

La mancanza di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera calabrese ha comportato gravi inefficienze ed inapproprietezze nell'utilizzo delle risorse, con conseguente non governabilità dei costi e con evidenti riflessi sui livelli di assistenza garantiti alla popolazione. Anche il sistema di emergenza-urgenza richiede un rigoroso processo di riorganizzazione, sia in ambito territoriale che ospedaliero, al fine di garantire una risposta rapida e tempestiva, nonché una diagnosi corretta (31).

L'Age.Na.S., nella relazione consegnata alla Commissione in occasione dell'audizione del 13 aprile 2011, osserva che la regione presenta « un tasso di ospedalizzazione complessiva molto alto », che « nel 40% dei casi i ricoveri riguardano soggetti ultra 65enni » e inoltre che vi è un « elevato grado di inapproprietezza della ospedalizzazione », perché la regione manca di « risposte assistenziali alternative in strutture di lungodegenza o di tipo residenziale extraospedaliere » (32).

Inoltre l'Age.Na.S. evidenzia in particolare:

- per quanto riguarda la rete dell'emergenza-urgenza, che « tutto il sistema regionale mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza » (33);
- per quanto concerne la rete ospedaliera, che è necessario ridurre del 25% il numero dei ricoveri, del 15% i posti letto, del 50% i presidi ospedalieri pubblici (da 36 a 18 strutture) e del 20% le strutture complesse ospedaliere (34) (sull'attuale numero dei posti letto si rinvia alla tabella 1);
- relativamente alla rete territoriale, rileva « resistenza da parte del personale alla ricollocazione », nonché una « debole capacità negoziale con la medicina convenzionata » e « resistenze da parte delle amministrazioni locali alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri » (35);
- per quanto riguarda la gestione del personale, la prima criticità deriva dalla « scarsità dei dati/flussi informativi rispetto alla consistenza del personale/numero dei dipendenti di ogni singola azienda sanitaria e quindi del SSR » (36);
- riguardo ai flussi informativi, « il Sistema informativo sanitario regionale non riesce a fornire informazioni in maniera tempestiva e i dati disponibili risultano non di rado incompleti e presentano un basso livello di certificazione » (37);

(31) Cfr. la Tabella 1, che riporta i dati contenuti nelle pp. 67-72 dell'Allegato 1 al decreto del Presidente della Giunta della regione Calabria n. 18 del 12 ottobre 2010.

(32) Age.Na.S., *Attività di affiancamento della regione Calabria alla realizzazione del piano di rientro (Relazione sulle attività a supporto della regione Calabria)*, 13 aprile 2011, p. 8.

(33) *Ibidem*, p. 4.

(34) Cfr. *ibidem*, p. 6.

(35) *Ibidem*, pp. 9-10.

(36) *Ibidem*, p. 14.

(37) *Ibidem*, p. 16.

- « un processo di trasformazione, di accorpamento ed unificazione delle aziende sanitarie a dimensione provinciale realizzato, per la maggior parte, solo teoricamente » (38);
- vi è « forte sbilanciamento tra popolazione residente e operatori del sistema sanitario regionale » e si rilevano altresì « l'elevato numero di dirigenti medici rispetto agli operatori del comparto e l'elevato livello di retribuzione di tutto il personale sanitario » (39).

Dalle riunioni congiunte del 22 febbraio e del 31 marzo 2011 del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, emerge quanto segue:

1) i provvedimenti di riorganizzazione delle reti assistenziali (ospedaliera, emergenza-urgenza e territoriale) risultano validi come provvedimenti programmatori generali, ma necessitano di definizione dei provvedimenti attuativi (40); in tal senso la Regione, di concerto con i Ministeri affiancanti, starebbe predisponendo la redazione di un cronoprogramma orientato alla realizzazione dei processi di riconversione che potrebbe costituire il fulcro dell'attuazione del decreto di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale;

2) relativamente ai punti nascita, viene evidenziato il rischio di eventuale contenzioso con le strutture private accreditate (41) (è da rilevare, però, che entrambe le case di cura oggetto della disattivazione del punto nascita hanno adito in via cautelare il TAR, che non ha concesso la sospensiva richiesta dai ricorrenti);

3) contrariamente agli impegni presi, i contratti del personale a tempo determinato sono stati prorogati al 31 dicembre 2011, nonostante la normativa vigente disponga la nullità di tali atti (42);

4) la verifica del Piano di rientro effettuata per l'anno 2010 ha avuto esito negativo (con riguardo alle considerazioni già espresse al paragrafo 2), in quanto il processo di risanamento, pur correttamente impostato in via generale, non è stato ritenuto consolidato dal punto di vista strutturale (43).

