per intero alla sua domanda.

PRESIDENTE. Le sono molto grato, assessore.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Ho apprezzato innanzitutto la sua franchezza e sincerità, signor assessore.

Come ha avuto modo di verificare, abbiamo voluto porle una serie di domande perché riteniamo che gli errori sanitari siano collegati solo in alcune occasioni esclusivamente al professionista, mentre il più delle volte esiste una concatenazione di concause. I problemi di natura strutturale e organizzativa non sono secondari.

Lei in questa audizione ha fornito risposte che in alcuni momenti sono sembrate burocratiche - probabilmente dovevano esserlo - e si è evidenziato che su alcune questioni si è avviato un processo, su altre risulta un miglioramento, su altre ancora ci sono problemi. Con lo schema di domande vorremmo che venisse sottolineato l'impegno che deve esserci da parte della regione a non considerare secondario questo aspetto.

Lei, giustamente, ha sostenuto che state tentando di assicurare un salto di qualità alla necessità di dare risposte qualificate all'utenza. Il rigore da porre sulla questione relativa alla sicurezza nell'affrontare il caso clinico, mettendo al centro il rischio e alcune procedure che debbono essere salvaguardate, non è affatto una questione secondaria, ma diventa un fatto primario nella qualificazione della spesa.

State affrontando il piano di rientro, che non è di poco conto. Bisogna far camminare di pari passo le diverse questioni, bisogna operare alcuni tagli, ma essi non possono essere burocratici, soprattutto in alcuni settori in cui diventa fondamentale assicurare procedure tali da consentire di limitare il rischio di errore. Credo che la regione debba confermare assolutamente il proprio impegno.

PRESIDENTE. Credo che la risposta alla domanda dell'onorevole Burtone possa essere la premessa dell'illustrazione delle misure che la regione sta attuando per razionalizzare i servizi, garantire il diritto alla salute e ridurre le spese.

MARIO SANTANGELO, Assessore alla sanità della regione Campania. Vi sono enormemente grato per questa audizione, perché ci dà la possibilità non solo di esporre quello che stiamo cercando di realizzare, ma anche di avere un confronto e, paradossalmente, un conforto in un cammino che - credetemi - non è facile.

Siamo partiti da una situazione che pur non essendo la più pesante tra quelle italiane, era sicuramente una tra le più pesanti. Abbiamo già ottenuto alcuni risultati che intendiamo rendere operativi in un tempo relativamente breve. In primo luogo, è giusto che io rilevi che abbiamo non so se un peccato o una colpa, o se siamo vittime di una colpa originale: la regione Campania ha la popolazione più giovane d'Italia, ragion per cui, nell'ambito del riparto del fondo sanitario, abbiamo la più bassa quota capitaria. In proporzione, rispetto a regioni con condizioni simili alla nostra, riceviamo dai 350 ai 400 milioni di euro all'anno in meno, a livello di fondo.

Questo non giustifica assolutamente - lo dico per fare chiarezza - il problema del nostro disavanzo, che nel 2005 è stato di 1,8 miliardi di euro e sicuramente non proporzionato alla situazione. Si è provveduto ad apportare alcune correzioni - tant'è che poi si è stabilito il piano di rientro con il Governo centrale - che hanno consentito, al netto dei fondi provenienti dal piano, e che sono rappresentati da una quota stanziata dallo Stato e da un'altra dalla regione mediante l'aumento dell'IRPEF e dell'IRAP, di ridurre ad oltre la metà il disavanzo nel 2006. Rispetto al piano di rientro, abbiamo chiuso con un 5 per cento in meno.

Negli anni 2007 e 2008, invece, rispetto alla riduzione ottenuta nel 2006, si è registrato un incremento rispettivamente dello 0,5 e del 2 per cento. A fronte di tutte le manovre di contenimento della spesa (dal blocco del *turnover* all'evitare di svolgere attività, o effettuare l'apertura di cliniche), ci siamo trovati di fronte al problema della gestione ordinaria dell'aumento delle quote contrattuali. Nonostante tutti gli sforzi, siamo però riusciti a contenere ulteriormente i costi.

