

CAMERA DEI DEPUTATI

XVI LEGISLATURA

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

Seduta dell'1/8/2012

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE ANTONIO PALAGIANO

La seduta comincia alle 14,10.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Se non vi sono obiezioni, rimane stabilito che la pubblicità della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.
(*Così rimane stabilito*).

...

Audizione del presidente della Regione Campania, Stefano Caldoro.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del presidente della regione Campania, Stefano Caldoro, che desidero ringraziare per aver accolto tempestivamente il nostro invito. È presente anche il subcommissario alla sanità della regione Campania, dottor Mario Morlacco.

Come le è noto, presidente, la Commissione, nell'ambito delle competenze assegnate dalla deliberazione istitutiva, avvierà a breve l'esame di una proposta di relazione sullo stato della sanità nella regione Campania.

Il lavoro istruttorio si è finora basato sui dati acquisiti e sulla documentazione fatta pervenire dalla sua giunta, nonché sui verbali del tavolo di verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e delle finanze. Con l'odierna audizione, la Commissione ha l'opportunità di procedere a un approfondimento istruttorio volto all'aggiornamento dello stato di attuazione del piano di rientro e alla rimodulazione complessiva della rete ospedaliera - anche mediante documentazione di supporto - la cui analisi risulterà funzionale alla tempestiva elaborazione della bozza di relazione al Parlamento.

Accanto all'aspetto economico, la Commissione, anche in vista della missione di domani a Napoli, intende concentrare l'attenzione sulle criticità emerse nel corso degli ultimi mesi, come il sovraffollamento di molti pronto soccorso, l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rispetto alla media nazionale e alcuni presunti casi di errore sanitario.

La Commissione resta disponibile ad acquisire agli atti ogni documento che lei ritenga utile consegnare a margine dell'audizione.

Ringrazio ancora il presidente Caldoro e gli cedo subito la parola.

STEFANO CALDORO, *Presidente della regione Campania*. Presidente, grazie per questa opportunità.

Vorrei preliminarmente consegnare la documentazione di supporto alla nostra audizione in formato sia informatico sia cartaceo. L'elenco dei documenti include il decreto commissariale di approvazione dei programmi operativi, la relazione sulla rete ospedaliera, lo stato di attuazione del

piano di rientro e i decreti commissariali più rilevanti sulla rete di emergenza-urgenza. Vi sono, inoltre, la comparazione del conto economico 2001-2011, la scheda di copertura dei disavanzi fino al 2011, la relazione sul piano dei pagamenti, la nota ai ministeri circa le criticità del blocco del *turnover* - su cui chiedo alla Commissione una particolare attenzione - e le sue conseguenze. Inoltre, vorrei consegnare una nota legata all'ultimo caso di errore sanitario - segnalato da lei nella convocazione per la giornata di oggi - verificatosi nella provincia di Benevento. Come espressamente richiesto, è presente tutta la documentazione relativa, che lascerò agli atti. Dopo aver elencato i documenti che possono essere utili ai commissari anche per inquadrare un'eventuale richiesta di documentazione integrativa, vorrei illustrare la dimensione complessiva di una regione - che non solo è sottoposta a piano di rientro, ma è anche commissariata (ormai da anni) -, le condizioni di sistema che incidono sulle responsabilità di sostenibilità finanziaria e l'effetto che queste azioni hanno sui LEA e sulla qualità della sanità garantita sul territorio. Anzitutto, vorrei fornire dei macro dati per delineare un quadro d'insieme che possa essere utile a tutti anche per sfatare un'opinione, prevalentemente giornalistica (che diventa, però, elemento di attenzione dell'opinione pubblica) relativa all'inefficienza economico-finanziaria di alcune regioni, che comporterebbe una logica di sprechi. Secondo tale logica, le regioni che sprecano e spendono troppo sono catalogate come «regioni canaglia» e si ritiene - impropriamente, se si guardano i dati - che siano quelle che spendono di più. La Campania è la regione che spende meno in Italia perché, secondo i vecchi criteri dell'accordo tra regioni e Stato (che, tra l'altro, con il nuovo Patto per la salute saranno rivisti), negli ultimi anni ha circa 60 euro *pro capite* in meno di trasferimenti dal Fondo nazionale; solo per il fatto di avere meno trasferimenti, già spende meno delle altre. In più, la Campania è la regione con la spesa più bassa anche in termini *pro capite*, perché i trasferimenti sono una cosa, ma se a questi non aggiungiamo, eventualmente, anche l'utilizzo di un extra che viene definito e aggiunto al Fondo - si può pensare che tali regioni spendano di più perché sono in deficit; noi, invece, riceviamo meno e spendiamo meno. I dati che riporto sono ufficiali e certificabili, non regionali, e i risultati del Tavolo di monitoraggio e le vicende sono riportate tutte per iscritto e condivise anche con le regioni. I motivi di questa situazione sono tanti - tra cui i coefficienti di calcolo e l'anzianità della popolazione - e altrettanto noti; ad ogni modo la Campania è la regione che ha meno e che spende meno in Italia. A ciò si aggiungano le novità legate all'azione della *spending review*, sui cui effetti il mio giudizio è negativo circa la parte dei cosiddetti «tagli lineari» (di *spending review* c'è poco; il resto, sostanzialmente, è manovra). La parte della *spending review* - che sicuramente rappresenta un lavoro svolto egregiamente dal commissario Bondi - incide su una voce specifica della finanza pubblica, relativa ai consumi intermedi, all'interno della quale vi sono costi che sono stati analizzati complessivamente; posso già riferirvi che la regione Campania, in questa partita di possibili risparmi sui consumi intermedi richiesti nella *spending review*, si attesta al di sotto della media nazionale. In questo quadro di insieme - meno soldi, meno spese e, per giunta, una posizione sotto la media anche nei costi intermedi; non si tratta di analisi eseguite dalla regione ma, queste ultime in particolare, dal commissario Bondi - vi sono gli aspetti di criticità che rientrano nel piano di rientro sanitario per cui occorre abbattere il deficit. Nell'allegato che abbiamo predisposto sono contenute alcune tabelle dal 2006 al 2011, che vedono la progressione del rientro dei disavanzi: 863 milioni nel 2007, 827 nel 2008, 773 nel 2009, 496 nel 2010 e 260 nel 2011. Questi dati vengono condivisi nel Tavolo di monitoraggio nazionale e, complessivamente, la nostra regione risulta quella con le migliori *performance* in termini di rientro sanitario. I 260 milioni di euro ci allontanano di 7,9 milioni dal limite previsto per l'equilibrio di bilancio - e da quello che è più comunemente tollerato come deficit per non avere gli adempimenti dei piani di rientro. Il subcommissario Morlacco sarà più specifico e potrà fornire maggiori dettagli. Il *trend* è questo e riteniamo di dover arrivare, nel 2012, al pareggio di bilancio sugli adempimenti previsti nel piano di rientro; ciò è stato possibile con delle misure che conoscerete: l'aumento delle

addizionali, alcuni atti che rientrano nel cosiddetto «cronoprogramma» e una serie di adempimenti previsti nel patto con le regioni sui piani di rientro delle stesse.

Sarebbe improprio parlare soltanto di questioni economico-finanziarie senza evidenziare quali effetti producano sulla qualità della sanità; com'è noto, misurare quest'ultima è complicato, ma farlo in maniera comparata tra regione e regione lo è ancora di più. Indubbiamente, vi sono sistemi che funzionano meglio di altri, ma quanto ciò incida sulla capacità di avere risorse sufficienti per garantire una migliore qualità è tutto da dimostrare.

Le regioni sottofinanziate difficilmente possono erogare una sanità migliore, mentre quelle con maggiore capacità di entrata hanno maggiore manovrabilità di bilancio rispetto ad altre, che ne hanno meno per ragioni territoriali. La Campania ha una capacità di entrata tre volte inferiore rispetto a quella di regioni con meno abitanti, perché è la ricchezza del territorio che produce le entrate; limitatamente, queste possono essere anche utilizzate per i cosiddetti «extra LEA», ma gli stessi sono impediti alle regioni che non hanno la medesima capacità di avere risorse in più per destinarle, appunto, alla migliore qualità della sanità.

Prima di lasciare ai commissari la discussione di carattere generale o relativa ai casi particolari, vorrei evidenziare ancora due questioni.

In primo luogo, una delle criticità più serie consiste in una certa rigidità nella gestione dei piani di rientro. Citando un caso per tutti, una serie di adempimenti che le regioni devono garantire in un tavolo condiviso (che è tale per modo di dire, perché ognuno porta la propria posizione, ma se nel verbale si trova un'intesa e non si hanno valutazioni diverse, in particolare sulla parte economico-finanziaria del MEF o su quella della sanità del Ministero della salute, ci si mette d'accordo) rappresenta la premessa per liberare le risorse accantonate. Premetto che si tratta di risorse della regione - non di piani di riequilibrio e via discorrendo - e non possono esserle tolte. Allo stato, abbiamo 1 miliardo e 762 milioni di euro accantonati, vale a dire il famoso 3 per cento di accantonamento per ragioni «sanzionatorie» (utilizzo il termine in modo improprio), che viene sbloccato, di volta in volta, in presenza di molti adempimenti.

