

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
NONCHÉ SULLE CAUSE DELL'INCENDIO SVILUPPATOSI TRA IL 15
E IL 16 DICEMBRE 2001 NEL COMUNE DI SAN GREGORIO MAGNO

17° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 4 MAGGIO 2004

Presidenza del presidente CARELLA

INDICE

Audizioni di amministratori e di rappresentanti di associazioni per l'acquisizione di elementi conoscitivi sulla situazione sanitaria in Sicilia

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 6 e <i>passim</i>	FAILLA	Pag. 12, 13, 14 e <i>passim</i>
BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	8, 10, 11 e <i>passim</i>	GALATIOTO	47, 48, 49
BONDI (<i>LNP</i>)	44	GURRIERI	35, 37, 38 e <i>passim</i>
COZZOLINO (<i>AN</i>)	26	MANENTI	4, 5, 6 e <i>passim</i>
LONGHI (<i>DSU</i>)	7, 24, 30 e <i>passim</i>	RIZZO	50, 51, 52 e <i>passim</i>
ROTONDO (<i>DSU</i>)	11, 15, 20 e <i>passim</i>		
SANZARELLO (<i>Misto</i>)	10, 27, 30 e <i>passim</i>		
TATÒ (<i>AN</i>)	5, 14		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; Unione Democratica e di Centro: UDC; Verdi-l'Ulivo: Verdi-U; Misto: Misto; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Indipendenti della Casa delle Libertà: Misto-Ind-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-Libertà e giustizia per l'Ulivo: Misto-LGU; Misto-Movimento territorio lombardo: Misto-MTL; Misto-MSI-Fiamma Tricolore: Misto-MSI-Fiamma; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Socialisti democratici Italiani-SDI: Misto-SDI; Misto Alleanza Popolare-Udeur: Misto-AP-Udeur.

Intervengono il dottor Giancarlo Manenti, già direttore generale della AUSL n. 6 di Palermo; il dottor Corrado Failla, direttore generale della AUSL n. 8 di Siracusa; il dottor Alfredo Gurrieri, direttore generale dell'azienda ospedaliera «Umberto I» di Siracusa, accompagnato dal dottor Francesco Cirillo, direttore sanitario; il dottor Innocenzo Galatioto, presidente provinciale dell'AIOP (Associazione italiana ospedalità privata) di Siracusa; il dottor Sebastiano Rizzo, presidente provinciale Federfarma di Siracusa.

I lavori hanno inizio alle ore 11,20.

Audizioni di amministratori e di rappresentanti di associazioni per l'acquisizione di elementi conoscitivi sulla situazione sanitaria in Sicilia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le audizioni di amministratori e di rappresentanti di associazioni per l'acquisizione di elementi conoscitivi sulla situazione sanitaria in Sicilia.

Avverto che, ai sensi dell'articolo 12, commi 1 e 3, del nostro Regolamento interno, ho disposto la redazione del resoconto stenografico della seduta; verrà altresì pubblicato un breve riassunto dei lavori, in luogo del resoconto sommario.

Ricordo che nell'ultimo Ufficio di Presidenza è stato deciso di tenere qui, presso la nostra sede del Senato, alcune delle audizioni per acquisire informazioni sulla situazione della sanità in Sicilia.

Iniziamo con l'audizione del dottor Giancarlo Manenti, già direttore generale della AUSL n. 6 di Palermo, che, come i colleghi ricorderanno, non abbiamo potuto sentire in occasione della missione a Palermo in quanto aveva un problema familiare; abbiamo accolto la sua richiesta di essere ascoltato successivamente, quindi lo saluto e lo ringrazio per essere qui oggi.

In occasione della nostra visita abbiamo avuto modo di conoscere un po' la realtà palermitana e in quella sede sono emersi due elementi problematici a seguito dei numerosi incontri che abbiamo tenuto: mi riferisco alla questione della spesa farmaceutica, ancora eccessiva, della AUSL palermitana (in linea, peraltro, con il resto delle AUSL della Regione siciliana) e a quella della convenzionata esterna. Volevo pertanto chiedere al dottor Manenti quali sono stati gli atti da lui assunti, nella sua qualità di responsabile della gestione della AUSL palermitana, per fare fronte a tali problemi che ancora sussistono. Naturalmente poi i colleghi potranno rivolgere al nostro ospite ulteriori domande.

MANENTI. Signor Presidente, preciso innanzi tutto che intendo avvalermi della facoltà di rispondere a tutte le domande che questa Commissione vorrà pormi.

Ho diretto la AUSL n. 6 di Palermo per ben cinque anni, e desidero sottolineare che è la più grande e complessa d'Italia. I problemi che essa presenta sotto il profilo economico e finanziario non sono solo quelli della farmaceutica e della convenzionata esterna, cui lei ha fatto riferimento: ad essi si aggiungono i problemi degli ospedali (sempre sotto l'aspetto finanziario), quelli di tutti coloro che usufruiscono di prestazioni salvavita, quelli che riguardano i convenzionati privati e quelli che riguardano le strutture private oggi comunemente note come dotate di accreditamento provvisorio. Per tutte queste tematiche la questione economica e finanziaria è quella che purtroppo ha contraddistinto la gestione dell'azienda, nel senso che la si è dovuta amministrare a fronte di una situazione finanziaria certamente non idonea, in quanto le risorse finanziarie assegnate all'azienda n. 6 erano certamente inadeguate per fare fronte a tutte le problematiche ricordate. Tra l'altro, è bene tenere presente che l'azienda amministrava ben 14 di quelli che oggi si chiamano distretti e allora si chiamavano USL, molto diversi tra loro sotto il profilo economico, culturale, sociale, religioso e anche geografico (andando dal montano all'insulare).

Venendo più specificamente alla spesa farmaceutica, certamente ha rappresentato il tema maggiormente ricorrente, per il quale, data la carenza di risorse economiche e finanziarie, c'è stato anche un accertamento giudiziario: mi riferisco al fatto che sono stato oggetto di un'indagine giudiziaria sull'argomento, essendo stato addirittura indiziato di concorso in usura. Naturalmente il problema è stato ampiamente chiarito, non si dà luogo a procedere perché il fatto non sussiste. In sostanza, il discorso è che, a fronte di una somma stanziata nel bilancio per pagare i farmacisti e di conseguenza i farmaci, non vi è dubbio, si realizza una partita di giro: la Regione dà e nella misura in cui essa dà si paga. Che cosa ho fatto io per venire incontro a queste esigenze e per contenere il fenomeno del contenzioso? Mi sono avvalso (sono stato il primo a farlo in Italia, mi piace ricordarlo) della possibilità di ricorrere al *factoring* affinché tutti quelli che avessero avuto bisogno immediato di denaro, a seconda delle circostanze individuali, potessero ricorrere a tale istituto, che, ripeto, è stata un'esperienza innovativa in Italia, tanto che anche il quotidiano «Il Sole 24 Ore» ha dedicato una particolare attenzione all'argomento.

Avendo proceduto con il *factoring* per quanto riguardava il problema della spesa farmaceutica, ho ritenuto opportuno estendere la possibilità di ricorso a tale istituto anche a tutti gli altri creditori (mi riferisco in particolare ai convenzionati esterni, alle strutture private accreditate, e così via), in maniera tale da arrivare a superare le *impasse* che sistematicamente venivano a realizzarsi perché le risorse erano insufficienti o per carenza di liquidità da parte della Regione, nei limiti del budget assegnato.

Il provvedimento relativo, da me adottato in linea sperimentale per un anno, è stato regolarmente approvato sia dal collegio dei revisori dei conti sia dall'assessorato alla sanità. Su ciò che è avvenuto dopo non sa-

prei rispondere: ho lasciato quell'azienda alla fine di febbraio del 2001 e non so che cosa abbia fatto chi è venuto dopo di me per venire incontro a quelle esigenze. Il tema economico e finanziario, ovviamente, rimane quello dominante per tutte le strutture della AUSL n. 6, perché sempre carenti e bisognose di risorse.

Per quanto riguarda i problemi della convenzionata, dell'assistenza diretta o indiretta, giova precisare sull'argomento che, per legge, il nostro sistema L.R. 88/80 consentiva il ricorso all'assistenza indiretta. Ad un certo punto chi vi parla ha ritenuto opportuno, in linea propositiva, ricorrere ad un sistema, chiamiamolo sperimentale, di assistenza diretta, anticipando sotto questo aspetto di circa tre mesi quello che poi ha fatto la Regione siciliana, nel senso che il provvedimento da me adottato è stato successivamente esteso a tutti in Sicilia.

Perché questo ricorso all'assistenza diretta? Il ricorso all'assistenza diretta va giustificato perché si riteneva che con l'assistenza diretta si sarebbe proceduto ad un risparmio notevole e, conseguentemente, ad un controllo ben preciso delle prestazioni da effettuarsi e dei rimborsi.

TATÒ (AN). Vorrei chiedere alcune delucidazioni al dottor Manenti. Per quanto riguarda Palermo, vorrei sapere se viene rispettato il *budget* assegnato dalla Regione di anno in anno. Mi è giunta notizia che per la specialistica esterna si vada ancora a ruota libera, così come in qualche altra Regione italiana, senza tener conto dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio del novembre 2001.

MANENTI. Su questo non vorrei rispondere perché l'argomento riguarda squisitamente la conduzione delle aziende territoriali. Le argomentazioni che poc'anzi ho ritenuto di esporre erano relative fino al 2001, ma occorre tener conto del fatto che un mese dopo ho lasciato le aziende territoriali. Oggi come oggi dirigo un'azienda ospedaliera di terzo livello e non sono in condizioni di dire se oggi il *budget* venga rispettato o meno perché non lo seguo. La questione al momento esula dalla mia competenza professionale.

PRESIDENTE. Vorrei porre al dottor Manenti una domanda specifica riguardante una delle realtà di cui ci siamo occupati quando siamo stati in Sicilia, in particolare a Palermo. Mi riferisco alla convenzione con la casa di cura di Bagheria, questione peraltro oggetto di inchiesta da parte della magistratura, nel cui merito non intendiamo intervenire.

Nel corso delle nostre audizioni abbiamo appreso che il controllo delle prestazioni effettuate dalla casa di cura di Bagheria per conto dell'azienda USL n. 6 sono state affidate ad un livello di responsabilità territoriale. Era il distretto che aveva la competenza territoriale ad effettuare le verifiche e quindi i controlli rispetto alle prestazioni erogate da quella casa di cura. È stata una decisione della direzione aziendale e all'epoca – se non sbaglio – era lei il direttore generale.

Lei era il direttore generale all'epoca in cui è stata assunta la decisione di trasferire il controllo rispetto alle prestazioni erogate dalla casa di cura Bagheria direttamente ad un livello distrettuale, non mantenendo più tale competenza in capo alla direzione generale. Vorremmo capire come sia avvenuto questo passaggio.

MANENTI. Voglio essere preciso. Non si tratta di una scelta discrezionale del direttore generale. Il controllo spetta per norma, cioè per legge, al distretto sanitario. Il distretto sanitario, se non erro, ai sensi del decreto legislativo n. 88 del 1992, è competente, a comprendere la qualità delle prestazioni da erogarsi, a verificare se le prestazioni sono state effettuate e a rimettere all'azienda n. 6 l'atto deliberativo per poter procedere alla liquidazione. Il controllo spetta al distretto sanitario; non è una scelta discrezionale del direttore generale, ma un preciso compito del distretto.

PRESIDENTE. E' sempre stato così? Non c'è stata una decisione assunta dall'azienda rispetto a questo tipo di controllo?

MANENTI. Se lei mi parla di controlli, non è una decisione mia, cioè del direttore generale. Il controllo spetta al distretto sanitario e, quindi, al suo direttore di distretto.

PRESIDENTE. Lei dice «spetta», ma vorrei sapere a chi spettava prima; se, in altri termini, vi sia stato un atto della direzione aziendale che ha conferito tale competenza al distretto.

MANENTI. Se si parla di controlli, questi spettano al distretto senza bisogno del direttore generale. Se si parla di questo. Se, invece, ci si riferisce ad una competenza che io ho dato al distretto sanitario appunto perché di competenza del distretto, in questo caso mi riferisco certamente ad una determinazione che avrei assunto in calce ad una nota nella quale, su richiesta del direttore del distretto, il quale chiedeva di poter aggiornare il famoso tariffario, con mia disposizione ho invitato il direttore del distretto a concordare con il direttore generale se esistessero i presupposti per procedere alla rideterminazione del nomenclatore tariffario.

Ma questo non basta perché, anche quando c'è stata tale determinazione del direttore generale a rimettere alla responsabilità del direttore del distretto la competenza a verificare l'esistenza dei presupposti per l'aggiornamento del nomenclatore, va da sé che comunque questa non solo avrebbe dovuto essere recepita dal direttore generale attraverso un proprio atto deliberativo ma, nel contempo, avrebbe dovuto essere inviata necessariamente, per legge e per competenza, all'assessorato regionale alla sanità.

In parole povere, la determinazione con la quale ho assegnato al direttore del distretto la responsabilità di procedere, qualora ne esistessero le motivazioni e i tempi, all'aggiornamento del nomenclatore del tariffario per determinate specialità previste in quello vecchio, ad un certo punto

è stata assunta, ma non ne ho saputo più niente perché di lì a breve sono andato via dall'azienda n. 6. Sono andato in altre aziende e quindi tutto ciò che è accaduto, vale a dire se è stata approvata o meno, autorizzata o meno, lo ignoro completamente proprio perché né fisicamente né giuridicamente presente.

LONGHI (DS-U). Ma le tariffe non le decide la Regione?

MANENTI. Sì.

LONGHI (DS-U). E allora perché lei ha dato mandato al direttore del distretto di decidere sotto qualche forma le tariffe e non ha scritto, invece, all'assessore regionale alla sanità per dire quali tariffe dovevano essere applicate per quelle prestazioni particolari nella clinica di Bagheria?

MANENTI. Il problema non è la clinica di Bagheria. E' più complessivo. Non v'è dubbio che l'assessorato regionale alla sanità è sempre stato un assessorato piuttosto lento nell'assumere certe determinazioni. Ad un certo punto, di lì a non poco apprendo di un credito abbastanza consistente avanzato dalla clinica di Bagheria. La chiamo comunemente clinica, ma in effetti non è una clinica. Di questo mi lamento e allora, dal momento che era necessario – perché rientrava nel mio senso di responsabilità – capire se si potessero controllare le prestazioni così fatte che andavano a ruota libera essendo l'assistenza indiretta, ho ritenuto opportuno fare questo in maniera tale da poter essere propositivo nei confronti della Regione.

Tuttavia, ripeto, laddove fossi stato informato della proposta – in tal senso avevo delegato il direttore del distretto a verificare la sussistenza di determinati presupposti – e avessi avuto questo riscontro, non vi è dubbio che ne avrei informato l'assessorato regionale alla sanità. Peraltro, non risulta – e lo posso affermare con chiarezza e certezza – che io mi sia permesso di liquidare un *cent*, un euro alla clinica, né sulla base del sistema indiretto, né di quello diretto. Nel primo caso, perché non esistevano le disponibilità economiche per farlo, anzi per ovviare a questa situazione, così come avevo proceduto in altre occasioni, ho fatto ricorso al *factoring*. Nel secondo, per due ordini di motivi: innanzi tutto, perché la deliberazione con cui avevo riconosciuto alla clinica di Bagheria – chiamiamola così – il beneficio del ricorso all'assistenza diretta, ancorché adottato da me, fino a quando sono stato direttore di quella azienda, non fu approvata dall'assessorato regionale alla sanità, ed è scritto in quell'atto deliberativo che esso sarebbe stato mandato all'assessorato regionale alla sanità per l'approvazione. In secondo luogo, va osservato che quell'atto non aveva neanche i presupposti dell'immediata esecutività, e questo è logico; inoltre, bisognava che trascorressero i tempi necessari alla pubblicazione, fino a quando non ci fosse stato il riscontro dell'assessorato alla sanità.

Mi risulta – stando alle informazioni in mio possesso – che per parecchi mesi l'assessorato regionale non abbia provveduto ad approvare e ad aggiornare alcune voci del nomenclatore tariffario.

Per quanto riguarda poi l'autorizzazione o la delega che io avrei dato al direttore del distretto, tengo a precisare che si trattava soltanto di una delega conoscitiva perché, ripeto, qualsiasi riscontro mi avesse comunicato, non rientrando nelle mie competenze, avrei provveduto direttamente ad informarne l'assessorato regionale alla sanità.

Del resto, questo è stato il mio modo di procedere anche nel caso dell'accreditamento provvisorio della clinica; in tale occasione ho infatti provveduto ad inviare il provvedimento all'assessorato alla sanità, provvedimento che tutto sommato è risultato abbastanza positivo e propositivo visto che tre mesi dopo la Regione siciliana ha esteso questo beneficio a tutte le strutture.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Volevo porre due domande al dottor Manenti. La prima è di carattere conoscitivo giacché molti di noi non conoscono approfonditamente la legislazione regionale, al contrario di quella nazionale, visto che contribuiamo alla sua produzione. Quando nella prima parte del suo intervento lei ha richiamato la legge che attribuisce il controllo al distretto, faceva riferimento ad una legge regionale? Mi consta infatti che la legge nazionale attribuisca tale controllo alle aziende sanitarie e non al distretto.

MANENTI. Mi sembra che si tratti della legge 8 marzo del 2001, in questo momento non ricordo con precisione. In ogni caso mi riservo di produrla successivamente.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Credo comunque che si tratti di una legge regionale visto che in quella nazionale, ripeto, il controllo viene affidato alle aziende sanitarie. In ogni caso volevo solo confermare ad una supposizione che nasceva dalle sue affermazioni.

Seconda domanda. Quanto alle sue osservazioni sulla revisione del tariffario, volevo sapere se nel periodo in cui era direttore, la vostra azienda era dotata al proprio interno di un ufficio legale, o se per questo genere di servizi vi rivolgevate alla Regione. Infatti, trovo improprio – questa è ovviamente una considerazione di carattere personale – che la richiesta di verificare l'esistenza di margini per la definizione di una ricontrattazione delle tariffe sia stata rivolta al direttore del distretto. Per usare un parallelo forse non molto adatto, è come se si chiedesse al malato quale farmaco deve prendere. Ora, indipendentemente dal fatto che poi lei ha lasciato il suo incarico e quindi non conosce quanto è accaduto successivamente, vorrei sapere per quale ragione lei si è rivolto al direttore del distretto e non all'ufficio legale o alla Regione.

MANENTI. Le rispondo subito. Tengo a precisare che faccio il direttore generale, per cui credo che mi spettino determinate competenze o responsabilità per quanto concerne la gestione rapida di alcune situazioni. Tra l'altro, da svariati anni gestisco problemi che riguardano enti locali,

sanità, turismo, consorzi e quant'altro, per cui sono abituato ad un certo tipo di celerità nei percorsi decisionali.

