

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

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**4.**

**SEDUTA DI MARTEDÌ 11 DICEMBRE 2007**

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **ROBERTO ULIVI**

INDI

DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		<b>Audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loiero:</b>	
Ulivi Roberto, <i>Presidente</i> .....	3	Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i> ....	12, 14, 15, 17 18, 20, 21, 22, 27, 28
<b>Seguito dell'audizione del direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, Filippo Palumbo:</b>		Astore Giuseppe (IdV) .....	15
Ulivi Roberto, <i>Presidente</i> .....	3, 4, 5, 7, 12	Baiamonte Giacomo (FI) .....	14
Astore Giuseppe (IdV) .....	4, 5	Cosentino Lionello (PD-U) .....	22
Cosentino Lionello (PD-U) .....	7	Goisis Paola (LNP) .....	22
Ghirardini Alessandro, <i>Dirigente del Ministero della Salute</i> .....	3, 11	Loiero Agazio, <i>Presidente della regione Calabria</i> .....	13, 18, 23, 25, 27
Palumbo Filippo, <i>Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute</i> .....	3, 5, 10	Mazzaracchio Salvatore (FI) .....	20
		Pellegri Tommaso (Verdi) .....	21
		Pignataro Rocco (Pop-Udeur) .....	20
		Piro Francesco (PD-U) .....	19
		Sanna Emanuele (PD-U) .....	18
		Trupia Lalla (SDSE) .....	16, 17, 25
		Ulivi Roberto (AN) .....	17, 25
		Villari Riccardo (PD-U) .....	22

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico-L'Ulivo: PD-U; Forza Italia: FI; Alleanza Nazionale: AN; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; UDC (Unione dei Democratici Cristiani e dei Democratici di Centro): UDC; Lega Nord Padania: LNP; Sinistra Democratica. Per il Socialismo europeo: SDpSE; Italia dei Valori: IdV; La Rosa nel Pugno: RosanelPugno; Comunisti Italiani: Com.It; Verdi: Verdi; Popolari-Udeur: Pop-Udeur; DCA-Democrazia Cristiana per le Autonomie-Partito Socialista-Nuovo PSI: DCA-NPSI; Misto: Misto; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.ling.; Misto-Movimento per l'Autonomia: Misto-MpA; Misto-Repubblicani, Liberali, Riformatori: Misto-RLR; Misto-La Destra: Misto-Destra; Misto-Socialisti per la Costituente: Misto-SocpC.**

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
GIUSEPPE PALUMBO

**La seduta comincia alle 12,40.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Seguito dell'audizione del direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, Filippo Palumbo.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione del direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, Filippo Palumbo. Ricordo che nella precedente seduta ha già avuto luogo la relazione del dottor Palumbo e non so se egli desideri approfondire qualche argomento, oppure se ritenga che sia più opportuno passare alle domande dei componenti della Commissione.

FILIPPO PALUMBO, *Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute.* Vorrei soltanto aggiungere un elemento di carattere informativo, in quanto la nostra precedente audizione ebbe luogo alla vigilia dell'incontro svoltosi ad Arezzo, il quale — era

stato altresì comunicato alla Commissione dallo stesso presidente Palumbo — ha avuto non solo aspetti di approfondimento di livello tecnico e scientifico, ma anche un momento di incontro e di riflessione sul tema della *governance*. Nella precedente seduta conclusi la mia riflessione sottolineando la centralità di risolvere a regime il problema della catena di comando in campo nazionale, regionale ed aziendale. Forse l'espressione catena di comando è troppo forte, perciò è forse più adeguato il termine *governance*, che implica un'azione concertata di revisione, di stimolo e di verifica.

Sul presente tema ha avuto luogo una tavola rotonda in cui è maturata una posizione finalmente di condivisione tra Stato e regioni; il dottor Ghirardini, che ha partecipato a mio nome a quella tavola rotonda — se voi lo riteniate opportuno — potrebbe brevemente raccontarvi il senso di questa condivisione, nonché la schematizzazione dei ruoli futuri, che auspichiamo sia normativamente stabilita.

PRESIDENTE. Vorrei ricordare, tra l'altro, che in quella riunione svoltasi ad Arezzo anche il sottoscritto è stato presente in rappresentanza della Commissione. Quindi vorrei concedere la parola al dottor Ghirardini. Nel caso in cui dovesse essere ritenuto necessario procedere in seduta segreta sarà disattivato l'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

ALESSANDRO GHIRARDINI, *Dirigente del Ministero della salute.* Come ha ricordato il dottor Palumbo, in occasione dell'incontro di Arezzo è stato reso un po' più esplicito l'accordo raggiunto tra il Governo e le regioni, il quale prevede che venga istituito un comitato — detto comitato

strategico — in cui siano rappresentate tutte le istituzioni, che possa quindi fornire un po' anche il senso delle attività e che indichi le priorità che debbono essere seguite nel corso delle azioni finalizzate alla tutela della sicurezza dei pazienti. Insieme al comitato strategico è stata individuata, all'interno del Ministero della salute, una rilevante funzione che si sostanzia nel sistema di rilevazione degli « eventi sentinella », i quali sono costituiti dagli eventi più gravi che avvengono nel sistema. È stata pertanto concordata la costituzione di un terminale centrale nazionale che si occupi del monitoraggio di tali « eventi sentinella » e del rapporto periodico sui medesimi eventi, come già avete potuto osservare nel primo rapporto pubblicato alcuni mesi fa e che è riportato nella cartellina che abbiamo messo a vostra disposizione. Tale monitoraggio può essere efficacemente realizzato anche grazie all'utilizzazione degli strumenti informatici; ricordo, tra l'altro, che possediamo il SIMES, il Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità, già ricordato dal dottor Palumbo nella precedente audizione.

Presso il Ministero della salute, nello stesso tempo, è stata decisa l'istituzione di una sorta di consulta nazionale nella quale tutte le persone interessate all'argomento possano essere coinvolte e comunicare la loro opinione. Tale consulta, costituita da operatori, da pazienti e da cittadini, consentirà di acquisire gli intendimenti e i pareri di tutti coloro che hanno un ruolo in tale contesto.

È stata altresì prevista la costituzione, presso l'agenzia dei servizi sanitari regionali, di un comitato tecnico delle regioni, che non sia in contrapposizione con il comitato strategico ma che possa dare attuazione a ciò che quest'ultimo abbia indicato e che quindi abbia una funzione di stimolo verso le regioni, tramite il « punteruolo » dell'agenzia dei servizi sanitari regionali, svolgendo appunto tale funzione di pungolo positivo rispetto alle attività che tutte le regioni e le province autonome devono sviluppare. E tutto ciò è

realizzato anche per conseguire un coordinamento a livello centrale e regionale.

Per quanto riguarda invece l'elaborazione e la produzione di documenti tecnici, è stato concordato che tutte le istituzioni — il Ministero della salute, le regioni, l'agenzia per i servizi sanitari regionali, l'Istituto superiore di sanità, l'Agenzia italiana del farmaco, l'Ispels (Istituto superiore prevenzione e sicurezza sul lavoro) e comunque tutti coloro che possiedono una funzione in tale contesto — siano individuate dal suddetto comitato strategico, in qualità di produttori di documenti di indirizzo e di linee guida che possono essere poi utilmente implementate a livello regionale. Tutto ciò costituisce in sintesi quanto è stato deciso e che pensiamo possa essere rapidamente attuato a livello centrale e regionale.

#### PRESIDENZA DEL PRESIDENTE GIUSEPPE PALUMBO

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendano rivolgere domande agli auditi.

GIUSEPPE ASTORE. Devo complimentarmi con il direttore generale e con il suo collaboratore per la relazione — letta dal sottoscritto — che era stata messa a disposizione della Commissione e debbo dire che è completa.

Vorrei porre qualche domanda al dottor Palumbo: come potrebbe il sistema informativo Simes collaborare con la nostra Commissione e in che cosa possiamo collaborare con il Ministero della salute? Mi sembra infatti assurdo che camminiamo su due strade diverse; più che inseguire dei consulenti ovunque, credo che — e non so se sia giusto o meno — alcuni componenti del Ministero della salute possano benissimo collaborare con la nostra Commissione.

Ho l'impressione — non so come lei la pensi — che spesso rincorriamo negli errori sanitari, e proprio in questo periodo in cui è anche accaduta la tragedia in Calabria, il caso singolo, il caso sentinella,

il caso eclatante, e così via. Non so se abbia ragione Cittadinanza attiva quando afferma che, a fronte di 120 casi denunciati dalle regioni, sarebbero invece 40 mila i casi di inefficienza e di errori di ordine sanitario. Non sarebbe più opportuno procedere verso una collaborazione totale dei diverse livelli di controllo — il nostro, il vostro, quello svolto dalle regioni e così via — al fine di migliorare il sistema sanitario in Italia? Tutto ciò a mio parere è essenziale.

**PRESIDENTE.** Non sono dello stesso parere dell'onorevole Astore e credo che si debbano percorrere strade diverse; ciò non vuol dire che si debba essere in contrasto — per l'amor di Dio — anche perché l'esistenza di tale Commissione avrebbe altrimenti poco senso!

**GIUSEPPE ASTORE.** Parlavo di consulenza.

**FILIPPO PALUMBO**, *Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute.* Per quanto riguarda il Siveas (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria), si tratta di un organismo che coinvolge delle tematiche molto più ampie; quella della sicurezza ne costituisce una, che fa parte del sistema e che però attiene anche all'attività di verifica più complessiva. Ciò per quanto riguarda sia gli aspetti economico-finanziari — ed è l'attività svolta principalmente in collaborazione con la Ragioneria generale dello Stato, quindi con l'Ispettorato, il cui ispettore capo è stato audito dalla Commissione il 21 novembre scorso — sia quelli concernenti la valutazione e la qualità. Faccio presente che forse per parlare di questo occorrerebbe un'apposita giornata, mentre nella presente audizione posso soltanto anticipare come il lavoro viene impostato.

In primo luogo vorrei chiarire che tale sistema è esclusivamente relazionale: se qualcuno leggesse l'apposita normativa potrebbe apprezzare il fatto che il legislatore a suo tempo non ha voluto

istituire un nuovo organismo, ma ha soltanto preso atto che erano in piedi varie linee valutative previste da leggi differenti, di varia natura e con varie finalità, nonché affidate ad organismi diversi. L'idea del Siveas è quindi quella di creare una sinergia tra tali linee valutative, ossia di farle diventare un sistema, sia come organismi sia come tipologia di attività valutative; ad esempio ci si può chiedere quale sia la relazione fra la verifica dei livelli essenziali di assistenza prevista dal decreto legislativo n. 56 del 2000 — il decreto che varò anche l'anticipazione del federalismo fiscale — laddove, ponendo fine al vincolo di destinazione delle risorse per il Fondo sanitario nazionale affidate alle regioni, si può dire che lo Stato si tutelò affermando: «Ti lascio libero di utilizzare queste risorse, ti tolgo il vincolo, però devi creare un sistema di monitoraggio e garanzia per capire se poi effettivamente i livelli essenziali assistenza vengano garantiti». E ci si può anche chiedere quale relazione esista tra tale impianto e quello che successivamente è stato voluto dallo stesso legislatore nazionale attraverso i vari patti e accordi, come ad esempio gli accordi Giarda e Vegas, nonché il patto per la salute dello scorso anno, nel quale una quota del Fondo sanitario nazionale, che si è stabilizzata intorno al tre per cento, viene considerata una quota premiale che si libera come erogazione nei confronti delle singole regioni soltanto a seguito del superamento annuale di una sorta di vero e proprio esame di verifica. Ovviamente tra gli argomenti di verifica c'è anche il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Questo è un tipico esempio di come leggi diverse abbiano lavorato sullo stesso concetto, però con sfumature non coincidenti; a volte tali sfumature sono superficiali, altre volte attengono proprio alla natura diversa. Per esempio, l'impianto del monitoraggio e garanzia dell'ente Elea — previsto dal decreto legislativo n. 56 del 2000 — ritengo sia molto più strutturale, tanto è vero che coinvolge anche le regioni a statuto speciale, che nulla hanno a che fare con il Fondo sanitario nazionale; però

in quel caso lo Stato centrale periodicamente si può chiedere perché una certa regione, per motivi disorganizzativi ma anche etico-sociali (come nel caso di una regione che assume come filosofia quella di ricreare l'istituzione manicomiale), non garantisca i livelli di assistenza territoriale di natura psichiatrica. Quindi tutto ciò costituisce un qualcosa di molto più di un fondo sul quale il Governo nazionale ha degli strumenti per garantire il ripristino di un'erogazione da parte di Elea su quel medesimo territorio.