Molte volte, tale rigidità degli adempimenti non consente di dare molte delle risposte che dovremmo garantire per raggiungere gli obiettivi dei piani di rientro, che sono lo sblocco delle risorse per chiudere i contenziosi, le liti e le obbligazioni che da esse derivano. Infatti, le obbligazioni non si fermano sui tavoli - dove dobbiamo trovarci d'accordo su ogni virgola - ma corrono; gli avvocati continuano a svolgere il loro lavoro e si producono ulteriori danni. Si può anche decidere che una determinata cassa e un determinata somma sbloccata venga finalizzata a raggiungere quell'obiettivo; sarebbe una gestione più sensata e utile a tutti, piuttosto che tenere accantonate risorse che, in definitiva, sono necessarie a quello.

La Campania, che è la regione che eredita più liti, eredita anche più pignoramenti per i quali vi è una quota di ulteriore accantonamento di risorse che non vengono sbloccate finché la lite non si chiude. Paradossalmente, in termini di chiusura di pagamenti per obbligazioni fatte con certificazioni garantite (tutta la procedura deve essere ovviamente garantita), si potrebbero sbloccare non solo la somma di 1 miliardo e 762 milioni per chiudere i contenziosi, ma anche ulteriori risorse, che sono quelle degli accantonamenti dovuti a pignoramenti che sarebbe opportuno chiudere.

Tutto questo, purtroppo, vede una certa rigidità; le regioni hanno portato le proprie ragioni, e anche se è evidente che molto compete a noi, nel rapporto con il Governo, credo sia opportuno che i commissari siano a conoscenza di queste criticità.

L'ultima questione riguarda un'altra rigidità che sta producendo maggiori costi e minore sanità, in termini di qualità. Ho portato un fascicolo e una serie di lettere «disperate», che ho inviato al Governo lanciando un grido d'allarme; approfitto, presidente, dell'opportunità che mi date in questa sede per esprimere ben più che una preoccupazione.

Per due anni la regione Campania ha avuto il blocco del *turnover* parziale, e da circa tre anni ha il blocco del *turnover* totale. Dalle prime analisi (non nostre, bensì di organismi tecnici nazionali) risulta che per rispettare i livelli essenziali di prestazione la regione ha bisogno di 5 mila medici; è

la regione italiana con minor personale rispetto alle prestazioni che deve erogare, e ciò è accertato anche dai tavoli tecnici. Ne deriva che quando si arriva a un certo limite e non si può andare oltre - per i pensionamenti eccetera - non si possono garantire le prestazioni obbligatorie.

Si è parlato della neurochirurgia e delle anestesie: non abbiamo più personale, con il paradosso che, fino ad oggi, abbiamo lavorato caricando di turni che (se osservate le cifre) sono allarmanti. Un anestesista che deve lavorare molte più ore di quelle che gli competono e che deve sostenere un doppio o un turno triplo turno, costa più di un altro giovane anestesista, perché il suo stipendio è moltiplicato per gli effetti di anzianità eccetera.

Anche dal punto vista economico, dunque, è una situazione che non regge, e ad oggi non abbiamo alcuna norma che ci permetta di ragionare in termini di sblocco possibile, compatibilmente con le risorse a disposizione. In realtà, sarebbe possibile prevederlo addirittura senza costi aggiuntivi, dimostrando tecnicamente che, in qualche caso, lo sblocco delle assunzioni è un risparmio, non un carico ulteriore. Ciò andrebbe fatto a un tavolo tecnico, che, pur condividendo tutte queste finalità, si trincerava dietro una legge che dice il contrario. Nessuno sostiene che tali calcoli siano sbagliati, ma soltanto che c'è una legge che non ce lo permette.

Ciononostante, vi sarebbe una legge un po' farraginoso (inserita in un provvedimento di qualche anno fa) che ce lo permetterebbe, in quanto essa dispone che se le regioni dimostrano, caso per caso, ASL per ASL, quanto vi ho detto prima - ossia che le assunzioni sono necessarie per i livelli essenziali delle prestazioni e non producono ulteriori costi - possono anche essere sbloccate.

È inutile dirvi che abbiamo prodotto pile di carte, caso per caso, e che per ogni azienda abbiamo motivato e spiegato, reparto per reparto, ciò che occorre fare; tuttavia, capisco che si tratta di un lavoro molto più complicato rispetto a quello di prevedere complessivamente uno sblocco parziale del *turnover* del 10, del 20 o del 30 per cento rispetto agli esodi che si registrano.

Riferisco ciò con un grido d'allarme e ho qui con me le lettere - che poi vi lascerò - del direttore generale di un ospedale o di un'azienda che deve chiudere il reparto perché non ha più determinate figure. Non è possibile neppure ricorrere alla mobilità extraregionale, perché di fatto si tratterebbe di un'assunzione che presenterebbe un problema di compatibilità «del Paese». Le regioni sembrano nazioni, ognuna con il proprio equilibrio di bilancio, sebbene si tratti complessivamente di spesa pubblica. Alla fine paghiamo comunque quel dipendente, che magari nella regione Toscana è in eccesso ma in Campania sarebbe necessario, come in Puglia, in Molise e in tutte le regioni che sono sottoposte a piano di rientro.

Chiaramente, so che deve essere il legislatore nazionale a intervenire, per cui lanciai questo grido d'allarme relativo a una situazione che, per noi, da settembre, potrebbe diventare realmente insostenibile.

PRESIDENTE. Le criticità che lei ha giustamente messo in evidenza potranno essere oggetto di discussione nell'ambito della Commissione; le ricordo, tuttavia, che questa non ha potere risolutivo. Mi riferisco specialmente all'impiego di personale esterno convenzionato, che fruisce di tanto straordinario, mentre con quel denaro si potrebbe assumere personale nuovo, più giovane e meno stanco; si potrebbero evitare i turni di guardia di 18 o 24 ore, che poi portano errore sanitario; si potrebbe evitare quel fastidioso fenomeno, oramai sempre più di moda, dei medici primari facenti funzione, che alla fine dei loro anni di servizio come apicali fanno causa all'ASL. Poiché, come la Corte di cassazione oramai ha stabilito, l'ASL deve retribuirli, e perciò i primari facenti funzione costano anche più dei concorsi da primario.

Ovviamente, lo sblocco del *turnover* non è nelle possibilità della Commissione; tuttavia, la stessa potrà far presente le sue osservazioni, che credo siano oggettivamente condivisibili, nella relazione finale al Parlamento. Se, poi, al presidente Caldoro sarà possibile portare anche una spiegazione dettagliata sulla possibilità di ottenere risparmio assumendo nuovo personale - con maggiore freschezza ed energia - secondo me sarà un argomento sicuramente interessante.

Prima di cedere la parola ai colleghi, vorrei rivolgerle alcune domande più specifiche. Come potrà immaginare, alla Commissione arriva materiale di tutte le regioni in cui vengono sollevate criticità

sia in ambito finanziario sia assistenziale; pertanto, è giusto che rivolga tali domande, pervenuteci ufficialmente, direttamente al presidente della Regione, innanzitutto per valutarne la veridicità e poi per vedere se vi sono delle soluzioni.

La prima domanda riguarda la forma di pagamento dei laboratori convenzionati. Sappiamo che esiste un nomenclatore tariffario e che le regioni, proprio seguendo l'articolo 5, hanno la possibilità di retribuire in eccesso rispetto alle tariffe stabilite dal decreto ministeriale n. 150 del 1996. Ci risulta che la regione Campania retribuisca i laboratori di analisi con pagamenti che superano quelli del tariffario nazionale addirittura del 100 per cento (anche la regione Toscana aveva questa abitudine, ma poi è tornata alle vecchie remunerazioni).

Ovviamente, occorre un capitolo di spesa del bilancio regionale da cui prendere questi soldi, altrimenti una politica del genere porterebbe al depauperamento dei fondi del sistema sanitario nazionale; ciò deve essere comunicato al Ministero dell'economia e delle finanze ed esiste un'intera trafila da seguire per giustificare questo ulteriore esborso di risorse pubbliche.

Vi è, inoltre, il problema della mobilità sanitaria passiva. Lei ha detto tante cose giuste e apprezzabili sul piano di rientro, che, a mio avviso, se sarà così completato porterà anche alla fine del commissariamento della regione. Tuttavia, è vero anche che la regione Campania ha il primato nazionale di migrazione passiva: vanno tutti fuori.

Vi è il problema - che le segnalai già attraverso un atto ispettivo - dei fondi per la PMA (Procreazione medicalmente assistita) che, dal 2005, la regione Campania non distribuirebbe (uso il condizionale) per implementare nuovi centri che offrano il servizio e per ridurre l'esodo verso la Lombardia, l'Emilia-Romagna e la Toscana.

