

			<p>lanci consuntivi 2001-2006 sono emersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inconsistenza e inadeguatezza del bilancio di previsione 2006 che è stato totalmente disatteso a consuntivo. 2. Indeterminatezza dei decreti ingiuntivi notificati. 3. Eccessivo tasso di indebitamento per l'anno 2006. 4. Incremento iperbolico della spesa farmaceutica dal 2005 al 2006. 5. Rilevanti perdite non ripianate né autorizzate preventivamente. 	
7	<p>AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA (comprendente tre presidi ospedalieri)</p>	<p>Con la delibera del 12 febbraio 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdite di esercizio negli anni 2004, 2005 e 2006 <p><i>Trend</i> di perdite:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 2004: 47623 migliaia di euro – 2005: 31902 » – 2006: 25734 » <ol style="list-style-type: none"> 2. Squilibri di bilancio dovuti alla carenza di programmazione. 3. Carenza di controlli e di monitoraggio. 4. Mancato rispetto del vincolo di crescita dei costi della produzione. 5. Aumento dell'indebitamento verso i fornitori. Ritardo di 560 giorni nel soddisfare le spettanze dei fornitori. 6. Spesa per il personale crescente nell'esercizio 2006. 7. Acquisto di beni e servizi senza regolari bandi di gara. 8. Notificati 156 decreti ingiuntivi e 90 atti di pignoramento. 	<p>In relazione al bilancio di esercizio del presidio ospedaliero Annunziata 2006 sono stati evidenziati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento dei costi per interessi moratori e rivalutazione monetaria. 2. Elevato numero di debiti verso i fornitori. <p>Nella relazione inviata alla Commissione viene riconosciuta la drammatica situazione dei debiti. Si parla di « <i>fenomeno dell'emersione dei debiti fuori bilancio che non possono trovare capienza e sistemazione nella contabilità ufficiale dell'Azienda</i> ».</p> <p>Il presidio di Rogliano appare incongruamente inserito in una Azienda ospedaliera, date le caratteristiche strutturali, la localizzazione e la tipologia di prestazioni erogate.</p>	<p>Si riscontrano: una perdita d'esercizio 2004-2006; la sottostima del Fondo sanitario regionale; un incremento di prestazioni provenienti dal bacino d'utenza; oneri straordinari relativi a competenza di esercizi precedenti; squilibri di bilancio per carenza di programmazione; mutamenti negli organi di vertice; carenza di controlli e monitoraggio, ancorché siano in corso modalità operative di miglioramento; aumento dell'indebitamento verso i fornitori; carenza di liquidità per ritardo per mancato ripiano delle perdite 2001-2006; spesa del personale crescente nell'esercizio 2006, nuove assunzioni di personale nel 2005 e conseguente incremento dei costi.</p>
8	<p>AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI CATANZARO</p>	<p>Con la delibera del 5 giugno 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ritardi reiterati nell'approvazione dei bilanci dell'azienda nel triennio 2005-2007. 2. Mancata approvazione da parte della giunta regionale dell'atto aziendale di organizzazione interna. 	<p>Sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapporti eccessivamente sbilanciati a favore dell'Università secondo il protocollo di intesa tra Regione Calabria e Università Magna Grecia di Catanzaro, condizionanti le scelte organizzative fondamentali e che non assicurano prestazioni assi- 	<p>L'Università degli Studi « Magna Grecia » sollecita l'integrazione funzionale delle aziende ospedaliere di Catanzaro, anche a seguito del mancato accorpamento.</p> <p>L'azienda, illustrando in dettaglio le principali voci del conto economico, fa presente la sottostima del</p>

		<p>3. Criticità in relazione al sistema contabile in uso.</p> <p>4. Ricorso sistematico ad anticipazioni di tesoreria con conseguenti oneri di indebitamento.</p> <p>5. Significativa criticità della situazione economico-patrimoniale.</p> <p>6. Singolarità dei rapporti tra l'Azienda ospedaliera e la Fondazione Campanella che condiziona una non trascurabile parte della sua attività. Disallineamento dei dati dei bilanci dei due soggetti.</p>	<p>stenziali adeguate all'impegno finanziario previsto.</p> <p>2. Assenza di un adeguato contingente di personale medico universitario e mancanza di pronto soccorso.</p> <p>3. Indici di produttività molto bassi.</p> <p>4. Sottoutilizzo di reparti ospedalieri o anche di intere strutture; basso numero di prestazioni ambulatoriali su varie specialità, nonché valori bassi del numero dei ricoveri. Elevato costo connesso ai reparti sottoutilizzati; basso indice di occupazione dei posti letto (occupazione media del 40% e un minimo del 4 % in chirurgia vascolare).</p> <p>5. Rapporti poco chiari tra l'Azienda ospedaliera e la Fondazione Campanella; « non è chiaro quale ente fatturi le prestazioni effettuate dalla Fondazione ».</p> <p>6. Aumento dei costi della produzione nel triennio 2004-2006.</p> <p>7. Crescita dei costi per il personale nonostante il blocco dell'incremento sancito dalle leggi finanziarie nel triennio 2004-2006.</p> <p>8. Aumento significativo dei costi per la farmaceutica nel triennio 2004-2006.</p>	<p>FSR attribuito dalla Regione, precisando che vi sono acquisti di beni anche per conto della Fondazione Tommaso Campanella per i quali si è richiesto il rimborso e che il costo del personale è in aumento per effetto dell'attivazione di nuove unità operative per dare attuazione al protocollo d'intesa con la predetta Fondazione. Si evidenzia altresì il forte ritardo con il quale vengono erogati i contributi da parte della Regione.</p>
9	<p>AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE-CIACCIO CATANZARO</p>		<p>La Commissione ha rilevato che le condizioni del P.O. non sono ottimali. Per quanto riguarda l'andamento complessivo dell'azienda sono stati rilevati:</p> <p>1. Una percentuale dei costi per il personale molto alta rispetto ai valori medi nazionali.</p> <p>2. Un rapporto tra ricavi per prestazioni a tariffa e finanziamenti regionali per funzioni non tariffabili sbilanciato a favore delle prestazioni non tariffabili.</p> <p>3. Previsione di un importante incremento dei costi</p>	<p>Sono state duplicate le strutture del presidio ospedaliero per far fronte ad una maggiore offerta sanitaria.</p> <p>La percentuale dei costi per il personale risulta elevata rispetto ai valori medi nazionali. I valori maggiormente elevati si riferiscono ai primi anni e sono connessi alla ristrutturazione dell'ospedale; a regime, si è raggiunta una percentuale in linea con quella regionale (67%).</p> <p>L'azienda lamenta la sproporzione tra domanda e offerta di posti letto, nonché la stabilizza-</p>