Il monitoraggio legato invece allo sblocco del tre per cento consiste maggiormente in una spinta all'efficienza e come un pungolo di anno in anno a migliorare. Risulta altresì necessario trovare una relazione operativa, anche per evitare, ad esempio, che per un mese le regioni rispondano ai nostri quesiti — ai sensi del decreto legislativo prima citato e un mese dopo siano chiamati a rispondere ad altro. Ciò fa nascere l'esigenza di trovare un impianto unitario. Quindi tutto ciò attiene a strumenti di verifica, ad azioni di monitoraggio, ad occasioni di incontro e così via.

Abbiamo concepito il tutto come una sorta di applicazione selettiva al sistema sanitario nazionale di due grandi ambiti di pressione che possano far emergere le buone pratiche e che scoraggino quelle cattive: il primo consiste nell'efficienza nel governo dei fattori produttivi — beni, servizi e personale — che è un tema comune anche ad altri campi della pubblica amministrazione; da tale punto di vista sussiste una sovrapposizione con quanto viene svolto da altri settori della pubblica amministrazione, che devono rendere più efficienti i pubblici servizi. L'altro aspetto è invece intrinsecamente sanitario perché attiene all'efficienza non tanto o non solo nell'utilizzazione dei fattori produttivi quanto nella realizzazione dei percorsi assistenziali.

Ci si può chiedere: come si può garantire l'assistenza psichiatrica, quella farmaceutica e la realizzazione dei percorsi clinico-terapeutici? Come si può facilmente constatare, il tema degli errori

rientra in questo secondo campo: come, nel fare assistenza, si possa minimizzare quello specifico effetto collaterale, o non desiderato, consistente nell'errore umano, che attiene anche alla cattiva organizzazione che genera eventi sfavorevoli per il paziente. Quindi, le suddette pressioni selettive sono ovviamente da noi studiate al fine di applicarle a tutte le regioni, comprese quelle a statuto speciale. Infine, tali pressioni vengono poi esercitate sulle regioni caratterizzate da un ritardo, che in genere si esprime con una situazione di disavanzo economico-finanziario quasi sempre abbinato a una cattiva qualità. In Italia non abbiamo infatti esempi di un'ottima qualità assistenziale che comporti costi eccessivi; in genere accade il contrario, ovvero laddove si rileva che i conti non tornano si riscontra una cattiva qualità. Tutto ciò riguarda i piani di rientro delle regioni.

Infine è presente una specifica tematica della singola regione, perché lavorando sui piani di rientro abbiamo potuto constatare come delle situazioni apparentemente simili possiedono poi in realtà delle peculiarità molto rilevanti. Se si guarda per esempio a ciò che è successo in Campania e nel Lazio — che pur in una prima lettura superficiale potrebbero essere due regioni abbastanza accomunate da certi fenomeni — ci si rende conto che sono molto diverse; infatti i problemi della rete ospedaliera laziale sono del tutto differenti da quelli della rete ospedaliera campana. Ciò significa che deve esserci un'applicazione, sempre riguardo alle due pressioni selettive, diversificata — in questo specifico caso — tra il Lazio e la Campania.

Il Siveas ha competenza in un ambito molto vasto, incluso il tema degli errori sanitari, nonché in merito alle varie problematiche presenti nelle regioni che si trovano in difficoltà. Quindi sussiste effettivamente una certa vicinanza tra la missione affidata alla Commissione parlamentare, che si occupa degli errori medici e dei piani di rientro, con taluni aspetti legati all'attività del Siveas.

Vorrei manifestare la piena disponibilità, credo anche a nome del Ministro della

salute, nel mettere a disposizione della Commissione non solo gli strumenti, che poi man mano andremo a implementare, ma anche a garantire alla Commissione la piena utilizzabilità — laddove fosse eventualmente ritenuto necessario — di persone fisiche che possono essere contattate per conseguire le proprie finalità, sia per certi periodi di tempo sia per specifiche questioni.

Rispetto alla domanda formulata dall'onorevole Astore sul fatto di rincorrere le emergenze, ricordo che il tema consiste nel chiedere ai vari livelli, anzitutto aziendale e regionale, di « mapparsi » le proprie condizioni di rischio. Quindi, è un po' come se dovessimo imparare molto dalla cultura dell'igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro. Mi rendo conto che affermare ciò in questi giorni non è forse proprio opportuno, però è vero che ad esempio la medicina del lavoro ci ha insegnato molto riguardo alla cultura della gestione del rischio. Infatti, esistono dei concetti, come quello della mappatura del rischio, nonché quello della presa d'atto che nell'ambiente lavorativo sono presenti zone più o meno pericolose, su cui occorre elevare delle barriere di sicurezza. Il mondo della sicurezza del lavoro può quindi insegnare molto al mondo della sicurezza riguardante gli eventi sanitari.

Il tema fondamentale a nostro avviso consiste nel dotare ogni ambito sistemico, anche aziendale o relativo a un singolo presidio o ambulatorio — perché anche nel singolo ambulatorio può verificarsi un incidente apparentemente banale che può poi generare eventi gravi —, degli strumenti di gestione del rischio. In tale gestione sono presenti due elementi, i quali sono stati definiti dai sottoscritti elementi di sicurezza passiva, ovvero legati al contesto organizzativo e ambientale che abbatte il rischio, ed elementi di sicurezza attiva, consistenti nella formazione del personale, nella cultura, nella professionalità e nell'adeguato livello di addestramento per condurre specifiche manovre. Ad esempio gli episodi di questi ultimi

giorni dimostrano che la carenza di addestramento è risultata cruciale in alcune specifiche vicende.

A mio avviso i piani di rischio che devono essere varati nei diversi ambiti sistemici devono costituire la giusta risposta. Da tale punto di vista le attività di monitoraggio sono fondamentalmente di due tipi: il primo si sostanzia negli « eventi sentinella », ossia quelli più gravi, che una volta studiati devono essere tradotti in una sorta di insegnamento generale e l'ideale dovrebbe essere quello che rispetto a ciascun incidente studiato deve poi seguire una linea guida o si richiami ad una linea guida già prodotta; l'altro tipo consiste nel cosiddetto ambito dell'*incident reporting*, ossia un'attività sistematica di rilevazione anche dell'incidentistica minore, che però a volte genera un notevole contenzioso medico-legale e che turba molto anche il rapporto tra il cittadino e le strutture sanitarie. Faccio presente che anche in quest'altro ambito stiamo lavorando.

Anche per quanto riguarda il lavoro cui in precedenza ha fatto riferimento il dottor Ghirardini, mentre il monitoraggio degli « eventi sentinella » verrà effettuato dalla nostra struttura in sede ministeriale anche in futuro, l'attività di *incident reporting*, che è quella che produce informazioni anche di carattere amministrativo — ad esempio se risultano eque le polizze assicurative a fronte dell'ammontare del rischio economico-finanziario — sarà svolta probabilmente dall'agenzia. Comunque, vorrei ricordare come da ambedue le sfere di competenza possano provenire dei suggerimenti molto preziosi per evitare che gravi episodi possano realizzarsi in futuro.

**PRESIDENTE.** La ringraziamo anzitutto per quanto ci ha comunicato e per la disponibilità dimostrata da lei e dal Ministero della salute riguardo alla fornitura dei dati alla nostra Commissione; poi sarà oggetto di una nostra valutazione approfondire un tipo di collaborazione che potrà essere svolta anche con altri strumenti.

**LIONELLO COSENTINO.** Vorrei tornare sul punto che è stato oggetto dell'in-

tervento sia in merito alle domande formulate dall'onorevole Astore sia a seguito delle relative risposte. Credo che la suddetta collaborazione possa ritenersi utilissima nell'avvio dei lavori della Commissione parlamentare; naturalmente può semplificare il nostro lavoro ed evitare duplicazioni e perdite di tempo. A mio avviso la Commissione dovrebbe avere ben chiaro l'obiettivo massimo che nel tempo si deve dare, che è legato al suo ruolo, che consiste nel proporre al Parlamento, attraverso le sue relazioni conclusive, un disegno di riforma che possa affrontare i temi oggetto della sua competenza e quindi nel sollevare davanti al Parlamento non la diagnosi dei problemi che si riscontrano ma alcune scelte e soluzioni. In tal senso è davvero presente la possibilità di procedere a un lavoro incrociato con quello che eventualmente il Governo intenderà fare in questa direzione.

A mio avviso i gravi episodi di errori sanitari, quelli che conducono alla morte dei pazienti o a situazioni di gravi incidenti oppure a scandali che colpiscono l'opinione pubblica, costituiscono la punta di un iceberg di un sistema nel quale, come è naturale, insieme al grave errore c'è anche una miriade di medi e di piccoli errori che solitamente accadono; il grave errore è l'emergenza, la cosa eccezionale, mentre la quotidianità e l'ordinario consiste anche nel piccolo e medio errore. Sarebbe interessante capire se nel nostro sistema sanitario siano presenti dei meccanismi interni che intervengono in presenza degli errori, anche quelli piccoli, che non portano alla morte o al danno del paziente, e che tuttavia come delle spie rilevano la presenza di qualcosa che non funziona e su cui occorre effettuare una correzione.

Vorrei ricordare come problemi di questo genere esistono anche negli altri Paesi: ad esempio nei Paesi anglosassoni costituisce una pratica comune l'attività delle commissioni di *audit* che esaminano i casi e che valutano se i trattamenti siano stati più o meno adeguati, e tutto ciò è effettuato senza meccanismi disciplinari e punizioni. Semplicemente, attraverso il con-

fronto tra clinici, si ragiona insieme sulle situazioni migliori e si standardizzano percorsi terapeutici e soluzioni coerenti con i programmi e le linee guida. Nel nostro Paese manca invece una pratica, una cultura, una procedura e un livello in cui tali cose possono essere realizzate; formalmente fa tutto capo al direttore sanitario, ma in realtà non c'è nulla di tutto ciò!

Quindi, il primo possibile esito positivo — a mio parere — scaturito dal lavoro di questa Commissione, con l'integrazione delle esperienze che sta proponendo il Ministero della salute, è proprio capire se sia possibile costruire un indirizzo che consenta anche alle strutture sanitarie italiane di implementare una pratica della valutazione dei risultati, dell'*audit* e della possibilità di intervenire quotidianamente, non in modo eccezionale, sulla correzione degli errori nei procedimenti, nelle pratiche e nelle organizzazioni. Una cultura di questo genere costituirebbe per la Commissione, al termine dei suoi lavori, già un risultato e un indirizzo netto in questo senso, sarebbe già una scelta forte di intervento, per cui non ci si occupa soltanto — come pure è necessario — del caso drammatico che arriva sui quotidiani, ma si tenta anche di ragionare sui meccanismi che possano impedire che casi più o meno drammatici si riproducano. È presente quindi un problema legato alla normativa e non c'è dubbio che in tale ambito c'è anche una certa vicinanza con il lavoro che sta svolgendo il Ministero della salute e sul quale conviene effettuare un approfondimento.

Non esiste però soltanto tale problema; in realtà un livello di valutazione in merito al funzionamento del nostro sistema sanitario deve essere studiato necessariamente al di là degli errori. Risulta un po' curioso che ad esempio non si conosca quale sia e come possa variare da una regione all'altra e nelle varie regioni il tempo medio di percorrenza di un'ambulanza dal momento della chiamata sino al momento in cui il paziente viene condotto al più vicino pronto soccorso.

Sono assolutamente convinto dell'importanza della considerazione del dottor

Palumbo sul fatto che in realtà le regioni che registrano un disavanzo inferiore e che sanno programmare meglio la spesa sono anche quelle possiedono una migliore qualità nell'organizzazione dei servizi sanitari, anche perché le due questioni sono naturalmente collegate.