Vi sono criticità assistenziali, come per esempio nell'ASL Napoli 3, che è stata anche oggetto di un'indagine conoscitiva di questa Commissione, quando era presieduta dal presidente Orlando. Con una popolazione di oltre un milione di abitanti, l'ASL Napoli 3 è una delle aree più popolate d'Italia; vengono espletati oltre 10 mila parti, ma non ha un centro di terapia intensiva neonatale.

È notizia di ieri - ma era stato segnalato un altro caso anche la settimana scorsa - che nel nostro Paese alcuni bambini siano deceduti subito dopo la nascita; ciò, ovviamente, porta a riflettere sull'opportunità di garantire l'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione anche al neonato e di attivarsi in questa direzione.

Vi sono casi, che abbiamo segnalato, relativi a presunti episodi di malasanità: uno riguarda la riduzione dei posti letto all'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli, con la soppressione di tre dei sette posti letto a causa di alcune crepe in sala operatoria, e il presunto errore sanitario per una neonata all'ospedale di Boscotrecase, per cui la nostra Commissione ha inviato una lettera il 18 luglio 2012.

Vi sarebbero anche altre valutazioni da fare per implementare nuovi centri - in questo caso, quello segnalato riguardava la terapia intensiva neonatale ad alta densità - ed altre su possibilità di risparmi, specialmente con convenzioni esterne.

STEFANO CALDORO, *Presidente della regione Campania*. Su alcune questioni specifiche proporrei di sentire il subcommissario; tuttavia, vorrei fornire alcuni dati di carattere generale sulla mobilità passiva.

La regione Campania eredita un'alta mobilità passiva, ma quest'anno, per la prima volta, si è avuta una riduzione del 10 per cento; non è una cosa di poco conto, considerato il quadro generale che vi ho illustrato.

Il problema riguarda le *performance*, perché se ci si limita a guardare l'eredità è difficile ridurla, esattamente come il debito pubblico italiano; si dispone di ciò che si ha, e in questo abbiamo un elemento positivo. Analogamente, come avrete visto in tutte le tabelle, non abbiamo eccesso di posti letto, e la regione è sotto la media anche da questo punto di vista.

In seguito forniremo un quadro più preciso di un'altra anomalia campana, la cosiddetta «attribuzione delle posizioni dipartimentali» (semplici o complesse). In questo ambito abbiamo ereditato il record italiano, ma lo abbiamo ridotto di circa mille unità; abbiamo dovuto fare un gran

lavoro, con l'effetto di aver ridotto e toccato la parte più sensibile per la politica, quali ad esempio i ruoli di primario; abbiamo fatto un'azione inversa, riducendo tutto ciò in maniera significativa. Inoltre, ho portato anche una nota relativa alla parte concernente le dimissioni dei presidi ospedalieri, i piccoli ospedali e quanto previsto, nel piano di rientro, sulla riorganizzazione della rete ospedaliera, che dimostra un'azione di contenimento. Ciò che diceva lei è tutto vero e si tratta di temi a cui, in parte, abbiamo già risposto; per altri casi specifici, arriveranno le risposte. L'ultima questione di carattere generale riguarda alcuni effetti sulle strutture ospedaliere. Nel piano di rientro si chiede la chiusura dei presidi, gli accorpamenti eccetera, ma per far ciò bisognerebbe disporre delle risorse necessarie per gli investimenti richiesti dal trasferimento dei reparti che vanno accorpati. Come sapete, abbiamo il blocco già da qualche anno, pur avendo una disponibilità nel bilancio di competenza che credo sia superiore al miliardo. Queste risorse spettano alla Campania per i fondi cosiddetti «ex articolo 20» della finanziaria 1988, ossia i fondi per gli investimenti per le strutture ospedaliere ma ciò, com'è noto, rappresenta una nota dolente. Abbiamo queste risorse attribuite alla regione Campania ma non ne abbiamo, di fatto, la utilizzabilità, né ai fini di cassa né, in parte, di competenza, perché questa viene attivata attraverso accordi di programma che abbiamo proposto di riattivare, ma che il Governo non è ancora in grado di garantire. Molte di queste situazioni, purtroppo, sono anche collegate al fatto che dovremmo avere le risorse necessarie per garantire il piano che è stato approvato. Per quanto riguarda le vicende relative all'accreditamento, vorrei cedere la parola al dottor Morlacco.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Anzitutto, vorrei fare un chiarimento sulla questione delle tariffe nell'attività chimico-clinica dei laboratori di analisi. Nella regione Campania, le tariffe della specialistica sono state adottate dai vecchi governi regionali ma, successivamente, sono state oggetto di un notevole contenzioso che è sfociato in una nomina di un commissario *ad acta* da parte della giustizia amministrativa. Il commissario ha elaborato un tariffario e lo ha inviato al Ministero della salute per la validazione, ma ormai da quasi un anno non è ancora intervenuta l'approvazione.

Abbiamo fatto un sollecito, perché probabilmente questo tipo di ritardo può essere giustificato, ma (in maniera informale) ci è stato fatto presente che ormai il tariffario c'è, è stato anche condiviso nella Conferenza Stato-regioni ed è in via di definitiva approvazione. In realtà, ancora oggi, e dopo mesi, il nuovo tariffario non c'è ancora, e mentre non sono validate le nuove tariffe adottate dal commissario *ad acta*, quelle ministeriali tardano a uscire.

Le tariffe sono degli anni Novanta; c'è poi un decreto del Ministero della salute per l'adozione del nuovo tariffario; questo, però, su opposizione dei centri convenzionati, è stato annullato. Oggi non c'è un solo riferimento normativo nazionale riguardante le tariffe, che sono rimesse - almeno fino a quando non interverranno quelle nuove approvate dal Ministero - alle regioni. La legge n. 133 del 2008 ha vietato che le regioni provvedessero ad aggiornamenti triennali, bloccando l'attività così com'era in precedenza; in questo momento, però, c'è un *vulnus*, che consiste nell'attesa del nuovo tariffario nazionale ministeriale che, sebbene sia stato elaborato e condiviso da mesi, non riesce a diventare ufficiale.

Ovviamente, abbiamo contrasti interni ai settori convenzionati, dove i radiologi contestano che le tariffe di laboratorio sono troppo elevate. Tuttavia, per quanto riguarda il problema della copertura (che non so se si possa considerare tale) di tali tariffe, ritenute troppo elevate rispetto a un riferimento che non c'è, va tenuto conto che la copertina non è fatta con le risorse dei trasferimenti dello Stato per i finanziamenti del sistema sanitario regionale, ma con quelle aggiuntive rivenienti dalla fiscalità regionale.

La contestazione in termini sostanziali è giusta, e bisogna arrivare alla definizione delle tariffe; tuttavia, la criticità sta nel percorso che non si riesce a definire, tra un commissario che ha adottato il tariffario, un ministero che non lo ha ancora validato e un Governo che deve intervenire con le

tariffe ministeriali, com'è giusto che sia, ma tarda a farlo, mentre noi viviamo una situazione di *vulnus*. Quando almeno uno dei percorsi sarà completato, potremo avere delle tariffe; poi, che siano più alte o meno è un altro discorso, ma almeno saranno validate e ufficiali. Nel frattempo, si opera sulla base delle ultime tariffe adottate dalla regione, che risultavano definitive.

Vorrei inoltre chiarire, per evitare che il presidente Caldoro possa aver riferito un dato non del tutto preciso rispetto alla questione della mobilità, che abbiamo conoscenza del fenomeno dopo un anno e mezzo o due, e la mobilità addebitata alla regione Campania nel 2009 era pari a 330 milioni; nel 2010 è scesa a 300 e, dai primi dati del 2011, sembra essere diventata finalmente stabile, mentre negli anni aveva avuto sempre un percorso di incremento. Non è la peggiore situazione d'Italia, perché una mobilità di 300 milioni per 6 milioni di abitanti è diversa dalla mobilità di 200 milioni per i 2 milioni della Calabria o di altre regioni; tutto è riferito alla popolazione, e da questo punto di vista la Campania è la seconda regione d'Italia.

Se mi è consentito proseguire su questo tipo di ragionamento, che forse ha una valenza un po' più politica, una volta completato il percorso di riequilibrio economico, che ormai è alla fine, vorrei suggerire al presidente della regione Campania di iniziare a pensare di migliorare l'erogazione dei livelli di assistenza. In questo senso, tuttavia, la regione non farà un solo passo se non si percorrono due strade: lo sblocco, anche parziale, del *turnover* - perché ormai non vi sono più neurochirurghi, cardiocirurghi, anestesisti, radiologi e cardiologi - e l'irrilevanza del fatto che due reparti si possono accorpate mettendo insieme gli infermieri, che sono polispecialistici.

Non possiamo accorpate l'ostetrico ginecologo proveniente dalla struttura in cui abbiamo chiuso i punti parto, in neurochirurgia o in cardiocirurgia. Vi sono discipline di medio-alta specialità che non sono compatibili con accorpamenti e, da cinque anni, la regione soffre il blocco del *turnover* che ha ridotto per la precisione 7.000 unità. Nelle comunicazioni ne troverete menzionate 5.000, perché per essere cauti abbiamo sterilizzato le ipotesi di esternalizzazioni o i ricorsi al lavoro interinale eccetera, ma si tratta di 7.000 unità di personale dipendente in meno, dalla fine del 2006 al 2012, con situazioni in cui i direttori generali bandiscono delle mobilità interne, ma se si sposta un neurochirurgo, si chiude la struttura da cui proviene oppure, se non si sposta, si chiude quella in cui dovrebbe andare. È una situazione di gravità tale che questa regione non è più in condizione di sostenere.