Nel merito, però, mi sia consentito di sottolineare che mi sono trovato di fronte ad una richiesta di parecchie decine di miliardi di rimborso rispetto alla quale non riuscivo bene a focalizzare se, ad esempio, vi fosse stata serietà nei controlli. Si trattava, peraltro, di ricorsi per neoplasie maligne e quindi di patologie di particolare incidenza sotto il profilo sanitario e sociale. Da parte del distretto mi è stato riferito – non ricordo se a voce o per iscritto, ma se lo si ritiene opportuno posso documentarmi – che le prestazioni effettuate non risultavano inserite nel tariffario e che conseguentemente sarebbe stato opportuno «appropriarle» cioè prevederle almeno in un tariffario aziendale, previo consenso assessoriale.

A quel punto, consapevole – grazie alla mia lunga esperienza nel settore – della lentezza con cui abitualmente si muove la Regione siciliana e per essa l'assessorato regionale alla sanità, ho ritenuto opportuno non prendermi la responsabilità di quel provvedimento, cosa che avrei fatto se invece quell'atto fosse stato prodotto da me. Mi sono quindi limitato semplicemente a chiedere di verificare l'esistenza di alcuni presupposti e di concordarli con il direttore generale. Dopo di che non so più niente di che cosa sia successo. Anche perché, ammesso che questo aggiornamento mi fosse stato proposto, non vi è dubbio che l'avrei rimesso all'assessorato alla sanità anche perché va tenuto presente che l'amministrazione si esprime attraverso atti deliberativi e non altro. Non sono quindi stato informato per ragioni di tempo visto che ho lasciato l'incarico, ma anche qualora lo fossi stato è chiaro che avrei rimesso gli atti all'assessorato regionale alla sanità. Del resto, questa è la stessa circostanza che legittima il mio ricorso al provvedimento provvisorio.

So benissimo che l'accreditamento provvisorio non rientrava tra le competenze del direttore regionale, tuttavia tengo a sottolineare che assistiamo costantemente a un fenomeno fluido per quanto riguarda l'aumento, la lievitazione dei costi perché si tratta di prodotti farmaceutici oppure di specialistica convenzionata o di strutture di ricovero private. Ne consegue che ho ritenuto opportuno – certo non era previsto da alcuna norma – accelerare i tempi ed essere propositivo nei confronti della Regione. Tant'è che, per quanto riguarda l'accreditamento provvisorio, l'assessorato regionale alla sanità qualche mese dopo ha esteso lo stesso beneficio a tutti. Non so che cosa sia successo per quanto riguarda il tariffario, mi risulta soltanto che per molti mesi non è stato approvato.

Una cosa però è certa: anche quando il direttore del distretto avesse verificato e concordato l'aggiornamento delle tariffe non avrei comunque potuto pagare neanche un centesimo proprio perché mancava la volontà o lo specifico atto amministrativo del governo regionale.

Del resto, sono molte le competenze di cui si fanno carico i direttori generali nonostante spettino alla Regione siciliana, mi riferisco ad esempio al problema del *factoring*. Tant'è vero che posso senz'altro affermare che, successivamente alla mia sperimentazione di *factoring*, che certamente non rientrava nelle mie competenze, ma in quelle dell'assessorato alla sa-

nità regionale, quest'ultimo per un certo periodo di tempo non l'ha autorizzato.

Diverso invece è il concetto: avevo interesse a vedere come vengono spesi questi soldi in mancanza di controlli, perché con l'assistenza indiretta i controlli purtroppo sono molto formali. Con l'assistenza diretta quanto meno c'è un limite e ho avuto notizia dai miei uffici che, laddove io fossi ricorso all'assistenza diretta, avrei risparmiato addirittura il 30 per cento rispetto al *budget* complessivo dell'azienda *de quo*. Il tariffario, lo ribadisco, non è di competenza del direttore generale; ho voluto solo essere un po' propositivo nei confronti della Regione siciliana e lo sarei stato se fossi stato informato dell'argomento e fossi rimasto ancora a reggere il timone di quell'azienda.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Mi scusi, non ha risposto ad una mia domanda: avete un ufficio legale?

MANENTI. Noi abbiamo un ufficio legale, ma io faccio il direttore generale. Se lo avessi informato, le risposte probabilmente sarebbero state del tipo: non è possibile, rimandiamo tutto all'assessorato alla sanità; oppure: sì, corriamo il rischio. Infatti, l'ho autorizzato io. L'ufficio legale è un ufficio certamente di consulenza dell'AUSL, ma ci sono anche altri uffici, altre aziende, come quella che io dirigo, che non hanno ufficio legale e io sono il direttore generale.

SANZARELLO (*Misto*). Signor Presidente, prima di porre le mie domande al dottor Manenti volevo ringraziarlo per le sue risposte; ricordo infatti che poteva avvalersi della facoltà di non rispondere, essendo in qualche modo coinvolto anche in questa vicenda di Bagheria; invece sta rispondendo, lo ricordo a tutti, e desidero dargliene atto.

Volevo fare una considerazione che serve anche a richiamare alla memoria dei colleghi un elemento, che nel momento delle audizioni a Palermo era più chiaro, sulla vicenda del passaggio dalla convenzionata indiretta all'accreditamento e sulle motivazioni di quell'accreditamento. L'indiretta fu abolita prima in Italia e poi in Sicilia, con qualche anno di ritardo. Vi erano strutture che sfuggivano a qualunque forma di controllo ed una era proprio questa: arrivavano soltanto le fatture presentate (perché poi l'indiretta veniva rimborsata formalmente ai cittadini) senza che nessuno le potesse controllare né prima né dopo, con una sorta di *escalation* rapidissima proprio perché si trattava di spesa non preventivata, non assoggettata a *budget*, non sottoposta a controllo. Di questa poi ci si occupò rapidamente, data l'elevata fatturazione, nel modo di cui si è detto, ma altre situazioni analoghe sono state prontamente risolte, come diceva il dottor Manenti, assegnando un tetto massimo di spesa, un *budget*, un numero massimo di prestazioni e fissando i controlli consequenziali per evitare il verificarsi di queste situazioni anomale che si scoprivano solo al momento della presentazione delle fatture. Si tratta di un aspetto impor-

tante che si è verificato per un breve periodo della storia sanitaria della Sicilia e che con questo sistema di accreditamento è stato risolto.

Volevo chiedere al dottor Manenti se gli atti che hanno portato all'accreditamento, alla fissazione del *budget*, ai successivi controlli, sono riconducibili alla sua gestione o sono successivi. Nella nostra missione a Palermo abbiamo sentito anche il suo successore, l'attuale direttore dell'azienda, il quale, se non ricordo male, diceva di non aver fatto nulla, di aver trovato tutto fatto. Volevo sapere, inoltre, se i controlli successivi sono passati dal distretto all'azienda oppure se ha continuato a farli il distretto. Se vuole può anche non rispondere.

MANENTI. Ho detto con molta umiltà che voglio rispondere, anche perché sono cose che ricordo ancora oggi.

Cosa abbia fatto poi il mio collega successivamente al momento in cui me ne sono andato non è che lo sappia molto; posso solo confermare che, alla data in cui io ho proceduto all'accreditamento provvisorio della struttura, il sistema era ancora indiretto. Quando me ne sono andato dall'azienda il sistema era ancora indiretto perché non c'è stato il tempo di formalizzare il mio atto, l'assessorato alla sanità non ha riscontrato a quella data il mio provvedimento.

ROTONDO (DS-U). Il decreto dell'assessorato di passaggio dall'indiretta al preaccreditamento è del novembre 2002.

MANENTI. A novembre 2002 non c'ero più da circa un anno. Ho fatto una proposta, se non ricordo male, a fine gennaio.

BAIO DOSSI (Mar-DL-U). Ma non l'ha vista realizzata.

MANENTI. Tra l'altro, dopo che si fa una proposta, viene trasformata in atto deliberativo che poi deve essere pubblicato. Se un atto è immediatamente esecutivo produce subito effetto, ma quell'atto non lo era. Posto allora che io abbia adottato l'atto deliberativo il 31 gennaio, dovendo passare 15 giorni prima che esso possa essere reso esecutivo (intendo per esecutivo l'inoltro a chi di competenza), arriviamo al 15 o perfino al 18 di febbraio; il 1° marzo non ci sono già più. Pertanto, posto che si fosse proceduto con celerità all'inoltro dell'atto deliberativo di accreditamento provvisorio della clinica di Bagheria all'assessorato regionale alla sanità, quindici giorni dopo non ero più in azienda, quindi ho lasciato l'azienda con il sistema indiretto.

Lo stesso dicasi per quanto riguarda il famoso tariffario. Ho chiesto al direttore del distretto di concordarlo, che per me significa: vedi di capire con me quali sono le voci che vanno concordate. Il direttore del distretto con me non ha concordato niente, non sono stato informato di un aggiornamento del tariffario e, ripeto, ammesso che ci fosse stata la competenza (non c'è bisogno dell'ufficio legale), questa è certamente dell'assessorato regionale alla sanità.

Non solo: circa quel momento discrezionale e propositivo, l'atto deliberativo è proposto da un capo settore e deve esserci necessariamente il parere favorevole o contrario del direttore sanitario e del direttore amministrativo. Il direttore sanitario, specialmente in una materia come questa, sui cui dovrebbe essere più informato di un direttore generale, avrebbe dovuto essere in grado di valutare, per esempio, il costo di una prestazione per neoplasia fatta non so come. Quindi, l'atto deliberativo propone; la richiesta al direttore del distretto è soltanto una competenza che ho ritenuto di esercitare data l'autonomia del direttore generale che molte volte sulla carta si riscontra quando i direttori generali vengono nominati e che ho ritenuto di dover esercitare, senza con ciò strafare, perché in ogni modo atti propositivi da me esercitati e correlati alla mia autonomia professionale certamente sarebbero stati mandati con i relativi atti deliberativi, perché per materie di questo genere si procede con manifestazioni ben precise di volontà.

PRESIDENTE. Se non ci sono altre domande, ringrazio e congedo il dottor Manenti.

Dichiaro conclusa l'audizione.

Onorevoli colleghi, prima di procedere alla successiva audizione, rendo noto che era stato convocato anche il dottor Aldo Salvo, già direttore amministrativo della AUSL n. 8 di Siracusa, il quale ha comunicato con lettera, in data 28 aprile 2004, la sua indisponibilità ad intervenire alla seduta odierna «stanti precedenti, indifferibili impegni familiari».

Passiamo ora alla successiva audizione.

(Viene introdotto il dottor Corrado Failla).

PRESIDENTE. Segue l'audizione del direttore generale della AUSL n. 8 di Siracusa, dottor Corrado Failla, che ringraziamo per la sua presenza.

Solo per inquadrare l'argomento, da quanto tempo ricopre il suo attuale incarico?

FAILLA. Dall'8 marzo 2001.

PRESIDENTE. Abbiamo richiesto un elenco di documenti riguardanti l'azienda unità sanitaria locale n. 8 di Siracusa che lei gentilmente ci ha già inviato. Tali documenti riguardano: il fatturato per singola casa di cura (anni 2001, 2002 e 2003), i primi 30 DRG per singola casa di cura, i primi 30 DRG di migrazione sanitaria dalla AUSL, l'elenco delle case di cura convenzionate con relativi posti letto e specialità convenzionate, il fatturato della specialistica convenzionata, l'elenco delle strutture convenzionate di riabilitazione aggiornato alla data odierna, con relativo fatturato del singole strutture, le spese legali e il numero di consulenti legali dell'AUSL e, infine, il piano di rifunionalizzazione degli ospedali di Avola e Noto.

Esaminando i fatturati relativi alle case di cura private nel triennio 2001, 2002 e 2003 si assiste ad una crescente incidenza della spesa; si passa da un fatturato totale lordo di circa 22 milioni di euro nell'anno 2001 a circa 31 milioni di euro nel 2003. Lo stesso discorso vale se esaminiamo i dati relativi al fatturato della specialistica convenzionata. In questo settore passiamo da un fatturato totale di circa 14 milioni di euro nel 2001 a circa 21 milioni di euro nel 2003.

Vorrei che ci fornisse una spiegazione di tale incremento che si verifica non a fronte di un'emergenza sanitaria particolare.

Vorrei conoscere i motivi dell'incremento della spesa per l'ospedalità privata e per la specialistica convenzionata con riferimento alla AUSL che lei governa.

FAILLA. Questo è un fenomeno che si è verificato nel triennio in riferimento non già limitatamente alla AUSL da me diretta, ma anche in tutte le AUSL della nostra Regione in quanto l'assegnazione dei *budget* per le singole strutture, siano esse in regime di ricovero (quindi di ospedalità privata), siano strutture in preaccreditamento (quindi di specialisti esterni), è stabilita direttamente dalla Regione che ha comunicato i macroaggregati di spesa. Originariamente erano separati nelle varie voci di spesa (specialisti preaccreditati e ospedalità privata); nell'ultima integrazione i macroaggregati comunicati ad ogni azienda sono stati accorpati. Comunque, chiarendo preliminarmente che l'incremento è stato determinato da disposizioni regionali, ritengo che ciò sia frutto della scelta politica – peraltro da me pienamente condivisa – di muoversi verso quel processo di integrazione pubblico-privato che, se adeguatamente condotto, e quindi senza nocimento per il settore pubblico, non può fare altro che ampliare l'offerta, innescando virtuosi meccanismi di integrazione e competitività. In altri termini, non può che avere come risultato quello di livellare le prestazioni offerte al cittadino verso l'alto.

PRESIDENTE. Però, dottor Failla, se osserviamo i primi 30 DRG, non mi sembra che vi sia una spinta verso l'alto. Mi sembrano piuttosto prestazioni di *routine*. Se questo è l'obiettivo da lei sottolineato, esaminando i DRG non mi sembra che vi sia una spinta verso l'alto grazie all'ingresso e alla presenza di nuovo privato nella sanità della sua AUSL. Si tratta di normali prestazioni sanitarie che qualsiasi ospedale pubblico di zona può effettuare.

FAILLA. Certo, i primi 30 DRG in fuga, per la stragrande maggioranza dei casi sono prestazioni che effettuano anche i nostri presidi ospedalieri, nonché l'azienda per l'emergenza di secondo livello che insiste nella nostra provincia. Ma in proposito va detto che la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture private è aumentata notevolmente, tant'è vero che abbiamo lavorato assieme ai responsabili delle strutture private per aumentare il peso medio delle singole patologie trattate, chiedendo una sempre maggiore attenzione su tutti gli aspetti qualitativi delle moda-

lità di erogazione dell'assistenza stessa. Di fatto, in buona sostanza, bisogna tenere in considerazione che esiste il principio secondo cui il cittadino deve essere libero di scegliere di volta in volta la struttura pubblica o quella privata.

TATÒ (AN). Vorrei riprendere il discorso iniziato dal Presidente relativo all'incremento delle prestazioni, dimostrato dai dati che attestano come nel giro di due anni ci siano 6,6 milioni di euro in più (in pratica circa 13 miliardi di vecchie lire), vale a dire una somma considerevole. È d'obbligo, dunque, chiedere alla Regione Sicilia quale sia lo stanziamento annuale per la specialistica esterna. Rimane praticamente un grosso dubbio. Però, nell'elencazione delle somme per le strutture non si ha l'equivalente di quello che lei ha detto, dottor Failla, nel senso che nel 2001 siamo a circa 10 milioni di euro, nel 2002 a 11,8 milioni di euro, dopo di che si registra un calo repentino fino a 3,15 milioni di euro nel 2003. In altri termini, se la politica di tutte le Regioni è quella del risparmio perché non ci risulta che in Sicilia siano state chiuse delle strutture pubbliche, le chiedo se non riscontri una forte incongruenza leggendo questi tabulati.

Come mai nel 2003 il numero delle prestazioni effettuate è diminuito così rapidamente mentre in precedenza era abbastanza elevato?

FAILLA. Le prestazioni *ex* articolo 26 sono state reinserite nella voce dei macroaggregati. Bisogna tenere conto che risulta apparente il fatto che il numero delle prestazioni sia calato, giacché buona parte di esse sono state inserite nella voce dei soggetti preaccreditati; ne consegue che anche quella voce di fatto ha subito un incremento, come del resto si evince con chiarezza nel documento che ho qui con me e che lascio agli atti della Commissione.

Intendo dire che anche per quanto riguarda gli specialisti oggi preaccreditati (all'epoca convenzionati esterni), ricordo bene l'impegno che l'azienda profuse in una faticosa trattativa, peraltro durata diversi mesi. Fu una trattativa che in alcuni casi, ad esempio quando si trattò di negoziare il *budget* con ciascuna delle strutture allora convenzionate esterne, ha richiesto addirittura la presenza delle forze dell'ordine.

In buona sostanza, si giunse ad una intesa – condivisa anche dalle categorie sindacali rappresentanti sia gli specialisti delle branche a visita sia quelli delle branche a diagnostica, e quindi dei laboratori di radiologia – che grosso modo comportava un impegno complessivo per l'intera azienda che si attestava all'incirca sui 28 miliardi delle vecchie lire. Successivamente è stata emanata da parte dell'assessore Cittadini la prima versione del cosiddetto decreto taglia-spese, a seguito del quale hanno avuto luogo degli incontri tra il presidente della Regione, l'assessore alla sanità e naturalmente le organizzazioni sindacali, che ha portato ad un accordo e quindi, nel novembre 2002, ad una modifica del suddetto decreto. Sulla base di questo accordo vi è stato un incremento della assegnazione del *budget* – mi riferisco al complesso delle strutture presenti sul

territorio provinciale – dai circa 28 miliardi a una cifra superiore a 35 miliardi delle vecchie lire.

Tale incremento è quindi scaturito da alcune determinazioni che sono state prese per decreto e che ritengo siano sempre state ispirate alla volontà politica di rafforzare sempre di più il momento di integrazione tra il settore pubblico e quello privato attraverso il quale, oltre a garantire la libera scelta dei cittadini, è possibile anche elevare la qualità delle prestazioni.

ROTONDO (*DS-U*). Dottor Failla, lei dirige un'azienda che purtroppo è da tempo nell'occhio del ciclone. Il suo predecessore, il dottor Dicembre, fu rimosso dalla carica a seguito di un'ispezione e sostituito da un commissario che è poi stato indagato per truffa, abuso d'ufficio e quant'altro.

A quanto pare anche lei sta incontrando delle difficoltà nella gestione di questa AUSL, è quindi probabile che il tessuto di questa provincia renda particolarmente difficili i rapporti tra sanità pubblica e privata, creando grossi problemi a chi ha la responsabilità di dirigere queste aziende. Recentemente la Giunta regionale ha deliberato un provvedimento di trasferimento nei suoi confronti e mi risulta anche che vi siano state forti polemiche tra lei ed il suo ex direttore amministrativo che lei ha revocato e che l'accusa di parecchie vicende.