Riguardo all'attuazione dei provvedimenti adottati dalla Regione per superare le criticità evidenziate, la Commissione si riserva di effettuare una ulteriore valutazione in sede di relazione conclusiva dei propri lavori.

(38) *Ibidem*, p. 14.

(39) *Ibidem*, p. 14.

(40) Cfr verbale della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 22 febbraio e 31 marzo 2011, pp. 21-22.

(41) Cfr *ibidem*, p. 22.

(42) Cfr *ibidem*, p. 4.

(43) Cfr *ibidem*, p. 25.

2.2. La gestione del rischio clinico

Per quanto attiene all'organizzazione volta alla riduzione dei casi di « malasanità », va detto che, nel corso del 2009, con il supporto del soggetto attuatore per la gestione del rischio clinico finalizzato all'applicazione della *clinical governance* nella Regione Calabria, di cui all'ordinanza 5 novembre 2008, n. 30, la Calabria ha dato inizio all'attività formativa specifica, ha identificato i referenti del rischio clinico a livello aziendale, ha istituito gruppi di lavoro sulla qualità della documentazione clinica, sulle raccomandazioni del Ministero della salute sulla sicurezza dei pazienti, sulla gestione dell'*incident reporting* e degli eventi sentinella, sui dispositivi biomedici, con successiva attivazione del sistema di *incident reporting* e di gestione della segnalazione degli eventi sentinella; inoltre, ha nominato i componenti del Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente e ha attivato il sistema di gestione delle denunce e contenziosi.

Con la delibera della Giunta regionale 18 giugno 2009, n. 369 (« Approvazione procedure e azioni per la gestione del rischio clinico nella Regione Calabria »), sono state approvate anche alcune procedure quali quelle sull'uso del cloruro di potassio, sull'identificazione del paziente e del sito chirurgico, sulla prevenzione della ritenzione di garze e strumenti nel sito chirurgico, per la prevenzione delle cadute; sono state inoltre formalizzate le procedure per la segnalazione degli eventi sentinella e sull'*incident reporting*.

Per verificare la situazione di fatto nel dicembre 2009, durante la missione a Catanzaro, è stato richiesto ai direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere di rispondere ai seguenti quesiti:

Quanti sinistri si sono verificati nel 2008-2009 e in quali presidi, con rilevanza penale o civile ?

Quali unità operative sono state coinvolte ?

Che tipologie di sinistri si sono lamentate ?

Sono stati adottati provvedimenti cautelari o sanzionatori nei riguardi degli eventuali responsabili sanitari e/o amministrativi ?

Qual è l'organizzazione contro il rischio clinico ?

Da parte della maggior parte delle Aziende vi è stata una risposta parziale ai quesiti posti, come di seguito evidenziato:

ASP di Vibo Valentia: completa;

AO di Cosenza: incompleta;

ASP di Crotona: incompleta;

AO Pugliese-Ciaccio di Catanzaro: incompleta;

AO Mater Domini di Catanzaro: incompleta;

ASP di Cosenza: incompleta;

AO Bianchi-Melacrino Morelli di Reggio Calabria: incompleta;

ASL di Locri: incompleta;

ASP di Reggio Calabria: completa;

ASP di Catanzaro: completa.

Dall'analisi delle risposte fornite, anche se in molti casi parziali, emergono l'attivazione del sistema di rilevazione degli eventi sentinella, un censimento parziale dei sinistri, un'incompleta individuazione delle unità operative coinvolte, la costituzione in ogni Azienda delle figure preposte alla gestione del rischio, l'attivazione della formazione. Qualche problema si rileva nel coinvolgimento degli operatori, in particolare dalla relazione dell'Azienda ospedaliera di Cosenza del 15 gennaio 2010, ove si segnala « scarsa sensibilità del personale alla partecipazione alle attività del rischio e le enormi resistenze dei direttori delle unità operative a predisporre le relazioni difensive in caso di richieste di risarcimento e a condividere le iniziative relative al rischio. L'impegno di alcuni referenti del rischio delle unità operative è stato lodevole, anche se, in molti casi, non accompagnato da un supporto da parte del direttore di struttura. Da parte di alcuni referenti invece vi è stato un totale disinteresse. [...] Nonostante la trasmissione, per ben due volte, di tutti gli elaborati della delibera della Giunta regionale n. 369 del 18 giugno 2009, solo in pochissimi casi tali procedure vengono adottate » (44). Si evidenzia che presso l'azienda ospedaliera di Cosenza si sono verificati due episodi di « malasanità » che hanno coinvolto bambini, uno dei quali deceduto.