Infine, vi sono i problemi della vetustà e della pericolosità degli ospedali, che in gran parte sono vecchi e presentano grosse criticità in termini di requisiti strutturali. Va affrontato anche questo aspetto; dopodiché, bisogna capire che si tratta del percorso di reingegnerizzazione di un sistema, e ciò richiede i suoi tempi; oggi si sta facendo quanto è possibile, con la chiusura di otto punti parto - che potevano essere pericolosi, perché assicuravano a malapena 200 o 300 parti l'anno - e concentrazioni in altri.

Inoltre, sono stati chiusi diversi pronto soccorso che tali non erano, e che facevano solo correre il rischio di arrivare in una struttura in cui non si può essere curati e da cui bisogna essere trasferiti. Se un pronto soccorso non è in grado di trattare il politraumatizzato è inutile che esista. Quelli inefficienti sono stati sostituiti con punti di primo intervento; l'acronimo utilizzato in Campania è quello di SAUT (Servizio assistenza urgenza territoriale) o PSAUT (Postazione fissa di primo soccorso territoriale) ma, sostanzialmente, si tratta di punti di primo intervento - h12 o h24 - che hanno la funzione di stabilizzare il paziente e portarlo immediatamente al posto in cui verrà assistito.

Un'ulteriore criticità, che rappresenta, tuttavia, un aspetto culturale della regione, è il fatto che, nel complesso, gli abitanti della regione Campania non hanno acquisito il concetto dell'esistenza del 118: solo il 20 per cento afferra agli ospedali attraverso il 118, l'80 per cento vi afferra direttamente. Occorrerà un programma mediatico e culturale per far capire che si tratta di un atteggiamento pericoloso, perché il cittadino va nell'ospedale o nella struttura più vicina senza sapere se essa sia in grado di assisterlo o meno, con il rischio di perdere tempo e doversi spostare altrove.

Infine, vi è il problema, di cui ha già parlato il presidente, dei presunti errori sanitari. Lasciemo un

CD-ROM con tutta la documentazione, ma alla lista dei documenti andranno aggiunte tre comunicazioni, acquisite questa mattina, che riguardano tre episodi di malasanità; per una di queste, inoltre, verrà inviata della documentazione allegata, sia informatica sia cartacea. Laddove, rispetto alle domande poste, vi siano ancora carenze nelle nostre risposte, provvederemo a eventuali integrazioni.

PRESIDENTE. Devo chiedere soltanto un chiarimento rispetto a quello che ha detto e su cui non è stato esaustivo. Vorrei sapere se è vero che, in Campania, il rimborso dei laboratori supera anche del 100 per cento quelli del tariffario. Ciò significa una spesa di circa 60 milioni l'anno, dal 2005, per un accumulo di oltre 400 milioni di euro. È una domanda specifica. Se ciò è vero, da quale capitolo della spesa vengono prelevati questi soldi? Come ho detto, non si può prevedere un depauperamento dei pochi fondi che vi arrivano. Vorrei sapere, infine, se non avete, come la Toscana, l'autonomia di stabilire voi stessi un nomenclatore adeguato.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Lo abbiamo fatto, come ho detto.

PIPPO GIANNI. Presidente, possiamo porre prima tutte le domande e poi dare agli auditi la possibilità di rispondere? Diversamente, l'audizione diventa un colloquio al quale assistiamo inerti.

PRESIDENTE. Questo è l'unico chiarimento che vorrei ricevere.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Per essere elevate del 100 per cento, occorrerebbe un riferimento a una tariffa ufficiale e valida; questa non c'è, sebbene la regione, nella sua autonomia, abbia adottato le tariffe attraverso un commissario *ad acta*. Per le regioni sottoposte a piano di rientro, questi provvedimenti vanno validati, ma il Ministero non ha ancora proceduto alla sua validazione. Tre o quattro mesi fa ho fatto un sollecito e mi hanno risposto verbalmente che sarebbe stato inutile procedere, giacché erano in corso le tariffe ministeriali. La procedura è comunque *in itinere*. Per quanto riguarda la copertura, essendo una regione che copre i costi del proprio sistema sanitario anche con la fiscalità aggiuntiva, nulla impedisce di dire che se vi è un di più rispetto a uno standard - che, tuttavia, non esiste - quel di più è coperto con la fiscalità aggiuntiva.

PRESIDENTE. Adesso potete arrivare all'1,1 per cento.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Presidente, desidero rispondere alla sua giusta osservazione sulla terapia intensiva neonatale. Effettivamente l'area ne è carente; il piano sanitario pregresso non risolve il problema ma credo che il presidente Caldoro possa prendere l'impegno di un intervento in questo settore, che è assolutamente condivisibile.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Desidero rivolgere un apprezzamento al presidente Caldoro per la sua presenza. Abbiamo svolto molte audizioni di rappresentanti delle regioni, ma non abbiamo audito molti presidenti. Devo dire che la presenza del presidente Caldoro è un atto di rispetto nei confronti della nostra azione, anche se, in quanto commissario per il piano di rientro, fa parte del suo lavoro.

Ho seguito attentamente quanto è stato detto, che credo sarà corroborato dai documenti che il presidente lascerà agli atti. Noi rispettiamo le sue valutazioni, ma è giusto che esse vengano

riscontrate anche nella documentazione che sarà oggetto di approfondimento da parte dei colleghi relatori.

Limitandomi a due battute, anch'io desidero sottolineare un aspetto che abbiamo più volte ripreso in questa Commissione per altre regioni, ma anche e soprattutto per la regione Campania - come ricordava il presidente - e che riguarda le unità di terapia intensiva neonatale. In questo campo c'è una forte carenza, che è assolutamente inaccettabile, in aree urbane e metropolitane.

L'altra considerazione che vorrei fare riguarda un aspetto che è stato richiamato dalla stampa nazionale proprio nei giorni scorsi; nella fattispecie, il quotidiano *Avvenire* ha dato risalto in prima pagina a una situazione molto delicata e grave rilevata nelle province di Caserta e di Napoli, attraverso studi effettuati da un istituto di ricerca, che riguarda una crescita esponenziale di tumori nelle aree di Caserta e di Napoli. Sono dati ripresi dalla stampa che credo abbiano una loro attendibilità scientifica. Tra l'altro, l'onorevole Luisa Bossa al riguardo ha presentato più volte atti di sindacato ispettivo e ha chiesto anche a questa Commissione di fare un'ispezione.

Come sappiamo, qualche settimana fa è stato finalmente istituito il registro dei tumori, prima limitato solo ad alcune aree della Campania. Vorrei chiedere al presidente Caldoro se, nell'ambito delle risorse limitate che sappiamo esserci, intenda dare una spinta forte affinché venga attivato questo strumento che può essere utile ai fini preventivi.

FRANCESCO NUCARA. Sono stato colpito, presidente Caldoro, dalla sua relazione, per quanto riguarda la parte che ho ascoltato, anche se, come ha detto l'onorevole Burtone, mi riservo di leggerla con attenzione perché quando si parla sciorinando cifre è difficile seguire. In particolare, mi ha colpito l'ottimismo con cui ha riferito che tutto va bene, tutto funziona benissimo e la Campania è la regione che spende di meno.

Innanzitutto, non è corretto dire che la Campania spende meno delle altre. Il presidente dovrebbe specificare quanto la regione spende *pro capite*, poiché non credo che la Campania spenda di meno della Basilicata, che ha un decimo della popolazione. A dire il vero, quando ha parlato il subcommissario sono tornato con i piedi per terra, in quanto egli ha posto alla nostra attenzione i problemi che realmente esistono.

Pongo, dunque, due quesiti e poi mi riservo di intervenire, dopo aver letto la documentazione, quando dovremo redigere la relazione per l'Aula. Premetto che sono un cultore dell'idea di demolire gli ospedali «anziani» in quanto il costo di due anni di gestione di un ospedale obsoleto ci consentirebbe di costruire un ospedale nuovo, realizzato con criteri più moderni e anche - mi permetto di dire - più civili, con un risparmio di circa il 70-80 per cento sulla gestione. Ovviamente questo vale per tutte le regioni, non solo per la Campania; gli ospedali costruiti negli anni Venti e Trenta sono presenti su tutto il territorio nazionale.

In secondo luogo - mi riallaccio a quanto ha detto il presidente Palagiano - a me risulta da informazioni dirette che esista un considerevole contenzioso con i laboratori di analisi. Non mi convince il fatto che si dica che, poiché è stato fatto un tariffario e questo non viene validato, non si può fare niente: utilizzate il tariffario che è stato licenziato come regione Campania e pagate i laboratori di analisi. Un individuo che sta male non ha interesse a sapere se il ministro precedente o il ministro attuale hanno validato o meno il tariffario, ma ha bisogno di fare le analisi; e un laboratorio che deve aspettare un anno o un anno e mezzo perché gli venga pagato il dovuto rispetto alle analisi prestate ai cittadini non può chiudere lasciando i cittadini privi di questo servizio.