Sarebbe pertanto utile se ci spiegasse la realtà siracusana e le ragioni per cui i dirigenti responsabili dell'azienda sanitaria incorrano spesso in problemi di questo tipo. Ad esempio, riprendendo il discorso che faceva il Presidente, vorrei avere qualche dato in ordine ai rapporti con le cliniche private. Nel corso di questi anni lei ha dovuto erogare a favore di alcune cliniche private degli extra *budget*, questo malgrado il commissario che l'ha preceduta sia stato inquisito proprio per aver pagato svariati miliardi di vecchie lire per prestazioni cosiddette improprie. Lei ha innalzato e sfiorato il *budget* assegnato ad alcune strutture private. Nonostante questa precedente esperienza e nonostante fosse in corso un contenzioso con queste stesse strutture e quindi risultasse poco opportuno dare seguito a pratiche di questo genere.

Ma c'è molto di più. Il suo ex direttore amministrativo l'accusa di aver portato avanti delle delibere contro il suo parere – anzi con il suo parere negativo riportato nella delibera stessa – che riguardavano alcune convenzioni, ad esempio quella con la Salustra Srl.

È emerso inoltre un problema rispetto al quale la CGIL ha chiesto degli approfondimenti e che riguarda un rapporto di convenzione con una società per attività inerenti all'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994. A questo proposito sarebbe interessante sapere se ed in che modo siano state definite le procedure di aggiudicazione della relativa gara. Per quale ragione, ad esempio, per quanto riguarda l'applicazione della suddetta norma, lei si è avvalso di un consulente che era poi un collaboratore della società che pare si sia aggiudicata la gara stessa? Lei, ripeto, nel giugno 2002 ha affidato quest'incarico di consulenza per l'area

prevenzione ad un tecnico che nel dicembre 2002 risulta essere collaboratore della società TSR Engineering di Milano. Vorremmo ad esempio sapere se il capitolato d'appalto per questa gara sia stato predisposto da questo consulente, nonché collaboratore della suddetta società che successivamente si è aggiudicata la gara, ed altresì se le modalità di aggiudicazione siano particolari: se, ad esempio, viene aggiudicata sulla base dell'offerta più bassa oppure del rapporto tra prezzo e qualità delle prestazioni (20 per cento rispetto all'80 per cento).

Esistono situazioni che purtroppo creano un clima non facile per la sua gestione. Sarebbe quindi interessante avere qualche spiegazione al riguardo ed anche se ci potesse descrivere in che modo intende procedere per quanto riguarda la rifunzionalizzazione dell'ospedale Avola-Noto, due strutture ospedaliere della provincia di Siracusa che sono state unificate sulla base di un accordo regionale. In tal senso, ripeto, esiste un progetto di rifunzionalizzazione che vorremmo sapere se sta procedendo oppure no.

A tale proposito, come lei sa, ci sono state delle proteste popolari, delle petizioni, delle raccolte di firme, è stato richiesto l'intervento a Siracusa anche dell'assessore Cittadini per un confronto con lei.

FAILLA. Vorrei partire dalla considerazione iniziale del senatore Rotondo, laddove indicava una condizione di difficoltà di ordine gestionale che vivrebbe la mia direzione, la mia figura: personalmente non vivo alcuna condizione di difficoltà gestionale perché ritengo di aver operato, nell'arco di questi tre anni, sempre e solo nell'interesse della collettività, che nel caso di specie conta 400.000 abitanti, da cui promanano fabbisogni di salute per l'intero territorio provinciale. Mi sono adoperato per far sì che queste strutture (mi riferisco sia ai presidi ospedalieri sia alle attività distrettuali o dipartimentali della nostra azienda), compatibilmente con l'arcinota limitatezza delle risorse disponibili, potessero offrire servizi di qualità e soprattutto dare risposte adeguate a quelli che sono i fabbisogni dell'utenza.

Vorrei fare un brevissimo *flash* sullo stato dell'arte dell'azienda allorché mi sono insediato, poco più di tre anni fa. La nostra azienda di Siracusa era l'unica nell'ambito regionale a non avere una TAC a gestione diretta; non era possibile in alcun modo effettuare un esame di risonanza magnetica, che è ormai ritenuto dagli specialisti particolarmente importante, se non indispensabile, in un gran numero di casi. In alcune situazioni (mi riferisco proprio all'ospedale unico di Avola-Noto) non esisteva un ecografo o quanto meno un'attrezzatura diagnostica che fosse degna di essere definita tale. I primi due ecografi, che poi erano ecodoppler multidisciplinari, ricordo di averli acquistati io poco più di tre anni fa, quasi immediatamente dopo il mio insediamento.

Le difficoltà di cui parlava il senatore Rotondo sono difficoltà oggettive: ormai da più di otto mesi, forse un anno, sono vittima di una campagna di stampa che originariamente parte da alcune illustri personalità politiche della nostra provincia e che vede poi una serie di altre persona-

lità politiche affiancare una serie di posizioni che tra l'altro - è doveroso che lo dica - hanno come punto centrale di tutta una serie di accuse che vengono mosse alla mia gestione, una presunta illegittimità pressoché costante nell'assunzione di una serie di atti che ritengo di dover assolutamente smentire.

Devo dire peraltro che su alcuni di questi temi sono già sottoposto ad indagini in atto, però con una coscienza assolutamente serena e tranquilla che mi viene dalla consapevolezza di avere operato nell'interesse dei cittadini e cercando di recuperare quel *gap* che vedeva la nostra azienda in una condizione di oggettiva difficoltà. Penso di aver fatto ogni sforzo per colmare questo *gap* rispetto a tutta una serie di realtà anche vicine che vedono la nostra provincia schiacciata tra la provincia di Catania, che notoriamente presenta un'offerta ampia, completa, altamente qualificata, e la provincia di Ragusa, che vede anch'essa, per una serie di vicende storiche che attengono agli anni passati, un'offerta maggiore e più qualificata. Mi riferisco per esempio al dipartimento di oncologia esistente a Ragusa da moltissimo tempo, che peraltro nasce anche sull'onda della sensibilità della collettività provinciale: partendo da una raccolta di fondi organizzata da una serie di *club service* e che mobilitò una porzione molto vasta ed articolata della società civile (parlo di circa 10-15 anni fa), fu possibile acquisire un acceleratore lineare attorno al quale poi si è sviluppato tutto il dipartimento, senza attendere l'indicazione regionale con l'orientamento di creare in ambito provinciale dipartimenti di carattere interaziendale e quant'altro.

Per toccare analiticamente i punti che giustamente sottolineava il senatore Rotondo, che tra l'altro, per il fatto di rappresentare la collettività della nostra provincia, conosce molto bene la nostra realtà, cercherò di rispondere punto per punto.

La vicenda dell'*extra budget* di cui parla tanto la stampa non è assolutamente vera: non ho dato mai una lira di *extra budget* in più rispetto a quanto non fosse già stabilito e per quantità, quindi per importi, e per modalità, quindi per procedure di assegnazione (mi riferisco ai criteri che sono stati adottati nell'assegnazione dell'*extra budget* a ciascuna delle strutture). Tanto meno è vero che, a differenza del mio predecessore, abbia materialmente messo in pagamento questo *extra budget*. È vero semmai il contrario, cioè che, nonostante avessimo concordato sulla base della condivisione dei criteri l'assegnazione dell'*extra budget* alle tre strutture che all'epoca ne avevano diritto, appresa la notizia dell'indagine che è tuttora in corso e che vedrà il giorno 10 prossimo venturo l'incidente probatorio (mi riferisco all'indagine sulle case di cura private in cui è coinvolto anche l'allora commissario straordinario dottor Requirez), proprio per ragioni di opportunità, avendo appreso che era coinvolta una di queste strutture alle quali era stato assegnato un *extra budget* per un importo che credo si attestasse sugli 800 milioni di vecchie lire, ho ritenuto opportuno sospendere l'esecutività della delibera, tant'è vero che il titolare della struttura reclama a gran voce e abbiamo un contenzioso in atto per questo problema.

Per quanto riguarda il problema dell'allora convenzione – oggi si chiamerebbe contrattualizzazione – con la struttura «Villa Salustra», il cui direttore amministrativo ha espresso parere contrario all'adozione di questo atto perché così ha ritenuto di fare, ero incredulo su come il direttore amministrativo potesse dare parere negativo circa l'adozione di questo atto perché ricorrevano tutte le condizioni (non solo quelle di carattere epidemiologico-assistenziale, ma anche quelle giuridico-amministrative) perché tale convenzione potesse essere stipulata. Tra l'altro, era stato appena emanato il decreto n. 890 del 2002 riguardante le norme sull'accreditamento, si era in questa fase transitoria. Comunque, ad ogni buon fine, cautelativamente, nella consapevolezza di un possibile dubbio interpretativo, avevo chiesto un parere all'assessorato regionale alla sanità.

L'assessorato regionale alla sanità mi ha risposto con toni di estrema meraviglia chiedendomi il motivo per cui richiedevo un parere sulla possibilità di stipulare questa convenzione quand'era scontato, e anzi non si comprendeva come mai, essendoci tale necessità, io non l'avessi ancora fatta.

Comunque, se lei ritiene, signor Presidente, lascio agli atti questa documentazione.

Il direttore amministrativo per le sue competenze evidentemente aveva una visione diversa.

PRESIDENTE. Probabilmente questi fatti sono noti solo a lei, dottor Failla e al senatore Rotondo. Noi non comprendiamo nulla. Cosa riguarda questa convenzione? Di che si tratta?

FAILLA. Chiedo scusa, mi rendo conto di averne parlato come di un fatto noto.

Si tratta di una convenzione per 20 posti letto in una CTA, una struttura destinata alla riabilitazione e al reinserimento di soggetti affetti da patologia psichiatrica che non necessitano ovviamente di ricovero. Essendo la zona Sud della provincia, in particolare quella di Noto, sprovvista di questo particolare tipo di assistenza, abbiamo ritenuto di dover garantire tale servizio. Il direttore amministrativo di allora riteneva che fosse illegittimo. Il regime di accreditamento ai sensi del decreto assessoriale n. 890 del 2002 era stato avviato da poco ed erano previsti dei tempi tecnici per l'adeguamento dei requisiti strutturali e organizzativi, ma ciò non poteva esimere un direttore generale, nelle more dell'adeguamento, dall'affrontare la situazione, aspettando magari cinque anni. Nel frattempo come sarebbero stati assistiti questi cittadini? Che tipo di servizio avremmo offerto loro? Ricorrevano – a mio modesto parere – tutte le condizioni. Non contento di questo, ripeto, ho chiesto il parere all'ufficio speciale dell'assessorato regionale alla sanità il quale mi ha risposto nei termini sopra esposti.

Il senatore Rotondo ha fatto riferimento anche ad una serie di atti del direttore amministrativo (cui peraltro ho revocato l'incarico e quindi successivamente si è andati alla rescissione del contratto). Egli ha ritenuto

molto spesso o di non dare parere (sebbene richiestogli, ritenendo lo stesso non obbligatorio in base ad una distorta interpretazione della norma) o di dare parere negativo, contraddittoriamente anche quando non richiesto. E questo, che io ricordo, è l'unico caso in cui ha espresso parere negativo. In tanti altri ha ritenuto di non dover esprimere parere. Dal mio punto di vista il problema riguarda la capacità di assumersi le responsabilità, tutte, fino in fondo, perché chi amministra deve avere la caratteristica di sapersi assumere tutte le responsabilità laddove opera nell'interesse del bene superiore della collettività.

In vari momenti la posizione del direttore amministrativo è stata quella di non collaborazione nei confronti della direzione generale. Nonostante questo, mi rendo conto che la continuità, nella misura in cui è possibile che sia coltivata ed anche orientata nuovamente o canalizzata, non può che essere un beneficio per il governo dell'azienda e, quindi, per tutta la collettività che beneficia dei servizi dalla stessa erogati. Ho effettuato una serie di tentativi per cercare di ricondurre il direttore amministrativo – del quale peraltro ho avuto in mano per alcuni giorni anche la lettera di dimissioni, come ho recentemente affermato nel corso di una conferenza stampa a Siracusa – ad una posizione maggiormente collaborativa, che poi tale non si è rilevata al punto che una serie di eventi sommati tra di loro hanno determinato il venir meno del rapporto di fiducia. Ciò mi ha portato alla revoca dell'incarico all'epoca conferito.

Il senatore Rotondo ha chiesto chiarimenti anche in ordine all'azione di sistema – a mio avviso di straordinaria importanza – per tutti gli adempimenti previsti dal decreto legislativo n. 626 del 1994 nell'intera azienda. Credo sia un dovere per un direttore generale (che, tra l'altro, in base a quanto previsto dal legislatore, è anche datore di lavoro sebbene possa delegare – come di fatto ho delegato, per i presidi dei distretti) salvaguardare la salute di coloro che si spendono quotidianamente nell'azienda, assicurando condizioni ottimali di lavoro. Credo che ciò sia non solo un atto dovuto in quanto previsto dalla legge, ma anche un elemento che scaturisce da un impulso manageriale che – a mio giudizio – un *manager* moderno non può non avere. Ormai credo sia un fatto acclarato che, allorché il dipendente, qualsiasi sia la sua funzione, lavora in condizioni di oggettivo agio e gratificazione, la resa dello stesso è, nella peggiore delle ipotesi, tripla rispetto ad un dipendente che soffre e che è costretto a lavorare in contesti inadeguati, se non addirittura di evidente tristezza e sofferenza. Negli Stati Uniti inseriscono anche le palestre affinché le persone considerino come una sofferenza l'allontanamento dal posto di lavoro. Oltre ad essere prescritto da chiare norme di legge, credo sia dovere di un *manager* adeguato ai tempi porsi questi problemi.

Per quanto riguarda gli aspetti della modalità dell'assegnazione e, quindi, della licitazione privata alla quale abbiamo fatto riferimento, l'abbiamo indirizzata per l'80 per cento alla qualità e per il 20 per cento al prezzo, criterio utilizzato anche in altre occasioni, sebbene con percentuali diverse: 70-30, 60-40. Ciò significa che, quando ci si trova nella condizione di dover affrontare temi così delicati, importanti e strategici per l'a-

zienda, bisogna privilegiare l'aspetto della qualità, ovviamente senza trascurare quello dell'economicità, uno dei presupposti, insieme ai principi dell'efficacia e dell'efficienza, che devono sempre contraddistinguere l'operato di un amministratore pubblico e che pertanto non devono essere disconosciuti.

Circa la questione cui è stato fatto riferimento, sono purtroppo fatti di dettaglio che non posso esplicitare meglio. Essi riguardano la collaborazione del consulente aziendale con la struttura, di cui peraltro non ricordo neanche il nome, che poi si è aggiudicata la licitazione. Non ne ero a conoscenza, né mi sorprende che possa avere avuto questi contatti, innanzi tutto perché l'incarico di consulenza è ampiamente preadattato rispetto al momento in cui la direzione si è determinata ad investire in questa azione di sistema che coinvolgerà tutte le strutture di pertinenza dell'azienda.

All'epoca per fortuna era presente il direttore amministrativo che ha condiviso con me ogni passaggio di questa vicenda. Tengo a precisarlo proprio perché certa stampa della nostra provincia ha elevato il direttore amministrativo al rango di tutore massimo della legalità, come se io fossi invece il bandito a piede libero pronto a scorrazzare di qua e di là per curare i propri interessi personali. Questo, ripeto è quanto è stato testualmente scritto da varie testate giornalistiche e in più di un'occasione. Francamente non vedo che cosa ci sia di strano. Ribadisco che non ero a conoscenza della vicenda, che apprendo solo in questo momento dalle parole del senatore Rotondo, il quale ha fatto riferimento al rapporto intrattenuto con questo consulente. Devo presumere che, se ha avuto rapporti con una struttura, li abbia avuti anche con tutte le altre.

ROTONDO (DS-U). Nel *curriculum vitae* di questo tecnico si dice che, dopo la consulenza prestata presso l'azienda sanitaria, nel dicembre 2002 è diventato collaboratore della TSR Engineering, e nel giugno 2003 ha predisposto il capitolato speciale d'appalto. Lei, dottor Failla, ha poi dato mandato agli uffici di dare seguito a tale capitolato, predisposto dal suo consulente, nonché collaboratore della società che poi si è aggiudicata l'appalto stesso.

FAILLA. Più volte è capitato nella nostra azienda di predisporre capitolati d'appalto e rispetto a svariate materie, capitolati che poi – in virtù di un mancato confronto preliminare con coloro che amo definire *partner* dell'amministrazione e dell'azienda e che poi di fatto sono i prestatori d'opera in termini di beni e servizi – si sono risolti in un nulla di fatto. Infatti, a monte vi deve essere la possibilità di preordinare delle indicazioni che consentano all'azienda sia di garantire il risultato che si aspetta di ottenere, sia di mettere in piedi un'impalcatura strutturale tale per cui anche la sola partecipazione ad un bando di gara o ad un pubblico incanto rivesta comunque carattere di interesse per chi si propone per il servizio; in caso contrario si rischia di avere pubblici incanti e consequenziali trattative private andati deserti.

Questo è quanto è successo, ad esempio, per quanto riguarda l'affidamento della tesoreria, nonostante gli uffici incaricati della predisposizione del bando avessero avuto una serie di incontri formali ed informali con diversi istituti di credito; ciò al fine di trovare un punto di incontro tra l'interesse dell'azienda e quello di soggetti disponibili a spendersi e a partecipare nell'ambito di un rapporto di *partnership* con l'azienda stessa onde garantire un servizio che ovviamente l'azienda non può prestare in proprio. Infatti, sempre in riferimento all'esempio dell'aggiudicazione del servizio di tesoreria, va tenuto presente che un'azienda che vive già una condizione di sofferenza e che ha la necessità di ricorrere alle anticipazioni di cassa, non può che fare riferimento ad un istituto terzo, ovvero ad un istituto bancario. Ciò nondimeno in tale occasione il pubblico incanto è andato deserto, come pure la trattativa e quindi siamo dovuti arrivare al momento della negoziazione diretta finché non siamo riusciti a trovare un altro istituto bancario che si è dichiarato disponibile a prestare questo servizio. Analoga situazione si è verificata anche nel caso di altri capitolati.

Personalmente ho sempre ritenuto opportuno acquisire una serie di indicazioni, e questo ovviamente parlando con l'intero universo dei *competitors*. Bisogna considerare che, quando l'azienda si prefigge l'ottenimento di un risultato, laddove manchino le competenze, per raggiungerlo deve innanzi tutto acquisire il *know how* necessario. Inoltre, dal momento che talune delle procedure, o addirittura alcuni dei servizi, spesso corrispondono a delle innovazioni, per cui è quindi possibile che all'interno dell'azienda non esistano le competenze necessarie, diventa in questi casi fondamentale intrattenere un confronto aperto e diretto con chi poi può aiutarci ad acquisirle.