			del personale, pur a fronte del disavanzo registrato, senza una evidente motivazione. 4. Incremento delle unità di personale del ruolo amministrativo non congruo (da 10 a 15 dirigenti).	zione del personale a tempo determinato. Ritene altresì necessario un ulteriore incremento per esigenze di turnover, assunzione di primari e allocazione di nuove funzioni. L'incremento delle unità di personale del ruolo amministrativo si presenta non congruo.
10	AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO- MORELLI REGGIO CALABRIA		Dalla relazione per la Commissione Sanità Calabria del 28 gennaio 2008 sono stati rilevati: 1. Un buon rapporto tra numero di dipendenti e produzione. 2. Mancato rispetto delle buone norme di costruzione. 3. La parto-analgesia viene offerta solo in attività libero-professionale.	L'Azienda non ha fornito alcuna risposta.
11	FONDAZIONE TOMMASO CAMPANELLA CATANZARO (soggetto di diritto privato non ancora trasformata in IRCCS)	Con la delibera del 5 giugno 2009, relativa all'AO <i>Mater Domini</i> , sono stati evidenziati i «singolari» rapporti tra la Fondazione e l'Azienda. La Fondazione, soggetto di diritto privato, « <i>condiziona una non trascurabile parte dell'attività di gestione</i> » del soggetto pubblico, cioè l'Azienda, « <i>in carenza di strumenti convenzionali e procedure regolamentate ad hoc</i> ». Da notizie di stampa si è appreso che: – Il nucleo di polizia tributaria della Guardia di finanza di Catanzaro, in data 15 ottobre 2009, ha segnalato la Fondazione alla procura della Corte dei conti della Regione Calabria per presunto danno erariale di 90 milioni di euro « <i>cagionato da una lunga serie di finanziamenti illegittimi erogati dalla regione Calabria a favore della Fondazione</i> ». Risulterebbero segnalati sei dirigenti generali alternatisi dal 2005 ad oggi. Con la deliberazione n. 393 del 30 novembre	Ad avviso della Commissione d'indagine: 1. I bilanci della Fondazione non sono per nulla trasparenti e poco chiara è anche la nota integrativa. 2. Sarebbe necessario che la Regione richiedesse un equilibrio costo-produzione per erogare le risorse economiche in attesa del riconoscimento ad IRCCS. 3. Non risulta che la Fondazione garantisca il supporto alla rete di assistenza oncologica. 4. Le risposte del direttore generale fornite non sono state esaustive.	Non risultano pervenute le note integrative e le relazioni sulla gestione relativa agli esercizi 2006-2007-2008.

		<p>2009, il Consiglio Regionale della Regione Calabria ha prorogato al 31 dicembre 2010 il termine previsto dall'articolo 5, comma 1 della legge regionale n. 11 del 2009: « la Giunta regionale ove, entro la data del 31 dicembre 2010, non si addivenga al riconoscimento quale istituto di ricerca e cura a carattere scientifico, recede dalla Fondazione ».</p>		
--	--	---	--	--

Costituisce certamente motivo di profonda preoccupazione, che chiama in causa le responsabilità gestionali del Servizio sanitario nella Regione, la carenza o assenza di elementi di valutazione che la Commissione ha rilevato con riferimento alla ASP Cosenza e Reggio Calabria e all'Azienda ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria.

Una situazione del tutto peculiare si è verificata in relazione all'*ex* Azienda sanitaria di Locri, attualmente accorpata all'ASP di Reggio Calabria, dove non è stato possibile procedere all'approvazione del bilancio dell'esercizio 2009 in conseguenza di rilievi critici formulati dal collegio sindacale. A tale riguardo, è stata presa in esame la documentazione che l'ASP di Reggio Calabria ha prodotto presso la competente Sezione controllo della Corte dei conti e che, su richiesta, è stata trasmessa alla Commissione.

Dall'esame degli atti si evince che l'Ufficio risorse finanziarie ha prodotto documentazione ritenuta non esaustiva dal collegio sindacale, relativamente al bilancio d'esercizio 2009. Si rilevano altresì quote di acconti riconosciute per incarichi di consulenza legale, registrate nel conto economico 2009, senza individuazione dei saldi di tali spese.

L'Azienda presenta un inventario dei beni aggiornato al 3 aprile 2008: non risulta essere stato determinato compiutamente il registro dei cespiti; inoltre la procedura per l'istituzione del predetto registro, così come proposta nel corso degli anni, non è stata recepita dall'Azienda.