A mio avviso si è verificata sino ad oggi un'eccessiva rinuncia da parte del Ministero della salute ad acquisire e rendere disponibili le informazioni. Credo che sia presente una malintesa idea del regionalismo consistente nel fatto che le regioni sono non soltanto titolari dei poteri di gestione dei sistemi sanitari regionali — e questo è indubbio all'interno del quadro normativo nazionale e dei principi della legislazione nazionale — ma la domanda che nasce è se le regioni siano altresì titolari di tutte le informazioni e se siano in grado di mantenerle riservate rendendo impossibile l'accesso da parte dei cittadini, anche soltanto per valutare la qualità delle scelte politiche ed amministrative effettuate. Non credo che faccia parte della riserva dei poteri regionali la disponibilità dell'informazione. Questa, invece — a mio parere — consiste in un obbligo informativo, se non altro per svolgere le funzioni che sono proprie dei compiti statali relativi ai diritti dei cittadini, come ad esempio accade per quanto riguarda i LEA in materia di garanzia di livello di assistenza minimo. Tale organizzazione dei flussi dell'informazione, anche in un futuro che non sembrerebbe molto lontano, potrebbe essere realizzata attraverso dei « libri bianchi », informando e rendendo disponibili le valutazioni sugli andamenti delle politiche di salute nella nostra regione, compresa una valutazione delle differenze tra le singole regioni e una valutazione che possa dare conto, più che di singoli episodi di malasanità, di dati tendenziali di maggiore o minore copertura dei bisogni di salute della popolazione, indicando in questo modo anche ai piani sanitari regionali gli obiettivi prioritari da affrontare.

Quindi la suddetta organizzazione dei flussi dell'informazione deve essere la funzione principale che lo Stato deve fornire come supporto alle regioni nella riorga-

nizzazione della propria rete di offerta del servizio sanitario nazionale. Desidererei sapere perché non si costruisce un sistema informativo compiuto che consenta di dare una valutazione della qualità generale, nazionale del sistema sanitario. Potremmo in una prima fase cogliere anche qualche gelosia da parte del singolo assessore regionale alla sanità, ma se alla fine riuscissimo a creare un sistema di questo genere, il quale mette tutti noi di fronte alla dura realtà delle cifre, sarebbe un vantaggio per tutti. Non c'è bisogno di varare leggi particolari per definire il coordinamento e la raccolta dei dati informativi necessari, tuttavia nel caso il Parlamento potrà adottare le leggi che si riterranno necessarie.

A mio parere invece quello di cui c'è bisogno consiste nella ferma determinazione di procedere in questa direzione. Credo che sia giusto, dottor Palumbo, che tale principio organizzativo non costituisca la nascita di un nuovo ente inutile, ma che abbia in sé la capacità di raccogliere le informazioni, le competenze, i *database* e tutto ciò che già è presente nel sistema complesso della rilevazione dei sistemi sanitari a livello nazionale, nell'Istituto superiore di sanità, nell'agenzia per i servizi sanitari e in quanti altri organi ci siano. Tuttavia occorre un « cervello », ossia è necessario che qualcuno si ponga esplicitamente l'obiettivo di organizzare la raccolta delle informazioni, la valutazione, la trasmissione delle stesse, nonché di renderle di pubblico dominio, anche come strumento di conoscenza per il Governo e per il Parlamento in merito agli interventi prioritari nel campo sanitario, proprio per correggere le distorsioni che poi, nei casi eccezionali, conducono agli errori che provocano la morte del paziente, ma che nella quotidianità generano inefficienza, sprechi e caduta di qualità.

Questo costituisce l'altro punto sul quale la Commissione potrebbe interagire con il Ministero della salute in modo positivo, senza attendere il termine dei lavori della stessa Commissione per iniziare a capire se anche da parte del Governo ci sia in tal senso il desiderio di andare avanti, di lavorare e con quali

soluzioni organizzative e tecniche si possa procedere in tale direzione, se quest'ultima sia condivisa.

FILIPPO PALUMBO, *Direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute*. Rispetto alla questione sollevata dall'onorevole Cosentino penso che un'esperienza positiva la stiamo conducendo con il monitoraggio degli « eventi sentinella », nei quali il tema non riguarda soltanto la segnalazione del singolo caso ma anzi, talvolta, tale segnalazione è proprio indotta da noi, perché quando leggiamo un articolo su un quotidiano siamo poi noi che chiamiamo l'azienda per chiedere cosa sia successo. Come poi vi dirà anche il dottor Ghirardini l'obiettivo consiste nell'arrivare a delle autosegnalazioni. La segnalazione è accompagnata da una catena di eventi valutativi che a mio avviso potrebbero innescare quel circuito virtuoso che prima veniva invocato, ovvero imparare dall'errore ed attrezzarsi quindi per evitare che l'errore possa ripetersi.

Per quanto concerne la seconda e la terza questione che l'onorevole poneva, ossia il tema della valutazione e quindi della disponibilità dell'informazione, condividiamo fortemente le osservazioni che sono state espresse. Vorrei far presente anzitutto che un punto chiave è costituito dalla rifondazione e dalla riqualificazione del vecchio sistema informativo sanitario, che in effetti da alcuni anni è denominato « nuovo sistema informativo sanitario »; a mio avviso rispetto a tale tematica dovrebbe essere svolta un'apposita audizione, ad esempio con il dottor Bergamaschi, che è il direttore generale del sistema formativo.

Quindi è maturata una svolta. Il vecchio sistema informativo era prevalentemente di tipo quantitativo, era cioè un sistema di valutazione delle strutture — per quanto quest'ultime si possono classificare, nel senso che negli ultimi anni abbiamo registrato un'evoluzione delle tipologie strutturali e quindi risulta difficile arrivare a contarle — prevalentemente di

tipo economico-finanziario; c'era infatti il monitoraggio dei modelli del conto economico, cui poi si aggiunse il monitoraggio dei costi dei livelli essenziali (il modello LEA), ma su dati economico-finanziari. Infine, era presente, seppur abbastanza separato, il monitoraggio delle strutture e del dato grezzo di quanto avveniva nelle medesime strutture, ossia in termini di giornate di degenza e di ricoveri; quindi erano informazioni molto povere dal punto di vista qualitativo. La svolta è stata invece quella di spostare l'attenzione sulle prestazioni o sulle linee prestazionali che vengono garantite all'interno di contenitori e di gettare un ponte tra tutto ciò e la valutazione economico-finanziaria.

Un elemento di fiducia è indubbiamente costituito dall'esplosiva potenza degli strumenti informatici che attualmente abbiamo a disposizione e che rendono possibile la costituzione di imponenti banche dati, che soltanto quindici o venti anni fa sarebbe stato impossibile immaginare. Tale enorme potenzialità modifica anche qualitativamente la gestione dell'informazione, nel senso che rende possibile approfondimenti, stratificazioni e standardizzazioni molto più spinte che non in passato. Storicamente, da tale punto di vista possedevamo un solo grande esempio, costituito dalla banca dati nazionale sulle schede di immissione ospedaliera, in cui si era in grado di connotare ciascun episodio di ricovero in base alla diagnosi di immissione, alle principali procedure medico-chirurgiche applicate, nonché ai costi che comportavano.

Il percorso che stiamo effettuando è quello di « arruolare » progressivamente altri settori assistenziali. Siamo partiti con la specialistica ambulatoriale e stiamo varando il tema dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; vorremmo arruolare il tema dell'assistenza protesica, ed è presente altresì il tema dell'assistenza farmaceutica, della quale peraltro conosciamo molti aspetti. Rispetto a tali settori si constata la presenza di un mondo conoscitivo, non presente sino a qualche anno fa, del quale varrebbe la pena di descrivere le potenzialità conoscitive, i li-

miti e i possibili sviluppi. Tutto ciò a mio avviso rende possibili degli ambiti valutativi che sino a qualche anno or sono non erano inimmaginabili, ad esempio nel rapporto tra efficacia ed efficienza nella realizzazione di percorsi assistenziali, nonché in relazione ai costi che le diverse regioni sono in grado di sopportare. Tutto questo lavorando molto attraverso la tecnica comparativa, che ci fornisce una grande quantità di informazioni, perché un episodio di ricovero a parità di gravità, in una realtà regionale come una realtà aziendale, comporta un determinato costo in termini di risorse economiche e finanziarie, mentre in un'altra realtà viene invece a costare un importo notevolmente diverso. Ricordo che questo costituisce uno degli aspetti che attualmente stiamo affrontando.

Da tale punto di vista il Governo fornisce una risposta, e infatti nel disegno di legge recentemente varato riguardante l'ammodernamento, la qualità e la sicurezza è presente un articolo concernente il sistema permanente di valutazione, che dovrebbe altresì assorbire l'attuale impostazione del Siveas. Ripeto, varrebbe la pena dedicare uno specifico incontro su tale tematica.

Ci sono anche degli aspetti interessanti che potremmo portare a conoscenza della Commissione. Vorrei ricordare come il nostro paese sia letteralmente spaccato a metà per quanto concerne alcune esperienze assistenziali: sono infatti presenti degli ambiti di ricoveri da noi considerati impropri. Per esempio nel caso di un generico ricovero ospedaliero per dolori addominali, se si esamina la mappatura geografica di questa esperienza ci si accorge che circa la metà del nostro paese procede a numerosi ricoveri per tali dolori, mentre l'altra metà riesce a risolvere il problema evitando il ricovero. Questa tematica riguarda proprio la produzione delle linee guida, la comunicazione di esperienze, nonché la possibilità di decidere, attraverso il contributo dei clinici, quale sia il percorso diagnostico e terapeutico più efficace per poi procedere alla sua adozione su scala nazionale.

Per quanto riguarda l'*audit* legato agli errori, vorrei chiedere al dottor Ghirardini di intervenire ed integrare.

ALESSANDRO GHIRARDINI, *Dirigente del Ministero della salute*. Concordo sul fatto che se tutte le aziende avessero la cosiddetta commissione *audit* sarebbe naturalmente un grande risultato. Il problema è che purtroppo in merito riscontriamo una rilevante carenza di formazione, perché i corsi universitari e post-universitari — un pochino di più questi ultimi — sostanzialmente non attengono a tali tematiche; proprio in questi giorni stiamo cercando di formulare una proposta indirizzata al consiglio dei presidi dei corsi di laurea, nella quale si suggerirà ai presidi di istituire, fatta salva naturalmente l'autonomia delle singole università, corsi di laurea dedicati al problema della sicurezza sanitaria dei pazienti e, più in generale, al governo clinico. Questo a nostro avviso costituisce un punto critico: tutti dovremmo essere ben consapevoli che per modificare la cultura degli operatori sanitari occorre una determinata quantità di tempo, perché purtroppo, come ripeto, questo è un argomento critico. Abbiamo cercato un po' anche di spingere verso tale direzione e ricordo che proprio a partire da domani mattina sarà visibile, nel portale della Federazione dei medici, degli infermieri e del nostro Ministero, un primo corso di formazione a distanza, ovvero un corso FAD sulla sicurezza nelle cure, rivolto a circa 800 mila operatori sanitari. Potenzialmente tale corso è in grado di raggiungere un numero molto cospicuo di operatori ed è istituito a sostituzione di un corso di laurea, che attualmente non è presente, specificamente su tale tema.

Un altro aspetto che vorrei ricordare, come prima accennato, è quello di promuovere all'interno delle aziende l'istituzione di strutture appositamente costituite per tale tematica; infatti, le unità di gestione del rischio clinico sono potenzialmente uno strumento importante. Dove tali strutture sono state attivate abbiamo registrato qualche riscontro particolar-

mente positivo, anche rispetto al monitoraggio degli « eventi sentinella » tra il prima e il dopo.

Per quanto concerne gli strumenti istituiti per il monitoraggio degli eventi avversi, ricordo che ce ne sono in grande quantità; abbiamo scelto di occuparci di tali « eventi sentinella » per i motivi che già abbiamo evidenziato. L'organizzazione Cittadinanzattiva raccoglie i reclami dei singoli cittadini; ricordo che stiamo attualmente discutendo in maniera franca e aperta con tale organo, che peraltro sta un po' esitando, e quindi abbiamo proposto che sia istituito un organismo terzo — forse l'Istituto superiore di sanità — che dovrà effettuare una verifica di questi 30 mila reclami presenti nel database di Cittadinanzattiva, per verificare appunto di che cosa si tratti. Infatti talvolta si riscontra la tendenza a fornire numeri un po' troppo grossolani e quindi dobbiamo cercare di capire quali reclami siano riferiti al problema in questione e quali ad esempio alle liste di attesa. Quindi è importante anche la presenza di un altro organo che possa analizzare tali dati. Ad esempio, anche la recente piccola polemica scaturita riguardo ai 120 « eventi sentinella » e ai 30 mila casi divulgati da Cittadinanzattiva è risultata un po' strumentale. Abbiamo quindi concordato di svolgere questa attività congiuntamente e di affidare a un organismo terzo il compito di analizzare tale *data base*, anche per capire di che cosa si tratti, perché talvolta può essere presente una segnalazione — come prima è stato ricordato — di un caso non rilevante.