PRESIDENTE. Dottor Failla, onde meglio comprendere la situazione dell'azienda, vorrei porgerle una domanda che trae spunto sia dalle sue parole che dall'intervento del senatore Rotondo. La sua è una azienda che ha la fortuna o forse la sfortuna di governare un'area ad alto rischio di crisi ambientale, presumo quindi che dovrebbe essere dotata di un dipartimento di prevenzione assai ben implementato. Tra le competenze del dipartimento di prevenzione della sua AUSL, il controllo dell'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, credo rappresenti una delle attività prioritarie, soprattutto per quanto riguarda l'igiene e la sicurezza nei luoghi di lavoro. O, per meglio dire, la sua azienda è l'organo deputato a controllare che nelle altre realtà venga correttamente applicata la normativa prevista dal suddetto decreto. Desta pertanto meraviglia, che lei non potesse avvalersi di una consulenza interna in grado di offrirle un supporto al fine di adeguare la sua azienda al dettato della norma. Sinceramente non riesco a ben comprendere questa situazione. E' possibile che la sua azienda non sia dotata di un dipartimento di prevenzione e quindi non abbia al suo interno le figure professionali deputate a questa funzione? Chi effettua i controlli sull'applicazione del decreto legislativo n. 626 nell'area industriale di Priolo?

FAILLA. La nostra azienda.

PRESIDENTE. Perché ha le competenze per farlo?

FAILLA. Certamente.

PRESIDENTE. Però poi non ha le competenze per predisporre il piano di applicazione del decreto legislativo n. 626 all'interno della sua azienda che quindi viene affidato ad un soggetto terzo. Sinceramente non riesco a capire questi passaggi.

FAILLA. L'azione di sistema è cosa assai più complessa dei piani di controllo e quindi dei piani di sicurezza e delle varie attività che vengono svolte nei cantieri, attività queste che vengono effettuate, tra l'altro con grande impegno da parte del nostro servizio di medicina del lavoro. Il dipartimento peraltro è stato attivato nella nostra azienda da poco tempo, anche se ha comunque lavorato visto che abbiamo effettuato i controlli e con una regolarità estrema.

In ogni caso credo che sia necessario conoscere la situazione complessiva della nostra azienda, mi riferisco ad esempio all'ospedale di Lentini.

PRESIDENTE. Non vorrà certo sostenere che per quanto riguarda l'applicazione del decreto legislativo n. 626 la situazione della sua azienda sia più complessa di quella di un ambito petrolchimico!

FAILLA. Non sarà più complessa ma credo comunque che vi si avvicini molto in termini di complessità, soprattutto se si raffrontano le ingenti risorse che sono state finalizzate al rispetto di tutti gli aspetti inerenti alla sicurezza del settore petrolchimico e quelle che invece l'azienda sanitaria ha potuto destinare a questo scopo. Si tratta infatti di un problema di risorse sia umane che strumentali ed economiche, anche se non c'è dubbio che la complessità di una realtà come quella del petrolchimico è senz'altro superiore a quella della nostra azienda, ma non così tanto come invece si potrebbe pensare. Certamente vanno considerati anche gli eventi imprevedibili, quali ad esempio gli incendi, che pure si sono verificati.

Tuttavia, in questo momento, se si effettua un raffronto in ordine a quanta parte del bilancio della nostra azienda in passato è stata investita per la messa in sicurezza della stessa, si riscontrerà che si tratta di percentuali ridicole, veramente minime e proprio per tale motivo ho ritenuto che questo importante aspetto andasse implementato.

Bisogna anche considerare che la nostra zona, in particolare quella dove insiste il petrolchimico e che si estende a Nord fino al confine con la provincia di Catania (ospedale di Lentini), è ad alto rischio sismico. In questo ambito per fortuna ci stiamo muovendo molto velocemente nei lavori di realizzazione e di completamento del nuovo presidio ospedaliero di Lentini (compresa la via di accesso), tant'è che stiamo pienamente ri-

spettando la tabella di marcia. Dico questo proprio per sottolineare che la necessità dell'intervento è ovviamente da rapportare alle strutture di partenza, spesso vetuste e che necessitano di interventi strutturali assai rilevanti.

Il senatore Rotondo mi chiedeva del piano di rifunzionalizzazione dell'ospedale unico Avola-Noto. Al riguardo desidero fare alcune puntualizzazioni brevi ma, a mio avviso, importanti. Già nel 1996 una delibera del governo regionale (n. 446) individuava questi due presidi ospedalieri come funzionalmente facenti parte di un ospedale unico definito «ospedale d'area» (ovverosia un'unica struttura articolata in due presidi). Tale delibera è rimasta praticamente lettera morta per diversi anni nel corso dei quali sono stati effettuati vari tentativi di affrontare il problema, che, con alterne vicende, è stato talvolta preso in considerazione, altre volte messo da parte, fino a quando mi sono reso conto, poco dopo il mio insediamento alla direzione generale, che si trattava invece di un problema cruciale per la vita e la sopravvivenza della nostra azienda anche e soprattutto al fine di garantire un'offerta adeguata nella nostra zona Sud. Ci si trovava, infatti, di fronte ad una situazione in cui, a distanza di sei chilometri in linea d'aria (che poi, per una viabilità non certo adeguata, non certo brillante, diventano 12 chilometri di percorrenza in circa 15 minuti di tempo), avevamo due strutture complesse di ortopedia, due strutture di ginecologia, due divisioni di chirurgia, e così via, per la medicina e per tutta una serie di altri servizi. Ho evidenziato con forza la necessità di addivenire ad un momento di ridefinizione funzionale di questi presidi che potesse evitare le duplicazioni, al fine di liberare risorse per poter attivare nuovi servizi, e quindi si è posto questo problema.

È stato un periodo travagliato: era un tema che veniva mal visto, mal digerito; paradossalmente tutti o quasi tutti sembravano ritenere molto più comodo lasciare le cose così come stavano. Parliamo di un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti in cui non erano presenti né un reparto di terapia intensiva generale, né una divisione di cardiologia con UTIC, né un servizio di anatomia patologica (anche per quest'ultimo, come per la TAC cui facevo riferimento prima, credo che la nostra sia l'unica azienda ad esserne sprovvista in tutta la Regione). Mancavano inoltre tutta una serie di altri servizi attinenti alla medicina specialistica: mi riferisco alla nefrologia, all'urologia, alla chirurgia oncologica, alla stessa oncologia medica, tutti servizi di notevole importanza per un bacino di utenza, che serve, lo ripeto, circa 100.000 persone.

Quindi, dopo una serie di articolati incontri con tutti i sindaci interessati, che hanno visto l'impegno straordinario anche del prefetto, è stata avviata l'attuazione di questo piano, articolato in più fasi. La prima prevedeva l'unificazione dei posti letto nelle strutture «doppione» (chiamiamole così per semplicità); le fasi successive, necessitando di investimenti, ovviamente sono state differite, e su questo è stato siglato un accordo definitivo (che rivedeva un po' tutti quelli precedenti; sintetizzo, altrimenti la storia sarebbe troppo lunga), con l'assessore regionale per la sanità, professor Cittadini, in data 2 settembre 2002. L'assessore ha assunto degli

impegni, nel senso di inserire, *ex* articolo 20 della legge finanziaria 1988, una somma destinata al finanziamento delle nuove strutture da adeguare o da attivare; questo impegno di fatto è stato mantenuto, anche se nelle annualità, perché poi, sulla base dell'accordo di programma Stato-Regione, l'assessore ha concordato con il Ministero della salute la cadenza degli interventi da eseguire nelle varie annualità e tutti gli interventi riguardanti le strutture di nuova istituzione sono stati calendarizzati, per l'ospedale unico di Avola-Noto, nelle annualità 2004-2005.

Per quanto riguarda la situazione attuale dell'azienda, sono già stati ultimati quasi per intero tutti i progetti, con l'eccezione solo di due. Abbiamo già richiesto le dovute autorizzazioni, laddove necessarie, del comune, della soprintendenza, del genio civile; entro pochi mesi le avremo e quindi potremo chiedere il decreto di finanziamento e partire, esattamente in regola con i tempi che sono stati indicati nel decreto.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, mi rivolgo a lei per chiedere al dottor Failla se può inviarmi la lettera, l'unica scritta del direttore amministrativo, cui faceva riferimento prima.

Rivolgendomi ora a lei, dottor Failla, vengo invece alle domande, alcune delle quali sono molto secche ed esigono quindi una risposta altrettanto secca.

Da informazioni che abbiamo raccolto risulta che lei ha fatto una convenzione per la risonanza magnetica mobile: volevo avere la conferma di questa informazione e, in caso di risposta affermativa, sapere quanto costa tale convenzione.

Sempre da informazioni che abbiamo avuto, ci risulta che è stato abolito il settore di medicina di base ospedaliero all'interno dell'azienda; mi sembra molto strano, vorrei sapere come mai.

Ancora, vorrei chiederle a quanto ammonta il debito conseguito dall'azienda che lei dirige nel 2003, ed in particolare se vi è stato un incremento nel debito rispetto al 2002.

Infine, vorrei sapere quali controlli sono stati predisposti per garantire al paziente l'appropriatezza delle prestazioni perché, dai dati che lei gentilmente ci ha fornito, sembra di scorgere qualcosa di strano. Volevo capire se è effettivamente così, se questi controlli sono stati effettuati, come sono stati effettuati e che cosa è stato rilevato, se quindi avete verificato l'appropriatezza o meno delle prestazioni.

LONGHI (*DS-U*). Dottor Failla, lei è un *manager* pubblico nominato dalla Regione e deve curarsi della salute dei cittadini. Lei ha giustamente ricordato che i cittadini hanno libera scelta per quanto attiene alle prestazioni sanitarie, però mi sembra che sotto la sua gestione la libera scelta abbia favorito le case di cura private, a scapito ovviamente della sanità pubblica. Se nella sanità pubblica vi fossero state attrezzature, sistemi, accoglienze di livello, probabilmente, invece di un consistente aumento dei finanziamenti al privato vi sarebbe stata una decurtazione, e mi sembra

che il suo mandato non fosse (almeno, lo spero) quello di favorire le case di cura private.

Poco fa lei ha detto di essere stato oggetto di una campagna di stampa negativa, di problemi con i sindacati e con questo direttore amministrativo che ha espresso parere negativo su una sua iniziativa, quasi vi fosse una congiura nei suoi confronti. Ebbene, mi risulta che la Ragioneria generale dello Stato, in data 24 aprile 2003, abbia disposto l'esecuzione di una verifica amministrativa contabile nei confronti dell'azienda che lei dirige, ma non credo che questo rappresenti una congiura da parte di qualcuno. In Sicilia governa il centro-destra, il Governo nazionale è di centro-destra, quindi non è questione di una lotta politica tra diverse maggioranze. Sul servizio di risonanza magnetica mobile, ad esempio, ci sono affermazioni pesanti della Ragioneria generale dello Stato in quanto sembra che da voi, almeno in alcuni casi, come questo, ci sia un'efficienza teutonica. Leggo infatti che, su proposta del direttore sanitario, avanzata con nota del 10 febbraio 2003, per la risonanza magnetica mobile, preso atto dell'offerta, presentata dalla ditta in data 13 febbraio 2003 – tre giorni dopo – lei ha deliberato il 14 febbraio 2003 – quindi, il giorno dopo – di accettare la proposta della ditta: un'efficienza davvero inverosimile. E poi si dice che in Sicilia non vi sia efficienza; in questo caso almeno c'è stata.

Avete in qualche modo convenzionato questa ditta senza l'espletamento di una gara – così dice la Ragioneria generale dello Stato – e senza una preventiva analisi di mercato. Anche in quel caso c'è di mezzo un consulente che lei ha nominato, che prima era a Civitavecchia, dove la sperimentazione di risonanza magnetica mobile era già stata fatta e poi conclusa perché costava moltissimo. Lei ha stipulato tale convenzione che – sempre a detta della Ragioneria generale dello Stato – appare illegittima. In definitiva si dice che in un anno si spende per questa unità mobile tanto quanto costerebbe acquistare una risonanza magnetica fissa di proprietà della AUSL, mentre in questo caso è soltanto affittata. Questo credo sia grave nel senso che lei dovrebbe curare gli interessi della sua AUSL, cercando di assicurare efficienza e risparmio, mentre in questo caso ha stipulato una convenzione diretta con una ditta, che ovviamente come tutte le ditte avrà il suo tornaconto, nonostante un consulente nominato da lei avesse già vissuto l'esperienza di Civitavecchia, dove la stessa ditta aveva fatto lo stesso affare.

E sempre la Ragioneria generale dello Stato, con riferimento alla questione della Srl Salustra, nominata poc'anzi dal senatore Rotondo, afferma: «Si osserva che la deliberazione n. 1715/2003 è stata adottata nonostante il parere contrario espresso dal direttore amministrativo in considerazione del fatto che la sunnominata casa di cura non è una delle strutture annesse al preaccreditamento disciplinato dal già citato decreto amministrativo n. 890 del 2002 e relative circolari regionali e l'azienda non ha alcuna competenza in materia di accreditamento, rientrando questa nella competenza esclusiva della Regione». E poi conclude dicendo: «Si ritiene, pertanto, che la deliberazione in argomento ed il contratto siano viziati sotto il profilo dell'eccesso di potere». Questo è quanto si dice. Mi sembra

che anche la Regione che l'ha nominata non abbia più molta fiducia nella sua direzione. Di conseguenza le chiedo se continuerà a fare il direttore della AUSL e se prenderà atto della mancanza di fiducia e delle critiche. So che c'è un'inchiesta della magistratura ed allora mi chiedo se questi fatti non gettino pregiudizio sulla sanità pubblica e, in qualche modo, anche un'ombra sul suo operato.

COZZOLINO (AN). Dottor Failla, non intendo ritornare sui tanti casi specifici già affrontati. Mi risulta però che il 14 ottobre dell'anno scorso un parlamentare ha inviato all'assessore alla sanità, onorevole Ettore Cittadini, una nota nella quale denunciava i gravissimi ritardi del piano di rifunzionalizzazione degli ospedali di Avola e Noto. In questa nota l'onorevole fa un elenco di casi specifici come la mancata attivazione di UTIC, di 10 posti letto di chirurgia oncologica, di 8 di neurologia ed emodialisi, di 8 di rianimazione, e così via. E continuando su questa falsariga dimostrava – mi sia consentito il termine – la sua inefficienza che poi è stata oggetto di diversi articoli di stampa nei quali le vengono addebitate alcune disfunzioni e conseguenti responsabilità.

Successivamente, il 15 aprile 2004, è stata inviata un'altra nota, sempre all'onorevole Cittadini da parte dello stesso parlamentare, che richiama quella del 14 ottobre dell'anno scorso e che ripeteva più o meno le stesse cose dette nella prima: si evidenziava il problema della risonanza magnetica, quello della concessione di un *budget* suppletivo aggiuntivo ad alcune case di cura, ad una in particolare che aveva in corso un contenzioso con la sua azienda. Case di cura – qui si fa riferimento ad una sola, ma sulla stampa ho notato che erano tre – che avrebbero avuto, o dovrebbero avere la concessione di un *budget* aggiuntivo quando sappiamo benissimo che per addivenire a decisioni di questo tipo è necessario seguire dei criteri particolari che sono quelli dell'appropriatezza.

Ed ancora, le si addebitano un'illegittima consulenza ad un direttore di distretto dell'AUSL Roma F, l'eccessivo ed ingiustificato ricorso a incarichi conferiti a legali, a comandi, a incarichi *ex* articolo 15 *septies*, illegittime nomine di dirigenti in posizioni apicali senza i relativi concorsi, la violazione del principio di imparzialità verso le strutture preaccreditate, una grave situazione debitoria e un'illegittima liquidazione di spese legali per ritardati pagamenti ed altro. Tutto questo ha avuto come considerazione finale quella di ricordare all'assessore alla sanità della Regione siciliana il provvedimento con il quale la Giunta regionale aveva deliberato il suo trasferimento ad altra azienda sanitaria, finalizzato a garantire per lo meno i requisiti minimi di trasparenza e di buona amministrazione attraverso il principio della rotazione degli incarichi. Tuttavia, l'esecutività di detta delibera ha incontrato delle difficoltà tecniche che avrebbero impedito di adottare il provvedimento di trasferimento, che peraltro è considerato dallo scrivente inadeguato rispetto alla gravità di quanto più volte segnalato.

Uno degli appunti che si muove, non a lei dottor Failla, ma all'assessore alla sanità, è quello di non aver sottoposto il suo caso alla proce-

dura prevista dall'articolo 3-bis, comma 6 del decreto legislativo n. 229 del 1999, secondo cui, trascorsi 18 mesi dalla propria nomina, ogni direttore generale va sottoposto alla verifica dei risultati e del raggiungimento degli obiettivi, visto che i 18 mesi dalla nomina del dottor Failla sono già scaduti a settembre 2002, senza che alcuna procedura di verifica sia stata avviata, né allora né dopo, nei confronti del *manager* dell'AUSL 8, mentre i *manager* di altre aziende sanitarie, nominati successivamente al dottor Failla, sono stati regolarmente sottoposti alla verifica, di cui si è in attesa dei risultati proprio in questi giorni.

Alla fine della nota, vista la gravità delle carenze, si chiede che venga avviato un rigoroso atto ispettivo per accertare le eventuali responsabilità del *manager* avviandone la soluzione del contratto una volta accertate le suddette responsabilità.

Questo atto è stato inviato alla Procura generale presso la Corte dei conti e alla Procura della Repubblica di Siracusa. È un atto pubblico e quindi non volevo intervenire in ordine alla validità delle notizie fornite. Del resto lei, dottor Failla, ci ha spiegato tante cose e credo che tante altre ce ne spiegherà.

Desidero invece soffermarmi su un altro aspetto, quello della concomitanza tra l'azione giornalistica, portata avanti anche sulla base di notizie fornite dai sindacati, e l'atto cui ho fatto riferimento e che le addebita tutta una serie di questioni. A questo punto l'interrogativo che si pone è il seguente: ci troviamo di fronte a fatti di una gravità eccezionale, oppure a vicende di natura politica? Ritengo che fatti di natura politica che vedano unite forze anche molto diverse tra loro rispetto ad un unico argomento che in termini di politica nazionale è certamente importante, ma non così tanto da provocare questa convergenza, risultino piuttosto insoliti. Sono quindi propenso a ritenere che molte delle questioni addebitate debbano comunque avere una validità e una loro sostanza, altrimenti ci troveremmo di fronte a situazioni che non riusciamo a definire.

SANZARELLO (*Misto*). Non voglio esimermi dal fare qualche considerazione, anche se non nascondo che provo qualche imbarazzo, sentimento che fino ad oggi non avevo mai provato nonostante, sin dall'inizio di questa indagine sulla Sicilia, ci sia capitato di occuparci di realtà che conoscevo di persona, sia in qualità di medico di una AUSL, sia per la mia passata esperienza di assessore alla sanità ed in genere per la mia conoscenza del settore sanitario in Sicilia. Conoscevo invece solo di nome il dottor Failla, per cui credo di potermi esprimere in tutta libertà.

Tale imbarazzo è dovuto anche al fatto di essere stato oggetto di una lettera del senatore Rotondo – mi soffermo su questo aspetto perché l'iniziativa del collega è pubblica e questa è la prima volta che ci rincontriamo in questa sede – nella quale si getta qualche ombra sull'attività di alcuni componenti siciliani di questa Commissione che sembrerebbero non voler svolgere un'ispezione sulla realtà siracusana. Dal momento che ritengo di essere uno dei destinatari di tale missiva vorrei precisare che non credo di poter essere accusato di quanto in essa viene affermato. (*Commenti del se-*

natore Longhi). No, lei, senatore Longhi, non è tra quelli che vogliono occultare le vicende siracusane. Personalmente tengo a ribadire che non ho alcun interesse a farlo, né di natura politica né di altro genere.