Il percorso che riguarda l'integrazione e il controllo informatico di molti processi aziendali, al fine di automatizzare il controllo della spesa, si stima possa andare a regime in un periodo non inferiore a due anni.

Non risulta altresì accertata a campione la consistenza effettiva dei principali beni materiali. Esistono beni mobili dismessi (la cui acquisizione presunta è ultradecennale) tutti inutilizzabili, ma la cui tracciabilità è impossibile perché contabilmente mai registrati come cespiti.

Sono ancora in corso appositi accertamenti per verificare la congruità dell'importo dei crediti vantati verso la Regione. L'ultimo saldo verificato è quello al 31 dicembre 2007.

Infine, per quel che concerne i contributi regionali, le prestazioni sanitarie *intramoenia* e la loro contabilizzazione, i proventi e oneri

straordinari della gestione, nonché crediti, perdite e debiti, il Commissario straordinario, Grazia Rosanna Squillacioti, ha affermato di non essere in grado di acquisire i relativi dati, in quanto il direttore dell'Ufficio risorse finanziarie, unico dirigente di ruolo preposto alla struttura, è stato collocato in quiescenza nel mese di ottobre 2010 e nessun altro dipendente assegnato risulta nelle condizioni di fornire adeguato riscontro, come anche rilevato dal collegio sindacale. A tale ultimo riguardo, si evidenzia come siano trascorsi ben sei mesi dal collocamento in quiescenza senza che siano stati adottati i provvedimenti necessari a garantire la piena funzionalità dell'Ufficio.

5. L'indeterminatezza della misura del disavanzo sanitario regionale

Il problema fondamentale che la Commissione si è trovata ad affrontare è stato quello della corretta determinazione dell'entità del disavanzo sanitario della Regione Calabria.

Incertezza del suo ammontare, inattendibilità dei dati forniti, in alcuni casi mancanza di una efficace attività di controllo dei revisori dei conti delle aziende sanitarie calabresi: sono questi i temi emersi durante l'attività della Commissione e, in particolare, a seguito della missione svolta a Locri e a Reggio Calabria il 23 e 24 settembre 2010.

Il problema dell'indeterminatezza dei dati è stato anche richiamato, nel corso dell'audizione, che si è svolta presso la Commissione, dell'Ispettore generale per la spesa sociale, Francesco Massicci. Secondo quanto riferito in tale occasione, nell'ambito dei lavori svolti dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, operante presso la Ragioneria generale dello Stato, sarebbe emersa una mancanza di tracciatura contabile e di dati ottenuti con l'ascolto certificato (8).

Questo elemento è stato confermato dalla Corte dei conti, nell'ambito dell'audizione informale svoltasi presso la Commissione: sarebbe emersa un'inaffidabilità del dato contabile delle aziende (9). Inoltre nell'analisi condotta dalla Corte in relazione alla situazione debitoria aggregata per ciascuna Azienda sanitaria e ospedaliera, tenendo conto dei dati forniti dall'advisor KPMG, risulterebbero situazioni di irregolarità contabili e di scarsa attendibilità e omogeneità dei dati forniti, nell'ambito dell'applicata procedura di accertamento del debito e riconciliazione dei crediti istituzionali » (10).

Sempre secondo la Corte dei conti, vi sarebbero anche « molteplici fattori di costo e di inefficienza gestionale che gravano sul Sistema sanitario regionale, come testualmente affermato dalla delibera della

(8) Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, *Resoconto stenografico* del 9 giugno 2010, pag. 3. Cfr. altresì verbale della riunione congiunta del 22 febbraio e 31 marzo 2011, cit., ove si legge testualmente: « Il commissario si impegna inoltre a garantire la ricognizione del restante debito anche al fine di determinare definitivamente le componenti ante 31.12.2005 e 2006-2007 ».

(9) Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria *Le criticità del sistema sanitario regionale della Calabria*, pag. 16.

(10) *Ibidem*.

Giunta regionale n. 140 del 31.03.2009, i cui elementi più critici riguardano:

- inaffidabilità del dato contabile delle aziende;
- mancata attivazione di un sistema informativo efficiente;

cumulo, sul capitale, degli interessi passivi a causa di una endemica carenza di liquidità delle aziende. Ad esempio, nell'ultimo quinquennio, l'importo complessivo degli interessi passivi è di 76,826 milioni di euro, compresi quelli riconosciuti ai creditori per ritardato pagamento o a seguito di procedure esecutive » (11).

Il carattere dell'indeterminatezza, secondo la Corte dei conti (12), sarebbe dovuto anche alla repentina eliminazione del sistema di contabilità finanziaria di tipo autorizzativo, senza un'opportuna e guidata sostituzione con una contabilità economico-patrimoniale, opportunamente verificata e consolidata.

La Corte definisce, pertanto, la situazione della Calabria come connotata da « indeterminatezza », con conseguenti criticità giuscontabilistiche rilevanti: con delibera della Giunta regionale n. 242 del 5 maggio 2009, venne infatti imposto alle aziende sanitarie di riformulare il bilancio di esercizio per l'anno 2007, e cioè a distanza di ben due anni; tuttavia, secondo i dati disponibili, tale operazione non si sarebbe ancora conclusa.

Tale situazione è stata denunciata dalla Corte alla Giunta regionale, anche sulla scorta dell'esame delle relazioni redatte dagli organi di revisione degli enti del servizio sanitario regionale – sulla base del controllo collaborativo di cui all'articolo 1, comma 170, della legge n. 266 del 2005 (legge finanziaria per l'anno 2006) – al fine di far adottare tutte le necessarie misure correttive, come stabilito dall'articolo 1, comma 168, della stessa legge n. 266 del 2005.