Tale operazione è stata effettuata, come dicevo, fondamentalmente non da un punto di vista strutturale, ma funzionale. Basti pensare che abbiamo perduto, dal 2006 a oggi, circa 6 mila unità lavorative, che non sono state sostituite. A fronte di questa riduzione, non abbiamo però ridotto la spesa del personale, perché siamo stati costretti, per poter mantenere i LEA, a stipulare contratti a termine, ad aumentare il lavoro straordinario, nonché i salari accessori e a far ricorso agli

autoconvenzionamenti, tutte spese superiori a quelle che avremmo potuto ottenere se avessimo rimpiazzato il personale in maniera ordinaria.

Pensate, ad esempio, che un sanitario, uno specialista ambulatoriale, che abbiamo dovuto impiegare per poter far fronte alle necessità di alcune strutture ospedaliere, che ne rimanevano prive, costa, in media, il 30 per cento annuo in più un rispetto ad una persona assunta a tempo indeterminato.

Questa situazione per noi è di una gravità unica, come lo è anche un'altra: oggi siamo in credito, rispetto allo Stato, di circa 2,300 miliardi, che lo Stato non ci dà. Questo ci mette in condizioni di difficoltà: abbiamo oltre 1,400 miliardi di pignoramenti, il che significa, che ogni lira viene gravata come minimo dello 0,15 per cento. Quindi, ogni mille lire ne paghiamo 150 per interessi passivi, spese legali, di procedura e altre spese.

Anche questo problema ci sta «strozzando». Sotto il profilo finanziario siamo in condizioni disastrose, perché siamo senza liquidità. Tutte le misure che potremmo attuare urtano quindi contro questa situazione.

Che iniziative abbiamo messo in cantiere per cercare di rientrare dal disavanzo con operazioni strutturali e riportare la spesa in pareggio? La nostra sanità è fondamentalmente centrata sugli ospedali. Dalle nostre parti le persone vanno in ospedale perché vi vedono l'unico punto di riferimento nel quale poter essere curate. Ciò crea un disavanzo notevole, perché l'ospedale finisce col dover assolvere funzioni che non gli sono proprie ma che servono, ad esempio, per fare una diagnosi.

Si calcola che se un paziente, per il quale la diagnosi sul territorio può avvenire in un arco di tempo da uno a quattro giorni, con una spesa relativa solo alle indagini o alle visite effettuate, viene invece ricoverato in ospedale - supponiamo per cinque giorni - la spesa viene moltiplicata per cento, perché vi incide il ricovero, che può ammontare, a seconda della tipologia dell'ospedale, addirittura fino a 2 mila euro al giorno, se l'ospedale è ad alta complessità e non c'è effettiva necessità. Stiamo, quindi, cercando di restituire al territorio la sua valenza, e di riportarvi tutte le attività improprie che vengono svolte dagli ospedali. Ciò comporta, automaticamente, la necessità di ridurre drasticamente questi ultimi. Il problema diventa, a questo punto, leggermente più complesso.

Noi abbiamo 140 strutture di ricovero e cura, 68 pubbliche e 72 private. 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 duplicazioni di funzioni ad alto costo e non danno alcun risultato.

Allo stesso modo, non tutti i nostri ospedali hanno caratteristiche tali da poter garantire un'assistenza adeguata, indipendentemente dalla sua inappropriata. Anche l'assistenza appropriata non può essere svolta da tutti gli ospedali in maniera corretta, dal momento che le loro dimensioni e la tipologia delle discipline che vi afferiscono non sono tali da poterla garantire. Il nostro impegno, in questo momento, è, dunque, quello di ridurre drasticamente l'attività di ricovero e cura di circa il 50 per cento, sia nel pubblico sia nel privato, utilizzando le strutture pubbliche e private già esistenti e adeguate per poter svolgere la loro funzione e cercando di potenziare quelle che, invece, hanno necessità di continuare a operare, per allocazioni territoriali o per densità demografica, e che quindi non possono essere eliminate, adeguandole però alle necessità.

Ciò comporterebbe una notevole riduzione dei costi, perché automaticamente verremmo ad abolire una quantità di ricoveri inappropriati o inutili. Abbiamo, però, due difficoltà che non vanno sottovalutate.

La prima è la mentalità delle persone, che sono abituate a vedere nell'ospedale il punto di riferimento per le proprie esigenze. Credetemi, non è una questione semplice, perché riferire a un sindaco che c'è l'intenzione di chiudere un ospedale significa che questi immediatamente si ribella e si incatena.