Napoli e la Campania vantano una storia medica antica, con l'Università, che valeva per tutto il Mezzogiorno; poi ne sono nate altre, ma un tempo quella di Napoli era l'unica, soprattutto per la medicina (e magari anche per la filosofia). Mi auguro che tale tradizione riviva sotto la gestione del commissario Caldoro.

Certamente l'esistenza in Campania della mobilità passiva è un insulto alla storia di Napoli e della Campania. Signor subcommissario, che la mobilità passiva esista a Reggio Calabria è cosa lieve dal punto di vista storico, poiché la Calabria non ha una Facoltà di medicina se non da qualche anno, mentre Napoli rappresenta la storia della medicina nel Mezzogiorno, quindi non dovrebbe avere

nemmeno un'unità di mobilità passiva.

Peraltro, le cronache giudiziarie ci dicono che l'assistenza sanitaria al Nord non va poi tanto meglio che al Sud. Noi, ad eccezione del mio amico Caldoro, spesso ci autofustighiamo, ma al Nord hanno problemi forse più gravi di quelli che abbiamo nel Mezzogiorno.

In definitiva, credo che, con un ottimismo più contenuto, nella relazione dovremo riportare la spesa *pro capite* piuttosto che in termini assoluti; inoltre, si dovrebbe calcolare quanto costerebbe demolire gli ospedali obsoleti per ricostruirne di nuovi e quanto si risparmierebbe nella gestione di questi ultimi; infine, si dovrebbe affrontare il problema della retribuzione di chi ha svolto un lavoro su delega della regione Campania.

Sono certo che il commissario si attiverà in questo senso per dare una risposta positiva. Come ho già detto, la sanità della Campania potrebbe fare da guida alla sanità del Mezzogiorno.

Non sono molto d'accordo sul *turnover* e sulla necessità di nuove assunzioni. Penso che sarebbe sufficiente che le regioni si organizzassero in maniera adeguata (parlo in generale, quando studierò bene i documenti farò riferimento specifico alla Campania). Purtroppo per me, da due anni frequento gli ospedali e vedo al loro interno gente inutile. Avendo avuto la sfortuna di frequentare anche ospedali all'estero, posso dire che in quel caso, al contrario, vedo gente utile. C'è l'amministratore serio e onesto che dichiara la necessità di nuovo personale, ma c'è anche quello, non dico disonesto ma «clientelare», che magari abusa delle assunzioni. Quando una regione, in regime di piano di rientro, assume duecento persone - non lo affermo a caso - nel settore della sanità, dico, onestamente, che sarebbe stato meglio non assumere nessuno e far funzionare le risorse disponibili.

PRESIDENTE. Non posso contingentare i tempi in quanto non abbiamo nessuna votazione in corso alla Camera. Tuttavia, il presidente Caldoro mi ha annunciato che per altro impegno istituzionale deve lasciare la Commissione. Possiamo comunque approfittare del subcommissario per scendere in dettagli tecnici.

Vorrei pregare il presidente Caldoro, poiché la materia è molto interessante e ci sono diversi colleghi che vogliono intervenire, di garantire almeno che ritornerà, per darci modo nel frattempo di esaminare i documenti che sono stati giustamente richiesti dall'onorevole Nucara e dall'onorevole Burtone, e che credo interessino tutti noi. Avremo dunque un contributo ulteriore da sottoporre, eventualmente, anche ai nostri consulenti, in modo da avere un quadro più complessivo della situazione. Credo che i colleghi siano d'accordo.

CARMINE SANTO PATARINO. Della mobilità si è già detto. Quanto alla qualità delle prestazioni, migliora o peggiora rispetto al passato? E in quale misura?

C'è una programmazione da cui risultino i dati testati? Qual è la situazione in ordine alle liste di attesa? Che cosa è stato fatto - se è stato fatto qualcosa - finora e che cosa si intende fare per quanto attiene all'attività intramuraria?

LUCIO BARANI. Noi, come Commissione d'inchiesta, siamo qui - su questo dissenso dal collega Nucara - per ascoltare il presidente Caldoro e il subcommissario Morlacco e anche per far tesoro delle loro grida di allarme sui LEA e sulle criticità dei piani di rientro. Questa Commissione di inchiesta, però, deve anche avere contezza dei rimedi da porre di fronte a chi denuncia la mancanza di 7 mila unità e afferma di essere costretto a prevedere tre turni consecutivi per gli anestesisti. L'onorevole Nucara può anche pensarla diversamente, ma non ci sono anestesisti e lo stesso medico deve coprire tre turni. A noi fa piacere sentire il presidente Caldoro per la seconda volta (abbiamo audito anche, una sola volta, il presidente Vendola e il presidente Scopelliti) e ho sentito che ha dato la propria disponibilità a venire anche una terza volta. Noi, ovviamente, ci complimentiamo per l'onestà con cui il presidente ha parlato, soprattutto laddove non ha nascosto le criticità e ha manifestato la speranza, per il 2012, di essere sotto il 5 per cento, che è quello che volevamo sentire.

Un'altra regione, la Toscana, dove oggi indaga la magistratura - ma questa Commissione ha già approvato una relazione al riguardo - entrerà in piano di rientro. Mentre la Campania esce dal piano, la Toscana entra. Ovviamente questo non ci fa piacere; o meglio, ci fa piacere che la Campania abbia risparmiato oltre 2 miliardi 800 milioni, con un cronoprogramma serio.

Nella relazione alla Camera, quindi, dovremo avere le risposte alle domande in merito a queste criticità. Se è scritto che, nel piano di rientro, vi sono criticità nella garanzia dei LEA, e il presidente Caldoro ci riferisce queste criticità, noi dobbiamo scriverlo nella relazione.

Mi complimento per questa relazione, che sicuramente è migliore di quella di due anni fa, quando il presidente Caldoro consegnava a questa Commissione un quadro molto più pessimistico. Credo che oggi si colgano i primi risultati di due anni di lavoro serio e concreto per la sanità campana.

Do lettura delle domande che ho preparato: quali sono gli effetti economici del piano di rientro?

Quali sono le difficoltà incontrate? Quali le difficoltà nella riorganizzazione della rete ospedaliera territoriale? Quali sono le difficoltà nel ridurre la situazione debitoria? Vi sono criticità nel sistema dei piani di rientro? Vi sono criticità, nel piano di rientro, nella garanzia dei LEA?

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. In maniera altrettanto veloce porgo un saluto al presidente Caldoro e al dottor Morlacco, il quale mi riporta a qualche anno indietro, quando la Puglia si è avvalsa della sua preziosissima professionalità.

Signor presidente, ho solo una curiosità. Questa Commissione ha «partorito» - mi lasci passare il termine professionale - una relazione sui punti nascita. Durante l'esame dei vari contesti regionali, mi ha colpito la situazione dei tagli cesarei in Campania. Sono stato in trincea per trent'anni nei reparti di ostetricia e non sono, dunque, accomunabile a coloro che lanciano *d'emblée* un'accusa basandosi soltanto sui numeri. Un'analisi molto più seria dovrebbe porci nelle condizioni di valutare caso per caso e struttura per struttura le ragioni di questo numero eccessivo. Tuttavia, un dato balzava agli occhi: la regione Campania, più delle altre, presentava una percentuale altissima di tagli cesarei e ciò che ancora di più mi meravigliava e - mi si passi il termine - mi scandalizzava è che le strutture accreditate dalla regione presentassero percentuali di tagli cesarei che rasentavano l'80 o il 90 per cento. Spero di sbagliarmi.

Signor presidente, dottor Morlacco, cosa avete fatto - sono sicuro che anche questo aspetto è stato da voi valutato - e cosa intendete fare per riportare questo numero a livelli sia pure superiori, ma di poco, alle percentuali nazionali? E cosa intendete fare per ridurre drasticamente le convenzioni con quei presidi in cui la percentuale continua ad essere ancora molto alta?

AMERICO PORFIDIA. Innanzitutto, diversamente da qualche collega, devo dire che mi ha fatto piacere la relazione del presidente Caldoro perché, anche in quanto campano, comincio a nutrire, per i dati che il presidente ci ha fornito, qualche motivo di ottimismo. Lo invito, pertanto, a continuare su questa strada affinché la sanità, che è un nodo essenziale per la regione Campania, ma in generale per i cittadini, possa dare un servizio migliore.

Vorrei porre alcune domande. Si è molto parlato di sanità privata e, su questo punto, vorrei fare qualche riflessione e avere qualche dato, sperando di potermi trattenere per ascoltarlo adesso, altrimenti lo leggerò nel resoconto stenografico. Mi risulta - e vorrei averne conferma - che, diversamente dalla sanità pubblica, la sanità privata abbia dei costi notevolmente inferiori. Se questo dato è confermato, ci deve far riflettere tantissimo, anche perché l'attività imprenditoriale, in genere, ha un risvolto diverso sul servizio al cittadino, e questo è un dato di fatto.