Il settore economico del Dipartimento tutela della salute ha avviato la ricognizione e la ricostruzione, su atti documentali, del bilancio delle singole Aziende e della Regione a far data dall'anno 2001.

6. Le criticità della situazione finanziaria della Calabria rilevate dalla Corte dei conti (2004-2010)

Dal 2004 al 2010, la Procura regionale della Corte dei conti per la Calabria ha depositato 67 atti di citazione in materia sanitaria ed ha in corso due inviti a dedurre. I relativi procedimenti sono ancora in corso e potranno condurre o meno ad eventuali condanne per danno erariale.

(11) *Ibidem*, pag. 16.

(12) *Ibidem*, pag. 3.

Gli importi di danno richiesti sono stati pari a 95.339.607 euro, ai quali debbono aggiungersi i circa 100 milioni di euro che hanno riguardato i finanziamenti alla Fondazione Tommaso Campanella (13).

I maggiori importi di danno richiesti hanno riguardato, nell'ordine, il *deficit* di bilancio delle aziende sanitarie provinciali, la mancata utilizzazione delle apparecchiature destinate allo *screening* mammografico, l'indebito utilizzo di medici di continuità assistenziale, gli illegittimi incarichi attribuiti a terzi, la mancata utilizzazione di strutture e apparecchiature sanitarie.

La situazione (14) è tanto più grave qualora si consideri che in tali ipotesi non si è in presenza di un mero danno erariale, ma anche di un danno sociale che colpisce, cioè, tutta la popolazione, che si vede privata della utilizzazione di strutture sanitarie che dovevano essere adibite ad ospedali e case di cura e che, invece, sono rimaste inutilizzate o che si trovano in una situazione di totale degrado, oppure non sono state completate. Ma è ancora più grave constatare che spesso l'accertamento del danno ha luogo talmente in ritardo da non consentire l'esercizio dell'azione di responsabilità a causa del maturarsi del termine prescrizioneale.

Dal novembre del 2003 sino ad oggi, l'attività della procura di Catanzaro relativa al settore sanità può essere riepilogata, tenendo conto dei vari settori d'indagine.

In merito agli errori sanitari, la Corte dei conti interviene con azione di rivalsa nei confronti di medici e paramedici responsabili dell'errore quando l'Azienda sanitaria o ospedaliera abbia risarcito il danno a seguito di sentenza civile o penale di condanna. L'importo dei danni richiesti ammonta a 4.048.015 euro. Circa la metà riguardano invalidità verificatesi al momento del parto.

Quanto al *deficit* di bilancio delle aziende sanitarie provinciali, esso è costituito dalla differenza tra l'importo contrattualizzato nel 2008 e quello contrattualizzato nel 2007, con le case di cura private accreditate per prestazioni sanitarie senza corrispondente riduzione dell'importo destinato all'ospedalizzazione pubblica, con conseguente maggior costo sostenuto dalle aziende sanitarie provinciali. L'importo di danno richiesto è di 37.321.413 euro. Da questa cifra viene escluso il caso della fondazione Tommaso Campanella, costituita nel 2004 dalla regione Calabria e dall'Università Magna Grecia di Catanzaro, allo scopo di trasformarlo in IRCCS per le patologie oncologiche. In cinque anni, in difetto del prescritto accreditamento, l'ente è stato destinatario di oltre 100 milioni di euro da parte della Regione Calabria. Secondo i principali indici di riconoscimento enucleati dalla Corte di cassazione per individuare la natura giuridica di un ente, la fondazione avrebbe natura pubblica in quanto gode di un finanziamento pubblico, gli organi di governo sono nominati da organismi pubblici, svolge attività di rilievo pubblico ed è sottoposta ai controlli pubblici, tra cui il controllo della Corte dei conti.

(13) *Indagini in materia sanitaria (anni 2004-2010)*, Procura regionale presso la sezione giurisdizionale della Corte dei conti per la regione Calabria.

(14) *Id.*, pag. 4.

Altra nota dolente è lo svolgimento dell'attività extramuraria non autorizzata da parte di medici in rapporto di esclusività con l'azienda sanitaria o ospedaliera. Il danno, tra il 2003 e il 2008, è costituito dagli indebiti emolumenti corrisposti e percepiti dal sanitario e l'importo richiesto è di 495.951 euro. A tal proposito si evidenzia che la Regione, con decreto del presidente della Giunta regionale n. 27 del 18 novembre 2010, ha emanato specifico atto di regolamentazione dell'attività libero professionale rettificando, come richiesto dal « Tavolo Massicci », la precedente delibera della Giunta regionale n. 742 del 2009.

La procura della Corte dei conti ha inoltre riscontrato numerose illegittimità collegate all'acquisto di farmaci da parte di amministratori, medici e dipendenti aziendali coinvolti nelle operazioni. L'importo di danno richiesto, pari a 2.591.689 euro, è costituito da costi sostenuti per acquisti indebiti di farmaci o a prezzi maggiorati o per farmaci non utilizzati perché scaduti.

L'importo per danni richiesto per mancata utilizzazione di strutture sanitarie ed apparecchiature medico-sanitarie acquistate è di 7.154.074 euro. In particolare, si ricorda la mancata utilizzazione delle apparecchiature destinate allo *screening* mammografico per la quale, nel corso del 2009, sono stati condannati dalla sezione giurisdizionale della Corte dei Conti per la Calabria vari amministratori di aziende sanitarie calabresi. Allo spreco di pubbliche risorse destinate all'acquisto di macchinari, si aggiunge la ricaduta sociale sulla collettività femminile calabrese, privata della possibilità di sottoporsi ad attività di prevenzione tumorale. L'importo richiesto per tale tipologia di danno è pari a 14.447.335 euro.