Nel corso dell'audizione presso la Commissione svoltasi il 23 febbraio 2010, il dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della Regione Calabria, in carica dall'agosto 2008 fino a tutta la durata della precedente Giunta regionale, Andrea Guerzoni, affermava: « La malattia principale delle regioni meridionali, e della Calabria in particolare, è la carenza di un metodo di lavoro e della distinzione dei ruoli, ovvero la mancanza di un sistema organizzato. [...] In Calabria manca la classe dirigente pubblica. Non c'è una scuola per dirigenza pubblica. Questa è un'altra sfida che deve essere affrontata. [...] Nelle organizzazioni poco performanti come il sistema sanitario calabrese le organizzazioni in genere tollerano le ambiguità, le zone grigie, i confini sfumati, per cui è fondamentale in questo campo [gli errori sanitari] aver intrapreso un percorso » (45).

Un primo intervento in tal senso è consistito nella rimodulazione del Dipartimento regionale, i cui settori sono stati ridotti da sette a cinque, accompagnato dall'istituzione di un'area controlli, intesa anche come area di *feedback* e di discussione per poter migliorare la sanità regionale. Tale area ha costituito una realtà assolutamente nuova per la regione Calabria.

(44) Azienda ospedaliera di Cosenza, *Relazione sul risk management per l'anno 2009* (15 gennaio 2010).

(45) Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, *Resoconto stenografico* del 23 febbraio 2010; le frasi citate si trovano alle pp. 6, 8 e 9.

3. Le criticità organizzative emerse dall'analisi dei casi di presunto errore sanitario

Da quando la Commissione parlamentare è stata istituita nella XVI legislatura, sono pervenute dalla Calabria numerose segnalazioni su casi di presunti errori sanitari, alcuni dei quali risalenti a periodi antecedenti alla costituzione della Commissione. Dall'esame delle segnalazioni, come di seguito esplicitato, si è avuta conferma delle disfunzioni già evidenziate in passato e che sottendono molti degli episodi di cosiddetta « malasanità », da addebitarsi sicuramente a gravi disfunzioni organizzative, anche se poi è il professionista – singolo o con altri – a essere considerato colui che ha determinato l'evento. Ciò perché, come osservava il dottor Guerzoni nel corso dell'audizione del 23 febbraio 2010, « nelle organizzazioni cosiddette “performanti” si tende a interrompere sul nascere il circolo vizioso per il quale i problemi tendono a scatenare altri problemi. Nelle organizzazioni performanti si sa esattamente chi fa cosa, dove, quando, chi è responsabile e con quali funzioni, e qualsiasi evento fuori da questa sistematicità può essere considerato come errore. In queste organizzazioni performanti, gli errori e i problemi finiscono per generare conoscenze e di conseguenza un circolo virtuoso » (46).

Sono pervenute segnalazioni relative a 75 casi di presunti errori sanitari, nonché a 14 fattispecie riconducibili a criticità di altra natura, avvenuti in Calabria, sui quali è in corso, con la riservatezza richiesta dalla natura dell'istruttoria, un'attività di opportuno approfondimento tecnico, che troverà esauriente riscontro nella relazione di fine legislatura. Per ciascuno dei casi è stata inviata dal presidente della Commissione una lettera al presidente della Regione per chiedere una relazione informativa. A seguito delle risposte ricevute, si è proceduto a richiedere ulteriori notizie sia tramite lettera sia nel corso delle audizioni svolte. In alcuni casi da parte delle Aziende non è stata data alcuna risposta. Per la maggior parte dei casi sono ancora in corso le indagini o i procedimenti giudiziari; la Commissione ha seguito i singoli casi, sia approfondendo l'esame della documentazione inviata, sia richiedendo contestualmente notizie circa l'adozione di provvedimenti amministrativi nei confronti dei responsabili da parte delle Aziende sanitarie e della Regione.