Gli strumenti per il monitoraggio, ripeto, sono molto numerosi; uno strumento che stiamo cercando attualmente di promuovere, attraverso una collaborazione con esperti epidemiologi, è quello concernente l'analisi delle cartelle cliniche, perché all'interno di queste si possono ricavare molte informazioni, naturalmente retrospettive, sugli eventi avversi. Quindi, anche per cercare di seguire le buone pratiche che si svolgono in altri paesi, cercheremo di attivare a breve termine tale programma di verifica delle cartelle

critiche, che ci sarà utile anche per ottenere un dato nazionale, questa volta su tutti gli eventi avversi e non soltanto sugli « eventi sentinella ».

**PRESIDENTE.** Ringrazio vivamente il dottor Palumbo e il dottor Ghirardini e dichiaro conclusa l'audizione.

Sospendo la seduta, ricordando che alle 14 riprenderà con l'audizione del presidente della regione Calabria, onorevole Loiero.

**La seduta, sospesa alle 13,25, è ripresa alle 14.**

#### **Audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loiero.**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca l'audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loiero, accompagnato dal vicepresidente della regione Calabria, l'onorevole Vincenzo Spaziantè, dal dottor Mario Martina, dirigente del settore attività ospedaliere, e dal dottor Giacomo Di Iasio, direttore ufficio web e vicecapo ufficio stampa. Ringrazio i nostri ospiti per aver prontamente aderito al nostro invito in questa sede per parlare dei problemi sanitari in Calabria.

Come sapete, il 23 novembre con alcuni colleghi, tra cui l'onorevole Ulivi, qui presente, ci siamo recati in missione in Calabria per i fatti accaduti in precedenza e segnalati da alcuni colleghi parlamentari. Abbiamo audito direttori generali, direttori sanitari e medici, e abbiamo effettuato un sopralluogo nell'ospedale di Reggio Calabria, cercando di comprendere la situazione.

Le relazioni conclusive sono a disposizione di tutti in Commissione.

Nei giorni successivi alla nostra visita purtroppo si è verificato un altro evento inaccettabile nello stesso ospedale calabrese in cui ci eravamo recati.

L'audizione del presidente Loiero rientra in quelle che intendevamo svolgere, indipendentemente da quanto è accaduto, per completare il quadro gestionale della

sanità in Calabria, avendo già ascoltato *in loco* l'ex assessore, dottoressa Lo Moro, sulla situazione sanitaria.

Per completare il quadro, dunque, mancava solamente il presidente della regione, anch'egli coinvolto nella gestione della salute pubblica nella regione Calabria.

Emergeranno punti da approfondire rispetto alla gestione generale della sanità in Calabria e sarà possibile affrontare il rilevante problema della sanità nella zona della pianura di Vibo, in cui si è verificato un ulteriore episodio, all'attenzione di tutti, che rappresenta un segnale negativo.

La nostra Commissione è stata istituita proprio per questi problemi, oltre che per quelli legati al rientro economico della regione, per cui vorremmo apprendere dal presidente notizie in merito.

Avverto che il presidente purtroppo ha alcuni impegni, per cui potrà trattenersi con noi fino alle 15, ma si impegna eventualmente a tornare al più presto per completare l'audizione.

Do la parola al presidente della regione Calabria, Agazio Loiero.

AGAZIO LOIERO, *Presidente della regione Calabria*. Vi ringrazio per la convocazione. Come tutti voi, ho dovuto fare sacrifici: sono arrivato ieri sera, perché da noi in maniera particolarmente virulenta è in corso lo sciopero degli autotrasportatori. Alle 15 dovrei andare via, ma sono pronto a tornare, perché sono profondamente consapevole non solo del clamore negativo, ma anche della preoccupazione destata dall'ultimo episodio accaduto a Vibo Valentia.

Vorrei se possibile esporre la relazione per poi affrontare le domande cui sono in grado di rispondere. A quesiti eventualmente più numerosi e complessi, che sfiorano l'inchiesta, potrei rispondere nella mia prossima visita.

Per quanto concerne la sanità in Calabria, piena di ombre ma anche di qualche luce, sebbene nel contesto attuale le ombre emergano prepotentemente, va detto che il piano ospedaliero risale al 1966 ed è nato dall'impegno di un *leader*

politico del tempo, che per le condizioni in cui versava allora la Calabria disseminò di ospedali il territorio, nella convinzione che le *leadership* calabresi potessero avere tempi di vita molto brevi, e cercando quindi con nobiltà — nonostante il verbo sembri contraddirlo — di «arraffare» quanto possibile.

In Calabria allora si rilevava un disperato bisogno di sanità e la regione evidenziava un disegno orografico drammatico, in base al quale punti apparentemente vicini sulla carta sono in realtà molto distanti; infatti il 92 per cento del territorio è costituito da colline e da montagne, mentre solo sull'8 per cento vi sono pianure. Esistono quindi molti ospedali e un'estrema frammentazione, che causa diversi problemi perché spesso tali strutture si limitano a sopravvivere.

Esprimiamo dunque grande preoccupazione, perché spesso il personale non è di eccezionale qualità e si rileva una diffusa precarietà. In passato, spesso si forzava la mano agli amministratori, per cui la situazione appare pesante. Gli ospedali sono troppi le loro strutture spesso fatiscenti e obsolete, come capita anche in altre regioni del sud, strutture non di vita o di sopravvivenza, ma spesso di morte, nelle quali, giungendo in condizioni difficili e disperate, in casi estremi e banali, come avvenuto in queste tre occasioni, si rischia di trovare la morte.

Sono rari i manager dotati di un piglio aziendalista di qualità; spesso la valutazione e la formazione del personale sono carenti, l'organizzazione è drammatica e noi, insediatici nel 2005, abbiamo ereditato una situazione segnata da varie inchieste, alcune risoltesi senza grandi risultati, mentre altre, come quella su Vibo, procedono con pesanti risvolti. Nonostante questi aspetti negativi, vorrei sottolineare che, come spesso non si coglie, la sanità calabrese presenta anche diverse eccellenze. Esiste ad esempio un centro del risveglio a Crotona e un centro del midollo osseo a Reggio Calabria, i cui pazienti provengono da tutta Italia e che una recente classifica de *L'Espresso* ha collocato al secondo posto, nonché un reparto

di cardiocirurgia a Catanzaro di alta qualità. Casi di cattiva sanità possono verificarsi anche in zone in cui esista una sanità di qualità, come in Emilia, Toscana, Lombardia e Piemonte.

Di fronte a questa situazione, che non esito a definire catastrofica, con grande difficoltà abbiamo realizzato una riforma, riducendo le ASL da undici a cinque. Siamo molto preoccupati del testo di legge sul federalismo fiscale che, sebbene non tocchi la sanità, si riverbera però su tanti settori della vita sociale e potrebbe penalizzare terribilmente la Calabria o il Mezzogiorno in genere. Abbiamo stabilito un ottimo rapporto con il Governo in carica e stiamo cercando di costruire quattro nuovi ospedali. Da pochi istanti ho appreso che il Consiglio dei Ministri ha approvato l'ordinanza di Protezione civile per costruire quattro nuovi ospedali, fra cui quello di Vibo e quello che ha interessato il ragazzo deceduto, Fabio Scutellà, edificato nella Piana di Gioia Tauro, con risorse anche nostre. Siamo l'unica regione ad aver approvato di recente una stazione unica appaltante e già approvato in giunta un piano sanitario regionale, che andrà in consiglio con tutte le difficoltà che questi percorsi comportano, laddove in un territorio come il nostro, in cui esistono numerosi comparti di precarietà, si fatica a disfarsi di un ospedale non a norma non immaginando che possa creare problemi.

Abbiamo definito come impattare queste carenze con un piano complesso, approfittando del fatto che l'articolo 20 sia quasi intonso, perché nei cinque anni passati sono stati spesi solo 64 milioni di euro, mentre i restanti 319 servono per i quattro nuovi ospedali e per costruire un programma di innovazione tecnologica per dotare tanti ospedali di una tecnologia spesso ancora assente. Abbiamo inoltre contratto un mutuo di 290 milioni, e una parte può andare sui fondi europei. Venerdì scorso, la commissione ha approvato il nostro imponente programma, in base al quale nei prossimi sette anni punteremo a spendere 18.000 miliardi di vecchie lire

con un piano considerato eccellente dalla commissione per quanto concerne l'impianto di base.

Spesso si considera la Calabria come un territorio in cui si addensa una notevole negatività, ma non è così. Il fatto terribile avvenuto a Vibo per comprensibili esigenze mediatiche è stato pubblicato in prima pagina da tutti i giornali, laddove invece un altro episodio di cattiva sanità verificatosi a Brescia era contenuto in un piccolo box all'interno della pagina che raccontava questa Calabria malefica, che però non sempre può definirsi tale.

**PRESIDENTE.** Grazie, presidente. Avviso che, se eventualmente si ritenesse necessario proseguire in seduta segreta, sarà disattivato l'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Il presidente Loiero ha premesso gli aspetti negativi della Calabria, rilevando poi giustamente che ne esistono anche di positivi. Nel corso della nostra visita in Calabria ci siamo resi conto di alcuni aspetti che dovrebbero essere rivisti, laddove è necessario attivare prontamente l'ordinario in maniera sufficiente, come talvolta non avviene. Alcuni incidenti possono essere dovuti anche a questo, oltre a problemi legati alle strutture, alle strade, al trasporto, ai medici. Di questo si accerterà la magistratura, laddove però l'organizzazione in genere deve essere rimodulata, giacché altrimenti, al di là dell'eccellenza, alcune storture difficilmente verranno eliminate.

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

**GIACOMO BAIAMONTE.** Saluto il presidente Loiero, cui mi legano un'amicizia e una fiducia personali che esulano dalle problematiche. Mi devo scusare di essere arrivato con qualche minuto di ritardo, perché ero iscritto a parlare in Aula.

Desidero puntualizzare il fatto che, come giustamente lei rilevava, signor presidente, si dia risonanza a episodi che avvengono al sud e non a quelli che si verificano al nord. Condivido dunque le sue considerazioni sia come siciliano, che

come amico fraterno di Francesco Crucitti, mio collega universitario di Reggio, ulteriore motivo di legame con la Calabria. Tuttavia, in riferimento all'ultimo episodio verificatosi, come chirurgo d'urgenza esprimo la mia perplessità, in quanto una tracheotomia può essere effettuata su un'ambulanza con il tracheotomo, perché si tratta di un intervento semplice. È quindi doveroso rivedere la situazione.

Con la massima sincerità aggiungo che, poiché abbiamo appreso che lei recentemente ha avocato a sé l'assessorato alla sanità, ciò potrebbe rappresentare una garanzia, però al tempo stesso è un sovraccarico per un presidente. Oggi la sanità ha bisogno di essere seguita attentamente dal punto di vista amministrativo e burocratico, ma anche professionale. Alcune aziende sono commissariate e mancano i manager. Non mi permetterei mai di rivolgerle un appunto, però un'azienda deve essere condotta bene.

Ho sempre considerato un errore estendere il potere dei manager, che forse erano opportuni nei primi anni Novanta, quando c'era un'amministrazione allegra negli ospedali e anche nelle università, ma che dovrebbero avere una funzione amministrativa, non curare l'aspetto clinico o avere responsabilità che appartengono ai tecnici. Non so se lei condivida il mio parere.

Se avevo perorato il governo clinico nella passata legislatura, poi non andato in porto, oggi constato come il Ministro alla sanità avochi questo problema e lo introduca nella legge finanziaria, quasi annullando il provvedimento e dando potere ai manager. Nei concorsi sono infatti previsti i commissari, uno interno dell'ospedale, due della regione, uno di una regione vicina.

L'ultima parola spetta al manager, che non ha competenze tecniche e dovrebbe invece limitarsi a controllare se l'operatore sanitario spenda con onestà, con correttezza, con professionalità i soldi della sanità.

**PRESIDENTE.** La Commissione ha iniziato con la Calabria, ma non ci occupa-

remo solo di questa regione o delle regioni che hanno i maggiori debiti. Tuttavia, questi sono i problemi più urgenti. Non trascureremo le zone del nord ove si verifichino casi di malasanità.

**GIUSEPPE ASTORE.** Apprezzo l'onorevole Loiero e seguo nella letteratura sanitaria il suo sforzo per ricondurre la Calabria a standard di livello qualitativo nazionale. Si tratta di un'opera immane. Anche nella mia regione si rilevano simili episodi, per cui è necessario affrontare un problema di ordine culturale più che di ordinanze o di leggi.