Per illegittimità negli appalti di gara per l'acquisto di beni e servizi, l'importo di danni richiesto è di 4.544.135 euro ed è costituito sia dalle spese sostenute dalle aziende sanitarie ed ospedaliere per avere posto in essere appalti illegittimi e/o illeciti, sia dall'importo delle fatture relative ad operazioni economiche inesistenti.

Per illegittimità nella gestione del personale dipendente, illegittimi pagamenti o inquadramenti, da parte di amministratori che hanno adottato delibere, poi annullate, e di funzionari delle aziende che hanno disposto i provvedimenti ed effettuato i pagamenti, l'importo richiesto è di 1.833.720 euro.

Per quanto riguarda l'illegittimità di incarichi professionali conferiti a terzi, ovvero l'attribuzione di incarichi professionali a soggetti estranei all'ente sanitario in presenza di personale aziendale interno idoneo allo svolgimento delle medesime prestazioni, i danni richiesti sono pari a 8.555.597 euro.

Nel settore dell'illegittimo pagamento di sanzioni da parte di aziende sanitarie o ospedaliere, l'importo danni richiesto è pari a 42.996 euro.

A queste cifre si aggiunge l'importo di 378.798 euro per altri tipi di criticità.

All'attività della Procura si è affiancato un imponente lavoro di monitoraggio effettuato dalla Sezione regionale di controllo della Corte sulla situazione finanziaria della sanità regionale, sia con riferimento ai singoli enti e aziende del Servizio sanitario regionale,

ai sensi dell'articolo 1, commi 166, 167 e 170, legge n. 266 del 2005, sia nell'ambito dell'attività di controllo sulla gestione previsto dalla legge n. 20 del 1994.

I principali rilievi formulati dalla Sezione di controllo possono così riassumersi (15):

1) mancata coerenza tra programmazione annuale di attività aziendale e bilancio economico preventivo e, soprattutto tra bilancio d'esercizio con riferimento alla nota integrativa, spesso carente;

2) approvazione del bilancio economico preventivo in pareggio e chiusura del bilancio d'esercizio costantemente in notevole deficit, senza l'indicazione delle modalità di copertura della stessa, in contrasto con la normativa regionale;

3) mancato rispetto dei vincoli e degli obiettivi previsti dalla programmazione nazionale e regionale, nonché dal « Patto nazionale per la salute », specie per quanto riguarda i tetti di spesa del 13 per cento, per la spesa farmaceutica convenzionata e del 3 per cento per quella ospedaliera;

4) mancato rispetto degli obblighi informativi sugli indicatori e sui parametri di cui al decreto ministeriale 12 dicembre 2001, nonché mancata compilazione del « modello di rilevazione del conto economico », di cui al decreto del Ministro della salute del 16 febbraio 2001;

5) mancata implementazione del sistema di contabilità economico-patrimoniale per centri di costo, al fine di individuare una corretta analisi comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, così da non poter determinare correttamente il disavanzo di esercizio, oltre al rischio di eventuali maggiori finanziamenti da parte dello Stato;

6) assenza di un idoneo sistema di programmazione e controllo, al fine di determinare correttamente l'equilibrio economico-finanziario;

7) frequente *turnover* dei direttori generali delle aziende e del Dipartimento regionale della salute;

8) crescita della spesa per il personale delle aziende sanitarie;

9) assenza di procedure idonee per la formazione, la tenuta e l'aggiornamento degli inventari;

10) ritardi crescenti nei pagamenti ai fornitori, con aumento delle procedure di recupero del credito.

Alla luce delle considerazioni svolte dalla Corte dei conti della Regione Calabria, si ribadisce la provvisorietà dei dati contabili provenienti dalle aziende sanitarie regionali, tanto da far giungere anche i Tavoli ministeriali di verifica all'espressione che « la situazione contabile delle Aziende sanitarie e ospedaliere della regione Calabria

(15) Cfr. Corte dei Conti, cit. pagg. 5 e segg. Id., Rendiconto generale della regione Calabria, per l'esercizio finanziario 2007, pag. 228 e segg.

è affetta da profonde criticità metodologiche e procedurali che necessitano di una completa revisione» (16).

Ai gravi ritardi che continuano a persistere nell'attuazione del piano di rientro e alle incertezze che permangono nel sistema contabile calabrese fa riferimento, in sede nazionale, la Corte dei conti nel rapporto approvato dall'adunanza delle Sezioni unite in sede di controllo del 18 maggio 2011, in cui si sottolinea la necessità di individuare la copertura delle perdite maturate (che, tenuto conto del gettito previsto per l'attivazione della leva fiscale oltre i massimi, vengono quantificate in 920 milioni di euro).

Tale situazione sul piano finanziario non può non avere conseguenze sulla tenuta dei conti dell'intero bilancio regionale e del suo corretto equilibrio, alla luce dell'indebitamento degli enti sanitari, delle difficoltà di cassa, dell'allungamento dei tempi di pagamento ai fornitori, nonché del frequente ricorso alle anticipazioni di cassa con gli enti tesorieri.