Occorre notare che si è rilevata una notevole inerzia da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere e della Regione nell'adozione di provvedimenti disciplinari nei confronti dei responsabili, anche presunti, di errori sanitari, con varie motivazioni. Spesso ci si è trincerati dietro la mancanza di strumenti contrattuali intermedi tra l'inerzia e il licenziamento. Il presidente, a nome dell'intera Commissione, ha più volte ribadito, anche nel corso della missione a Catanzaro, la necessità di dare un segnale di attenzione da parte dei gestori del servizio sanitario sui casi di presunto errore, intervenendo per allontanare, anche temporaneamente, il presunto responsabile dalla struttura dove è avvenuto l'episodio, per ricostruire la fiducia dei pazienti nei

(46) *Ibidem*, pp. 8-9.

riguardi del servizio sanitario. Tali iniziative, naturalmente, devono essere accompagnate dallo sviluppo di un sistema di gestione del rischio clinico che impari dall'errore e che lavori sull'organizzazione più che sui casi, come sta avvenendo in Calabria nell'ultimo anno. Si tratta di un modello proposto già da tempo in altre realtà italiane e che si è rivelato efficace, ma che ovviamente necessita di tempo, essendo necessario intervenire anche sui comportamenti.

Va segnalato positivamente quanto messo in atto dal dottor Guerzoni, dirigente generale del Dipartimento salute della Regione Calabria, riguardo ad un caso specifico, con la richiesta al direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Cosenza di attivare il provvedimento disciplinare nei riguardi dei presunti responsabili dell'errore medico, utilizzando quanto contenuto nell'articolo 19, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro della dirigenza medica del 3 novembre 2005. Lo stesso dirigente ha poi inviato nel marzo 2010 la medesima nota, come sollecitato dalla Commissione, a tutti i direttori delle Aziende sanitarie quale modalità da seguire in casi analoghi.

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, alcuni casi di presunto errore sanitario dalla cui analisi sono emerse particolari tipologie di criticità, che possono essere raggruppate in alcune macrocategorie.

a) Assenza di un sistema a rete per la gestione di alcune patologie (ad esempio, ictus, trauma cranico, infarto e patologie vascolari acute).

Vi rientrano due decessi occorsi negli anni 2009 e 2010 di pazienti che avevano subito dei traumi. Nel caso del decesso di una donna che aveva riportato un trauma cranico per infortunio domestico, avvenuto il 27 settembre 2009, sono state coinvolte più Aziende; le tre Aziende interessate (ASL di Locri, ASO di Reggio Calabria e ASO di Catanzaro) non sono riuscite ad intervenire tempestivamente sia per assenza di una rete di gestione del trauma cranico, sia per l'impossibilità di effettuare una risonanza magnetica nucleare nella zona di residenza della paziente, in quanto l'apparecchiatura più vicina era presente in una struttura privata non funzionante nei giorni festivi. Nel corso della sua audizione il dottor Guerzoni ha comunicato che è già operativa la rete gerarchizzata per lo *stroke*, il trauma cranico, l'infarto miocardico acuto.

b) Carente gestione dell'emergenza urgenza e dell'elisoccorso; problemi di comunicazione tra operatori.

Nel caso di un paziente deceduto presso l'ospedale di Aciri il 13 agosto 2009, sono emerse carenze dei protocolli e delle linee guida per la gestione delle emergenze, tanto che l'Azienda sanitaria provinciale di Cosenza ha provveduto a sostituire il direttore del Pronto soccorso. Un altro decesso, avvenuto il 4 maggio 2009 a Rossano, di un paziente coinvolto in un incidente stradale sarebbe addebitabile al mancato intervento dell'elisoccorso. A seguito di questo episodio vi è stata la proposta di recesso del responsabile della centrale operativa SUEM (Servizio urgenza emergenza medica) 118 di Catanzaro da parte del direttore dell'Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro. Dalla lettura