La seconda è rappresentata dal problema del personale. Poiché penso che non si possano compiere operazioni così strutturali senza il suo consenso, perché sarebbero fallimentari e non arriverebbero a niente, stiamo portando avanti un'operazione con le forze politiche, del mondo imprenditoriale e

sindacale, per farle convergere su questo punto.

Abbiamo deciso di chiudere la metà degli stabilimenti di ricovero e cura, ma solo formalmente. In realtà tali stabilimenti verranno trasformati: si eliminerà il ricovero per acuti e le restanti strutture diventeranno, come abbiamo deciso di chiamarli, ospedali polivalenti - lasceremo loro la denominazione di ospedali - nei quali, in primo luogo, non verrà più effettuato il ricovero notte e giorno per gli acuti. Al limite, si potrebbe prevedere un *day-surgery* o un *day-hospital*. L'elemento fondamentale sarà dato però dalla presenza strutture poliambulatoriali.

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. Il residuo degli stabili, che sono attualmente adibiti a ospedale, invece, a seconda delle dimensioni, dell'allocazione territoriale e naturalmente delle necessità potrebbe essere occupato da ospedali di comunità, che, come sapete, non sono ospedali veri e propri. L'ospedale di comunità è il luogo dove il medico di base ricovera il proprio paziente a bassissimo costo, perché normalmente è accudito solo da infermieri e non è presente nemmeno il medico di notte. Il paziente che necessita di un minimo di attenzione, invece di rimanere a casa, viene ricoverato in tali strutture dove il medico può visitarlo con estrema facilità. Ce ne sono esempi funzionanti in Toscana e in Emilia-Romagna che vanno presi in considerazione.

In alternativa, queste strutture potrebbero divenire reparti di lungodegenza, o ancora, residenze assistite.

Abbiamo, dunque, ventilato questa ipotesi nella nostra rete ospedaliera: avere undici ospedali di grandi capacità e dimensioni dislocati su tutto il territorio regionale - la nostra regione conta 5,8 milioni di abitanti, ed è la seconda dopo la Lombardia - e sette ospedali di tipo ultraspecialistico, come il Pascale, il Cotugno, il Santobono di Napoli. Tutti gli altri devono avere una dimensione non inferiore ai 150 posti letto, ma dai 150 ai 300 posti letto, e devono svolgere la propria funzione in maniera dislocata sul territorio in relazione alla tipologia.

Tutti gli altri, circa settanta, diventerebbero ospedali polivalenti. Inoltre, anche se forse non dovrei dirlo, ci attesteremo sulla cifra di sessantacinque ospedali e siamo pronti a contrattare per gli altri cinque, cosa che sarà sicuramente necessaria sui territori. Partiamo quindi da un'ipotesi di sessantacinque ospedali, ma siamo disposti ad arrivare a settanta. Se riusciremo a realizzare questo obiettivo, avremo immesso sul territorio determinate attività e l'ospedale polivalente comincerà a diventare una realtà territoriale.

Un altro problema che ci affligge è quello delle strutture convenzionate esterne, perché abbiamo 1250 laboratori, oltre a circa 300 radiologie, su tutto il territorio regionale.

A esse noi chiederemo l'accorpamento e l'asservimento ai presidi polivalenti, in modo che ogni territorio sia esaustivo delle proprie necessità, tranne che per patologie che richiedono competenze specifiche, per le quali i cittadini si serviranno degli ospedali normali, oppure di quelli polispecialistici, oppure ancora degli undici di grandi dimensioni, che sono allocati sull'intero territorio, nelle cinque province che rappresentano la regione.

Rimane il problema del personale. Poiché abbiamo alcune sacche pletoriche e altre carenti, dovremmo operarne una ridistribuzione, tenendo conto però del fatto che, per le ragioni che vi ho già descritto, oggi abbiamo una sostanziale mancanza di personale.

Il presidente Bassolino, in qualità di commissario, ha scritto al Presidente Berlusconi, chiedendo, nel rispetto dei tetti di spesa per il personale, l'autorizzazione a bandire nuovi concorsi, per riassorbire una parte dei precari e, contemporaneamente, aprire la selezione sul territorio. Ciò consentirebbe di evitare forme di assunzione incongruenti, che sono ad altissimo costo e a scarso rendimento, perché una persona che non è perfettamente inquadrata, ma presta ugualmente la sua opera, è anche difficile da dirigere e da formare. L'impegno, quindi, è questo. Oggi verrà a Napoli il subcommissario, professor Zuccatelli, che conoscerò stasera, che mi è stato descritto come persona altamente qualificata e con il quale mi auguro di poter andare avanti insieme. In tutta questa operazione è giusto e legittimo che io riferisca che ci sta dando una mano, in modo veramente molto serio, l'AGENAS, con la dottoressa Baraldi, che ha prestato la sua opera anche in Sicilia ed è

persona di altissima competenza, con la quale è in atto un discorso di ristrutturazione e riconversione.