Desidero porle alcune domande. In primo luogo, poiché si legge che la Calabria sta per entrare insieme al Molise e ad altre quattro regioni nel piano di rientro, vorrei conoscere la situazione in merito.

Tutte le regioni del sud e del nord sono state accomunate dalla scelta operata negli anni Sessanta di disseminare il nostro territorio di ospedali considerati presidi. Oggi, invece, dobbiamo portare la sanità sul territorio, opera immane che è doveroso svolgere non attraverso editti. Tuttavia, possiamo fare qualcosa.

Al suo fianco, presidente, ha un consulente che ha lavorato con noi alla Conferenza Stato-regioni. Abbiamo ottenuto ottimi risultati a suo tempo, ma con uno sforzo enorme. Ho letto anche alcune vostre linee guida, ma non è possibile polverizzare le unità operative sul territorio. Questo sforzo immane che lei si accinge a compiere necessita di un tempo assoluto, perché da noi nel Molise si vendono unità operative agli amici, perché ormai si registra una moltiplicazione con conseguenti deficit.

Vorrei sapere se, al di là dei 40-50 eventi sentinella ieri riportati su una pagina di giornale e accaduti dal nord al sud, non ritenga opportuno istituire in ogni regione una cabina di regia presso l'assessorato in cui si controllino giornalmente o settimanalmente le ASL. Non si deve infatti dimenticare che, al di là dell'evento sentinella della morte di un giovane o di una donna, si deve garantire un servizio alla gente umile, che si rivolge ai nostri

ospedali. Ribadisco sempre che chi è protetto culturalmente è in grado di recarsi a Parigi o altrove, mentre mio padre contadino o mia madre casalinga desiderano essere portati nell'ospedale più vicino alla loro casa. Dobbiamo tutelare queste persone. Vorrei sapere perché a Polistena non sia stata rispettata la linea guida da lei indicata, secondo la quale, in caso di traumi, non si deve sostare in pronto soccorso, ma essere ricoverati direttamente in neurochirurgia.

Per quanto riguarda la vicenda del pronto soccorso, si vuole addebitare alla classe politica la mancata apertura di un pronto soccorso nuovo, mentre lei conosce la situazione. Lei, presidente, deve anche aiutare questa Commissione. Sono convinto che la sanità sia divenuta un malaffare dal nord al sud, anche se alcune regioni sono maggiormente coinvolte in quest'onda di miliardi. Poiché essi attraggono l'attenzione, è necessario individuare strumenti in grado di contrastare il malaffare, come in Calabria si comincia a realizzare.

Ho letto un suo testo sul federalismo fiscale, ma non è possibile che il Fondo sanitario venga gestito come una coperta troppo corta tirata dai diversi assessori e presidenti di regione che, alla fine, trovano un accordo, laddove sarebbe opportuno che una legge fissasse i criteri fondamentali della divisione del Fondo.

LALLA TRUPIA. Ringrazio il presidente Loiero per essere intervenuto. Ritengo utile che ritorni, nonostante i suoi impegni, giacché il tempo è breve. Poiché ci conosciamo da parecchio tempo, sottolineo come, pur conoscendo la situazione del sud e della Calabria, sia rimasta abbastanza colpita dalla visita effettuata come Commissione di inchiesta.

Concordo con lei, giacché mai ho ritenuto che in Calabria e in altre regioni del sud manchino nicchie di eccellenza. La situazione non deve però essere attribuita a colpe dei giornalisti, giacché nel sistema sanitario nazionale, in cui gli errori si compiono ovunque, nella mia regione, il Veneto, si sbaglia, ma non si muore con

simile frequenza per un'operazione di tonsille o di appendicite. Purtroppo non possiamo occuparci delle eccellenze in Calabria, e ce ne dispiace, ma dobbiamo occuparci degli aspetti allarmanti, a causa dei quali sono tornata agghiacciata da quanto ho visto e sentito nel corso della nostra visita. L'Italia purtroppo non è omogenea per quanto riguarda il diritto alla salute dei cittadini, ed è necessario impegnarsi per risalire la china nelle regioni più esposte, soprattutto per quanto riguarda la mia parte politica che amministra buona parte di queste regioni.

Esiste un'emergenza molto grave della sanità in Calabria. Abbiamo constatato solo alcuni aspetti e vorrei citare il problema delle emergenze e della loro gestione perché, se abitassi lì e avessi un bambino, sarei terrorizzata anche solo se cadesse dalla bicicletta.

Vorrei sapere, presidente, se i 118 siano affidati a reti esterne e quali siano. Mancano in modo quasi assoluto reti informatiche, che rappresentano oggi la base per qualsiasi intervento di emergenza e non hanno un costo rilevante. Anziché utilizzare il telefono, che può essere occupato, si può utilizzare la rete informatica per conoscere il numero di posti letto liberi negli ospedali della regione o sapere se nelle vicinanze una TAC sia in grado di rivelare la gravità della situazione. I responsabili negano che sia stata effettuata una TAC, ma fortunatamente nella TAC è riportata l'ora esatta in cui è stata effettuata, per cui se ne occuperà la magistratura. A un'emergenza viene riconosciuta la priorità su tutto. Quel bambino di 11 anni è morto perché qualcuno non ha fatto il suo dovere, perché non ha funzionato la rete informatica, perché non esistono gli elicotteri per le emergenze, se non uno o due che non si sa dove fossero. Con altri colleghi ci siamo chiesti come nella sala operatoria dove è morta la ragazza Federica, che è nello stesso ospedale, siano potuti entrare i giornalisti prima della magistratura, ma nessuno è in grado di rispondere.

Gli ospedali sono troppi — 42 pubblici e 38 strutture private — non distribuiti

però nello stesso modo, giacché alcune parti della regione hanno un eccesso di strutture, mentre altre sono totalmente abbandonate al loro destino. Mi sembra infatti che la situazione peggiore si rilevi nella Piana di Gioia Tauro.

Prima di scegliere di eliminare gli ospedali, sebbene sia opportuno perché sono troppi e talvolta non funzionano opportunamente, con le conseguenti proteste che si levano ovunque, la popolazione deve possedere alternative almeno sul pronto soccorso, per quanto riguarda il soccorso cardiologico o da trauma, senza i quali esplodono rivolte egoistiche locali.

Oltre al problema delle strutture fatiscenti, poiché a volte i cambiamenti si effettuano attraverso piccoli interventi, le suggerisco di bandire una nuova gara di appalto per le pulizie dell'ospedale di Reggio Calabria, in cui si muore di infezione. Non mi interessa conoscere il nome della ditta appaltatrice, ma formulo questo suggerimento perché vi si trovano mozziconi di sigarette a terra, persone che fumano nei reparti, molta polvere nelle stanze di reparti in cui non c'è il ricoverato per appendicite. La neurochirurgia può far morire le persone. Chi fa le pulizie guadagna soldi e non può non garantire un servizio adeguato. È quindi necessario bandire una nuova gara di appalto. Poiché il piano sanitario regionale è stato approvato dalla giunta, vorrei sapere quando intenda portarlo al consiglio regionale.

Abbiamo rilevato molte discrepanze che si sono succedute a quei microfoni, che per motivi di discrezione non riporto, alcune delle quali anche di rilevanza penale.

A questo punto, signor presidente, chiedo che il mio intervento prosegua in seduta segreta.

**PRESIDENTE.** Sta bene. Non essendovi obiezioni, passiamo in seduta segreta. Dispongo la disattivazione del circuito audiovisivo interno.

*(La Commissione procede in seduta segreta).*

**PRESIDENTE.** Riprendiamo i nostri lavori in seduta pubblica. Dispongo la riattivazione del circuito audiovisivo interno.

**LALLA TRUPIA.** Il pronto soccorso di Reggio Calabria era già a conoscenza della gravità della situazione. Ritengo che il piano sanitario regionale debba essere messo a punto subito e che sia necessario non investire valanghe di soldi, ma spenderli meglio in tutte le regioni, compresa la mia. Inoltre, poiché alcuni commissari sono nominati da lei, presidente, la prego di accertarsi delle loro qualità. Rilevo infatti una differenza, perché da noi se a un direttore sanitario, a un direttore generale o a un commissario di una ASL cui si chieda quanti posti letto abbia nella propria ASL non sa rispondere, lo si invita a cambiare mestiere!

Desidero non assimilare tutti o rivolgere un'accusa a lei, bensì invece essere di aiuto, perché raramente ho riscontrato situazioni simili che esigono immediate correzioni perché si prendono soldi dallo Stato in base al numero dei posti letto e perché, se come parlamentare non conoscessi il numero dei deputati della Camera di cui faccio parte, sarei un fenomeno degno di *Le Iene*.

Le chiederei quindi di considerare queste situazioni per quanto consentito dalla magistratura, ma anche di scegliere per riparare ai danni della sanità commissari qualificati dal punto di vista non morale, ma professionale.

**PRESIDENTE.** Dopo il prossimo intervento, lascerei spazio per una prima replica del presidente Loiero, per poi riprendere con le domande.

**ROBERTO ULIVI.** Signor presidente, durante la nostra visita a Reggio Calabria, l'assessore definitosi uscente espresse la grande speranza di ottenere attraverso la Protezione civile la realizzazione di quattro ospedali. Dalle sue parole abbiamo appreso con piacere che avete seguito il percorso della regione Toscana facendo un unico gruppo società per la realizzazione

di questi quattro ospedali. Vorrei chiederle dunque quali siano i tempi stimati per la loro realizzazione.

Come ricordato dall'onorevole Trupia, l'assessore uscente ci informò anche dell'approvazione del nuovo piano sanitario. Anche in questo caso, poiché lo ritengo estremamente urgente, vorrei sapere in che tempi possa essere approvato.

Durante la nostra visita abbiamo appreso con sconcerto che il 118 di Reggio Calabria può usufruire di 5 autoambulanze, mentre quello di Catanzaro di 20. Nel piano sanitario è prevista anche l'istituzione di quattro o cinque punti di eli-soccorso fra cui quello di Crotona. Vorrei sapere come e in quali tempi pensi di provvedere al problema delle sole cinque autoambulanze. Certamente non si potrà aspettare la costruzione dei nuovi ospedali.

AGAZIO LOIERO, *Presidente della regione Calabria*. Penso sia il caso di rinviare i miei impegni, perché considero importante questa riunione; cercherò di restare fino alle 15,30 per formulare risposte, perché alcuni problemi sono così scottanti che rinviarli farebbe perdere loro senso.

PRESIDENTE. Prego gli altri onorevoli di fare interventi più brevi.

EMANUELE SANNA. Mi sono recato a Reggio Calabria con il presidente e con altri colleghi di questa Commissione e non mi sento in grado di esprimere una valutazione compiuta sul servizio sanitario calabrese. Dopo un breve sopralluogo e alcune pur significative audizioni svolte nella sede della prefettura di Reggio Calabria, riterrei azzardato e poco corretto esprimere una valutazione complessiva.

La Commissione vi si è recata per approfondire *in loco* due episodi ampiamente commentati dai media nazionali, in cui hanno perso la vita due giovani pazienti e sui quali si sono sicuramente registrate, nel percorso clinico e anche nei rapporti tra le strutture e i presidi sanitari della regione, serie carenze organizzative e professionali, sulle quali anche questa

Commissione effettuerà ulteriori approfondimenti. La magistratura sta indagando, per cui non è opportuno anticipare alcuna conclusione.

Il presidente sottolinea giustamente come un caso di errore o di malasanita in Calabria o in qualsiasi regione meridionale — personalmente provengo dalla Sardegna — faccia molta più notizia sui media nazionali di episodi altrettanto gravi registrati in altre regioni o città che usufruiscono di presidi sanitari molto qualificati. Ritengo che affermare che tutta la sanità calabrese e in generale meridionale sia un coacervo di inefficienze, di clientele, di strutture parassitarie, di sottosviluppo culturale, in cui prosperano solo illegalità e malaffare, costituisca un errore, una tesi superficiale e fuorviante. Si rileva tuttavia un profondo *gap* tra diverse regioni e parti del nostro Paese, che si sta aggravando, per cui abbiamo il dovere di analizzare con debita obiettività questa realtà, come mi sembra abbia fatto il presidente nella prima parte della sua relazione. Questo rappresenta un prezioso contributo al lavoro che dobbiamo portare avanti, ma abbiamo constatato come la situazione derivi direttamente dalle responsabilità delle istituzioni autonomistiche locali, in particolare regionali.