del parere del Comitato dei garanti si evidenzia che la realtà operativa del servizio di elisoccorso era in quel momento altamente inefficiente e pericolosa; per motivi contrattuali vi era un contenzioso tra la regione e il gestore dell'elisoccorso sui cosiddetti voli secondari, cioè da un ospedale all'altro, che aveva già determinato, nei mesi precedenti all'episodio citato, la mancata effettuazione di voli secondari in casi urgenti (vi è stata in un caso una denuncia all'Autorità giudiziaria da parte del dottor Guerzoni per interruzione di pubblico servizio). Nel caso specifico del paziente di Rossano, dall'esame della documentazione acquisita emerge che, nonostante i ripetuti solleciti di richieste di soccorso con eliambulanza, la centrale operativa 118 di Catanzaro avrebbe negato l'utilizzo dell'elisoccorso, con l'argomento che la società che gestisce il servizio aveva sospeso temporaneamente gli interventi secondari, tra cui anche quelli da pronto soccorso. In realtà, nel caso di specie, anche in deroga a tale sospensione, la stessa società aveva comunque autorizzato il volo. Si apprestava pertanto una ambulanza per il trasporto del paziente, il quale però nel frattempo si aggravava e decedeva poco dopo. Il Comitato dei garanti evidenzia un contesto connotato da confusione, difetto di coordinamento, prese di posizione e comportamenti di dubbia legittimità se rapportati a precise disposizioni contrattuali, continue proroghe di dubbia legittimità del contratto che statuisce il servizio, irrituali interventi *ad adiuvandum* esclusivi per il singolo caso in questione, disparità di comportamento nei doveri di ufficio, superficialità. Nel mese di luglio 2009 veniva stipulata la nuova convenzione, per la durata di sei anni, per il servizio di elisoccorso con la stessa società Elitaliana Spa titolare della precedente convenzione.

c) Carenze di gestione del rischio clinico.

Tali carenze emergono in maniera significativa in almeno due casi di decesso, avvenuti entrambi nel 2007 nell'ospedale di Vibo Valentia e riguardanti due minori. In ambedue i casi emerge un insieme di carenze professionali, mancata manutenzione di apparecchiature, assenza di linee guida e di protocolli per la corretta gestione delle emergenze in sala operatoria. Si tratta di elementi fondamentali per la prevenzione dei possibili eventi avversi. Il personale medico e tecnico coinvolto è stato trasferito ad altra mansione in attesa dell'esito del procedimento giudiziario.

d) Carenza di prevenzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza.

Sul caso di due gemelli di pochi giorni deceduti presso l'Azienda ospedaliera Pugliese-Ciaccio di Catanzaro nel 2005, è stata acquisita una relazione medico legale che escluderebbe responsabilità della struttura e del personale. Sui tre casi di decesso per sospetta infezione ospedaliera avvenuti nell'anno 2009 dopo interventi di cardiocirurgia effettuati presso la Casa di cura Sant'Anna Hospital di Catanzaro, nonostante la richiesta della Commissione non è stato inviato alcun documento sulla gestione del rischio infettivo all'interno della struttura; la documentazione pervenuta riguarda soltanto monitoraggi

microbiologici ambientali. Va segnalato che nella regione Calabria non è presente ancora un sistema organizzato a livello regionale e aziendale di gestione del rischio infettivo, che invece esiste in altre regioni italiane. Non vi sono neanche dati generali sulla situazione del rischio infettivo nelle strutture pubbliche e private.

e) Carenze relative al percorso nascita.

Il 15 agosto 2009 presso la Casa di cura Villa Elisa di Cinquefrondi si è verificato il decesso di una donna dopo il parto del quarto figlio; a seguito del decesso vi è stata la sospensione della convenzione con la Casa di cura da parte dell'Azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria, nonché l'allontanamento del ginecologo coinvolto nell'evento. Un altro caso ha riguardato, il 20 gennaio 2007, il decesso di una neonata avvenuto cinque ore dopo la nascita, durante il trasporto dall'Ospedale di Corigliano Calabro a quello di Cosenza. Il dottor Guerzoni, nel corso della sua audizione, ha affermato che si sta procedendo alla chiusura dei punti nascita con un numero di parti inferiore a 500 (15 in totale, di cui 3 già chiusi), nei quali l'*expertise* dei professionisti viene meno. In verità, i punti nascita oggetto di disattivazione, a tutela della sicurezza delle partorienti e dei neonati, sono stati individuati con decreto del presidente della Giunta regionale n. 26 del 16 novembre 2010 e successivamente disattivati con decreto del presidente della Giunta regionale n. del 17 gennaio 2011. Inoltre, con specifico decreto del presidente della Giunta regionale n. 36 del 6 maggio 2011 è stato recepito l'accordo Stato-Regioni in tema di percorso nascita e sono state emanate specifiche direttive alle aziende.

f) Gestione carente dell'urgenza-emergenza pediatrica.