Nonostante l'imbarazzo, desidero comunque dire la mia opinione al riguardo, proprio perché conosco le vicende di Siracusa sin da prima che il dottor Failla assumesse il suo incarico e quindi mi sembra utile offrire alla Commissione questa mia testimonianza per poi trarre di seguito qualche conclusione e porre delle domande al nostro ospite.

Desidero in primo luogo precisare che la provincia di Siracusa ha vissuto una situazione analoga anche prima dell'avvento del dottor Failla. Ricordo che tutta la classe politica, ad eccezione della CGIL e di qualche quotidiano, si scagliò contro il direttore generale dell'epoca, il quale fu accusato di non aver risolto il problema degli ospedali di Avola e Noto e quant'altro, e a mio avviso anche con qualche ragione, nonostante le difese della CGIL e di una certa parte della stampa. Sono infatti dell'opinione che quel direttore generale abbia fatto dei disastri. Ricordo anche che non fu rimosso dal suo incarico ma fu invitato a rassegnare le dimissioni, cosa che poi fece proprio perché obiettivamente era andato al di là del lecito in quella che definirei la «disamministrazione» della sua azienda, «disamministrazione» che ha ereditato – così come è stato sottolineato – il dottor Failla dopo un periodo di commissariamento.

Desidero ora soffermarmi sulla questione dell'ospedale di Avola e Noto cui è stato già accennato, proprio perché è una vicenda attorno alla quale ruota tutta la politica sanitaria della provincia di Siracusa. Si tratta di due grossi centri che distano 6 chilometri l'uno dall'altro, i cui due ospedali, essendo collocati in periferia, risultano addirittura più vicini di quanto non lo siano nei fatti. Queste due strutture ospedaliere hanno costituito terreno fertile per il manifestarsi di una demagogia che ha caratterizzato tutti i livelli (politico, sindacale e professionale) visto che ognuno vuole ottenere questo piuttosto che quello.

Ora è ovvio che risulta pressoché impossibile che due ospedali a così breve distanza e che servono una zona poco popolata possano mantenere reparti di rianimazione, di chirurgia e quant'altro, aspetto cui sono invece fortemente interessati i sindaci e la popolazione. Tant'è che ogni politico, sia di sinistra che di destra, se va a Noto, dice che l'ospedale spetta a Noto, se invece si reca in visita ad Avola, afferma il contrario. Si assiste quindi ad una storia infinita che alimenta poi tutta questa vicenda.

Un'ultima considerazione di carattere generale prima di rivolgere una domanda al dottor Failla.

Premesso che a mio avviso è difficile pensare ad una situazione di questo genere, dove ministri, sottosegretari, assessori regionali, sindaci che sono stati in passato vice presidenti della Regione appartenenti alla maggioranza, ma anche all'opposizione, sindacati e magistratura non riescano a venire a capo di una situazione in cui un direttore generale, nonostante le sollecitazioni, non intende dimettersi per andare ad occupare un altro posto di direttore generale, proprio perché, a suo dire, ritiene le dimissioni lesive della sua onorabilità. Mi chiedo allora se il dottor Failla sia

talmente folle da rifiutare le dimissioni – lo dico alla sua presenza proprio perché il dibattito che stiamo svolgendo viene verbalizzato e quindi desidero rimanga agli atti – tanto da resistere a queste pressioni che provengono non solo sia dalla maggioranza che dai sindacati, ma anche dalla magistratura che sta svolgendo una serie di indagini, e da venire in questa sede a rispondere alle nostre domande, quando avrebbe potuto esimersi dal farlo.

Proprio basandomi sulla lunga esperienza accumulata nell'ambito dell'amministrazione sanitaria, sono portato a ritenere che in genere quando la classe politica è compatta nel criticare l'operato di un direttore generale, a meno che quel direttore non si sia reso responsabile di altri reati – di natura diversa rispetto a quelli che gli vengono attribuiti e di cui altri organi sono deputati ad occuparsi – vuol dire che si è in presenza di un funzionario che dice no alla politica e quando lo si fa troppe volte si finisce per entrare nel mirino di tutti i politici di ogni ordine e grado sia di maggioranza che di opposizione, cosa che si sta verificando in questo caso esattamente come avvenuto nelle precedente situazione che ha interessato Siracusa.

A questa considerazione di carattere generale, proprio perché non ho elementi sui fatti che riguardano Siracusa, e dei quali mi sembra si stia occupando la magistratura assai più approfonditamente, potendo entrare nei particolari più di quanto possa fare la Commissione che sta svolgendo un'indagine di carattere generale, aggiungo anche che alcune delle situazioni che vengono attribuite al dottor Failla, rientrano nelle responsabilità di ordine regionale.

Come è noto alla Commissione che si è occupata di questo aspetto, se viene effettuata una rivalutazione delle tariffe del 30 per cento e le prestazioni rese in regime di convenzionamento registrano una impennata a parità di prestazioni, ciò è dovuto al fatto che sono state rivalutate le tariffe; questo dato lo abbiamo riscontrato per quanto riguarda Catania e Messina e immagino che lo riscontreremo anche per quanto riguarda Palermo non appena ci perverranno i dati relativi, e quindi non dipende dall'operato dal dottor Failla. L'aumento dei *budget* delle case di cura è un fenomeno che subiscono i direttori generali di tutta la Regione dove esistono case di cura, giacché tale aumento è stato deciso dalla Regione. Quando poi non vengono applicati determinati criteri allora sono i privati che denunciano penalmente, civilmente e contabilmente i direttori generali se appunto non ottemperano alle norme regionali.

Tenuto conto di questo quadro, chiedo al dottor Failla – con la stessa franchezza con cui mi sono espresso precedentemente, finendo per pronunciare delle frasi che lo difendono – se ritenga di dover resistere ancora in questa trincea. La nostra Commissione sta cercando di dare un contributo affinché la sanità nel nostro Paese possa trovare un giusto equilibrio tra la spesa ed i servizi resi e quindi, anche alla luce del dibattito fin qui svolto, sento di poterle rivolgere questa domanda alla quale ovviamente può non rispondere. Ripeto, ritiene che sia il caso di tutelare in questo modo la sua onorabilità, oppure crede che sia il caso di accedere alle altre

possibilità che complessivamente la classe politica – maggioranza e opposizione – mi sembra stia cercando di trovare ad esempio attraverso l'offerta da parte dell'assessorato di andare a ricoprire altre cariche?

LONGHI (*DS-U*). Che cosa dice il Presidente della Giunta in proposito?

SANZARELLO (*Misto*). Il Presidente della Giunta ha detto che se ne deve andare.

FAILLA. Cercherò di essere molto sintetico; mi sembra opportuno partire proprio dall'ultima considerazione non tanto perché è l'ultima e quindi quella che si ricorda meglio, quanto perché in effetti è la tematica di fondo attorno a cui ruota il tutto.

Ritengo doveroso fornire alla Commissione alcune informazioni che peraltro sono già note sia in ambiente assessoriale provinciale che in ambiente politico regionale.

Devo puntualizzare che non ho parlato di congiura, perché i numerosissimi attacchi che mi vengono dalla stampa sono purtroppo documentabili, quindi li ho citati come un dato di fatto. Ciò premesso, per tornare a quella che è stata già una mia determinazione rispetto alla domanda personale che mi ha rivolto il senatore Sanzarello, non c'è nessuna ombra sul mio operato. Non ho commesso illegittimità, voglio dirlo forte e chiaro, ho operato sempre e solo nell'interesse della gente; ho sempre tentato e continuo a tentare – fino ad oggi, poi domani potrò essere altrove – di adeguare il livello di offerta dei servizi dell'azienda, quelli garantiti dalle strutture private o da quelle pubbliche vicine, al fine di evitare fenomeni di fuga.

Sarei tuttavia una persona che vive fuori dal mondo se non mi rendessi conto dell'esistenza di un malcontento chiaro, diffuso, a destra come a sinistra, senza differenze di parte, nei confronti del mio operato. Su questo aspetto non voglio esprimere considerazioni né fare commenti. Siccome l'interesse primario, per una persona che ritiene di avere la coscienza e le carte a posto e che comunque lavora nell'interesse superiore della collettività, è che le cose vadano nel verso migliore, poiché appare chiaro che dallo sviluppo delle sinergie deriva un beneficio di ritorno che viene ad essere di giovamento per la collettività tutta, mentre dove più che sinergie ci sono attriti, conflittualità, ciò non avviene (può dipendere da moltissime ragioni; non vorrei dilungarmi su questo perché non vorrei dare l'impressione di voler fare polemica; voglio solo sforzarmi, nella misura in cui mi è consentito, di fare il mio dovere e di dare il mio contributo perché la nostra realtà sanitaria possa fare passi in avanti nell'interesse della gente), mi rendo conto che probabilmente un avvicendamento potrebbe determinare condizioni di maggiore serenità in termini di percepito, di potenziale sviluppo di sinergie che non sono in atto evidentemente. Questo potrebbe accontentare la classe politica, potrebbe avere effetti positivi in termini di ricaduta nei confronti dell'utenza, della cittadi-

nanza. Sulla base di queste considerazioni, interpellato dall'assessore regionale alla sanità ancora diversi mesi or sono, ho dato la mia disponibilità dicendo: non ho ragione alcuna di continuare ad essere un problema (perché avevo già la percezione di esserlo diventato); sono pronto, se lei ritiene che io possa andare a fare lo stesso lavoro altrove e che la mia dipartita possa contribuire a rasserenare il clima, d'accordo.

Quindi, ho dato immediatamente la mia disponibilità, prima verbalmente e immediatamente dopo per iscritto, con una nota che l'assessore mi ha chiesto e che gli ho fatto pervenire.

A questo punto è cominciata una girandola di tentativi di trovare altri direttori generali che volessero venire a Siracusa al posto mio, in modo tale che io potessi subentrare all'eventuale direttore disponibile. Per quello che ho appreso informalmente risultava difficile trovare un direttore generale disponibile a venire a Siracusa per una serie di difficoltà oggettive, che evidenziano una situazione non certo felice, non certo paradisiaca. Quindi, si alternano voci (anche queste riportate dalla stampa) di un mio originario trasferimento a Trapani, seguito da un altro fantomatico trasferimento a Ragusa. Tutti i tentativi cadono nel vuoto fino a quando, di recente, il collega Leto, che attualmente dirige l'azienda di Gela, comunica al pari di me la disponibilità ad assumere un nuovo incarico presso la sede di Siracusa nello stesso momento in cui io, essendo stato rinominato, dovéssì andare ad occupare la sede di Gela. Fin qui tutto bene; poi si va in Giunta (per quanto mi viene riferito, perché ovviamente vengo informato in maniera piuttosto vaga) e pare che nasca un problema che probabilmente è quello richiamato nella lettera che lei leggeva, una difficoltà tecnica sull'esecutività di questa delibera, che tra l'altro non so se sia mai stata adottata fino ad ora. A questo punto l'assessore mi chiede di dimettermi perché altrimenti non si può fare il passaggio in quanto la sede è occupata. Ricordo bene di aver parlato con l'assessore assieme al collega Leto di Gela ed in presenza anche dell'assessore al bilancio, che casualmente era presente; in quell'occasione ci è stato spiegato tecnicamente perché dovessero essere presentate queste dimissioni. Io ho fatto presente fin da quello stesso istante che non ritengo di potermi dimettere, per una serie di motivi che credo di avere in qualche modo lasciato intendere. Sono stato accusato di insufficienza gestionale, di illegittimità, di una serie di reati, sono diventato colui che ha devastato l'universo mondo della provincia di Siracusa; per questo non lo posso accettare. Non posso dare la possibilità a chicchessia di scrivere sulla stampa, all'indomani della lettura di un provvedimento che esordisca con un «preso atto delle dimissioni del dottor Failla da direttore generale», affermazioni del tipo: era talmente vero tutto quello che ho detto sul conto del famigerato dottor Failla che si è dovuto dimettere. Non so quanto questa semplice riflessione possa essere condivisa, ma per me è una riflessione importante, perché qui si tenta non solo alla mia professionalità, ma anche alla mia onorabilità e alla mia prospettiva non solo professionale ma anche personale, perché credo che sia chiaro anche l'interesse della mia famiglia in questa vicenda.

In conclusione, ho continuato e continuo a ribadire che, nella misura in cui la Giunta si determini e dica: il dottor Failla è nominato, magari a Chernobyl e non a Gela, sono pronto a partire. Questa è la considerazione che ho fatto all'assessore. Ho piena consapevolezza, infatti, che la mia nomina a direttore generale della Ausl 8 di Siracusa sia espressione del mondo della politica, con le cui linee di indirizzo generale e programmatiche mi trovo in assoluta sintonia, come ho rimarcato in tutta una serie di passaggi per le varie risposte che mi sono sforzato di dare, che spero possano essere state esaurienti. In ogni caso, signor Presidente, se lei lo ritiene opportuno mi riservo di mandare una relazione dettagliata. Mi rendo conto che la delicatezza dei temi impone un'informazione che sia approfondita, meticolosa ed adeguata.

Se mi è consentito, vorrei soffermarmi sinteticamente anche sulla questione della risonanza magnetica mobile. È tutto vero quello che è stato riferito; posso aggiungere solo un dato, quello del costo, che attualmente ammonta a circa 1.300.000 euro l'anno. In riferimento alla modalità con la quale è stato affidato questo servizio, è una modalità della quale vado fiero, di cui sono orgoglioso, non solo per l'efficienza di tipo svizzero, ma anche per il fatto che secondo me essa ha consentito non solo di evitare sperperi all'azienda, ma anche di risparmiare molti miliardi, per i motivi che mi sforzerò ora di sintetizzare.

Innanzitutto l'abbiamo affittata in maniera sperimentale per sei mesi. Ciò era utilissimo per comprendere quale fosse l'esigenza reale rispetto a tale tipo di prestazione in modo tale da avere il tempo di predisporre un capitolato adeguato. Per indire una gara, sebbene l'articolo 7 del decreto legislativo n. 157 del 1995 la preveda per particolari modalità tecniche e in relazione all'urgenza (fattispecie che ricorrevano entrambi nel contesto particolare di Siracusa), fatta preliminarmente l'indagine di mercato – quindi non è vero che non è stata fatta –, ho ritenuto doveroso ...

LONGHI (DS-U). Il Ragioniere generale dice che non è stata fatta.

FAILLA. Lascero' tutta la documentazione perche' ho risposto puntualmente alla relazione del Ragioniere generale dello Stato e all'ispezione del Ministero dell'economia e delle finanze. E anche con riferimento a quest'ultima, non e' che abbia detto che sia avvenuta in maniera mirata perche' si tratta di ispezioni che si verificano frequentemente. Adesso, per esempio, so che e' in corso un'ispezione simile presso la AUSL di Ragusa. Ho risposto puntualmente e lascerò agli atti la reazione per darvi modo di prendere visione di tutte le risposte che, dal mio punto di vista, sono assolutamente esaustive, anche se l'assessorato ha riscritto chiedendomi come avessi proceduto a rimuovere le irregolarità evidenziate nel corso di quell'ispezione. Con le risposte che ho trasmesso credo di aver fugato ogni dubbio sulle irregolarità, ma sarete voi a giudicarlo quando leggerete la relazione.

Questi sono i motivi che mi hanno portato all'affidamento diretto.

Per quanto riguarda l'appropriatezza delle prestazioni, credo che si facesse riferimento ai controlli nelle case di cura. Abbiamo messo in piedi un sistema di controlli che data proprio dal mio insediamento. In precedenza non vi era alcun tipo di controllo sia nei riguardi delle strutture ospedaliere private che dei soggetti preaccreditati. Tale sistema ha comportato un impegno economico non indifferente, anzi consistente, da parte dell'azienda, in quanto si è creato addirittura un progetto strategico di valenza aziendale che ha visto coinvolte, oltre ai funzionari (che sono dirigenti medici, affiancati, ovviamente, anche da alcuni funzionari amministrativi che coordinano l'attività del settore di medicina ospedaliera) alcune professionalità specifiche. Lo abbiamo ritenuto estremamente utile perché per le prescrizioni di chirurgia è molto più indicato che sia un chirurgo a controllarne l'appropriatezza, così come per le prescrizioni di oftalmologia abbiamo individuato l'oftalmologo, e così via. Poiché questi specialisti non erano disponibili perché impegnati la mattina nelle sale operatorie, abbiamo dovuto trovare una modalità incentivante al fine di poterli coinvolgere. La duplice funzione era quella di controllare che non si oltrepassasse il limite previsto e quella di evitare ricoveri impropri, molto spesso finalizzati all'effettuazione di prestazioni diagnostiche. Al riguardo, con la risonanza magnetica abbiamo risparmiato moltissimo.

Esiste una relazione - che è agli atti - che documenta tutti i risparmi realizzati, perché a causa di tutta una serie di ricoveri impropri quello che all'azienda in teoria sarebbe dovuto costare, ad esempio, circa 250 euro, con il ricovero del soggetto per tre o quattro giorni finiva per costare dieci volte tanto. Chi avrà voglia potrà andarsi a rileggere dettagliatamente tutti i dati che attestano questi risparmi al fine di comprendere meglio i benefici della scelta concernente la risonanza magnetica. Non conosco le ragioni che portano a fare simili preoccupanti affermazioni, ma affermare in maniera così semplicistica che affidare il servizio ad un mezzo mobile in affitto non costi meno dell'acquisizione della stessa tecnologia da utilizzare in maniera fissa in azienda, ritengo sia veramente preoccupante. In primo luogo, non è vero perché il problema non è solo l'acquisto del servizio; c'è anche quello della manutenzione, della formazione del personale e dell'acquisizione del famoso *know how* di cui ho parlato. Inoltre, non va trascurato il fatto che la nostra provincia conta 21 comuni e tre ospedali articolati in quattro presidi ospedalieri. Da ciò la consapevolezza assoluta di non poter garantire immediatamente quattro risonanze magnetiche e quindi l'unica possibilità nell'immediato è quella.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). La risonanza magnetica non è un esame di *routine*. E' un esame specialistico, altamente specialistico.

FAILLA. Non è un esame di *routine*, per fortuna: è un esame altamente specialistico che però ha delle indicazioni ben precise, tant'è vero che abbiamo individuato quattro giornate in cui il mezzo si sposta in ognuno dei presidi, raccogliendo tutte le istanze che provengono non solo dall'interno delle strutture ospedaliere, ma anche da tutto il territorio.

Una giornata l'abbiamo dedicata alla città capoluogo di provincia dove insiste, tra l'altro, la struttura ospedaliera Umberto I che non è neanche dotata di risonanza magnetica. Per correttezza devo dire che nella progettualità abbiamo previsto l'acquisizione di tre risonanze magnetiche fisse: una nel nuovo ospedale di Lentini che sta per essere ultimato, una nel presidio di Avola e un'altra nel poliambulatorio centrale, che ha sede nel cuore della città di Siracusa.