7. Prospettive di accertamento e riconciliazione del debito nel triennio 2010-2012

Dall'esame della documentazione prodotta dal subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro, Generale Pezzi, del 14 aprile 2011, trasmessa dalla Regione Calabria (17), si evince che, con riferimento al disavanzo sanitario maturato dagli enti e aziende del Servizio sanitario regionale, inclusa la Fondazione Tommaso Campanella, nonché a quello complessivo sanitario della Regione, la Calabria è ancora impegnata nell'attività di accertamento e riconciliazione del debito, con la collaborazione dell'*advisor* KPMG. Si presume che i dati richiesti a tale riguardo dalla Commissione potranno essere forniti solo al termine della procedura in corso, della quale, peraltro, non si conosce la durata prevista. Da ultimo, il subcommissario rappresenta che, alla data del 14 aprile 2011, non erano ancora pervenute le relazioni degli organi di controllo sul bilancio dell'esercizio 2010 delle singole aziende sanitarie.

Questa situazione è in linea con quanto affermato nel più volte citato verbale della riunione dei Tavoli di monitoraggio del 31 marzo 2011.

Con riferimento all'attività svolta da KPMG, l'*advisor* ha dato supporto nelle seguenti aree di attività: processo di ricognizione e di riconciliazione del debito pregresso e costituzione della *Bad debt entity* e dell'Ufficio istruttore; programmazione e monitoraggio regionale e riorganizzazione dei sistemi contabili; monitoraggio contabile e gestionale.

Il giudizio formulato dal subcommissario sull'attività dell'*advisor* risulta quindi positivo, poiché riconosce che le predette attività hanno

(16) Cfr., Corte dei Conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, Documento presentato nel corso dell'audizione informale presso la Commissione a Roma il 27 maggio 2010, pag. 8.

(17) La Regione Calabria ha scritto alla Commissione solo in data 1 giugno 2011, ovvero ben oltre un mese e mezzo dalla ricezione del documento da parte del subcommissario Pezzi.

permesso, definita la situazione debitoria del 2005 e quella precedente, di poter richiedere l'anticipazione di liquidità a valere sulle risorse disponibili di cui all'articolo 2, comma 98, della legge n. 191 del 2009.

Inoltre, si stanno impostando nuove metodologie di lavoro e monitoraggio orientate al raggiungimento di una maggiore attendibilità e coerenza dei dati contabili gestionali prodotti dalle aziende sanitarie.

8. Proposte della Commissione

Nonostante l'apprezzabile tentativo della Regione di porre in essere le nuove metodologie gestionali e contabili, cui si è accennato nel paragrafo precedente, la Commissione ritiene che il sistema sanitario della Calabria si caratterizzi per la carenza di una vera e propria cultura del dato e di capacità manageriali.

La Commissione, in questo senso, ritiene di individuare dei percorsi che possano concorrere a fronteggiare le criticità fin qui rappresentate.

Qui di seguito si individuano alcune linee di azione:

1) riorganizzare il sistema informativo contabile della sanità regionale mediante processi di rilevazione ordinati e sistematici dei valori contabili, attraverso i quali si possa pervenire ad una situazione contabile di partenza affidabile, certificata e validata;

2) introdurre sistemi di controllo di gestione, da adottare in maniera unificata da parte delle aziende sanitarie, anche con l'ausilio e la collaborazione di altre regioni « virtuose »;

3) realizzare un monitoraggio continuo per il consolidamento dei dati contabili, anche mediante l'azione coordinata dell'assessorato regionale alla sanità e di quello al bilancio;

4) implementare il servizio ispettivo regionale al fine di accertare eventuali responsabilità degli organi di controllo;

5) garantire percorsi di formazione qualificata affinché la classe dirigente sia in grado di recepire le sfide innovative per il risanamento della sanità.

Si condividono, inoltre, i suggerimenti formulati dal presidente della Sezione di controllo della Corte dei conti per la regione Calabria, nell'audizione del 27 maggio 2010 (18). In tale occasione la Corte dei conti, al fine di superare le criticità riscontrate nella tenuta delle scritture contabili e nei controlli esercitati dai colleghi sindacali, ha suggerito la costituzione di un gruppo di lavoro, composto da qualificati soggetti facenti capo al Ministero dell'economia e delle finanze (Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato – Ispettorato generale di finanza), al Ministero della salute (Direzione

(18) Cfr. Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, *Le criticità del Sistema sanitario regionale della Calabria*, cit. pag. 23

generale della programmazione sanitaria) e al Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e degli esperti contabili, al fine di pervenire all'elaborazione di un manuale di principi contabili e di un manuale di principi di revisione. Al fine di verificare che nel settore sanitario vengano adottati i principi contabili così stabiliti, la stessa Corte dei conti ha suggerito altresì di istituire un gruppo interministeriale (composto da soggetti appartenenti al Ministero dell'economia e delle finanze e a quello della salute) dotato di particolare professionalità in materia di contabilità economico-patrimoniale.

Nel tempo, si è sviluppata una politica non rispondente agli standard condivisi a livello nazionale, ma vicina ad un sistema con forti sollecitazioni a carattere clientelare, in un tessuto sociale per molti versi problematico anche per le infiltrazioni mafiose che più volte sono emerse nel tempo nella gestione della cosa pubblica.

Ad oggi, si registra la mancanza del perseguimento e del raggiungimento di buone prassi e di una gestione corretta della spesa sanitaria, corrispondente a criteri di efficacia e di efficienza, atti a garantire ai cittadini l'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate e di qualità.