Negli anni 2007-2009 si sono verificati tre decessi di bambini presso gli Ospedali riuniti di Reggio Calabria (uno proveniente dall'Ospedale di Polistena, uno dall'ASP di Cosenza e uno dall'ASL di Locri). In tali casi si evidenziano carenze nella gestione del bambino afferenti alla mancanza di percorsi specifici, carenti o assenti protocolli di trattamento, assenza di osservazioni brevi intensive ovvero astanterie pediatriche; sono emerse anche carenze nel ruolo del pediatra di libera scelta. Sostanzialmente, come già evidenziato nella gestione dell'urgenza-emergenza degli adulti, manca un sistema organizzato in grado di fornire una tempestiva ed efficiente risposta al bisogno del paziente in condizioni critiche, tale da evitare rimpalli di responsabilità e conflitti di competenza. Nel corso della missione a Catanzaro il dirigente vicario del Dipartimento regionale per la salute, dottor Bonura, ha affermato che sarebbero state fornite direttive dalla Regione sulla gestione delle emergenze ed è stata attivata l'osservazione breve intensiva.

g) Ulteriori elementi di criticità.

Quali elementi di criticità aggiuntivi, nella maggior parte dei casi segnalati, dalla documentazione fornita e dagli stessi accertamenti effettuati dalla Regione emergono gravi carenze nella completezza e

nell'accuratezza della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla cartella clinica, nonché assenza di protocolli, di linee guida EBM, di percorsi diagnostico terapeutici, di indicazioni al cesareo secondo le direttive dell'OMS.

4. Prospettive di attuazione del piano di rientro

4.1 Riorganizzazione della rete ospedaliera

Il Piano di rientro approvato con delibera della Giunta regionale n. 585 dell'11 ottobre 2009 evidenziava, tra le principali criticità della domanda e dell'offerta, i seguenti elementi (dati riferiti al 2008):

- il tasso di ospedalizzazione, che raggiungeva i 225 ricoveri per 1000 abitanti, di cui 153 di tipo ordinario e 72 in *day hospital*;
- il tasso dei ricoveri dei residenti nelle strutture della Regione, pari a 192 per 1000, nel 40 per cento dei casi riguardanti soggetti ultra 65enni, che presentano circa il 24 per cento di ricoveri ripetuti, e nel 20 per cento pazienti con ricoveri superiori a 1;
- una forte concentrazione di ricoveri tra 0 e 5 giorni, che raggiungono il 60 per cento (circa il 5 per cento riguarda ricoveri di 0 giorni e il 7 per cento di 1 giorno) e sono caratterizzati da elevata inappropriately in regime ordinario (30 per cento circa) e da una popolazione di età media inferiore a 45 anni.

Il Piano di rientro focalizza la propria attenzione sui seguenti obiettivi:

- riorganizzare e adeguare la rete ospedaliera, attraverso l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standard alberghieri;
- rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica;
- adeguare le strutture alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro;
- realizzare i percorsi assistenziali, implementare i processi di lavoro, favorendo l'accesso all'area ospedaliera, ed elevare il livello complessivo di sicurezza.

Con decreto del presidente della Giunta regionale n. 18 del 22 ottobre 2010 sono stati approvati i piani di riordino della rete ospedaliera, della rete emergenza-urgenza e della rete territoriale (46).

(47) Cfr. rispettivamente gli Allegati 1, 2 e 3 al decreto del presidente della Giunta regionale n. 18 del 22 ottobre 2010.

Il decreto presenta le seguenti novità: riduzione di 1427 unità, nel successivo triennio, del personale; passaggio da circa 7600 a circa 6400 posti letto; individuazione di 3 ospedali *hub*, 1 ospedale universitario, 10 ospedali *spoke*, 4 ospedali generali, 1 Istituto nazionale di ricovero e cura per anziani (INRCA).