Per quanto riguarda l'inquinamento ambientale, anch'io vorrei porre il problema e chiedere al presidente se questo sia solo un risvolto che riguarda la sanità o se ci sia - com'è chiaro - bisogno di un risanamento ambientale e di un'attività forse di competenza anche di altri organi ministeriali.

Che cosa si sta facendo per evitare che tutto questo ricada sulla salute del cittadino, in particolare casertano e campano?

Vorrei porre un problema che riguarda una realtà di Caserta che considero importante, e lo dico da casertano. Proprio stamattina leggevo un articolo sul Policlinico di Caserta e sui risvolti che si

stanno determinando anche in senso negativo. Mentre sembrava che la situazione si avviasse alla soluzione, leggo stamattina che addirittura i posti letto del Policlinico verranno distribuiti tra la rete ospedaliera privata e pubblica. Vorrei sapere se sia vero.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Chiedo scusa per essere arrivata in ritardo e così non aver potuto seguire la relazione del presidente Caldoro. Tuttavia, vorrei porre qualche domanda, anche perché ritengo che una cognizione precisa l'avremo, anche se soltanto per Napoli, quando potremo renderci conto direttamente della situazione.

La relazione del subcommissario ha fatto riferimento ad un atteggiamento pericoloso, riferendosi alle persone che arrivano nei pronto soccorso senza necessità e così li intasano. Vorrei capire qual è l'organizzazione territoriale che avete previsto per evitare questo. Inoltre, avendo appreso che all'ospedale San Gennaro è stato rimosso il direttore sanitario Mario Jervolino, vorrei avere qualche delucidazione in più.

Vorrei altresì comprendere meglio l'organizzazione del Servizio 118 nell'agro nocerino-sarnese, poiché mi risulta che esistono due piani di organizzazione, con due firme diverse. Chiedo se siete a conoscenza che in quella zona 350 mila persone possono usufruire soltanto di una postazione di emergenza, se avete pensato di sopperire e se si sta riorganizzando il servizio.

Infine, vorrei sapere se è stato risposto, e che cosa, all'atto di invito e di diffida indirizzato al presidente dal dottor Schiavone, presidente del raggruppamento regionale sanità di Confindustria, nel febbraio 2012.

PIPPO GIANNI. Presidente Caldoro, non mi complimento per la sua presenza qui, perché ritengo che sia un obbligo istituzionale, ma per la sua disponibilità al ragionamento che riassumo in tre battute.

In primo luogo, quanto costa in termini economici l'erogazione sanitaria? Qual è il concorso alla spesa sanitaria della regione Campania con lo Stato? Quant'è il bilancio della sanità? Qual è la percentuale di posti letto tra pubblico e privato? Esistono ancora le consulenze che il suo predecessore assegnava, ad esempio, a ginecologi perché insegnassero ad altri come far partorire e via dicendo, insomma ci sono ancora iniziative superflue o forse elettorali?

Per quanto riguarda il *turnover*, basterebbe solo questo per fornire l'alibi della ridotta capacità di garantire servizi sanitari in Campania; se non c'è il *turnover*, se non ci sono i medici, i primari - su questo non sono d'accordo il collega Nucara che, non essendo medico, non riesce a focalizzare il problema - non c'è attrazione di malati, che si spostano altrove, quindi cresce la spesa, ma aumenta anche la possibilità di errore sanitario.

Credo che queste domande, presidente, possano dare a lei la possibilità di spiegare alcune situazioni e a noi di sentire il Ministro della salute (so che il presidente ha già preannunciato di volerlo convocare) per indirizzarlo sulle cose da fare. È vero che la nostra Commissione non ha poteri normativi, ma certamente ha quelli di inchiesta.

PRESIDENTE. Direi che, dopo una brevissima replica, potremmo licenziare il presidente Caldoro. Attraverso lo stenografico, tutte le domande che sono state poste gli verranno inviate, in maniera tale che, se lo ritiene, potrà fornire una risposta più dettagliata e specifica. Resta con noi, comunque, il subcommissario Morlacco.

STEFANO CALDORO, *Presidente della regione Campania*. Rinnovo la disponibilità, quando lo riterrà la Commissione, a ritornare in questa sede, anche a settembre (possiamo decidere già oggi la data, non ho alcun problema al riguardo).

Il subcommissario certamente risponderà a una serie di domande che non hanno solo un rilievo tecnico. Del resto, il dottor Morlacco è a conoscenza del quadro completo della situazione, dunque può dare risposte chiare a ogni domanda che è stata posta.

Voglio solo assicurare l'onorevole Nucara che chiaramente i conti sono *pro capite* e se ne riferissi

di diversi dovrete ricoverare me da qualche parte.

Le preoccupazioni espresse sui LEA, sul *turnover*, sul personale e sulle strutture sono più di un grido d'allarme. È chiaro che la volontà di discutere di dati positivi è solo legata a un adempimento. Sarebbe irresponsabile, da parte di un presidente di regione, avere adempimenti di legge e non rispettarli. Dunque, ho solo portato a conoscenza della Commissione il fatto che la regione Campania sta rispettando la legge e sta rientrando rispetto agli obiettivi che sono stati prefissati e agli obblighi previsti per la regione nel piano di rientro.

Peraltro, questo era un impegno che avevamo assunto due anni fa, nella prima audizione, quindi credo che sia legittimo certificare che questo lavoro è stato fatto bene e prosegue, non nascondendo le grandi criticità - anzi credo di averle ulteriormente precisate - e i grandi problemi che abbiamo sulle tre questioni che ho richiamato.

Vorrei fare riferimento alle bonifiche, al riflesso delle azioni su aree che necessitano di grossi piani di bonifica, che riguardano in particolare alcuni territori della Campania che sono stati saccheggiati, depredati, violentati prevalentemente da illegalità diffusa, dalla camorra per quanto riguarda in particolare i rifiuti tossici e nocivi. Quella parte del territorio ci preoccupa tantissimo e, come sapete, costituisce un problema nazionale, perché le azioni di bonifica riguardano il Ministero dell'ambiente. Noi abbiamo fatto di tutto per trovare le risorse, insieme al ministero, per iniziare quei lavori di bonifiche parziali, ma avremo bisogno di tantissime risorse, perché non sono azioni che si concludono dalla sera alla mattina. Purtroppo, anche se andranno poi verificati i certificati, non c'è dubbio che alcune situazioni di particolare gravità di inquinamento ambientale non possono non avere riflessi sulla salute. Questo è abbastanza ovvio.

Abbiamo approvato il Piano bonifiche regionale, cioè abbiamo fatto quello che la regione non ha mai fatto in tanti decenni, andando avanti senza piani, né sui rifiuti né sulle bonifiche. Abbiamo approvato tutti i processi di pianificazione, abbiamo richiesto le risorse necessarie, abbiamo verificato e perimetrato i siti di bonifica insieme al ministero (alcuni abbiamo dovuto perimetrarli in termini di chiusura, purtroppo producendo danni evidenti per quanto riguarda le attività che si svolgevano *in loco*). Avremo bisogno, tuttavia, di tantissime risorse che oggi il Governo nazionale non è in grado di dare.

Le prime risorse le abbiamo sbloccate con i fondi FAS e con il Piano di azione e coesione, sul Piano per il Sud, però una risposta era necessaria avviando da una parte le bonifiche, dall'altra tutte le azioni che dobbiamo mettere a sistema, non solo sui controlli per gli effetti che ha prodotto l'inquinamento sulla salute delle persone, ma tutte le azioni necessarie - compreso il registro tumori, che noi abbiamo voluto riorganizzare, potenziare e ristrutturare con risorse specifiche - per aiutare la Campania a risolvere le sue grandi criticità e le emergenze, in particolare nel settore dell'ambiente, che sono ben note a tutti.

Vi ringrazio ancora per questa opportunità. Siamo pronti a rispondere alle vostre domande, non solo attraverso la presenza del subcommissario, ma anche con documentazioni che possiamo ulteriormente allegare. Se e quando lo riterrete opportuno, aggiornando la documentazione, siamo disponibili a tornare in Commissione per produrre ulteriori chiarimenti o maggiori informazioni rispetto alle domande che sono state poste.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Ho cercato di annotare sinteticamente, in ordine cronologico, i problemi e i quesiti posti.

È stata contestata - poi però hanno ribattuto anche gli altri deputati - la questione del blocco del *turnover*: un conto è che esso riguardi il personale ausiliario e amministrativo, ma quando si tratta di discipline specialistiche non possiamo certo chiedere all'amministrativo di fare il chirurgo né all'infermiere di fare il cardiocirurgo. Pertanto, se per cinque anni è bloccato il rinnovo dei primari o degli specialisti di media o alta specialità, il *turnover* è oggi la più grossa criticità esistente in questa regione.