In questi anni si sono registrati sperperi la cui entità è praticamente impossibile valutare, perché, come registrato dalla Corte dei conti, manca la rintracciabilità delle spese. Dai dati esposti nella relazione appare chiaro un fenomeno di crescita esponenziale di inefficienza. Mancano i bilanci, la Corte dei conti parla di una mancanza di tracciatura contabile e di dati ottenuti con l'ascolto certificato. I dati forniti dalle Aziende sanitarie sono inaffidabili, il numero del personale è stato incrementato irrazionalmente, i costi sono lievitati per l'acquisto di farmaci costosi, rimasti inutilizzati o scaduti, di macchine ormai obsolete, per il pagamento di affitti a canoni molto elevati rispetto ai prezzi di mercato, il personale medico ha svolto un'attività *extramoenia* in modo irregolare e illegittimo. Lo stato della sanità in Calabria rappresenta un caso limite dove è quanto mai auspicabile un cambiamento radicale della gestione della cosa pubblica attraverso una responsabilizzazione degli amministratori locali, che devono essere chiamati con attività di controllo ad operare con trasparenza e a rispondere delle loro azioni di fronte alla popolazione e al Paese.

L'attività della magistratura, anche per i limiti propri di un'azione meramente repressiva, è risultata negli anni poco incidente ed è stata così perpetrata una cattiva gestione della cosa pubblica da parte di diversi amministratori. Per tutto quanto sopra esposto è necessario un radicale cambiamento culturale e sociale.

Capitolo 2. Qualità dell'offerta sanitaria in Calabria

1. I risultati della Commissione di indagine istituita dal Ministero della salute nel 2007

La Commissione incaricata di svolgere un'indagine finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della regione Calabria, istituita dal Ministero della salute nel dicembre 2007 a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza socio economica sanitaria in Calabria (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'11 dicembre 2007), nella sua relazione del 14 aprile 2008 affermava: « La “metodologia” del disservizio risulta essere l'aspetto prevalente del sistema sanitario in Calabria, mostrando sempre le stesse caratteristiche di un sistema caratterizzato da debolezza strutturale in una micidiale combinazione tra governo regionale che non riesce a imporre scelte di rinnovamento, governo aziendale troppo spesso senza capacità di gestione, degrado e inadeguatezza strutturale dei presidi sanitari, disorganizzazione amministrativa e gestionale, comportamenti professionali non adeguati, che a volte può risultare fatale, e che pregiudica le esigenze assistenziali, impedisce un efficace governo della spesa e conduce a rilevanti disavanzi finanziari di cui spesso non si conosce l'effettivo ammontare » (19).

La Commissione citata, inoltre, a proposito dei casi di errori sanitari, affermava: « La Commissione è addivenuta alla conclusione che questi eventi si siano verificati per il concorso di specifici comportamenti viziati da negligenza o imperizia adottati da parte degli operatori, in un contesto caratterizzato da diffuse carenze strutturali o organizzative specifiche della singola struttura e/o riconducibili a problemi generali “di sistema” » (20). Simili riflessioni vengono espresse dalla Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali (XV legislatura), che sottolinea anche la frammentazione della rete ospedaliera, la conformazione geoterritoriale e l'assenza di moderne infrastrutture (21).

Tra le cause organizzative dei casi di errori sanitari rilevate dalla Commissione istituita dal Ministero della salute emergevano la mancanza o l'inadeguatezza di relazioni funzionali esplicite e condivise fra servizi della stessa azienda e/o di aziende diverse, la mancanza di percorsi assistenziali condivisi tra pronto soccorso e reparti di degenza, specie se di natura intensiva, nonché protocolli che definissero mezzi, strumenti e procedure per il trasferimento rapido di pazienti in condi-

(19) Commissione di indagine sulla qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della regione Calabria e sulla effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, Relazione del 14 aprile 2008, p. 72. La Commissione è stata presieduta dapprima da Achille Serra, poi, dal 5 marzo 2008, da Silvana Riccio.

(20) *Ibidem*, p. 29.

(21) Cfr. Commissione di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, Relazione conclusiva approvata il 19 febbraio 2008, XV legislatura, Doc. XXII-bis, n. 1, p. 13.

zioni critiche (22). In particolare, dalle visite ispettive effettuate emergevano gravi criticità in alcuni settori quali:

- Pronto soccorso e rete dell’urgenza: gravi problemi di carattere strutturale in alcuni ospedali; mancanza di percorsi fisici precostituiti per il trasporto dei pazienti dai locali di pronto soccorso ai reparti di degenza; mancanza di percorsi organizzativi interni ed esterni per il trasferimento di pazienti acuti ad altre strutture, con gravi carenze soprattutto per le urgenze di tipo neurochirurgico, cardiologico e cardiocirurgico; incongruità tra accessi al pronto soccorso e presenza di strutture di diagnosi e cura in grado di dare risposta tempestiva; diffusa mancanza dell’uso del *triage*, cioè della metodologia in uso che permette di individuare immediatamente il livello di gravità e di urgenza della patologia da cui è affetto il paziente; organici non adeguati; difformità nel numero di accessi ai posti di pronto soccorso; presenza di un pronto soccorso nell’ambito di una clinica privata, con problemi di appropriatezza delle prestazioni effettuate da parte della regione (23).
- Condizioni igienico sanitarie e problemi strutturali: edifici datati e addirittura vetusti, in un clima di indifferenza e rassegnazione da parte degli operatori; le opere di ristrutturazione talvolta sono state eseguite senza tenere conto dei requisiti per l’accreditamento; lavori fatti in zone di ricovero o di passaggio adiacenti al pronto soccorso senza che tali zone fossero state adeguatamente isolate costituendo possibili fonti di infezione (24).
- Sottoutilizzo di reparti ospedalieri e di intere strutture: paradigmatico l’esempio dell’azienda ospedaliera universitaria Mater Domini di Catanzaro (25).
- Mancanza di una rete ospedaliera razionale: ospedali privi di strutture idonee a consentire percorsi diagnostico terapeutici completi situati l’uno vicino all’altro; ospedali quasi del tutto inutilizzati, con personale regolarmente in servizio, accanto ad ospedali vicini sovraffollati e con organici carenti (26).
- Rete della cardiologia e del bisogno cardiocirurgico: esempio paradigmatico la situazione esistente nella provincia di Catanzaro, caratterizzata da mancanza di sinergia tra le Aziende sanitarie e ospedaliere, con presenza di sale di rianimazione non funzionanti e scarsa produzione cardiocirurgica del pubblico, favorendo di fatto l’unica struttura privata (la clinica

(22) Cfr Commissione di indagine sulla qualità dell’assistenza prestata dal servizio sanitario della regione Calabria e sulla effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, Relazione del 14 aprile 2008, p. 30.