La prima fase della riconversione, già iniziata, riguarda i presidi di Taurianova, Palmi, Siderno, Chiaravalle Centrale, San Marco Argentano e Soriano. Alla seconda fase, da completarsi entro il 30 marzo 2012, saranno interessati gli ospedali di Rogliano, Cariati, San Giovanni in Fiore, Mormanno, Acri, Serra San Bruno, Praia a Mare, Lungro, Trebisacce, Soveria Mannelli, Scilla e Oppido Mamertina.

Per quanto riguarda il consumo e la produzione di prestazioni ospedaliere, nel 2008, il fabbisogno espresso di prestazioni ospedaliere per i residenti nella regione era rilevato in 450.000 ricoveri di cui il 15 per cento soddisfatto da strutture di altre regioni. Tale mobilità passiva esiste da molti anni ed è perciò da considerare consolidata.

Va evidenziato che ben quattro delle prime cinque Regioni interessate alla mobilità dalla Calabria non sono confinanti ma sono regioni del centro-nord (Lazio, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana).

La riduzione del tasso di mobilità passiva richiede naturalmente la riorganizzazione della rete assistenziale ospedaliera e quella complessiva, rimanendo tuttavia la tendenza alla mobilità dovuta alla mancanza di fiducia nel proprio sistema sanitario.

Il numero di ricoveri da produrre dalle strutture calabresi (pubbliche e private accreditate) è, di conseguenza, di circa 300.000. Il tasso di ospedalizzazione relativo, inclusa la mobilità passiva, risulterebbe così di 176 ricoveri annui per mille residenti, dato compatibile con le linee di indirizzo nazionali.

Il rafforzamento della risposta territoriale comporterebbe inoltre un possibile recupero di appropriatezza di circa diecimila ricoveri corrispondenti ad un tasso di ospedalizzazione di circa 5 ricoveri per mille abitanti (il tasso di ospedalizzazione complessivo scenderebbe a 171 ricoveri per mille abitanti).

Tali dati, confrontati con quelli relativi ai dati attuali di produzione, evidenziano una riduzione della produzione di ricoveri programmabile di circa 98.000 unità (25 per cento) di cui il 25 per cento riguarda gli erogatori pubblici e il 22 per cento quelli privati. La riduzione dei ricoveri come sopra prospettato rappresenta un obiettivo regionale. Lo sforzo di portare tale riduzione alla singola ASP comporta, da un lato, l'attivazione di prestazioni territoriali appropriate e, dall'altra, l'attivazione dell'analisi congiunta tra l'ASP e i soggetti erogatori, con la relativa definizione di percorsi e protocolli utili per il raggiungimento degli obiettivi.

Il tipo di risposta territoriale per ciascun paziente dipende dalla patologia, dal DRG e dalle condizioni complessive della persona (età, situazione familiare, eventuali concomitanze ecc..) ed è sviluppato nello studio per la riorganizzazione della rete territoriale ad integrazione del piano di riordino della rete ospedaliera. La riduzione dei ricoveri e delle prestazioni non appropriate di Pronto soccorso (codici bianchi e, in parte, codici verdi) presso le strutture pubbliche è un

presupposto per la concentrazione e la ricostruzione della rete ospedaliera pubblica. Riducendosi i ricoveri non appropriati è possibile utilizzare le Aziende ospedaliere, gli HUB ed i Centri *spoke* per i ricoveri appropriati e per i pazienti provenienti dai piccoli ospedali da convertire. La riduzione dei ricoveri non appropriati presso le strutture private è già prevista dal Piano di rientro in cui il *budget* delle case di cura è stato ridotto in modo congruo di circa il 10%.

La Regione Calabria presenta, oggi, una dotazione di posti letto di 7.576 unità al netto delle culle/posti nido e dei detenuti; in particolare il 90 per cento è dedicato alle attività per acuzie e la restante parte alla riabilitazione ed alla lungodegenza.