Le difficoltà, come potete immaginare, sono notevoli. L'impegno, però, è totale.

Come dicevo prima al presidente, e mi fa piacere ripeterlo anche a voi, il tentativo che stiamo facendo è quello di tener svincolata la sanità dal problema partitico. Una delle cause che hanno portato al dissesto della nostra sanità è il suo essere stata, spesso e volentieri, appannaggio di partiti in termini elettorali e considerata, in altre occasioni, come un ammortizzatore sociale, ragion per cui al suo interno è entrato di tutto e di più.

Quando ero all'università come professore, nei lontani anni '60, vedemmo arrivare 610 *ex* detenuti, i quali entrarono nella sanità, ad esempio, come portantini o infermieri. Con tutto il rispetto per chi ha pagato la sua pena, non mi sembra opportuno far loro svolgere un mestiere che richiede una certa competenza. Mi auguro che quei tempi non tornino più, perché la qualità dell'assistenza oggi non è garantita più soltanto dai medici, ma anche dagli infermieri, che sono un elemento fondamentale per qualificazione e ruolo.

Mi auguro di poter portare avanti queste iniziative e che nella prossima audizione, se me lo concederete, o se concederete alla regione Campania di essere audita - io non so dove sarò - essa possa comunicare che i conti sono in pareggio e che l'assistenza che forniamo è migliorata rispetto a quella attuale.

PRESIDENTE. Le chiedo di lasciarci il pro memoria che ha predisposto in relazione a questo argomento, che esamineremo per porle eventuali domande, anche successivamente a questa seduta. Poiché la nostra Commissione è espressione del Parlamento, vorremmo sapere se c'è qualcosa che non funziona nel rapporto tra regione e Governo nazionale, e rivolgere così, a tale riguardo, un suggerimento al ministro competente. Mi riferisco, ad esempio, alla rigidità del piano, che vi vincola ancorché virtuosi, in quanto non vi pervengono le erogazioni necessarie perché viene defalcata, dalla somma assegnata, la quota di risparmio realizzata.

MARIO SANTANGELO, Assessore alla sanità della regione Campania. La ringrazio anche per questa domanda, perché effettivamente ciò per noi rappresenta un problema. Come avrete appreso dai giornali, la regione Campania si è opposta al commissariamento e il presidente Bassolino ha accettato di svolgere il ruolo di commissario a condizione di ricevere alcune risposte, che però ancora non gli sono state date.

Riteniamo di essere stati un po' discriminati - non lo dico assolutamente per fare polemica con la regione, ma al limite con il Governo centrale - rispetto alla Sicilia, la quale, al momento in cui siamo stati commissariati, si trovava più o meno nelle nostre stesse condizioni.

Attualmente il commissariamento sta comunque andando avanti, secondo le regole stabilite dal Governo. La difficoltà maggiore, presidente, in questo momento, è la totale assenza di liquidità. Nonostante gli sforzi che stiamo compiendo, temo moltissimo il mese di novembre. Avendo il problema dei pignoramenti - come vi ho già detto, ne abbiamo un'enorme mole - continuiamo a non pagare i creditori, che continuano a pignorare i nostri soldi. Oggi non si riesce più a mandare in banca un euro senza che venga pignorato. Esiste, dunque, il rischio che a novembre, se non troviamo una soluzione - ci serve almeno una quota per poter cominciare a sbloccare alcuni soldi, e via via tutti gli altri - potremmo non pagare gli stipendi. Le Aziende sanitarie locali sono veramente alla frutta.

Stiamo facendo i salti mortali per potere arrivare a pagare. Per noi diventa veramente fondamentale avere immediatamente un'immissione di liquidità che ci dia la possibilità di poter respirare, anche perché i soldi che ci sono dovuti - al di là delle cosiddette premialità, che non ci vengono erogate perché non siamo virtuosi - sono anche nostri, sono quelli dell'IRAP e dell'IRPEF, che ammontano a oltre 790 milioni di euro. Sono soldi senza i quali una regione in difficoltà viene «uccisa». Diventa impossibile per noi rispondere a una situazione così drammatica. Quando non pagherò gli stipendi al personale il sistema potrà considerarsi fallito. A tal proposito non saprei proprio cosa

fare.