LONGHI (*DS-U*). Si contraddice, dottor Failla. Se costa meno quella mobile ne disponga quattro mobili. Lei sta dicendo che costa meno perché non bisogna sostenere costi di manutenzione né di formazione del personale.

FAILLA. Mi scusi, senatore Longhi, in questo momento la necessità vede coinvolti tutti gli operatori e vede in maniera sempre più chiara l'elemento del bisogno e, quindi, dell'offerta. Molto spesso però si incorre in un errore opposto, vale a dire quello di pensare all'offerta che ingenera domanda. Questo visione non credo sia corretta. Anzi sicuramente non lo è. E' la domanda reale, non enfaticizzata, non distorta, che deve consentire di programmare l'offerta appropriata. La motivazione essenziale che ha indotto il sottoscritto all'acquisizione del servizio in forma mobile, va ricercata nell'urgenza di garantire tali prestazioni, nelle more dell'acquisizione del *know how*, etc, come detto sopra. Non sarebbero in alcun modo giustificate quattro RMN mobili in quanto l'obiettivo finale, previa individuazione delle fonti di finanziamento, è quello di dotare l'azienda di tre RMN in forma fissa.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Queste sono affermazioni gratuite.

FAILLA. Non ricordo altre domande.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). A quanto ammontava il debito nel 2003?

FAILLA. Nel 2003 il debito ammontava, grosso modo, a 30 milioni di euro.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). E nel 2002?

FAILLA. Nel 2002 credo ammontasse a circa 11 milioni di euro, ed è stato interamente ripianato. Però occorre tenere presente che vi è stato un incremento della spesa farmaceutica. Per la questione dei *ticket* tutta la Regione ne ha patito le conseguenze.

PRESIDENTE. Ringrazio e congedo il dottor Failla.

Dichiaro conclusa la presente audizione.

Suspendo brevemente i nostri lavori.

(I lavori, sospesi alle ore 13,40, sono ripresi alle ore 14,20).

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori.

(Viene introdotto il dottor Alfredo Gurrieri, accompagnato dal dottor Francesco Cirillo).

PRESIDENTE. Passiamo ora all'audizione del direttore generale dell'azienda ospedaliera «Umberto I» di Siracusa, dottor Alfredo Gurrieri, accompagnato dal dottor Francesco Cirillo, direttore sanitario della stessa azienda, ai quali do il nostro benvenuto.

Prima di dare la parola ai nostri ospiti, vorrei porre una prima domanda. Da quanto abbiamo ascoltato dal direttore generale della AUSL n. 8 di Siracusa e sulla scorta di alcuni dati forniti alla Commissione, appare evidente che nella realtà territoriale di Siracusa il vostro ospedale, che è collocato nella città, è comunque l'azienda ospedaliera che serve un bacino di una certa entità.

GURRIERI. La nostra azienda per quanto riguarda i casi di emergenza serve l'intero bacino della provincia di Siracusa.

PRESIDENTE. La vostra azienda ospedaliera come vive questa volontà di ampliamento dell'offerta privata che, da quanto abbiamo potuto verificare nella nostra missione in Sicilia, non nasce su impulso dei direttori generali? A vostro avviso, in che modo l'azienda ospedaliera può essere competitiva? Esistono le risorse necessarie per mettere in condizione anche la struttura pubblica di essere inserita nell'ambito di un equilibrato rapporto tra pubblico e privato? A questo riguardo ci ha molto sorpreso il fatto che a Siracusa manchi una risonanza magnetica. Non è quindi possibile servirsi di una forma di indagine diagnostica che, se non può essere definita di base, per una azienda ospedaliera rappresenta comunque un importante strumento al fine di offrire un servizio qualitativamente appropriato, di eccellenza e di qualità ai cittadini. Oltre a questi chiarimenti le chiediamo di disegnarci un quadro più complessivo delle problematiche, dei punti di debolezza e, se ci sono – ovviamente ce lo auguriamo –, anche degli eventuali aspetti positivi dell'azienda che lei dirige.

GURRIERI. Signor Presidente mi permetta di dirle che ha messo tanta carne al fuoco.

Quanto alla prima domanda volta ad accertare in che termini la nostra azienda viva la crescita del privato, tengo a precisare che tale incremento è un fenomeno che non riguarda la sola provincia di Siracusa o la Sicilia, ma l'intero Paese. La valutazione che quindi ci viene richiesta non è tecnica, ma politica e quindi, se mi è permesso, vorrei astenermi dal farla.

L'azienda ospedaliera «Umberto I» è un'azienda territoriale per l'emergenza di secondo livello, così come stabilito da una specifica norma

regionale. Essa è dotata di tutte le strutture per l'emergenza e dovrebbe quindi prestare solo questo tipo di servizio, ma ciò risulta limitativo per la nostra azienda. Sarebbe pertanto opportuno e necessario approfittare di questo momento di ridefinizione della rete ospedaliera in Sicilia per consentire a realtà come la nostra – ma anche ad altre realtà quale quella di Ragusa che conosco da vicino, ho ivi svolto buona parte della mia carriera – di attrezzare delle strutture destinate non solo all'emergenza, ma anche all'elezione, in una logica di integrazione sul territorio. Certo, dovendo operare con criteri aziendalistici, bisogna tenere conto che si è in presenza di una realtà privata forte sia nella provincia di Siracusa che nel resto del Paese. Sarebbe quindi auspicabile – ripeto – che in questa fase in cui viene ridisegnata la rete ospedaliera, si considerasse anche l'opportunità di un intervento di integrazione. In caso contrario si rischia di vanificare gli investimenti sia in risorse umane che strumentali e quindi di compiere scelte perdenti. Non mi dilungherò oltre ad illustrare i risvolti operativi di questa filosofia, giusta o sbagliata che sia, e che comunque ci sta guidando sin dall'anno scorso nella attuazione anche della normativa regionale.

Questo per quanto riguarda il quadro complessivo rispetto al quale non mi dilungo oltre, pur restando ovviamente a disposizione per ogni richiesta di informazione nel dettaglio.

È stato sollevato poi il problema della mancanza della risonanza magnetica, uno strumento diagnostico che considero anch'io validissimo, ma che ha dei costi elevatissimi sia in termini d'impianto che di gestione. Pertanto, non so fino a che punto un'azienda ospedaliera che presta servizi di emergenza abbia la necessità di acquistare una risonanza magnetica mentre sarebbe più proficuo dotarsi di altra TAC, di ultima generazione, che fornisca un prodotto elevatissimo sotto il profilo della qualità e della capacità diagnostica. Eventualmente il direttore sanitario, dottor Cirillo, potrà al riguardo essere più preciso. Faccio in ogni caso presente che la risonanza magnetica coinvolge alcuni aspetti del processo diagnostico ai quali possiamo tranquillamente ovviare acquistando all'esterno le prestazioni necessarie; del resto, l'azienda quando mi sono insediato era organizzata in questo modo ed io ho mantenuto tale organizzazione senza modificarla. Basti pensare che l'acquisto di una RMN richiede un investimento di circa 3 miliardi di vecchie lire, cui va aggiunto un altro miliardo e mezzo circa annui per la gestione/costi per il personale: primario, aiuto primario, tecnici e via dicendo, una somma enorme rispetto ai rientri prevedibili. Bisogna infatti considerare che abbiamo l'obbligo del pareggio di bilancio, inoltre nella finanziaria regionale è stata inserita una norma che prevede anche un utile dell'1 per cento. Si tratta di problemi la cui rilevanza credo che comprendiate meglio di me.

Direi, con una battuta, che i malati sono sempre tanti e quindi più aumentano gli operatori, maggiori sono gli spazi di cui avvertiamo la necessità e quindi ci troviamo a doverli suddividere se vogliamo evitare duplicazioni di strutture e una concorrenza che comunque non contribuisce ad elevare la qualità, ma anzi la deprime e per di più fa lievitare i costi.

PRESIDENTE. Dottor Gurrieri, se mi consente, prima di dare la parola ai colleghi, vorrei rivolgerle una domanda da profano in merito alla realtà siracusana.

Tenuto conto delle sue considerazioni, dal momento che la vostra azienda presta soltanto servizio di emergenza, se un cittadino necessita di un ricovero ospedaliero ai fini di un accertamento diagnostico a chi si rivolge?

GURRIERI. Forse mi sono espresso male.

LONGHI (*DS-U*). Di quanti posti letto disponete?

GURRIERI. Nell'ambito della nuova ristrutturazione della rete ospedaliera abbiamo chiesto di attestarci a 532 posti letto, di cui 87 per lungodegenza (destinati a medicina fisica e riabilitativa, e via dicendo). Questo è quanto previsto dalla riconversione della rete, anche se la nostra azienda non ha ancora attivato questa tipologia di servizi. Del resto poco fa ho dichiarato che la nostra struttura non può vivere solo dell'emergenza, ma deve crearsi degli spazi di elezione, per essa intendendo la scelta del paziente che si rivolge alla nostra struttura per farsi operare dal nostro chirurgo e non da quello privato, o quella del genitore che porta il bambino dai pediatri dell'ospedale. Torno un'altra volta a ripetere che non possiamo vivere solo di emergenza. Nel riordino della rete, abbiamo previsto la realizzazione di tutta una serie di strutture sanitarie di elezione. Ad esempio, prevediamo l'attivazione di tutta la filiera oncologica dal punto di vista diagnostico, chirurgico, della terapia radiodiagnostica, e via dicendo. Per quanto riguarda la risonanza magnetica, è un'indagine a più ampio spettro che non ci serve tanto per l'emergenza vera e propria, quanto per l'elezione. Laddove peraltro essa risulta indispensabile per il processo terapeutico, acquistiamo il prodotto fuori perché ci costa molto di meno.

PRESIDENTE. Dove l'acquistate sul territorio? A noi non risulta che ci sia.

GURRIERI. Non è esatto: c'è un privato, storicamente.

PRESIDENTE. Ora il quadro è chiaro.

GURRIERI. Per darvi un'idea più chiara, non spendiamo più di 120 milioni l'anno delle vecchie lire di risonanze magnetiche: consentitemi, meno di quanto ci costerebbe un tecnico di radiologia, oneri riflessi compresi che dovremmo prevedere. L'attrezzatura costa 3 miliardi delle vecchie lire, un primario costa non meno di 200 milioni l'anno, poi ci vogliono due aiuti, che costano anche quelli, per non parlare di incentivazioni e quant'altro. Metteteci i tecnici, metteteci le strutture murarie e ditemi quante risonanze magnetiche dovremmo fare fuori e in concorrenza

con tutti per poter pareggiare i costi. Questo è scritto nelle leggi nazionali, nella finanziaria di quest'anno, nella legge regionale. Se poi la Regione o lo Stato finanzia l'acquisto, perché con fondi propri non lo si può fare, io la risonanza magnetica la posso installare, occorrendo altresì ampliare anche il *budget* di riferimento per coprire i costi del personale. In questo caso naturalmente siamo d'accordissimo a mettere questa struttura al servizio della città.

PRESIDENTE. Direttore, non per fare polemiche però, fino a quando lei non avrà queste strutture, il suo non sarà mai un ospedale di elezione.

LONGHI (*DS-U*). Dottor Gurrieri, poiché ha affermato di non voler fare una valutazione politica sull'espandersi del privato a Siracusa, non gliela chiedo. Le chiedo soltanto se durante il suo mandato (non so da quanto tempo è direttore) il suo ospedale ha acquistato quote di mercato nel campo della sanità a scapito dei privati ovvero i privati hanno acquistato quote di mercato a scapito dell'ospedale «Umberto I»; non è una valutazione politica, è un dato di fatto.

Per quanto riguarda la risonanza magnetica, mi sembra che abbiate un reparto di radiologia e quindi anche un primario, il quale potrebbe pertanto svolgere funzioni di primario per la risonanza magnetica.

GURRIERI. Non penso che sia possibile, ci vuole una specialità più mirata, e poi non può fare tutto contemporaneamente. Noi abbiamo un primario per la diagnostica per immagini che sta portando avanti un programma ben definito. Personalmente – e sono disposto a sostenerlo in questa come in altre sedi – ritengo che una struttura come la mia avrebbe più bisogno di una TAC *multislide* di ultima generazione, come quella che hanno presentato recentemente a Boston nel corso di un *meeting* internazionale, piuttosto che di una risonanza magnetica. Noi abbiamo già una TAC, ma se l'assessore mi dicesse: ho dei soldi per Siracusa, cosa vorresti?, risponderci: dateci un'altra TAC. Ho dimenticato di dire che, in relazione ai fondi previsti dall'articolo 20 della legge finanziaria del 1988, abbiamo una gara in corso. Siccome abbiamo un servizio di medicina nucleare, stiamo comprando una gamma camera, che ci darà anche dei risultati delle indagini a valenza PET, acquistando il radioisotopo dall'azienda Cannizzaro di Catania. Quindi, spendendo un miliardo o giù di lì, peraltro già assegnati con l'articolo 20, siamo in condizione di effettuare indagini sui tessuti profondi molto mirate e precise. Con una TAC di queste, di ultima generazione, che fanno anche angio-TAC, meglio degli angiografi, consentitemi, l'esigenza di indagine con risonanza magnetica si riduce così tanto che andare ad investire risorse in questa direzione non è proprio conveniente. Poi, torno a ripeterlo, se qualcuno ci dice dove prendere le risorse necessarie, provvederemo subito.

Per quanto riguarda l'altra domanda che mi si poneva, mi viene agevole rispondere per un semplicissimo motivo: io ho trovato l'ospedale mezzo chiuso. Chi conosce la realtà di Siracusa sa che esso è stato in ri-

strutturazione negli anni 2000 e 2001. Quindi, nel 2002, ci siamo ripresi quasi tutte le quote del mercato: per capirci, per grossi numeri, nel 2002 abbiamo chiuso a 46 milioni di euro di fatturato senza l'ambulatoriale esterna; nel 2003 siamo a 58-59 milioni e per quest'anno abbiamo una proiezione a 73 milioni di euro, quindi registriamo un *trend* di crescita. Onestamente devo dire che non sono bravo io né è asino il privato, ma che vi è una certa capacità di attrazione da parte dei sanitari. Mi si chiedeva qual è il punto di forza: è proprio questo. Abbiamo dei sanitari altamente professionali, molto bravi: abbiamo dei punti di eccellenza per quanto riguarda l'oculistica; siamo centro di riferimento per i gli espianti (ultimamente purtroppo è morto un ragazzo di 17 anni e abbiamo predisposto positivamente per un trapianto multiorgano con sette trapiantati); abbiamo l'emodinamica; per la cardiologia interventistica, avevamo un ottimo professionista che doveva lanciare questo servizio, purtroppo ha avuto un angioma cerebrale per cui stiamo cercando di trovare qualcun altro, e speriamo di poterlo attivare presto. Quote di mercato dunque non ne abbiamo perse. Se è necessario approfondire l'argomento, facciamo un'analisi più attenta e ve la trasmettiamo.

LONGHI (DS-U). Un'ultima domanda: la risonanza magnetica mobile che ha preso in convenzione, in affitto, la AUSL territoriale la usate anche voi o no?

GURRIERI. Alla AUSL, che ha tutto un territorio da gestire, la risonanza magnetica può servire, a noi molto meno. All'inizio del 2004 il sistema di finanziamento in Sicilia è un po' mutato, nel senso che la Regione assegna alle AUSL le somme perché le gestisca nell'ambito del bacino di riferimento tra spesa pubblica, spesa privata ed esigenze proprie. In sede di concertazione si era pensato, con il direttore generale della AUSL n. 8, di ridisegnare tutti i rapporti di intervento sul territorio creando delle sinergie, però la procedura è stata sospesa dalla Regione e quindi è rimasto tutto in aria. Se riprende il discorso e questa risonanza magnetica mobile sarà in condizione di fornire il prodotto – che a noi serve – in tempi rapidi, necessariamente dobbiamo rivolgerci ai privati che operano a Siracusa perché, essendo un accertamento diagnostico che si sviluppa all'interno di un processo terapeutico, non possono far lievitare il DRG o andare con ricoveri oltre soglia, altrimenti si tratterebbe di sostenere costi impropri e subire penalizzazioni per la *performance* dell'azienda.

ROTONDO (DS-U). Signor Presidente, chi conosce la realtà siracusana, come me, deve ammettere che la qualità dell'offerta sanitaria che l'azienda ospedaliera riesce a dare alla realtà di Siracusa ed il clima che si vive nell'azienda sicuramente non hanno nulla a che vedere con altre esperienze della stessa provincia.

In questa struttura c'è una collaborazione importante che è anche proficua. Fermo restando questo, è chiaro che ci sono alcune questioni in merito alle quali è opportuno svolgere delle valutazioni per tentare di individuare soluzioni migliori. Una di queste è quella, molto sentita a Siracusa, del nuovo ospedale. La struttura ospedaliera Umberto I è situata in pieno centro cittadino ed è di difficile praticabilità. Per certi aspetti, nonostante una recentissima riduzione del numero dei posti letto – mi sembra ci sia stato una diminuzione di circa 100 posti –, è comunque una struttura che non riesce a soddisfare le sempre maggiori esigenze, per cui da tempo si è posto il problema di una nuova struttura ospedaliera. L'attuale direttore generale aveva portato avanti un progetto di costruzione del nuovo ospedale con il metodo del *projet financing*. In merito a tale modalità ho espresso più volte il mio non convincimento, fermo restando però che, se riuscissimo ad avere un ospedale nuovo, sarebbe di per sé un fatto apprezzabile, qualsiasi fossero le modalità di realizzazione. Però, da un po' di tempo a questa parte mi sembra che la questione dell'ospedale nella provincia abbia subito una battuta di arresto. Vorrei capire innanzi tutto se questo è vero e quali sono i problemi che avrebbero bloccato l'*iter* della costruzione del nuovo ospedale.

Un'altra riflessione riguarda il servizio di emodinamica, dove mi sembra vi sia qualche problema. E una struttura appena nata, relativamente nuova, che a tutt'oggi non credo riesca a rispondere alla domanda dell'ampio bacino di utenza cui fa riferimento. Essa opera con l'ausilio di professionisti che vengono da fuori provincia. Si lavora su pazienti infartuati o su pazienti che hanno bisogno di un'assistenza immediata e questi devono avere la fortuna di capitare nel giorno giusto per essere sottoposti alla terapia adeguata, altrimenti devono recarsi in strutture di altre province. Ora, nell'ambito della previsione del nuovo piano cardiologico regionale, vorrei sapere come possa essere potenziata ed organizzata la struttura dell'Umberto I in modo tale da essere funzionante tutti i giorni e a qualsiasi ora per tutte le esigenze.

Un'ultima questione: il rapporto con l'esterno, con il territorio. A me risulta che alcune strutture, in particolare il laboratorio di analisi, non siano più facilmente utilizzabili dall'esterno. Questo è un dato importante in considerazione del fatto che molte pratiche laboratoristiche che la struttura dell'ospedale riusciva a fornire non si riescono ad ottenere nell'intero territorio della provincia.