La più grande riforma sociale approvata dal Parlamento italiano nel dopoguerra, la legge n. 833 del 1978, è stata anche la più grande operazione di decentramento realizzata nel nostro Paese. Allora i destinatari erano i comuni e le unità sanitarie locali erano consorzi di comuni, che in ambiti territoriali omogenei dovevano gestire il servizio sanitario. Adesso la centralità è delle regioni. A quella grande riforma abbiamo apportato salutari correttivi. Le regioni hanno il compito di guidare, programmare, indirizzare e utilizzare in modo ottimale le risorse e sono rimasto molto colpito non tanto dalla situazione descritta e da lei oggi ribadita, con troppi ospedali pubblici e privati con risorse pubbliche, troppi doppioposti, troppi posti letto, quanto dalle inaccettabili carenze dei servizi territoriali e soprattutto delle emergenze richiamate dalla collega

Trupia. In un Paese civile non si può accettare di non trovare un'ambulanza per trasferire da un ospedale a una neurochirurgia un paziente in simili condizioni, mentre i dirigenti sanitari affermano che in altre città molte ambulanze rimangono parcheggiate nelle autorimesse.

Da tempo l'assenza di programmazione sta determinando questa situazione sempre più insostenibile. Sono stato colpito da due fatti: incontrando un direttore generale dell'azienda sanitaria provinciale di Reggio, un commissario non calabrese ma di Messina e alcuni dirigenti sanitari abbiamo percepito una sorta di reticenza a raccontare esattamente lo svolgimento dei fatti. I manager, i direttori generali, sia quelli che lei ha ereditato dopo il 2005 che quelli di più recente nomina devono rispondere direttamente al governo regionale e hanno un rapporto fiduciario con la giunta. Le carenze da lei oggi ribadite e sottolineate con decisione richiamano quindi la responsabilità diretta del governo regionale e della politica regionale.

Mi ha colpito molto anche l'audizione finale con l'assessore. Si trattava di un giorno particolare per lei e l'abbiamo dovuta sentire la sera a conclusione di una giornata di lavoro molto intensa. Sono stato colpito dall'atteggiamento quasi rassegnato dell'assessore, che, amareggiata, inclinava più che verso un cambio di responsabilità politiche verso un abbandono imposto da un compito rivelatosi per lei proibitivo sul piano non solo organizzativo e culturale, ma anche politico. L'assessore ha affermato di aver impiegato sei mesi per far passare in giunta il piano sanitario regionale e di dubitare che esso sarebbe uscito positivamente dal consiglio regionale della Calabria. Sono rimasto molto colpito da questa testimonianza e quindi le sarei grato se potesse fornirci ulteriori informazioni.

**FRANCESCO PIRO.** Cercherò di formulare domande abbastanza secche, sebbene la presenza del presidente Loiero indurrebbe a considerazioni di ampio respiro. Come spesso avviene per le questioni calabresi, l'intervento del presidente

ha oscillato tra punte di disperazione e volontà di rivendicare i positivi obiettivi perseguiti, intento non esclusivo della Calabria ma che in Calabria rivela particolari specificità.

Ricollegandomi alle considerazioni del collega Sanna, sebbene sia sbagliato generalizzare, riconosco che una sanità pessima si accompagna spesso a una situazione in cui dominano elementi di affarismo e, in particolare in alcune regioni del sud, un forte condizionamento della criminalità organizzata. Vorrei quindi che il presidente si esprimesse in merito a questo aspetto. Un circuito perverso lega infatti la pessima sanità, l'affarismo, il condizionamento e il peso della criminalità organizzata. Poiché il piano sanitario si trova in consiglio, vorrei sapere se sia necessaria una legge o solo il parere perché la giunta possa approvarlo.

Sicuramente 42 ospedali pubblici e 38 privati sono un'enormità, anche nelle particolari condizioni del territorio calabrese. Vorrei sapere se si tratti soltanto di troppi ospedali o anche di troppi posti letto. Presumo che i quattro nuovi ospedali sostituiscano altre strutture esistenti.

Per quanto riguarda la situazione finanziaria, dalle tabelle forniteci dalla ragioneria generale dello Stato emerge come per il periodo 2001-2005 la situazione finanziaria della sanità nella regione Calabria fosse apprezzabile. Mancavano infatti disavanzi particolari, giacché i pochi esistenti erano stati abbondantemente coperti. Mi è parso di capire dall'intervento dell'onorevole Astore che si starebbe predisponendo anche in Calabria un piano di rientro. In ogni caso desidererei conoscere l'attuale situazione finanziaria.

Vorrei conoscere inoltre i motivi principali che hanno impedito di spendere i soldi messi a disposizione da un apposito provvedimento legislativo nella situazione calabrese drammatica dal punto di vista delle attrezzature e delle strutture. Forse è necessario riferirsi al citato circuito perverso.

Mi incuriosisce molto la notizia della stazione unica appaltante e vorrei sapere se essa riguardi soltanto la sanità o l'in-

sieme degli appalti pubblici calabresi, se sia già in funzione ed esistano eventuali risultati di cui lei possa riferire.

**ROCCO PIGNATARO.** Anch'io mi unisco al saluto e al ringraziamento al presidente Loiero, che ho il piacere di conoscere oggi.

Non facevo parte della delegazione venuta in Calabria, ma ho ascoltato i racconti dei colleghi. Nonostante l'apprezzamento per il suo tentativo di migliorare lo standard qualitativo di assistenza sanitaria in Calabria che si evince dalla sua relazione e pur riconoscendo come talvolta i media tendano ad accentuare i casi di malasanità in Calabria e in genere nel meridione — anche da noi in Puglia si sono recentemente verificati casi di malasanità —, è innegabile che in alcune regioni meridionali si verificano casi eclatanti di malasanità. Sarebbe quindi un errore chiedersi perché si parli meno di Brescia che di Bari.

Ritengo d'altra parte che il nostro compito, cari colleghi, consista non nell'attribuire colpe o nell'emettere giudizi, quanto nel lavorare e nell'analizzare le situazioni individuando gli errori e le modalità per evitare il ripetersi di simili drammi, garantendo il diritto alla salute imposto dalla Costituzione.

Come meridionale mi duole constatare come dopo l'ispezione avvenuta a Vibo alcuni colleghi senatori abbiano affermato testualmente che «gli interventi sulle strutture attuali andrebbero limitati al minimo indispensabile per evitare dispersione di risorse; varrebbe la pena di prendere in esame la sospensione di ogni attività degli attuali presidi non a norma e l'utilizzo temporaneo di un ospedale da campo, che potrebbe soddisfare bisogni di assistenza di base con risparmio di risorse». Si auspica quindi la chiusura dell'ospedale di Vibo e la sua sostituzione con un ospedale da campo. Mi risulta che dall'ospedale di Vibo dipendano due presidi più piccoli a Tropea e a Soriano Calabro, che insieme a Vibo Valentia d'estate si occupano anche di 60.000 turisti. La Commissione con cui dovremmo

lavorare in sinergia scrive che «a quanto riferito i due presidi sono ancora meno efficienti». Vorrei sapere come si debba intervenire per evitare che queste situazioni si ripetano.

Ho apprezzato anche la sua dichiarazione diffusa dall'ANSA questa mattina, in cui si dichiarava costretto ad assumere manager da un albo predisposto e dichiarava l'intento di cercare di evitarlo e di scegliere incentivandoli economicamente. Vorrei sapere come vi stiate muovendo per eludere l'obbligo di scegliere i manager da questo albo.

**PRESIDENTE.** Immagino si riferisse alla visita effettuata dalla Commissione nel mese di febbraio, in cui era stata effettuata una ricognizione delle strutture ospedaliere. Si tratta solo di una precisazione.

**SALVATORE MAZZARACCHIO.** Riterei oltremodo riduttivo aver scomodato il presidente Loiero per limitare la nostra attenzione a queste valutazioni, seppur valide, senza focalizzare il problema nella sua specificità, specialmente dopo gli avvenimenti noti solo attraverso la stampa, giacché il Ministro della salute ancora non ci ha informato ufficialmente. Se i provvedimenti adottati dal Ministro della salute sono questi, si entra in un campo molto delicato. Addebitare ritardi e carenze al presidente della giunta, alla giunta o alla classe politica in genere diventa inutile perché, stando ai provvedimenti assunti dal Ministro della salute, i problemi ambientali sono prevalenti rispetto alle strutture, seppur fatiscenti, ai ritardi nelle realizzazioni strutturali e tecnologiche, alle professionalità. La formazione può avere le sue carenze, ma esula da questo discorso. Se a fondamento di tutto si pongono soprattutto problemi ambientali, allora la giunta, il suo presidente, i funzionari, i direttori generali sono coinvolti, ma il vero problema è un altro. Se il Ministro della salute è costretto a emanare un provvedimento per cui gli appalti dovranno essere vigilati dalla Protezione civile, è inutile scomodare il presidente e

farlo stare qui per altre due ore, attribuendo responsabilità a chi non ne ha o le subisce per ragioni strettamente ambientali.

Pregherei quindi il presidente di convocare il Ministro della salute e, se il Ministro della salute dovesse confermare queste cose, anche il Ministro dell'interno, perché ci troviamo di fronte a provvedimenti *extra legem*, e questo appare molto grave. La nostra valutazione potrebbe infatti essere più completa e i provvedimenti e le proposte recepiti dalla Commissione nelle sedi competenti assumerebbero un profondo significato. Non possiamo limitarci ad attribuire responsabilità all'attuale giunta regionale, a quelle precedenti, ai ritardi accumulati in una regione, ma, se vogliamo davvero affrontare il problema, abbiamo il compito di stabilire il limite tra i ritardi strutturali e i problemi ambientali. Senza stabilire questo, infatti, viaggeremo su un binario morto. Ritengo che questo sia il problema di fondo per cui le risposte del presidente non possano evitare di essere parziali, che alcuni provvedimenti assunti siano molto gravi in quanto *extra legem* laddove riferendosi a una stazione unica appaltante il Ministro della salute intende una stazione diretta dalla Protezione civile. Non conosco nel dettaglio il provvedimento però, se così fosse, l'allarme sarebbe forte e le proposte per aiutare la giunta necessiterebbero di maggiore chiarezza, laddove invece cambiare ogni giorno un direttore generale in grado di realizzare anche otto nuovi ospedali non servirà, se il vero problema è ambientale. Questo nodo deve essere sciolto, affinché tutte le altre iniziative siano opportunamente mirate all'aiuto degli amministratori locali, che altrimenti avrebbero le mani legate.

PRESIDENTE. Per conoscenza, il Ministro della salute Livia Turco era già stato convocato e verrà la settimana prossima, mercoledì, perché in precedenza era impegnata nella discussione della legge finanziaria al Senato.

TOMMASO PELLEGRINO. Mi scuso innanzitutto per essere arrivato in ritardo,

ma ero in Commissione antimafia a parlare sempre di Calabria, purtroppo, per altre problematiche talvolta connesse. Ringrazio il presidente Loiero per la sua presenza in Commissione e per tutti gli sforzi profusi per arginare gli interessi presenti nella sanità e i ripetuti fenomeni di malasanità in Calabria.

Sono convinto che un problema risieda nel Titolo V della Costituzione. Rispetto alla gestione delle singole aziende sono lieto di constatare con uno dei più autorevoli esponenti regionali come il presidente Agazio Loiero come quasi sempre le regioni soprattutto in materia di sanità siano organi controllori e controllati. Quando, in seguito alla nomina di un direttore generale in un'azienda, si domanda alle regioni il controllo su quel dirigente, quasi mai viene sconfessato ammettendo un errore di scelta.

Rispetto a questo, desidero chiedere al presidente della regione Calabria come effettui questo monitoraggio, perché oggi purtroppo è consuetudine valutare le direzioni generali soprattutto in base a parametri quantitativi e non qualitativi, laddove si ritiene capace il dirigente che operi un taglio della spesa. Mi permetto però di affermare che in questo modo tutti sarebbero in grado di ricoprire il ruolo di direttore generale. Alcuni direttori generali arrivano nelle aziende, tagliano il 30 per cento dei posti letto, riducono le forniture e sono considerati ottimi direttori generali, sebbene la gestione sanitaria, i servizi per i pazienti e l'aspetto qualitativo appaiano disastrosi.

PRESIDENTE. Parla dei piani di rientro?

TOMMASO PELLEGRINO. Anche e soprattutto nel caso dei piani di rientro.