Abbiamo avuto l'idea della certificazione, per cui certifichiamo il loro debito ai creditori, i quali riescono ad avere i soldi dalla banca. Tale meccanismo, però, funziona fino a un certo punto, perché, al di sopra di un certo livello, le banche non fanno più credito. Siamo veramente in condizioni molto difficili.

Se il vostro autorevole intervento potesse servire a darci una mano in questo momento, ve ne saremmo enormemente riconoscenti. Altrimenti, tutte le iniziative che abbiamo in atto passeranno in secondo piano. Del resto, se sarò costretto a dover affrontare orde legittimamente inferocite di operatori della sanità che non vedono riconosciuto il proprio lavoro e non ricevono lo stipendio, la situazione diventerà insostenibile.

PRESIDENTE. Professore, credo che questa Commissione possa anche fungere da interfaccia, nel sistema sanitario, tra dimensione regionale e nazionale. Credo, quindi, che essa, con riferimento all'esigenza di liquidità, non avrà nulla in contrario a rappresentare al ministro competente le criticità che lei ha espresso.

Non è un problema di pretendere risorse in più, ma di chiedere, nel momento in cui servono, quelle che devono essere comunque erogate alla regione.

Provvederemo senz'altro in questo senso.

LUCIO BARANI. A parte il «peccato originale» della modifica del Titolo V della Costituzione - parte tutto da lì - se Dio vuole, ho visto che col federalismo fiscale la Campania otterrà molto di più rispetto ad altre regioni.

MARIO SANTANGELO, *Assessore alla sanità della regione Campania*. Le dico subito che io temo moltissimo il federalismo fiscale. Oggi la sanità rappresenta il 6,8 per cento del PIL nazionale. Calcoli che, per mantenere i livelli attuali di assistenza, e quindi le entrate attuali, mentre la Lombardia vedrà scendere il proprio PIL intorno al 5 per cento, noi, per poter essere autosufficienti, dobbiamo arrivare al 12 per cento: così la regione muore.

LUCIO BARANI. Ottenete di più.

MARIO SANTANGELO, *assessore alla sanità della regione Campania*. La sanità forse, ma la regione muore.

LUCIO BARANI. Stiamo parlando di sanità. La invito a rivedere il dato del 60 per cento che ci ha riferito, perché ne ho chiesto la conferma, ma non l'ho ricevuta.

MARIO SANTANGELO, *Assessore alla sanità della regione Campania*. Siamo al 65 per cento.

LUCIO BARANI. Mi hanno confermato che è un po' più elevato. Lei ha solamente toccato, fornendo una spiegazione, la questione della spesa farmaceutica di apparecchiature e protesi. Credo che la sua sia una delle regioni dove questo tipo di spesa è più elevato.

Le parlo anch'io da medico. Le protesi commercializzate in Puglia sono largamente impiegate nella sua regione, anche se sicuramente sono utili e permettono a molti di riavere una buona qualità di vita. Sui farmaci in generale, la Campania è comunque una delle regioni che ha la spesa maggiore. Forse manca - lei stesso ha ammesso che difettate nell'organizzazione - un sistema centralizzato di appalti, una gara unica, mentre si lascia alle singole Aziende sanitarie la possibilità di pagare i farmaci, le protesi o gli strumenti sanitari a prezzo pieno. Credo sia questo il punto del sistema cui le accennavo prima.

Io l'ho chiamato Tarantini, ma lei può attribuirgli qualsiasi altro nome. Sa perfettamente che cos'è la compartecipazione, che esiste in questo malaffare che molti nostri colleghi e molte Aziende

sanitarie continuano ad alimentare e che non fa sicuramente onore alla sanità. Nella regione Campania questa spesa è troppo alta ed ha una percentuale forse tra le maggiori d'Italia.

In effetti, quando lei ha parlato di farmaci antitumorali, ha riferito che, sebbene vengano prescritti al nord, siete costretti ad assegnarli al sud perché ovviamente, una volta che sono stati prescritti, non ne può essere negata la somministrazione al nostro concittadino, che li va a prendere in farmacia o in ospedale. Certamente si tratta di una spesa molto alta e forse rappresenta una delle cause del dissesto e del disavanzo, che lei ha descritto.