GURRIERI. Se mi è consentito risponderò alla fine alle domande concernenti l'ospedale.

Per quanto riguarda il servizio di emodinamica, concordo pienamente con quanto affermato dal senatore Rotondo, cioè questo servizio, come cardiologia interventistica, ha ragione di essere tale per 365 giorni l'anno. In caso contrario, è solo una buona intenzione, e non certo quello che merita una città come Siracusa, con un bacino di utenza diretto di 130 mila abitanti. A ciò si aggiunga che fa capo alla città un *hinterland* di paesi (tra cui Floridia, Avola e tutti quelli delle zone montana e industriale, tra cui i

comuni di Priolo e Melilli) che comprende all'incirca altri 100 mila abitanti. Si può parlare di un bacino di utenza complessivo di almeno 220.000-240.000 persone. Sottolineo questo dato perché sarà utile quando parlerò del nuovo ospedale.

Sulla base di questo ragionamento si era costruito tutto un discorso attorno ad un professionista molto valido in servizio nella struttura, come ebbi modo di accennare nella mia introduzione, che aveva svolto una seria attività di perfezionamento presso centri altamente specializzati. Purtroppo però ha avuto la disavventura di cui vi ho parlato ed è andato in pensione.

Quindi, si trattava di ricominciare a creare una cultura, che coinvolgesse infermieri, tecnici, e così via. Non potevamo chiudere in attesa di trovare la soluzione alternativa al dottor Martello, il professionista al quale ho fatto riferimento. Bisognava continuare l'opera, in primo luogo degli operatori all'interno dell'ospedale. Ed allora abbiamo compiuto la scelta – che penso fosse l'unica possibile – di convenzionarci con il centro di riferimento più vicino, l'ospedale «Vittorio Emanuele» di Catania, che esercita un'attività di tutoraggio e di formazione su due sanitari trentacinquenni, pieni di entusiasmo, e su tutta l'*équipe* parasanitaria che deve aiutare nel processo emodinamico. Nel contempo, ci stiamo dando da fare per assumere un emodinamista, ma dobbiamo fare i conti con i blocchi dell'organico. Comunque non possiamo sbagliare. Non si deve trattare di un emodinamista in formazione. Mi fa piacere comunicare in questa sede al senatore Rotondo che già i giovani medici cui ho fatto cenno sono cresciuti molto in questi mesi dal punto di vista professionale. A parte gli *stent* medicali, fanno tutto da soli e questo è già un buon risultato. Si tratta di una valorizzazione di risorse umane che comunque ha un costo. Abbiamo anche previsto una clausola per il periodo di formazione come deterrente di ordine morale – non so infatti fino a che punto è giuridicamente valida – che prevede che per cinque anni non possano fare domanda di trasferimento proprio per la formazione che hanno ricevuto. Stiamo cercando la persona adatta per conferire un incarico *ex* articolo 15-*septie*. C'è da superare il problema del compenso che comunque deve essere inferiore a quello percepito da un primario per evitare serie incomprensioni all'interno della struttura.

Senatore Rotondo, se la nostra ricerca andrà a buon fine, avremo presto a Siracusa il servizio di emodinamica, attivo 365 giorni l'anno, con un'*équipe* tutta di giovani. Però al riguardo occorre far presente che la Regione, nel fissare le linee guida di riordino della rete ospedaliera, si è riservata di intervenire con altro provvedimento, per stabilire la rete di cardiocirurgia e di chirurgia interventista, con il rischio che tutto finisca con il concentrarsi in tre o quattro poli di riferimento. Il senatore Rotondo, che vive intensamente la realtà siciliana, conosce tali questioni. Quindi per tutelare l'Azienda ho fatto presente questa materia ed ho chiesto all'assessore regionale alla sanità di considerare, nell'emanando decreto, l'ospedale «Umberto I» di Siracusa come centro di riferimento provinciale per la emocardiologia interventistica e per gli aspetti conseguenti. Va anche te-

nuto conto che per portare avanti questo discorso, oltre alle risorse destinate al personale, abbiamo speso diversi miliardi di vecchie lire che ci sono stati dati in conto capitale dalla Regione e quindi, essendo denaro pubblico, è giusto che si mettano a frutto nell'interesse dell'intera collettività.

Per quanto riguarda il rapporto interno-esterno, posso dire che si tratta in genere di un ottimo rapporto; incontriamo però qualche difficoltà con il laboratorio analisi, il cui primario non ha una conoscenza aggiornata dei contratti di lavoro ospedalieri, per cui non ha ben compreso che i compensi fissi non esistono più, ragion per cui l'attività a favore degli esterni costituisce un valore aggiunto alla sua attività professionale da valutare solo in sede di retribuzione aggiuntiva. Posso comunque assicurare che tutte le attività di emergenza, ossia quelle per cui l'azienda ospedaliera opera in via esclusiva, vengono garantite al 100 per cento. Per quanto riguarda invece altro tipo di prestazioni per esterni quali *check up*, analisi delle urine, o altro tipo di analisi, stiamo definendo la contrattazione del *budget*. Auspico quindi di ottenere anche questo risultato senza subire il ricatto della mancanza di personale. Per cui, da un lato, vi sarebbe la necessità di produrre per 200 milioni in termini di attività ambulatoriale esterna per questi esami di *routine* e, dall'altro, quella di inserire in organico tre operatori per un costo di 500 milioni che la nostra struttura non può accollarsi.

Per il resto torno a ripetere che il rapporto con l'esterno è ottimo, tant'è che, grazie alla elevata ed apprezzata professionalità dei nostri radiologi e dei nostri specialisti, abbiamo stipulato convenzioni con diverse aziende della zona industriale.

Desidero ora affrontare la questione della realizzazione del nuovo ospedale che è certamente la più importante. All'inizio del mio incarico ricordo di aver trovato un fascicolo enorme dove erano contenute tutte le attività svolte dal mio predecessore ai fini della realizzazione di questo nuovo ospedale, ma in esso non si faceva alcun riferimento alle risorse finanziarie necessarie; capii quindi che bisognava inventarsi qualcosa. Tra l'altro tengo a precisare che quelli di Siracusa sono ospedali che sarebbe opportuno allocare altrove, giacché necessitano di opere di consolidamento sotto il profilo antisismico, oppure perché insistono su area attigua a quella del parco archeologico per cui non si può intervenire, e via dicendo. Mi trovai quindi di fronte alla possibilità o di cestinare la pratica oppure di affrontare nel concreto la situazione, cosa che feci tenuto anche conto delle istanze in tal senso manifestate da tutte le rappresentanze politiche e sociali del territorio. In Sicilia, peraltro, non c'era possibilità di avvalersi – in quanto tutti assegnati – dei fondi previsti dall'articolo 20 della legge finanziaria del 1988 in materia di edilizia sanitaria, esistevano però dei residui e quindi l'opportunità di accedervi attraverso un'assegnazione di fondi a contrattazione separata. La Regione Sicilia, il 27 luglio del 2002, promosse un incontro con i direttori generali delle aziende sanitarie per fare il censimento delle risorse necessarie, ed in tale occasione, alla nostra richiesta di accedere ai suddetti residui per la realizzazione del-

l'ospedale, ci è stato riposto negativamente giacché al massimo si sarebbero potuti ottenere 100 miliardi di vecchie lire, con i quali non sarebbe stato possibile realizzare neanche le opere murarie del nuovo ospedale.

Considerato però che il nostro patrimonio comprende alcuni immobili di pregio dalla cui vendita è possibile ricavare circa 80 miliardi di vecchie lire, abbiamo formulato un'istanza ben articolata in cui si faceva presente la nostra disponibilità a contribuire alla realizzazione dell'ospedale con il ricavato della vendita degli immobili, al quale si sarebbero andate ad aggiungere le risorse stanziare dalla Regione, mentre per la parte restante – mi si conceda la battuta – avrebbe provveduto il buon Dio.

Abbiamo quindi pensato di fare ricorso al *project financing* che, sia pure con grandi difficoltà – lo dobbiamo riconoscere –, nel resto del Paese è una soluzione che si sta comunque percorrendo (mi riferisco all'esperienza di Mestre, Brescia, Parma, Cagliari), non vedendo la ragione per cui non avrebbe dovuto essere sperimentata anche in questo estremo lembo meridionale della Sicilia. Pertanto, una volta inserita nell'ambito della delibera n. 417 del dicembre 2002 da parte della Giunta regionale la promessa di intervento per 80 miliardi (delle vecchie lire), come contributo a valere sul suddetto articolo 20, abbiamo avviato tutte le procedure; mi riferisco alla valutazione degli immobili da parte dell'ex ufficio tecnico erariale, alla redazione dell'avviso di preinformazione. Si sono presentati due promotori mentre il comune di Siracusa era impegnato in una lunga maratona per la definizione del piano regolatore generale, che si è conclusa l'altro ieri solo proprio in vista delle elezioni amministrative di giugno 2004. Va sottolineata anche la grande ed unanime attenzione che il consiglio comunale ha prestato a questo problema, tant'è che si è provveduto ad inserire, nel P.R.G., l'area destinata alla realizzazione dell'ospedale, così come da noi richiesto, ed è stato posto il relativo vincolo.

Su nostra sollecitazione il comune ha inoltre previsto la possibilità di cambiamento di destinazione per l'utilizzo dei nostri immobili quando verrà dismessa l'attività sanitaria per attività produttive, fornendo così consistenza alla valutazione.

Per quanto riguarda i due promotori abbiamo esaminato le pratiche e sono risultati entrambi di una certa valenza; abbiamo comunque inoltrato una richiesta di precisazioni e definizioni. I promotori hanno fatto pervenire le loro conclusioni che però abbiamo secretato ponendo un sigillo di ceralacca in attesa di poter definire il contributo ex articolo 20 da parte dello Stato e della Regione. In caso contrario avremmo portato avanti degli atti in conflitto e in contraddizione che avrebbero potuto essere fatti oggetto di interpretazione, il che certamente non avrebbe giovato alla conclusione dell'operazione stessa.

Allo stato è quindi rimasto un solo problema ancora da affrontare e cioè che i Ministri dell'economia e delle finanze e della salute appongano la loro firma sul documento relativo alla contrattazione separata siglato con la Regione Sicilia nel marzo del 2003. Se verrà siglato questo documento, la procedura sarà completa, visto che siamo in possesso della va-

lutazione degli immobili, della spendibilità degli stessi, del terreno, dei promotori, di proposte valide e di 80 miliardi.

ROTONDO (*DS-U*). Mancano solo i soldi.

GURRIERI. Non tutti, solo una parte, 80 miliardi. Mi permetto quindi di chiedere alla Commissione di interessarsi alla soluzione di questo problema perché ciò risulterebbe utile per questa parte spesso dimenticata del sud-est della Sicilia.

BONDI (*LNP*). Non vi sono fondazioni bancarie cui vi potete rivolgere?

GURRIERI. Mi sto facendo una cultura su questo istituto che si chiama *fund raising*, e sto cercando di inventarmi qualcosa in proposito, anche se mi dicono che sono pazzo. Il mio intendimento è costituire, in collaborazione con dei privati, una fondazione e di promuoverla tra gli italiani all'estero, nello specifico tra conterranei, però è una strada lunga da percorrere che non so a cosa porterà.

SANZARELLO (*Misto*). Dottor Guerrieri, non desidero porre ulteriori domande oltre a quelle già rivolte dal collega Rotondo, che conosce meglio di tutti noi la realtà siracusana, ed anche perché la sua esposizione è stata estremamente esauriente e puntuale.

Una considerazione sulla realizzazione del nuovo ospedale. Sono scettico sul *project financing* in generale, forse perché ci sono gli immobili precedenti.

GURRIERI. È difficile.

SANZARELLO (*Misto*). C'è una quota di compartecipazione con l'articolo 20 della legge finanziaria del 1988; da parte loro i promotori non ci mettono niente a darsi disponibili, però poi magari si fanno i conti. Lo dico anche perché è una vicenda che in parte ho seguito: sono stato tra i primi a parlare di ospedale nuovo di Siracusa, insieme con il senatore Battaglia, quando eravamo insieme nella Giunta di governo, era previsto nella programmazione dell'articolo 20. Prima non c'era né un progetto né un'area destinata, quindi non ci poteva essere un'allocazione finanziaria.

L'articolo 20, comunque, è rimodulabile ogni sei mesi; se la Regione vuole, può farlo con l'articolo 20, ma non è questo il problema. Il *project financing*, quanto meno quello puro, secondo me nella sanità non può essere portato a compimento. Se gli investitori privati devono rientrare dall'investimento fatto tramite la gestione dei servizi non sanitari (la pulizia, la lavanderia, la mensa e quant'altro), il loro è un investimento impossibile; se invece sono accreditati per la gestione della sanità, allora diventa fattibile. Comunque, o ciò avviene a costi esorbitanti, tali che all'azienda

costeranno dieci volte tanto la lavanderia, la pulizia, la mensa, eccetera, oppure non è possibile, a mio avviso, attuare il *project financing*. Tenendo presente, quindi, l'interesse alla realizzazione dell'ospedale, qualora vi fossero difficoltà, sarebbe forse opportuno pensare ad altre forme di finanziamento più immediate e certe come il *leasing*: in questo caso, viene offerto l'ospedale «chiavi in mano» a 18 mesi e si pagano le rate di *leasing*, quindi con un progetto definito e senza contrarre impegni con nessuno. È una valutazione che rassegno alla sua attenzione.

GURRIERI. Sul *project financing* concordo pienamente con lei; per quanto riguarda il *leasing*, abbiamo percorso anche quella via. Sul tema le porto una notizia fresca: si è svolto l'altro giorno a Milano un convegno organizzato da «Il Sole 24 Ore» sul *project financing*, dove sono state presentate le esperienze di Mestre, della Fondazione Giglio (non proprio come *project financing*, ma come esperienza pubblico-privato), Cefalù.

SANZARELLO (Misto). Come il «San Raffaele»: una cosa che paga il pubblico e di cui fruisce il privato.

GURRIERI. Non è così. Sono state presentate inoltre le esperienze di Asolo, Montebelluna e di Cagliari. In quella sede è stata anche dichiarata l'improponibilità del *leasing* per un semplice motivo. Intanto l'ospedale deve continuare a gestire tutti i servizi non *core*, quelli cosiddetti industriali, non attinenti alla gestione caratteristica vera e propria dell'ospedale: l'ospedale li assegna con appalti triennali, con conseguente lievitazione di costi, di prezzi, ingovernabilità, spese generali per le sinergie, necessarie, e via dicendo.

SANZARELLO (Misto). Questo è il *project financing*.

GURRIERI. No, è ciò che avviene normalmente oggi in un ospedale. Per il lavanolo come fa? Ogni tre anni appalta; per la mensa è lo stesso, ogni tre anni appalta, e così questi servizi continuano ad esistere. Il *leasing* si deve pagare comunque, è un debito e l'ospedale per potersene fare carico pienamente deve andare in utile, perché se non ha utile non lo può realizzare. Nel nostro caso specifico, certo, è un'operazione difficile: se il promotore deve mettere di suo il 50 per cento non si può fare *project financing*. Si può fare se il promotore mette il 25-30 per cento ed è un promotore serio, che fa una gestione oculata di tutti i servizi non sanitari, che non devono essere solo la mensa. A mio avviso, infatti, dovrebbe rientrare in quest'ambito (ma qui lo dico e qui lo nego) molta parte della lavorazione degli stipendi, i mandati; non è nella nostra proposta, senatore, i sindacati me ne direbbero di tutti i colori. Se a questo aggiungiamo la distribuzione dei farmaci, l'acquisizione in filiera dei farmaci e dei presidi sanitari, i servizi di accoglienza, il servizio di assicurazione, il lavanolo, diventa un bel paniere, appetibile e quindi, al riguardo, si deve ragionare.

Concludo, scusandomi se mi sono dilungato troppo. Nel nostro caso, noi ci mettiamo circa 85 miliardi nominali, che sono gli ospedali; nell'operazione che dice lei noi dobbiamo cartolarizzare per poterli mettere oppure lo Stato deve metterci altri 80 miliardi di suo; ma se non riesce a mettere i primi, come ci mette i secondi? E se noi andiamo a cartolarizzare, ciò significa che spendiamo un mare di soldi. Nel *project financing* la cartolarizzazione se la paga il promotore: certo non ce la farà gratis, ma senz'altro a costi fortemente abbattuti rispetto ad una cartolarizzazione commerciale. Quindi, è un problema da studiare con molta attenzione.

PRESIDENTE. Mi rendo conto che il dibattito è molto interessante; propongo agli amici siciliani di promuovere un convegno a Siracusa sul nuovo ospedale.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). In attesa che il sogno si realizzi, e ve lo auguro con tutto il cuore, ma restando alla realtà di oggi, volevo farle una domanda, perché alla completa descrizione che lei ha fatto manca un tassello. Volevo chiederle come e quanto voi realizzate all'interno dell'azienda ospedaliera, per esempio per alcuni reparti, il *day hospital* e il *day surgery*, queste particolari forme di servizio che rispondono prontamente al cittadino, per sapere se la vostra struttura vi permette di agire appieno anche con questo strumento.

Volevo inoltre soffermarmi su un altro aspetto che emerge non tanto dal suo discorso, quanto da informazioni raccolte sulla vostra azienda e che investe anche tantissime altre aziende italiane: mi riferisco al rapporto con il personale infermieristico, non sanitario. Volevo chiedere se avete applicato quanto previsto nel decreto approvato dal Governo, che vi dà la possibilità di far rientrare personale già in pensione e di rimetterlo al lavoro, oppure di consentire straordinari al personale infermieristico, visto che a noi risulta esserci una mancanza di personale infermieristico nella vostra struttura. In sostanza, vi è servito questo provvedimento del Governo, oppure no?

GURRIERI. Per quanto riguarda il servizio di *day hospital* e di *day surgery*, confermo che sono stati già attivati: siamo intorno al 20 per cento dei posti di degenza ordinaria; è uno degli obiettivi che stiamo fissando nella contrattazione di *budget* che abbiamo definito: Stiamo dando gli ultimi ritocchi in questi giorni, uno degli obiettivi è proprio quello dell'incremento delle attività di *day surgery* e di *day hospital*. È un servizio molto richiesto dalla collettività, anche perché le strutture ospedaliere lasciano a desiderare e quindi i cittadini sono più contenti se riusciamo a servirli senza penalizzarli con il ricovero.