Sulla qualità delle prestazioni, non si può cantare vittoria. In sanità, ovviamente, come sa chi lavora in questo settore, contano quantità e qualità. Se un chirurgo fa mille interventi all'anno è un bravo

chirurgo, se ne fa cinquanta non sarà mai un bravo chirurgo. Se, dunque, manca il personale e si è costretti a mandare via la gente perché non si può attivare la sala operatoria per mancanza di chirurghi, neurochirurghi, anestesisti e quant'altro, è chiaro che questo va a discapito della qualità. Il sistema qualità in Italia è realizzato attraverso il processo di accreditamento. Questo presuppone una serie di requisiti: strutturali, ma conosciamo le carenze di una serie di ospedali campani ormai vetusti, dall'Ascalesi al San Gennaro all'ospedale degli Incurabili e così via; requisiti tecnologici, ma sappiamo che pur avendo ricevuto la regione con delibera CIPE oltre un miliardo di risorse, queste non sono in termini di cassa nel bilancio statale, e comunque la regione sconta anche inadempienze degli anni pregressi, laddove non sono stati utilizzati appieno i fondi che almeno *pro tempore* erano disponibili; requisiti organizzativi, che riguardano essenzialmente il personale, in assenza dei quali ne risente la qualità.

In ogni caso, la mia visione - sono da poco più di un anno in Campania - del problema qualità nella regione include l'esistenza di una rilevante qualità professionale (cito il Policlinico Federico II o grandi aziende come il Cardarelli, tra le più grandi dell'Italia meridionale) ma di una scadente qualità comunicativa. Vi è sempre una percezione negativa del livello di assistenza e della qualità e - non da oggi ovviamente - una tendenza a ritenere che al Nord ci si curi meglio. Ciò avviene non necessariamente in funzione di una cattiva qualità professionale, ma forse si tratta di cattiva comunicazione.

Ovviamente, un presidente di regione deve porsi anche il problema della qualità. Noi lo stiamo affrontando con una legislazione recente, che parte dalla fine dell'anno scorso, per avviare il percorso di accreditamento quantomeno nel sistema privato. Questo si sta realizzando. Nel pubblico, accreditamento significa innanzitutto adeguamento dei requisiti strutturali, ma non ci sono le risorse per questo.

Ritengo che nel giro di due o tre anni si potrebbe pervenire alla realizzazione del cosiddetto «Ospedale del Mare», che oggi viene finalmente rifinanziato, e questo consentirebbe di sostituire quattro ospedali vetusti, in qualche modo da ritenere - non necessariamente oggi, ma nel futuro - anche pericolosi.

Per quanto riguarda le liste d'attesa, è un problema legato anche all'aspetto economico. Spesso le liste d'attesa vengono contrastate dal sistema privato, ma questo è alimentato attraverso i tetti di spesa con cui si pongono dei limiti di remunerazione delle prestazioni, e a volte tutto questo non si concilia. Il problema è anche un altro: la lista d'attesa molto spesso è una conseguenza anche della proliferazione di prestazioni inappropriate. È necessario allora fare un lavoro parallelo, contrastando le inapproprietezze - è quanto si sta tentando di fare con un decreto che è stato adottato, con i sistemi di controllo eccetera - e tentando di rendere compatibile il bisogno rispetto alla condizione economica e, infine, ai limiti di remunerazione delle prestazioni dei soggetti privati.

Sull'*intramoenia*, a parte qualche caso particolare di criticità che è stato riportato anche dalla stampa nazionale, non credo ci siano grossissimi problemi. La gestione è abbastanza in equilibrio, ma siccome adesso interviene una normativa di livello nazionale ritengo che a breve sarà necessario riadeguare le linee guida sulla gestione delle liste d'attesa, in particolare per quanto riguarda quella allargata, da monitorare maggiormente, e quella attraverso le strutture private non accreditate dove è possibile svolgere anche attività libero-professionale.

È stato richiamato più volte il fatto che si può uscire dal piano di rientro perché andiamo sotto il 5 per cento. C'è tuttavia un'impresione nei dati: la regione sta sotto il 5 per cento già dal 2011; il 5 per cento di un finanziamento che arriva sotto i 10 miliardi di euro significa 500 milioni, ma ormai siamo ben lungi da un disavanzo di 500 milioni. Quel 5 per cento, però, non è più 5 per cento nelle regioni che hanno una minore capacità fiscale, dunque va rapportato alla capacità fiscale libera, cioè IRAP e IRPEF libera della regione, che in Campania è 289 milioni. Anche se il 5 per cento è 500 milioni, se la regione avesse 290 milioni di disavanzo non potrebbe uscire dal piano di rientro o comunque dal commissariamento.

Il disavanzo della regione Campania del 2011 (così leggerete negli atti che abbiamo consegnato, che sono molto dettagliati) è di 260 milioni di euro; nella realtà delle cose - proprio oggi è stato

ufficializzato il verbale dell'ultima verifica - è di 245 milioni. Si mantiene però la fiscalità aggiuntiva nel 2013, perché nell'anno 2011 la regione ha dovuto accollarsi anche 72 milioni di disavanzo dell'anno precedente, in modo che finalmente al 2011 è stata azzerata la copertura dei disavanzi e ci sarà anche un *surplus* di copertura. Andando automaticamente nel 2012, per 7-8 milioni, alla fiscalità aggiuntiva pari a 0,15-0,30, avrà anche un'ipercopertura e quindi finalmente sarà azzerato il disavanzo. Da questo momento in poi la regione è libera di decidere se chiedere la rimozione del commissariamento e tornare all'attività completa da parte della Giunta o se, dati i risultati, mantenere ancora un anno il commissariamento e arrivare a un equilibrio che non faccia conto neanche sulle manovre fiscali. Questo, in realtà, era già consentito con la legge n. 191 del 2009, già dall'anno 2010. Comunque è previsto sempre un nuovo piano di rientro.

Al riguardo è necessario un chiarimento. Il piano di rientro non riguarda soltanto il rientro dal disavanzo, che la regione ha superato, ma anche gli adempimenti per garantire i LEA. Faccio degli esempi molto semplici, poiché gli adempimenti LEA sono numerosi: se non si supera lo standard di posti letto (4 per mille oggi, 3,7 domani), se lo standard di assistenza ad anziani in domiciliare è pari a «x» e così via, basta un inadempimento per consentire allo Stato di comunicare alla regione che rimane in piano di rientro, indipendentemente dall'aspetto economico.

Il sistema del piano di rientro, secondo la mia visione personale, andrà molto avanti negli anni e forse può estendersi anche ad altre regioni. Diverso è il problema economico, che ritengo ormai la regione Campania abbia superato.

La sanità ha una contabilità accentrata e separata redatta in termini economico-patrimoniali e non finanziari; quindi non esistono i residui attivi, ma esiste uno stato patrimoniale con debiti e crediti, esiste un conto economico, esistono altri tipi di documenti contabili. Tuttavia, mi premurerò di farvi avere informazioni in questo senso.

Per quando riguarda il pagamento dei fornitori a 600 giorni, probabilmente per alcuni settori i giorni sono stati anche di più, ma uno dei documenti che depositiamo riporta quanto è stato fatto negli ultimi 4-5 mesi sul piano dei pagamenti, che ha avuto anche un particolare riconoscimento dal tavolo di verifica del Ministero dell'economia, al punto che il 30 marzo ci hanno riconosciuto una premialità di 300 milioni per portare avanti questo percorso del piano dei pagamenti. Tale percorso avviene attraverso accordi quadro sul livello regionale con le categorie rappresentative dei fornitori e così via; l'accordo contiene le modalità con cui i singoli aderiscono allo stesso, stipulano la transazione, e viene così rateizzato un pagamento.

Ad oggi abbiamo fatto accordi transattivi per 1 miliardo 200 milioni circa e parallelamente un altro accordo, del 16 maggio dell'anno scorso, sottoscritto da me personalmente, ha fatto sì che le ASL potessero pagare a 150 giorni almeno l'acconto dell'85 per cento delle prestazioni di servizi sanitari. Questo è stato rispettato da tutte le ASL, tranne in minima parte quella di Benevento per difficoltà di carattere economico e in modo particolare dall'ASL di Napoli, che rappresenta la criticità del sistema sanitario regionale. Tenteremo adesso di far aggiornare anche Napoli.

Le addizionali IRAP e IRPEF non sono le maggiori d'Italia, sono uguali a tutte le regioni commissariate che hanno superato il disavanzo e devono applicare, oltre allo 0,5 libero di IRPEF, lo 0,35-0,15 IRPEF-IRAP di addizionali aggiuntive per la copertura del disavanzo. Credo che si tratti di sei o sette regioni d'Italia, differenziate da quelle che riescono con il solo 0,5, mentre l'addizionale aggiuntiva libera ormai ce l'hanno tutte le regioni.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Con questi accordi che avete fatto di quanto sono diminuiti i problemi giudiziari, cioè i decreti ingiuntivi? Certamente questa voce corrispondeva alla maggiore spesa.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Esatto. La regione Campania ha questa caratteristica, è una regione litigiosa, dove il contenzioso è rilevante, quindi sarebbe sufficiente trovare la maniera di eliminare questi costi improduttivi per dire che non abbiamo bisogno neanche dello 0,5 e che andiamo in equilibrio assoluto, destinando magari quel di

più ai livelli di assistenza. Purtroppo, però, questa è la storia della regione, legata anche a criticità di carattere economico. Del resto, se parliamo di una regione che nel 2005 chiudeva il bilancio con 5 miliardi di debiti non coperti, capirete che cosa sarà successo - altro che 600 giorni! - però tutto questo si va lentamente regolarizzando.