Comunque la ringrazio della sincerità con la quale ci ha esposto, senza nasconderli, i punti critici.

MARIO SANTANGELO, *Assessore alla sanità della regione Campania*. Lei dice una cosa vera. Purtroppo, però, credo che stiamo vivendo in un mondo abbastanza difficile e che proprio nelle relazioni di mercato sia cambiato qualcosa.

Nella sanità - e lei, come medico, lo sa meglio di me - stiamo vivendo un momento nel quale è l'offerta che condiziona la domanda, ragion per cui sta succedendo di tutto e di più. Ci sono attrezzature che diventano obsolete dopo sei mesi, perché viene immesso nel mercato qualcosa di nuovo, che può anche essere poco utile, ma viene propagandato come indispensabile; vengono prodotti strumenti che invadono il mercato e che debbono trovare la loro collocazione, e diventa difficilissimo - lei lo sa meglio di me - riuscire a regolare questo processo. Quando si convince un medico in buona fede - non parlo mai di malafede - dell'utilità di un materiale ed egli insiste sostenendo che gli serve necessariamente perché non può operare senza, diventa difficilissimo poter combattere.

Noi abbiamo un sistema di centralizzazione degli acquisti, che però non funziona al 100 per cento, costituito dalla So.Re.Sa., la quale ha prodotto alcuni effetti positivi sull'acquisto dei farmaci, perché ci sono state notevoli riduzioni. Stiamo cercando di estendere il meccanismo di centralizzazione a tutto il sistema, ma i contrasti sono molto forti, perché le categorie professionali alle quali apparteniamo difendono l'autonomia decisionale nella scelta dei materiali da parte del sanitario. Pertanto, se si fornisce, ad esempio, il filo «x», il sanitario può rifiutarlo e sostenere che non è adeguato all'intervento. Lo stesso discorso vale se si fornisce il filo «y».

Siamo arrivati a un punto in cui, anche nella sanità, c'è stata un'invasione - non so se ciò è avvenuto anche nelle altre regioni - da parte dei prodotti cinesi. Adesso ci sono le suturatrici cinesi, che sono di una pericolosità estrema perché, spesso e volentieri, i punti non si mantengono; lo stesso problema si è posto per le valvole cardiache.

Stiamo cercando, quindi, di comunicare alla So.Re.Sa. che in questo tipo di gare non si può considerare più solo il prezzo, ma il rapporto prezzo-qualità, calcolato però in maniera corretta. Infatti, se si compra al prezzo più basso, poi si offre una prestazione di livello nettamente inferiore. Il «bombardamento» da parte dell'industria sanitaria - non parlo solamente della farmaceutica - è veramente avvilente. Si è davvero bombardati: si compra la TAC a sedici *slide* e subito dopo arriva quella a sessantaquattro. Se si domanda a che cosa serve, si ottiene la risposta che, se il medico deve studiare il flusso, gli occorre quella. Poi è arrivata addirittura la TAC della Toshiba a 360 *slide*. Io non so quello che succederà.

Il fatto più grave è che nessuno specifica i rischi delle operazioni che noi eseguiamo. Sa a quante radiografie del torace equivale una TAC *total body*, in termini di radiazioni assorbite dall'individuo? A 300, ma nessuno dice niente.

In Campania esistono apparecchi per 54 TAC nel pubblico e 140 nel privato. Non c'è medico che oggi non chieda la TAC per qualunque cosa, perché se non si fa la TAC al paziente, poi ci può essere un problema di *malpractice*. Infatti, oggi il medico del pronto soccorso teme in primo luogo di incorrere in responsabilità. Nessuno, dunque, manda più a casa un paziente se non lo ha sottoposto a tutti gli esami, perché se quella persona fa rientro a casa e le succede qualcosa per cui torna in ospedale, oppure muore a casa, si innescano situazioni davvero difficili da gestire. Il costo e il danno che si producono per evitarle sono enormi.

Si tratta, purtroppo, di un fenomeno che non riusciremo mai a fermare, perché non si potrà mai

imporre al medico di non eseguire una TAC, in quanto rientra nella sua competenza. Per poter avere una TAC o una risonanza utili che diagnosticano una lesione cerebrale tempestivamente, per evitare che il malato vada a casa e muoia, se ne eseguono 99 inutili.