Passando al discorso relativo al personale infermieristico, non ci siamo avvalsi delle norme da lei ricordate. Non penso che ci manchi del personale o che non ci sia l'offerta di personale infermieristico *in loco*. In Sicilia si verifica il contrario: c'è una buona offerta di personale infermieristico neodiplomato ed anche una fortissima richiesta di rientro in

Sicilia. Figuratevi che per un concorso a 22 posti da infermiere sono state presentate 1.500 domande. Ho concluso una procedura concorsuale individuando una ditta che si è occupata di fare una preselezione; se non si fosse proceduto in tal senso, ci sarebbero voluti anni per fare un concorso, con tutte le imperfezioni che ciò comporta. E' vero che talvolta in qualche reparto e con un certo tipo di personale infermieristico abbiamo incontrato alcuni problemi. Ma ciò attiene ad una questione di carattere culturale che stiamo faticosamente combattendo. Al riguardo, al di là delle esternazioni formali, nella sostanza stiamo riuscendo pian piano a portare a casa piccoli risultati, anche con la condivisione delle organizzazioni sindacali. Potrebbe sembrare strano, ma invece devo dare atto alle organizzazioni sindacali aziendali della maturità dimostrata.

PRESIDENTE. Le anticipo che presto saremo a Siracusa per verificare di persona la realtà di questo ospedale.

Ringrazio e congedo il dottor Gurrieri.

Dichiaro conclusa l'audizione.

(Viene introdotto il dottor Innocenzo Galatioto).

PRESIDENTE. Segue l'audizione del presidente provinciale dell'AIOP (Associazione italiana ospedalità privata) di Siracusa, dottor Innocenzo Galatioto, che ringrazio per avere accolto il nostro invito.

Ormai abbiamo un quadro di insieme abbastanza definito della realtà siciliana, anche se alla luce delle notizie assunte appare evidente che nella provincia di Siracusa non si registra una presenza eccessiva di sanità privata. Sono poche le case di cura private, a differenza di altre realtà come quella di Catania, dove questo fenomeno è molto più ampio. Ebbene, alla luce dei piani della Regione siciliana, dove oggettivamente si dà ampio spazio al concetto di integrazione pubblico-privato, quali sono i problemi che riscontrate come rappresentanti di categoria delle case di cura private nella realtà di Siracusa?

GALATIOTO. Nella provincia di Siracusa operano cinque case di cura: l'istituto ortopedico Villa Salus, con 190 posti letto, la casa di cura Santa Lucia, con 60 posti letto, Villa Azzurra, con 39 posti letto, Villa Rizzo, con 45 posti letto e Villa Mauritius, con 57 posti letto, per un totale di 388 posti letto. Esse sono sottoposte ad una restrizione delle prestazioni perché alcune hanno un *budget* sufficiente altre, come la mia, addirittura insufficiente, tant'è che abbiamo dovuto ridurre l'assegnazione dei posti letto e mettere le persone in lista d'attesa perché non possiamo andare in passivo.

Per quanto riguarda l'istituto ortopedico Villa Salus, il *budget* nel 2003 è stato di circa 10.000.000,00 euro, quello della casa di cura Santa Lucia di circa 6.000.000,00 euro, quello di Villa Azzurra di circa 4.000.000,00 euro, quello di Villa Rizzo di circa 3.800.000,00 euro, quello

di Villa Mauritius di circa 3.700.000,00 euro, per un *budget* complessivo di 29.040.118,00 euro.

Per quanto riguarda i servizi prestati nelle varie case di cura, vi è un'integrazione notevole. Ritengo che le case di cura della provincia di Siracusa siano tutte ad un livello abbastanza elevato. Esse erogano prestazioni molto apprezzate dai pazienti. Alcune case di cura hanno un introito derivante da una percentuale di pazienti provenienti da fuori provincia, come la mia dove tale percentuale ammonta a circa il 40 per cento.

Le specializzazioni dell'istituto ortopedico Villa Salus sono: chirurgia generale, chirurgia plastica, chirurgia vascolare e cardiaca, medicina generale ed iperbarica, neurochirurgia, oculistica, ortopedia e riabilitazione. Le specializzazioni della casa di cura Santa Lucia sono: chirurgia generale, oculistica, ortopedia e urologia. Le specializzazioni della casa di cura Villa Azzurra sono: neurochirurgia, cardiologia, urologia e UTIC. Le specializzazioni della casa di cura Villa Rizzo sono: chirurgia generale, oculistica, ortopedia, ostetricia e ginecologia. Infine, le specializzazioni della casa di cura Villa Mauritius sono: medicina generale, oncologia medica, neurologia, neuropsichiatria.

Naturalmente lascio agli atti della Commissione la documentazione ai fini di una informazione più precisa, puntuale e documentata sull'argomento.

LONGHI (DS-U). Precedentemente abbiamo appreso che l'azienda sanitaria territoriale ha in qualche modo incrementato i pagamenti nei vostri confronti rispetto agli anni precedenti, ne consegue che da parte vostra vi è una maggiore erogazione di prestazioni e quindi anche un maggior guadagno.

GALATIOTO. Posso assicurare che i nostri guadagni non sono maggiori perché il *budget* non è aumentato.

LONGHI (DS-U). Ritengo però che incassiate di più?

GALATIOTO. Forse incasseremo di più, ma questo non vale per tutti. Ad esempio, per quanto riguarda la mia casa di cura, non registriamo alcun aumento di *budget*.

LONGHI (DS-U). Sto parlando in generale. Volevo pertanto chiederle che cosa dovrebbe fare la Regione Sicilia per favorire la vostra espansione?

GALATIOTO. Dovrebbe evidentemente tenere presente il criterio di aggiudicazione dei *budget* basato sul numero di posti letto. La Regione Sicilia ha già effettuato una valutazione per ciascun anno e per posto letto. Ora se nell'assegnazione dei *budget* si seguissero determinati criteri si otterrebbe una maggiore equità nella distribuzione, il che oggi non avviene e quindi non tutte le case di cura possono prestare tutti i servizi che vorrebbero.

LONGHI (*DS-U*). Sta dicendo che esistono delle discriminazioni tra case di cura?

GALATIOTO. Esatto.

PRESIDENTE. Vorrei porre una domanda alla quale, qualora non fosse in grado di farlo immediatamente, potrà rispondere in seguito. Complessivamente nella provincia di Siracusa il settore che lei rappresenta, oltre a svolgere un ruolo di integrazione con il servizio pubblico, che indotto occupazionale produce, cioè quanti sono, tra personale medico, infermieristico e quant'altro, gli occupati di questo settore?

GALATIOTO. A quanto mi consta il rapporto dovrebbe essere di uno ad uno, cioè un dipendente per ciascun posto letto; nella mia casa di cura, ad esempio, a fronte di 190 posti letto, abbiamo circa 200 dipendenti.

SANZARELLO (*Misto*). Sia dall'esame dei primi 30 DRG delle prestazioni effettuate che dall'analisi dei primi 30 DRG di migrazione sanitaria da Siracusa verso altre AUSL o altre aziende ospedaliere, si evince che il livello di prestazione effettuata nelle case di cura è medio basso e altresì che c'è una fuga e quindi una migrazione anche per patologia di livello medio basso. Come mai le case di cure della vostra provincia non riescono ancora ad intercettare questi pazienti che si rivolgono ad altre case di cura magari di Catania o di altre province, ma comunque lontano da Siracusa?

GALATIOTO. Per quanto riguarda la mia casa di cura, il 40 per cento dei pazienti viene da fuori provincia, quindi registriamo un effetto addirittura contrario rispetto a quello evidenziato. Sicuramente vi sono anche malati della nostra provincia che si rivolgono all'esterno della stessa, e questo perché c'è una forte attrazione verso le strutture di Catania, che è capoluogo universitario. È chiaro però che questo è un discorso che vale sul piano generale, quindi non solo per le case di cura, ma anche per tutte le aziende sanitarie della provincia.

PRESIDENTE. Volevo un chiarimento riguardo al numero di dipendenti complessivamente impiegati nelle case di cura della provincia siracusana. Lei ha parlato di circa 190 addetti.

GALATIOTO. Questo numero corrisponde ai posti letto della mia casa di cura. Complessivamente invece il numero è 388.

PRESIDENTE. Ringrazio e congedo il dottor Galatioto.
Dichiaro conclusa l'audizione.

(Viene introdotto il dottor Sebastiano Rizzo).

PRESIDENTE. Segue l'audizione del presidente provinciale della Federfarma di Siracusa, dottor Sebastiano Rizzo, al quale diamo il nostro benvenuto.

Dottor Rizzo, le rivolgo rapidamente una domanda proprio per entrare subito nel vivo delle informazioni che desideriamo assumere.

Dall'indagine svolta in Sicilia il dato che emerge è più o meno omogeneo, mi riferisco cioè al fatto che in alcune realtà, precisamente quelle di Palermo, Catania, Messina, dal punto di vista della spesa farmaceutica, si sta sfiorando il fatidico tetto del 13 per cento della spesa sanitaria previsto dalla normativa nazionale. Un altro dato che, non lo nascondo, ha molto preoccupato la Commissione, è il fatto che, mentre l'anno scorso si registravano dei risultati che facevano pensare ad un tendenziale allineamento della Sicilia rispetto all'obiettivo nazionale, che peraltro è ancora lontano all'essere raggiunto, nei primi due mesi di quest'anno le realtà che abbiamo avuto modo di visitare documentano purtroppo già un incremento della spesa farmaceutica e in percentuali pari addirittura al 10-14 per cento.

Questo è ovviamente un tema di grande interesse per la Commissione e quindi vorremmo sapere se anche lei, dottor Rizzo – ci auguriamo ovviamente di no – conferma questo tendenziale incremento anche nella provincia di Siracusa e quali sono le preoccupazioni in tal senso avvertite dalla vostra categoria.

RIZZO. Debbo innanzi tutto confermare che la situazione della nostra provincia è quasi omogenea rispetto a quella evidenziata dal Presidente; anzi, in base ai dati in nostro possesso, direi che lo è anche per il resto della Regione. L'aumento della spesa farmaceutica è da attribuire in via principale all'introduzione delle nuove norme relative al *ticket* e all'acquisizione conseguente. Norme che abbiamo già contestato, senza però entrare minimamente nel merito politico dell'introduzione del *ticket*, ma del sistema che si è voluto introdurre.

È un sistema disastroso, che abbiamo stigmatizzato non appena ne abbiamo avuto sentore, il 23 stesso del mese di dicembre. Le nostre osservazioni sono però rimaste lettera morta. Successivamente all'emanazione del provvedimento, il 30 dicembre, abbiamo reiterato le nostre perplessità preannunciando che ci sarebbe stata un'impennata della spesa farmaceutica e il 1° gennaio abbiamo emesso un comunicato stampa. Circa l'inapplicabilità del *ticket* per mancanza di norme attuative, sto parlando anche a livello regionale, non solo come presidente della Federfarma di Siracusa, ma anche in qualità di segretario regionale della Federfarma Sicilia (presidente il dottor Gioacchino Nicolosi, che avete già audito a Catania, se non erro). L'impennata era dunque nelle previsioni. Non parliamo poi del metodo con cui lo dobbiamo acquisire. Metodo che rappresenta una aperta violazione della *privacy*. Un conto è fare un'autocertificazione una sola volta: *una tantum*, altro conto è fare un'autocertificazione ricetta per ricetta. Per avere un'idea di quanto è farraginoso questo sistema, preciso che le ricette emesse in un anno dal Servizio sanitario nazionale in

Sicilia sono ben 43 milioni: basta questo dato per immaginare che non si può effettuare alcun controllo.

Quindi, quanto è accaduto era prevedibilissimo.

Per quanto riguarda i dati di Siracusa, posso dire che sono proprio in armonia con tutto quello che ho detto io. Per quanto riguarda l'introduzione del *ticket*, nostro malgrado (quando dico nostro mi riferisco alla nostra organizzazione regionale), lo abbiamo fatto entrare in vigore in questa forma devastante il 23 gennaio. Il provvedimento è uscito il 30 dicembre (una data in cui il popolo italiano è intento a stappare bottiglie di spumante per brindare al nuovo anno). Abbiamo detto alla Regione che attendevamo le norme applicative entro il 15 gennaio; invece del 15 sono uscite il 16 e in quello stesso giorno abbiamo chiesto altri sette giorni per informare le banche dati e dare così attuazione alle norme. Si tratta in effetti di un'operazione molto complicata perché, oltre alle tre fasce di reddito (fino a 12.000 euro, fino a 36.000 euro, oltre questa cifra), vi è tutta una serie di categorie esentate *in toto*: orfani di guerra, orfani di mafia, orfani di Nassiriya, orfani di atti terroristici, donatori di sangue, e chi più ne ha più ne metta. A questo punto credo fosse più che logico attendersi un'impennata della spesa farmaceutica dovuta al nuovo *ticket*. Noi abbiamo avuto – ritorno a Siracusa – per il mese di gennaio, quando l'introduzione del *ticket* è stata limitata semplicemente a cinque giorni lavorativi, un aumento della spesa nella misura del 13 per cento ed una diminuzione del ricavato del *ticket* del 3 per cento, mentre nei mesi di febbraio e marzo c'è stata la prevista impennata. Questo è quello che è avvenuto.

Per concludere, posso dire che noi farmacisti di Siracusa siamo stati pagati finora fino al mese di ottobre e vantiamo un credito per forniture effettuate di circa 50 milioni di euro; dalle 105 farmacie del siracusano.

PRESIDENTE. Un'ultima domanda. Questo è quanto è successo dopo il 20 dicembre, però già prima comunque la Sicilia aveva una spesa non in linea con la media di gran parte delle Regioni italiane: come mai?

RIZZO. È un dato che non mi risulta.

PRESIDENTE. I nostri dati sono questi: certamente la Sicilia non era al 13 per cento, ma al 18-19 per cento; quindi vi era comunque una situazione di non controllo della spesa farmaceutica. Pertanto, fermo restando che è successo ciò che lei ci ha esposto, già prima vi era una situazione di non controllo. Lei sa darci una sua chiave di lettura?

RIZZO. La chiave di lettura che le posso dare è semplicemente questa. Fin dal 2003, con una nota indirizzata al direttore generale, avevamo offerto la nostra collaborazione per cercare di calmierare la spesa pubblica e nello stesso tempo avevamo invocato la costituzione di una commissione paritetica di vigilanza mista tra farmacisti e medici; la nostra richiesta è

rimasta, purtroppo, lettera morta. Questo problema lo avevamo già attenzionato.

PRESIDENTE. Un'ultima domanda. Recentemente il CENSIS ha pubblicato un'interessante ricerca sulla spesa farmaceutica in Italia, per cui questi squilibri di cui abbiamo parlato, che investono la Sicilia, la Calabria, il Lazio, la stessa Puglia, portano il CENSIS (che è un istituto abbastanza serio) a formulare un'ipotesi: in realtà nelle Regioni meridionali, dove la qualità e la diffusione dei servizi sanitari non è al livello del Nord d'Italia, il farmaco svolgerebbe in un certo senso una funzione di «tranquillante» sociale, sostituendo i servizi mancanti. Lei è d'accordo con questa interpretazione?

RIZZO. L'impennata della spesa farmaceutica è da attribuire, a mio modesto parere, ad una carenza del servizio pubblico ospedaliero – ma è, ripeto, una mia considerazione – nel senso che il paziente, anziché ricoverarsi in ospedale, ricorre al farmaco, per curarsi in casa.

PRESIDENTE. Quindi lei sostanzialmente è d'accordo con la conclusione del CENSIS.

RIZZO. Non ho letto la ricerca del CENSIS, ma dove mancano i servizi aumenta la spesa farmaceutica. Se il senso delle conclusioni del CENSIS è questo, allora sono d'accordo. Però, nel contesto generale, a mio avviso la pubblica amministrazione in siffatta maniera, risparmia. Mi sono fatto promotore a livello nazionale del Libro bianco della sanità, perché lei sa meglio di me che la spesa farmaceutica è pari al 13 per cento dell'intera spesa sanitaria, ma in questo 13 per cento rientra anche la spesa farmaceutica che viene consumata negli ospedali. Il Libro bianco che intenderemmo fare noi sarebbe volto a verificare come il rimanente 87 per cento viene effettivamente speso in Italia.

ROTONDO (DS-U). Dottor Rizzo, lei ritiene che, nella realtà in cui vive, l'organizzazione della fornitura di farmaci e di ausili sia tale da determinare sprechi e quindi un incremento della spesa farmaceutica anche per quanto riguarda questi settori? La fornitura di farmaci attraverso le farmacie degli ospedali piuttosto che attraverso quelle diffuse nel territorio, la fornitura e le modalità di fornitura degli ausili come pannoloni, siringhe e quant'altro, sono organizzate in maniera tale da determinare situazioni di spreco per quanto concerne questo tipo di prodotti oppure no?

RIZZO. Posso dirle con tutta franchezza che è in atto uno spreco.

ROTONDO (DS-U). Ci può spiegare perché?

RIZZO. Certamente. In quella richiesta di collaborazione di cui ho già parlato, avanzata l'anno scorso, facevamo presente alla struttura pubblica

che l'eccessiva spesa era la conseguenza di una gestione degli acquisti dis-sennata. Riteniamo che la fornitura degli ausili di cui lei parla, senatore Rotondo, potrebbe essere più razionale, più concreta e più capillare se affidata alla farmacia. In quest'ottica abbiamo fatto un'offerta alla struttura pubblica sostenendo che i pannoloni che la stessa acquista ad un prezzo «x», noi eravamo in grado di offrirli ad un prezzo «x» meno un 2 per cento. Ciò puramente a titolo esemplificativo.

Altrettanto possiamo dire per quanto riguarda gli ausili per i diabetici. La maniera in cui si opera, che oltretutto nella mia provincia è estesa a macchia di leopardo, discrimina i cittadini. Mi spiego: il cittadino di un determinato paese è autorizzato a prelevare gli ausili e i farmaci di cui necessita in farmacia, nell'ora e nel giorno che crede più opportuno – e sto parlando dei diabetici, cioè di una categoria protetta e a rischio perché il diabete è considerata una malattia di allarme sociale – mentre altri cittadini di paesi limitrofi sono costretti ad approvvigionarsi presso la struttura pubblica solo in determinate giornate. E al riguardo mi corre l'obbligo di aggiungere che da circa un anno non viene indetta un'asta e che si procede con atti deliberativi di acquisto di volta in volta.

ROTONDO (DS-U). Questo per quanto riguarda la AUSL n. 8?

RIZZO. Sì, io posso parlare della mia AUSL.

ROTONDO (DS-U). Le risulta che vengano forniti ausili semestralmente?

RIZZO. Sì, c'è stato un periodo in cui sono stati forniti anche ogni sei mesi. Anche questo lo abbiamo contestato perché si tratta di uno spreco. In caso di premorienza gli sprechi sono nella logica delle cose, anche se bisognerebbe confrontare i dati statistici.

Questo riguarda anche i prodotti previsti dal nomenclatore tariffario nazionale (ad esempio, piaghe da decubito). Trattandosi anche in questo caso di soggetti ad alto rischio, è insito lo spreco.

PRESIDENTE. Dottor Rizzo, potrebbe fornirci la documentazione relativa alla spesa sanitaria?

RIZZO. Certamente, signor Presidente.

PRESIDENTE. Ringrazio e congedo il dottor Sebastiano Rizzo.

Con la presente audizione, dichiaro concluse le audizioni previste per la seduta odierna.

I lavori terminano alle ore 15,45.