Rispetto a questo è necessario considerare seriamente l'aspetto qualitativo nelle gestioni sanitarie, anche perché ormai in ogni episodio di malasanità viene indicato come responsabile il personale medico. Considero questo un grosso errore, perché sicuramente le responsabilità dei medici devono essere accertate ed

eventualmente punite in modo esemplare, ma spesso numerosi professionisti sono costretti a lavorare in pessime condizioni a causa delle situazioni organizzative delle singole aziende sanitarie. Spesso quindi si garantiscono determinati servizi esclusivamente grazie ai costanti sacrifici di tanti operatori della sanità che si assumono anche grandi responsabilità nel loro operato.

Inviterei pertanto a valutare l'aspetto gestionale e organizzativo. In Italia un unico pubblico Ministero, in seguito a un caso di malasanità, ha finalmente emesso avvisi di garanzia anche nei confronti del direttore generale e del direttore sanitario. È avvenuto all'ospedale Cardarelli di Napoli, dove tuttavia il direttore generale rimane ancora al suo posto, critica che rivolgo alla regione Campania come campano ed esponente della maggioranza in Campania.

Le responsabilità devono essere condivise anche per quanto riguarda l'aspetto organizzativo. Le regioni hanno un importante ruolo di verifica e di controllo e il compito di inculcare quei parametri qualitativi che purtroppo spesso mancano.

La stazione unica appaltante rappresenta un progresso soprattutto per contrastare il condizionamento della criminalità organizzata. Spesso queste situazioni di difficoltà organizzativa purtroppo rappresentano un terreno fertile per la penetrazione della criminalità organizzata e il suo appropriarsi di determinati profitti economici. L'80 per cento del bilancio regionale è costituito proprio dalla sanità, su cui convergono quindi gli appetiti della 'ndrangheta nel caso specifico e delle organizzazioni criminali in genere.

Si rileva anche il problema dell'ospedalità privata, rispetto al quale recentemente si dimostra profonda attenzione riguardo a investimenti poco chiari. Anche rispetto a questo vorrei conoscere la posizione. Si proponeva l'introduzione di incentivazioni economiche per i direttori generali meritevoli, ma desidererei conoscere i parametri di queste incentivazioni e su quali basi esse vengano elargite, perché mi auguro che esse non siano

decise soltanto in base al parametro del risparmio nella spesa, ma anche su altri.

Vorrei chiedere infine se le forniture rientrano nel discorso della stazione unica appaltante.

PAOLA GOISIS. Non ho accolto con molto piacere il tentativo iniziale di minimizzare la situazione sottolineando come simili episodi si verificano al sud, ma anche al nord, laddove al nord succede, ma con minore frequenza e gravità.

Ho apprezzato molto la puntuale relazione della collega, con cui tutti gli altri colleghi si sono allineati riconoscendo l'esistenza del problema. Mi pare di avere colto che lei tema l'avvento del federalismo fiscale. Vorrei conoscerne il motivo, giacché noi della Lega Nord e del nord lo consideriamo invece un ottimo sistema per risolvere questi problemi. Adesso infatti le sanità del nord sono efficienti e per quanto riguarda le pulizie la scorsa settimana sono state effettuate alcune ispezioni di qualità, verificando persino lo stato degli armadietti.

Le chiedo dunque perché abbia paura del federalismo fiscale, che invece affiderebbe la responsabilità alla singola regione eventualmente commissariando quelle non in grado di assolvere a questo compito.

LIONELLO COSENTINO. Chiederei al presidente Loiero di farci pervenire il piano recentemente approvato dalla giunta regionale, in modo da poterlo valutare, e in secondo luogo, poiché si tratta di un tema da lei sollevato su cui è necessaria una riflessione della Commissione, anche ciascun curriculum di dirigenti, commissari o direttori generali delle aziende locali della Calabria, per valutare riguardo alla natura delle nomine l'eventualità di una riflessione da parte vostra.

PRESIDENTE. Grazie, molta documentazione della Calabria è stata comunque già depositata in archivio.

RICCARDO VILLARI. Non voglio esprimere saluti formali perché fortunatamente conosco molto bene l'onorevole Loiero e ci siamo salutati in precedenza.

Ringrazio il presidente Loiero e i suoi collaboratori per aver dimostrato sensibilità e desiderio di collaborare con la Commissione fornendo alcuni chiarimenti.

Non sono andato in ispezione in Calabria, ma il quadro emotivamente rappresentato da tanti colleghi accomuna tante zone del nostro Mezzogiorno. Esistono punte di eccellenza, ma non vorrei ribadire considerazioni già espresse.

Per quanto riguarda l'aspetto organizzativo e le responsabilità professionali, i colleghi hanno espresso considerazioni che condivido, giacché i vari livelli di responsabilità spesso non sono ascrivibili alla giunta regionale, che lei rappresenta. Da due anni e mezzo lei svolge questo ruolo così delicato in una regione strategica — ne sono consapevole in quanto componente della Commissione antimafia come il collega Pellegrino —, stretta in una morsa al pari delle altre regioni meridionali.

Vorrei sapere quali cause, resistenze e responsabilità indicherebbe, se dopo due anni fosse chiamato a indicare due cause di criticità, giacché mi rifiuto di credere che sia un problema antropologico e che il meridionale non riesca a garantire un livello accettabile. Può sembrare una domanda generica ma anche nell'ambito di una risposta omnicomprensiva vorrei che indicasse due priorità a questa Commissione, perché, dopo due anni di presidenza di giunta, credo che il suo osservatorio privilegiato possa contribuire a chiarire un quadro molto complesso, simile a quello di altre regioni meridionali come la Campania e la Sicilia.

AGAZIO LOIERO, *Presidente della regione Calabria*. Cercherò di rispondere a tutti riservandomi di aggiungere alla fine alcune considerazioni. Non sono rimasto scosso dalle vostre domande, che mi aspettavo, così come anche il supplemento di passioni che rende aspra la critica, anche con un fondo pedagogico che è giusto recepire. Chi vive in un territorio diverso fatica a immedesimarsi nella mia vita quotidiana. Capisco che l'onorevole Lalla Trupia, che ha posto una serie di domande alle quali tenterò di rispondere puntual-

mente, viva in una regione totalmente diversa dalla mia, per cui molte cose le suscitano scandalo, non avendo alcuna assuefazione alla vita cui sono costretto. Un valido sforzo intellettuale nella vita e non solo nella cultura consiste tuttavia nell'immedesimarsi.

Dopo tante domande credo di poter fare anche un piccolo riferimento autobiografico. Ho scelto di candidarmi a presidente della regione, benché fossi deputato e mi piacesse le battaglie che si potevano fare in questa sede. Sono infatti convinto che anche da qui si possano modificare certi assetti, però credo che la regione rappresenti un'occasione straordinaria e ineludibile per farlo, per cui ho compiuto questa scelta e mi sono trovato ad affrontare problemi drammatici.

Cercherò di rispondere a tutti ma qualche risposta potrebbe incrociare più domande.

Per quanto concerne il quesito posto dall'onorevole Giacomo Baiamonte, l'organizzazione è da noi un difetto drammatico, giacché una burocrazia lenta stenta a cambiare gli assetti. In un territorio come il nostro, che per molti aspetti ha anche valenze parassitarie, ogni impulso al cambiamento incontra resistenze incredibili, laddove in perfetta buona fede un alto burocrate segnala come, poiché la politica è un sistema di conseguenze, ogni intervento ne scatena un altro e saltino equilibri decennali, molto anteriori all'avvento della repubblica, che è difficile scardinare. L'organizzazione quindi rappresenta un problema rilevante.

Non ho alcuna intenzione di tenere l'assessorato alla sanità. Desidero anche illustrare un'anomalia del nostro sistema, giacché in Calabria — unica regione d'Italia — vige un bizzarro statuto approvato nel corso della precedente legislatura, in base al quale posso scegliere gli assessori solo all'interno del consiglio, tranne due figure che posso prendere all'esterno. Questo causa una drammatica differenza in negativo, perché naturalmente ci sono persone di assoluta qualità anche all'interno del consiglio, però per confrontarsi ad esempio su un tema cruciale come i tra-

sporti preferirei scegliere quello della Campania, un professore universitario preso dall'esterno che conduce una coraggiosa battaglia. Mi confronto e ho difficoltà quando mi incontro con lui.

Potendo prendere solo due esterni, ho voluto collocare al mio fianco Vincenzo Spaziantè, che è persona di qualità, sottratta all'amministrazione centrale, di grandissima esperienza. L'ho nominato vicepresidente ma non gli ho potuto conferire la delega in sanità che spetta solo a un assessore. Ho quindi interpretato e bypassato questo statuto attribuendola a me, per cui firmiamo insieme. Questo non durerà, ma ho dovuto compiere questa scelta perché uno statuto, su cui nessun intellettuale calabrese ha mosso un dito, ha permesso una cosa di questo genere. Tale statuto costituisce un altro aspetto su cui intervenire, però ho già scritto al presidente del consiglio sottolineando l'esigenza di cambiarlo, nonostante non abbia intenzione di ricandidarmi, perché è un grande guaio.

Per quanto concerne l'elenco dei manager, dobbiamo confrontarci con la realtà, non con le nostre aspettative. Abbiamo approvato una delibera di giunta in base alla quale i manager vengono scelti da un elenco. Ovviamente, se un manager molto bravo lavora in Veneto vicino alla sua casa non ha alcun motivo per venire in questa Calabria così rappresentata dai media, per cui si appiattisce, si comprime il livello della qualità di scelta. Abbiamo già uno schema di delibera per immettere forze nuove all'interno.

Il piano di rientro è stato approvato dalla giunta e si riferiva all'anno 2001.

Tutto il sud è stato disseminato di ospedali anche perché il Ministro della salute Giacomo Mancini, sapendo che la sua permanenza al Governo sarebbe stata breve, ne ha realizzato qualcuno in più, ma rispondevano a una reale esigenza, come può riconoscere chiunque ricordi il sud degli anni Cinquanta e Sessanta. Oggi dobbiamo correggere l'errore.

La cabina di regia e il controllo delle ASL sono previsti dal piano sanitario che vi lasciamo.

L'episodio di Polistena è stato terribile, sebbene di questi tre casi non sappia indicare il più doloroso. Mi assumo quindi colpe che non ho, ma me le assumo *in toto*.

Ho un rapporto straordinario con i genitori delle vittime. Oggi quando scenderò dall'aereo alle ore 18 troverò il padre di Flavio ad aspettarmi all'aeroporto, perché desidera parlarmi, si fida perché sono il presidente.

Oggi ho partecipato a *Radio anch'io* con Livia Turco e un ascoltatore mi ha raccomandato di tenere la delega alla sanità, affermando di aver chiesto mille volte di essere ascoltato in questi due anni e mezzo e di esserci riuscito solo una volta. Indubbiamente siamo apparsi chiusi perché le pressioni sulla sanità del sud, non solo in Calabria, ma anche in Campania e in Sicilia, sono state fraintese.

L'articolo 32 della Costituzione dichiara il «fondamentale» diritto alla salute, laddove il costituente usa una sola volta questo aggettivo nella Costituzione. Naturalmente, lungo l'arco dei decenni, viene sfumato a dismisura e diventa coccodrillo di cliente.

Il problema della criminalità è molto forte. L'altro giorno l'ho affermato in televisione e qualcuno si è offeso, ma raccontare la verità non è mai uno scandalo, o almeno non dovrebbe esserlo. Negli ospedali di Vibo e di Gioia esiste un alto tasso di criminalità, come si evince da rapporti di polizia e inchieste giudiziarie. Questo è un ulteriore aspetto negativo con cui confrontarci. In una regione come la nostra si può realizzare una stazione unica appaltante, passata dalla giunta e dal consiglio e diventata legge.

Per quanto riguarda il Fondo sanitario, concordo pienamente. Nell'impattare questa nuova esperienza di presidente della regione, ho dichiarato di auspicare per le regioni più in difficoltà un accompagnamento dello Stato, del Governo centrale, non solo per garantire al territorio più affannato qualche briciola in più, spesso inutile. Accompagnarlo laddove è più deficitario ed esprime maggiori problemi sarebbe compito di un Governo centrale

che metta a disposizione un'*équipe* in grado di intervenire sulle difficoltà del bilancio e dell'organizzazione aziendale. Spesso ci si imbatte in difficoltà che il locale non riesce a risolvere, per cui servirebbe un impulso nazionale e governativo.