C'è poi l'idea che ormai il malato non può più morire e se muore è colpa della sanità. La morte è diventata un *optional* legato alla sanità. Chiunque di noi svolge questo mestiere è sempre responsabile, perché sicuramente o ha messo, o ha fatto qualcosa in più, o ha trascurato un elemento.

Naturalmente sono condizioni estreme, paradossi che nulla tolgono alle nostre responsabilità di disorganizzazione. Non voglio giustificare le nostre colpe. Tuttavia, oggi è veramente difficile poter organizzare la sanità e contenerne i costi.

D'altronde, non so se ne siete conoscenza - io lo so per via del problema della Commissione affari sociali e della Conferenza Stato-regioni - ma quest'anno, per la prima volta, il finanziamento della sanità è deciso dal Ministero dell'economia e delle finanze, senza avere sentito né il Ministero della salute, né le regioni. Si arriva all'estremo opposto, per cui si devono adattare i LEA ai soldi che si hanno, e non, viceversa, i soldi ai LEA che si dovrebbero fornire. Sarà, quindi, un problema di enorme difficoltà che non so come andrà a finire. Peraltro, il problema non preoccupa solo la Campania, ma anche tutte le altre regioni.

PRESIDENTE. Non voglio esprimere su questo argomento opinioni di parte, però credo che, al di là di esse, si possa tutti convenire sulla circostanza che il lodevole intervento legislativo volto a istituire il Ministero della salute, anche al fine di evidenziarne l'autonomia rispetto a un diritto fondamentale, rischia di essere, in qualche misura, frustrato dalla circostanza che, nel testo approvato dal Senato, si prevede una presenza pesante del Ministero dell'economia e delle finanze. Che esso debba esprimere il proprio concerto per la programmazione sanitaria rischia di produrre effetti a catena, per cui la parte contabile diventa più importante di quella funzionale. È una considerazione che mi permetto di fare a voce alta, perché mi auguro che questa parte del provvedimento si possa emendare. Non so se su tale aspetto la Commissione potrà giungere a una posizione univoca. In ogni caso rispetteremo la legge, ma ora che essa ancora non c'è, forse, raccogliere questo segnale può essere un modo per non vanificare la bontà della scelta relativa al Ministero della salute che, ancorché positiva, rischia di essere vanificata se lo si pone sotto la «tutela» del Ministero dell'economia e delle finanze.

Una considerazione che possiamo svolgere, e su cui ci permettiamo di insistere - a tal proposito, credo di interpretare quello che la Commissione ha sostenuto in altre occasioni - è relativa alla necessità di avviare forme di appalti di forniture più centralizzate possibile. In tal modo si può calcolare correttamente il rapporto qualità-prezzo, che sarebbe invece preoccupante affidare al territorio, e quindi alla discrezionalità delle singole unità operative. Se viene effettuato a livello centralizzato è più facile da controllare, invece se viene eseguito a livello diffuso, c'è il rischio che ciò che costituisce il parametro prezzo-qualità da una parte non sia tale dall'altra. Ciò certamente non aiuterebbe a risolvere i problemi della sanità.

Non essendovi altre richieste di intervento ringrazio l'assessore per la sua relazione. Ne prendiamo atto e rimandiamo in attesa di ricevere ulteriore documentazione. Invieremo anche una nota al Governo per far presente che esiste un problema di liquidità della regione, al netto degli obblighi che devono essere rispettati per evitare che si verifichi un effetto domino. Inoltre, faremo eventualmente pervenire alla regione eventuali ulteriori richieste di integrazioni e di chiarimenti. Vorremmo che l'audizione fosse il momento di un cammino, poiché tutti abbiamo l'interesse che il diritto alla salute sia garantito al massimo e con il minimo spreco di denaro pubblico.

Quanto al suo appello iniziale, faremo di tutto perché questa Commissione resti fuori dalle polemiche politiche ed elettorali. Peraltro, la tensione sarà maggiore nelle regioni che sono sottoposte a elezioni, benché anche le altre la registrino (così, ad esempio, in Sicilia pur non essendo previste le elezioni regionali, credo che vi sia stata una certa tensione). A volte, essa è quasi

un fatto endemico, che prescinde dall'evento elettorale.

Nel ringraziare ancora l'assessore e nell'augurargli buon lavoro, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 13,20.