(23) Cfr *ibidem*, pp. 56-57.

(24) Cfr *ibidem*, p. 58.

(25) Cfr *ibidem*, pp. 59.

(26) Cfr *ibidem*, p. 61.

Sant'Anna) che effettua un numero cospicuo di interventi anche di cardiocirurgia ad alta complessità (27).

- Oncologia e Fondazione Tommaso Campanella: dalla Fondazione erano pervenuti pochissimi dati, insufficienti ed elusivi, ad esempio sulle sperimentazioni nazionali ed internazionali; nessun rapporto vi era tra la fondazione e la struttura dell'Azienda ospedaliera Pugliese – Ciaccio – De Lellis, altro polo oncologico della città di Catanzaro, con ovvie ricadute sulla mobilità sanitaria (28).

Nella medesima relazione si evidenziava la totale mancanza di indicazioni e direttive da parte della Regione Calabria riguardo alla gestione del rischio clinico. Emergevano inoltre numerose criticità sul rischio clinico, tra le quali la scarsa diffusione di sistemi di rilevazione di segnalazione degli eventi avversi e l'insufficiente adesione al protocollo di rilevazione degli eventi sentinella (29).

Le carenze sopra accennate potrebbero trovare soluzione dall'attuazione completa del decreto n. 18 del 2010; in merito al rischio clinico la Regione ha emanato tre specifici decreti del presidente della Giunta regionale (n. 16 del 2010, n. 8 del 2011, n. 11 del 2011), al fine di migliorare le salvaguardie complessive del sistema e conferire maggiore sicurezza alle prestazioni erogate.

Vengono fornite nel medesimo documento indicazioni operative in tema di sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico utili a garantire l'efficacia del sistema, tra le quali, in particolare:

- dare seguito alle indicazioni formali in tema di organizzazione orientata alla gestione del rischio clinico, prevedendo efficaci azioni di monitoraggio e di miglioramento, nonché interventi a livello territoriale;
- forte supporto delle direzioni aziendali ai programmi di gestione del rischio clinico;
- formazione diffusa quale elemento centrale per creare una cultura della sicurezza;
- diffusione formale e sostanziale delle raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti stilate dal Ministero della salute, adesione al protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella e partecipazione al programma SIMES;
- promozione della partecipazione effettiva delle associazioni dei cittadini;
- sostegno da parte della regione alle azioni rivolte al contrasto delle infezioni ospedaliere (30).

(27) Cfr *ibidem*, p. 63.

(28) Cfr *ibidem*, pp. 64-65.

(29) Cfr *ibidem*, pp. 30-34.

(30) Cfr *ibidem*, pp. 69-70.

2. La situazione attuale

2.1. L'offerta sanitaria

La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali istituita nella XVI legislatura ha ritenuto opportuno verificare gli eventuali cambiamenti verificatisi nel settore sanitario in Calabria, anche alla luce delle numerose segnalazioni pervenute, relative a casi di presunta « malasanità ». Pertanto, oltre a procedere alle audizioni indicate nella Premessa, il 14 dicembre 2009 la Commissione si è recata in missione in Calabria, presso la prefettura di Catanzaro, dove una delegazione ha ascoltato il presidente e l'assessore al bilancio della Regione e i direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Il 23 e 24 settembre 2010 una delegazione della Commissione si è nuovamente recata in missione in Calabria, dove, oltre ad una visita presso la casa di reclusione « Istituto sperimentale Luigi Daga » di Laureana di Borrello, ha effettuato un sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Locri e ha audito presso la prefettura di Reggio Calabria i commissari straordinari dell'Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria e dell'Azienda ospedaliera Bianchi – Melacrino Morelli di Reggio Calabria, nonché uno dei due subcommissari regionali per l'attuazione del Piano di rientro.

L'offerta sanitaria pubblica calabrese, sulla base di quanto previsto dalla legge regionale 11 maggio 2007, n. 9, era assicurata dalla seguente organizzazione:

Azienda sanitaria provinciale di Cosenza, nata dall'accorpamento delle Aziende sanitarie locali di Paola, Castrovillari-Rossano, Cosenza;

Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, nata dall'accorpamento delle Aziende sanitarie locali di Lamezia e di Catanzaro;

Azienda sanitaria provinciale di Crotona, nata dalla trasformazione dell'Azienda sanitaria locale di Crotona;

Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia, nata dalla trasformazione dell'Azienda sanitaria locale di Vibo Valentia;

Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria, nata dall'accorpamento delle Aziende sanitarie locali di Palmi e di Reggio Calabria;

Azienda sanitaria locale di Locri;

Azienda ospedaliera Annunziata di Cosenza;

Azienda ospedaliera Pugliese – Ciaccio di Catanzaro;

Azienda ospedaliera Mater Domini di Catanzaro;

Azienda ospedaliera Bianchi – Melacrino Morelli di Reggio Calabria;

Fondazione per la ricerca e la cura dei tumori Tommaso Campanella.