Per quanto riguarda le domande dell'onorevole Trupia e le colpe dei giornalisti, in premessa desidero sottolineare l'esistenza di una crudeltà mediatica che predilige in maniera esponenziale la cattiva notizia rispetto alla buona. Non è colpa dei giornalisti, ma del mercato, che è invasivo.

Il fatto avvenuto a Vibo è gravissimo, quello di Brescia altrettanto.

Su un certo piano, quest'ultimo avrebbe dovuto destare maggiore scandalo perché è più strano che succeda a Brescia che non in Calabria. Il mercato tuttavia è bizzarro e tutta una pagina è dedicata alla Calabria e un solo trafiletto all'altro episodio. Non è questo il problema, però, perché è vero che si rischia di meno al nord. Non ho portato questo drammatico *cahier de doléance* per attenuare quanto accade nella mia regione, altrimenti non avrebbe senso quanto ho affermato finora. In questo *cahier* ci sono Lombardia, Veneto, Liguria, Lazio, Molise, Puglia, Sicilia, un episodio verificatosi all'ospedale Careggi di Firenze e uno al Sant'Orsola di Bologna, che forse assumono un valore negativo maggiore di quanto è successo in Calabria.

Sono d'accordo che l'Italia non sia omogenea, e non solo in sanità. Negli ultimi 15 anni è diventata ancora più diseguale perché alcuni germi portati forse a ragione da alcune formazioni politiche sono penetrati profondamente nella coscienza dei cittadini, anche di intellettuali di sinistra. Sono penetrati in profondità perché hanno trovato un percorso agevole, ma questo ha aggravato le disparità. Sono stato per quasi vent'anni in Parlamento e ricordo anni in cui non ti potevi alzare per difendere interessi personali.

La gestione delle emergenze da noi è un problema drammatico. La stiamo riorganizzando anche se per quanto riguarda

le ambulanze ne abbiamo su Catanzaro 14 di tipo A e 6 di tipo B, a Cosenza 18 di tipo A e 2 di tipo B, a Reggio Calabria 13 e 5, a Crotone 7 e 4, a Vibo Valentia 6 e 1. Si rileva quindi una disparità.

ROBERTO ULIVI. Mi scusi, ma questo ce l'ha ribadito più volte il responsabile del 118 di Reggio Calabria. Lei sta citando altri dati. Il responsabile ha detto che ce ne sono solo 5.

AGAZIO LOIERO, *Presidente della regione Calabria*. Il dato è ufficiale, per cui ve ne lascio documentazione. Apprendere che in Calabria avete constatato reticenza dinanzi a un incidente mortale non mi scandalizza, sebbene lo consideri abietto, perché conosco il territorio. Per quanto riguarda le reti informatiche, il problema è totale.

LALLA TRUPIA. Forse ogni tanto uno scandalo è utile!

AGAZIO LOIERO, *Presidente della regione Calabria*. Non sono assuefatto, perché altrimenti me ne andrei. L'assenza di reti informatiche è reale però sta per essere bandita una gara che farà giustizia, in cui abbiamo investito una cifra enorme. Mantenere questa situazione fa comodo a talune continuità amministrative.

Abbiamo tre elicotteri. Mi è stato chiesto come siano distribuiti gli ospedali, cui nessuno rinuncia anche al nord. Nel sud, dove esistono precarietà in tanti settori della vita associata e disoccupazione galoppante, si rileva un dato psicologico diffuso, per cui si ritiene di aver acquisito più che un privilegio un diritto cui non si vuole rinunciare. Da noi esploderanno proteste in seguito all'adozione del piano, che prendo l'impegno di portare in consiglio regionale entro un mese, perché nessuno rinuncia facilmente neppure a un pessimo ospedale. Il PSR andrà quindi in consiglio regionale entro un mese, considerate le feste un mese e mezzo.

Per quanto concerne il commissario e il direttore sanitario di Polistena, il commissario che avete incontrato e che abbiamo

preso dalla Sicilia ci aveva portato un curriculum in cui spiccavano dieci anni di esperienza come direttore sanitario nel Civico di Palermo, uno dei più grandi ospedali d'Italia. Credevo che andasse bene per quell'ASL. Questa vicenda lo ha esposto e ha fatto emergere aspetti intollerabili, per cui è stato convocato per domani dal capo del dipartimento. Adesso che possediamo maggiori dati effettueremo gravi contestazioni come avvenuto a Vibo.

Ho dato un potere di impulso molto forte al commissario, ho sospeso in forma cautelare per la prima volta in Calabria un medico e stanotte abbiamo adottato tale misura, perché domenica, dopo i funerali della povera Eva, in una riunione a casa mia abbiamo di fatto semichiuso l'ospedale di Vibo.

Abbiamo visionato in modo riservato la relazione dei NAS e posso lasciarvi documentazione di quanto abbiamo fatto, comunicato dall'ANSA di stamattina, perché abbiamo finito a mezzanotte. Non siamo quindi un corpo inerte che non reagisce, perché l'episodio uccide prima di tutto noi, prima di tutto me.

Su Caruso credo quindi di averle ri-speso. Mi è stato chiesto in che modo si scelgano da un elenco. Questa volta stiamo cercando di trovare il meglio. Abbiamo però l'esigenza di scegliere subito i manager, perché alcuni sono scaduti e i commissari sono sicuramente scaduti da due giorni. La fretta non è un'ottima consigliera, però credo che compiremo scelte ineccepibili.

Nelle nostre ASL, perpetuando un'antica tradizione, c'è stata spesso la possibilità di camuffare i bilanci. Non siamo mai usciti dal patto di stabilità. Ignoro però cosa troveremo nel bilancio, perché non è stato adottato un controllo molecolare sui bilanci, laddove non è sufficiente inviare un ragioniere.

Non a caso ho voluto al mio fianco Spaziante, autorevole collaboratore della Ragioneria di Stato. Avremo un controllo settimanale del bilancio delle ASL, mentre prima si effettuava ogni sei mesi, perché sappiamo che specie nelle regioni del Mezzogiorno questo aspetto esige attenzione.

L'onorevole Ulivi mi chiedeva di conoscere i tempi di costruzione dei quattro ospedali. Un giornalista mi ha chiesto in TV se fosse un segno di resa affidare allo Stato quattro ospedali, ma non credo lo sia. Con un'ordinanza di Protezione civile contiamo di realizzarli entro due anni e mezzo. Tutte le procedure vengono infatti travolte in capo al Governo centrale per due ordini di motivi. Si constata come non solo tutti questi ospedali in costruzione o in ricostruzione siano disseminati da inchieste, ma si rilevi anche una presenza della criminalità, cui si aggiunge un terzo elemento. Uno degli spettacoli più avvilenti visibili nella nostra zona sono rappresentati da questi ospedali da cui fuoriesce il ferro arrugginito, che rimane inutilizzato per anni. Si tratta di uno spettacolo devastante.

Preferisco cedere sovranità al mio Stato, scelta per nulla vergognosa, che non considero segno di resa.

Per quanto riguarda la domanda dell'onorevole Sanna sulle ambulanze, ne compriamo 60 nuove. Utilizzeremo i soldi risparmiati per un piano generale, non solo per realizzare i quattro nuovi ospedali, ma anche per dotare gli altri di innovazioni tecnologiche e di mezzi di diagnostica. In sanità investiamo molto, forti di quell'articolo 32 molto eluso in questi anni.

Ignoro che fine farà Caruso. Per quanto riguarda l'assessore, onorevole Sanna, lei mi ha posto una domanda che esula perché meramente politica, ma che tuttavia non voglio eludere.

L'onorevole Lo Moro, con la quale non avevo alcun rapporto, è stata scelta dal sottoscritto come assessore alla sanità nel 2005. Lei era nei DS, partito con cui quando ho fatto le primarie avevo un accordo molto forte. All'epoca ero nella Margherita e ho avuto problemi con il mio partito originario nell'effettuare le nomine in sanità. Era una presidenza un po' gestita e tenevo a fare questa esperienza. Ho avuto grandi difetti, ma ho sempre mantenuto il consenso. Nessuno del suo partito voleva la Lo Moro e lei non voleva assolutamente avere la delega

in sanità, ma avrebbe voluto le attività produttive perché è stata sindaco di Lamezia. Sono riuscito a convincerla perché volevo dare un segno plastico di discontinuità rispetto al passato, in cui la situazione sanitaria in Calabria era drammatica. Sapevo che non capiva molto di sanità, come del resto il sottoscritto, però ho voluto lanciare un messaggio di cambiamento. Poiché era stata pubblico ministero e GIP severo, è andata a svolgere questo lavoro. Si è impegnata moltissimo, naturalmente con alti e bassi. Lei afferma che quel piano non passerà per una rigidità di carattere che le deriva dall'esperienza maturata in un altro lavoro in cui è necessario essere rigidi, che poi, trasfusa in politica, può provocare problemi in un territorio come il nostro. Per far passare un piano sanitario senza un'ulteriore rivolta, laddove taluni incontri nei comuni erano sfociati in colluttazioni come capita da noi, le ho detto con estrema franchezza che con lei come assessore questo piano non sarebbe passato e le ho chiesto di scegliere un'altra delega, a cominciare dalle attività produttive, giacché mi premeva far passare il piano, su cui gioco parte del mio futuro. Lei ha risposto che o faceva l'assessore o sarebbe andata via, come è avvenuto. Non c'è stato alcun litigio. Ero stato indicato come presidente del partito democratico, non l'ho fatto e l'ho ceduto a lei. Il rapporto è molto buono, ma le cose stanno così, pur riconoscendo il grande lavoro da lei svolto che, come tutti i lavori difficili e delicati, è caratterizzato da luce e da ombre. La domanda comunque esulava molto dal contesto.

**PRESIDENTE.** Non era questo il problema, non vi era niente contro l'assessore: più che altro si trattava della disillusione di non aver potuto fare di più.

**AGAZIO LOIERO, Presidente della regione Calabria.** Al quesito posto dall'onorevole Piro posso rispondere che di affa-

rismo ce n'è parecchio. In data 31 dicembre 2006 i posti letto erano 9.119.

Per quanto riguarda la situazione finanziaria, siamo nel patto di stabilità. La passata coalizione di centrodestra ha usato pochissime risorse dell'articolo 20, perché c'è stato un profondo conflitto all'interno e in cinque anni sono stati spesi solo 64 milioni di euro. Questo è stato un guaio, però oggi è una risorsa.

All'onorevole Pignataro rispondo che sono contrario a ricostruire l'ospedale di Vibo, però di fatto mezzo ospedale viene chiuso con il provvedimento di oggi. Gli ospedali di Tropea e di Soriano non sono efficienti, per cui punteremo molto sul nuovo ospedale che sarà una risorsa importante. I manager non vengono in Calabria per i motivi citati.

All'onorevole Mazzaracchio credo di aver risposto. Non sarà *extra legem*, però per i problemi della criminalità e della lungaggine forse risolve un problema.

Per quanto domanda i quesiti dell'onorevole Pellegrino, effettueremo il monitoraggio sui direttori generali nei termini riportati. Esiste molta ospedalità privata. Per il piano abbiamo fatto molte riunioni con le ospedalità private per individuare le carenze, perché nell'ospedalità privata calabrese alcune funzionano benissimo e vorremmo che si specializzassero.

All'onorevole Goisis spiego in breve perché ho paura del federalismo fiscale. Il federalismo fiscale è lo strumento più adeguato per far emergere le abissali disparità fra regioni. Il fondo perequativo, che serve allo Stato per distribuire risorse alle regioni più deboli, fra cui *in primis* la Calabria, rimarrà inalterato, ma il testo di legge toccherà molti settori per noi cruciali. Poiché esiste una disparità immensa, se quel federalismo passa anche perché un nord molto compatto che non è costituito solo dalla Lega lo pretende in questa stagione di egoismi abbastanza forti — lo affermo da calabrese anche come testimonianza —, dobbiamo stare attenti. Ho infatti chiesto una valutazione del testo a un professore di

scienza delle finanze, che mi ha segnalato come per il sud possano derivarne problemi immensi, anche se poi sarete in grado di emendarlo.

All'onorevole Cosentino ho già risposto in merito al PSR. Vi invierò i *curricula* dei manager, perchè desidero che ne prendiate visione.

All'onorevole Villari, che vuole sapere cosa mi spaventi maggiormente dopo due anni e mezzo, rispondo: la burocrazia e la criminalità.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il presidente Loiero e dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 15,50.**

---

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

**DOTT. COSTANTINO RIZZUTO**

---

*Licenziato per la stampa  
27 febbraio 2008.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