Questo significa che con la somma di 1 miliardo 192 milioni, per la precisione, di accordi quadro stipulati, abbiamo avuto economie di interessi e spese legali di 102 milioni, aderendo a questi accordi. Adesso sono *in itinere* altri accordi e dovremmo, nel giro di un mese, concludere con quasi tutte le categorie convenzionate.

Quanto ai pignoramenti, è un problema che una legge dello Stato fortunatamente per il momento ha congelato, vietandoli. Abbiamo avuto, però, i tesoriere non d'accordo a rendere disponibili i soldi pignorati. La regione Campania ha fatto un ricorso al giudice civile e il 18 di questo mese ha avuto sentenza favorevole *ex* articolo 700 c.p.c. Il Banco di Napoli, tesoriere, ha fatto reclamo e il 22 si svolgerà l'udienza relativa. Noi auspichiamo che, in applicazione pedissequa della legge e su conforme parere della Ragioneria generale dello Stato, avremo il diritto di utilizzare i soldi della regione Campania.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Questo mi è venuto in mente perché lei ha detto che la sanità ha un bilancio a sé, quindi è anche patrimoniale, però quando ci sono problemi di contenzioso giudiziario, siccome sono a conoscenza del congelamento, vorrei capire se questo patrimonio alla fine è nella vostra disponibilità o è pignorato.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Le dico che vi sono, in tutta la regione, nei vari tesoriere, circa 900 milioni pignorati (noi diciamo 989, il Banco di Napoli sostiene meno) e in questo momento non utilizzati. Un anno e mezzo fa erano 1 miliardo e 400 milioni. Nelle operazioni degli accordi quadro transattivi per i pagamenti, tra le clausole c'è quella dell'abbandono dei procedimenti giudiziari e delle procedure di svincolo del patrimonio. La somma di 1 miliardo e 400 milioni è diventata 989 milioni, il che è già un grande risultato. Noi contiamo di andare avanti su questa strada.

PRESIDENTE. Vorrei chiederle notizie circa il destino dell'ospedale Maresca di Torre del Greco, cioè se questa struttura avrà solo funzioni riabilitative e di lungodegenza oppure sarà destinata ad ospitare ambulatori. Il pronto soccorso con i posti per acuti è soltanto temporaneo? Inoltre, lei non ha risposto al quesito sui fondi della PMA (procreazione medicalmente assistita) che ci risulta siano stati congelati dal 2005 in poi - per cui si assiste all'esodo massiccio verso il Nord - e vorrei sapere quando verranno sbloccati.

LUCIO BARANI. Vorrei fare una considerazione. Il presidente Caldoro ha parlato prima della *spending review* (ma ne ha parlato anche lei) e dei tagli lineari che, una volta che il provvedimento sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, interesseranno anche la regione Campania. Sembra che il commissario Bondi abbia preso ad esempio proprio la regione Campania nel dare i 3,7 posti letto comprensivi dello 0,7 di riabilitazione, visto che, da quanto abbiamo sentito, in Campania siamo al 3,6.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Siamo al 3,4.

LUCIO BARANI. Ancora peggio, quindi è andata bene.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Il piano della rete ospedaliera sta andando in attuazione.

LUCIO BARANI. I colleghi parlavano delle strutture obsolete, sebbene abbiamo sentito che finalmente si sblocca l'Ospedale del Mare, che sostituisce quattro ospedali che già nell'audizione di due anni fa avevamo indicato come criticità e in merito ai quali lei ha affermato che in futuro ci saranno problemi di sicurezza, cosa che adesso non avviene. Oltre a questo, lei ha parlato molto di comunicazione. In effetti, da questo punto di vista, qualche problema ci deve essere. In tutti i *report* o nei servizi televisivi dove si parla di malasanità c'è sempre la Campania. Ad esempio, *Striscia la notizia* va in Campania e così tutti gli altri, forse perché è una bella terra.

Faccio questa considerazione proprio con riferimento alla comunicazione perché l'altro giorno abbiamo assistito - ne avevamo parlato in Commissione e tra l'altro ho presentato un'interrogazione parlamentare - a tre eventi analoghi, che vedono come imputata un'infermiera che ha sbagliato (l'errore umano esiste e chi sbaglia paga) in tre situazioni diverse: a Firenze, a Roma e a Napoli. A Napoli una diciannovenne è stata vittima di una trasfusione sbagliata di sangue; a Firenze un cinquantanovenne è morto; a Roma l'errore ha riguardato una neonata. Gli episodi sono stati trattati diversamente dalla stampa. Al caso della diciannovenne di Napoli hanno dedicato ampio spazio tutti i telegiornali. A Roma il magistrato ha mandato venti avvisi di garanzia, più che per un'associazione a delinquere. A Firenze solo un trafiletto in ultima pagina ha riportato l'episodio.

È possibile che vi siano stati tre pesi e tre misure completamente diversi per tre eventi drammatici? In un caso, è stato individuato un responsabile, nell'altro ci sono venti indagati, infine solo una notizia in ultima pagina nel caso di Firenze.

PRESIDENTE. Prendiamolo come uno sfogo, anche perché cosa potrebbe dire il dottor Morlacco?

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Rispondo sull'emergenza e sull'ospedale di Torre del Greco.

Per quanto riguarda l'emergenza, nella documentazione agli atti troverete un decreto del 14 giugno dove la regione ha delineato tutto ciò che bisogna fare al riguardo. I due provvedimenti di Salerno restano al momento inattuati: ne ho già acquisito uno e richiesto l'altro. Li valuteremo, ma ovviamente dovranno adeguare la loro organizzazione agli indirizzi del DIE (Dipartimento integrato dell'emergenza) inseriti nel provvedimento di un mese fa.

Per quanto riguarda Torre del Greco, devo dire che una delle prime cose di cui mi sono reso conto, arrivando a Napoli l'anno scorso, è che c'era una città di circa 90.000 abitanti nella quale veniva sostanzialmente dismesso - così sembrava - il relativo ospedale, e 90.000 abitanti costituiscono un ambito di utenza molto rilevante. Poi ho incontrato sia il precedente sia l'attuale sindaco e abbiamo condiviso l'idea, dopo la pausa estiva, di avviare un tavolo di confronto per valutare l'eventuale possibilità di rimodulazione della strutturazione dell'ospedale.

Nel frattempo, comunque, rimane l'attività medico-chirurgica e quanto è stato condiviso in un documento di accordo che avevamo sottoscritto.

PRESIDENTE. Speriamo che sia razionalizzato perché risulta alla Commissione che l'ospedale di Boscotrecase è a 7-8 chilometri. Ci auguriamo che non vengano istituiti doppioni di chirurgia, di medicina e via dicendo, ma si differenzi affinché la popolazione, nel raggio di pochi chilometri, possa trovare specializzazioni diverse.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Questo è un problema che risale a quando è stato costruito il nuovo ospedale di Boscotrecase.

PRESIDENTE. Però la regione può fare una differenziazione al riguardo.

MARIO MORLACCO, *Subcommissario alla sanità della regione Campania*. Il punto nascita adesso è unico, anzi nella relazione una parte riguarda il decreto sulla rete ospedaliera e potrete rilevare la soppressione di punti nascita con pochi parti. Questo dovrebbe, secondo me, incidere

anche sul discorso dei parti cesarei, anche se questo problema riguarda più il settore privato, nel quale sono stati chiusi diversi punti nascita che avevano un'elevata incidenza di parti cesarei, fino all'80-85 per cento.

Due o tre di questi punti nascita sono stati già soppressi perché avevano cento, duecento parti l'anno, e secondo le nuove linee guida non vi era ragione di tenerli aperti.

PRESIDENTE. Le anticipiamo un questionario che è ancora allo studio della Commissione, ma arriverà alla regione nei prossimi giorni, relativo alle assicurazioni ospedaliere. Ci risulta che, per esempio, l'Università Federico II non sia assicurata, che il Cardarelli abbia interrotto l'assicurazione perché è fallita la società assicuratrice, che i medici non si assicurino più perché i costi delle polizze sono altissimi. Stiamo fotografando in tutta Italia la condizione delle varie regioni, perché c'è il rischio che l'errore sanitario conclamato, ancorché passato in giudicato, possa non portare al risarcimento della vittima. Ci sono ad esempio alcune regioni che hanno costituito dei fondi propri regionali per evitare polizze così onerose.

Dunque in merito a tale tematica e a quella di cui alla legge in materia di procreazione medicalmente assistita, chiediamo una sollecita e dettagliata risposta, che potrà fornirci nei prossimi giorni, così la acquisiremo agli atti e ne riparleremo a settembre.

Ringrazio il presidente Caldoro e il dottor Morlacco e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,50.