All'interno della regione esiste uno squilibrio dell'offerta in funzione della presenza, nella provincia di Catanzaro, di due Aziende ospedaliere e, nella provincia di Crotone, di molte case di cura. Il tasso di 3,77 posti letto per mille abitanti sembrerebbe, a prima vista, coincidere con il limite nazionale di 4,0 posti letto per mille abitanti. Bisogna, però, prendere in considerazione due fattori specifici per la Regione Calabria. La sua popolazione è più giovane rispetto alla media nazionale, fatto che comporterebbe una riduzione dei posti letto di circa il 5 per cento, e la mobilità passiva, che è un fattore consolidato, corrisponde ad una ulteriore riduzione di circa 15 per cento dei posti letto. Il tasso programmatico corretto del periodo è, di conseguenza, circa 3,2 posti letto per mille abitanti.

Le analisi dei dati di produzione 2008 (dati SDO) evidenziano che, a fronte di 7.576 posti letto esistenti, il fabbisogno complessivo di posti letto appropriati è di circa 6.395 unità, corrispondenti a circa 3,2 posti letto per 1000 abitanti. Tale fabbisogno è legato agli interventi di appropriatezza clinica, organizzativa e di efficienza del processo produttivo già descritto ed è compatibile con il tasso programmatico corretto indicato sopra.

4.2 Riorganizzazione dei Servizi di emergenza-urgenza

Il Piano di rientro evidenzia che, nonostante l'importanza del ruolo svolto e le cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'emergenza-urgenza in Calabria si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, spesso tra loro non coordinati, e risulta utilizzato sovente in modo inappropriato; inoltre, tutto il sistema regionale mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza, tanto da richiedere una rivisitazione complessiva.

L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in pronto soccorso segue il ricovero e una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.

È stato pertanto elaborato, nel citato decreto del presidente della Giunta regionale n. 18 del 22 ottobre 2010, un modello che fa riferimento a principi fondamentali di analisi e progettazione quali:

- 1) lo studio delle SDO e delle prestazioni realmente erogate;
- 2) l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di emergenza nelle sue integrazioni tra

il Sistema di emergenza territoriale 118 e la rete ospedaliera, secondo il criterio *hub and spoke*, pronto soccorso semplice nell'ospedale generale, pronto soccorso di base nell'ospedale di zona montana, punti di primo intervento (PPI) nell'ospedale distrettuale, postazioni ambulanza (PET = postazioni emergenza territoriale) come « canovaccio » di base su cui costruire poi la rete di tutte le patologie;

3) l'analisi, che verrà realizzata a parte, del servizio di continuità assistenziale, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza – urgenza potrebbe rappresentare un notevole valore aggiunto.

In definitiva, il piano di riordino prevede l'individuazione di un settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso l'Assessorato alla salute, che si avvalga di un coordinamento dei Servizi di emergenza territoriale 118 e di un coordinamento dei Dipartimenti di emergenza e dei posti di pronto soccorso e punti di primo intervento.

Il sistema dell'emergenza territoriale è costituito da 5 Centrali operative (Cosenza, Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria) e da 50 postazioni PET dislocate sul territorio provinciale e coordinate dalla corrispondente Centrale operativa.

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi si è stabilito un centro *hub* ogni 500.000 -1.000.000 abitanti, ed è previsto uno *spoke* in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza di almeno 150.000-300.000 abitanti, o inferiore qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di *spoke* superi i 60 minuti, considerando che il centro *hub* funge anche da *spoke* per il bacino di competenza.

Alla luce di quanto descritto e per una applicazione puntuale di quanto pianificato, nell'immediato futuro la Regione si è impegnata a realizzare le seguenti attività:

1. rafforzamento della struttura regionale per il coordinamento dei gestori delle reti di emergenza territoriale e ospedaliera;
2. implementazione della rete dei DEA, dei PS, dei PPI e del 118 e loro collegamento in ragione di una adeguata razionalizzazione che tenga conto, area per area, anche delle PET e delle postazioni di guardia medica in funzione della loro attività;
3. definizione degli organici e degli standard relativi alle strutture complesse 118 e a quelle deputate all'emergenza ospedaliera;
4. attivazione della rete radio-frequenze del 118;
5. istituzione della tracciabilità degli interventi con modulistica omogenea e collegamento con le SDO, utilizzando un sistema informatico regionale;
6. centralizzazione a livello provinciale delle chiamate per la guardia medica, in attesa di definire la riorganizzazione delle postazioni di continuità assistenziale, nonché i rispettivi ruoli e compiti;

7. ridefinizione delle procedure e dei protocolli condivisi per dare attuazione alla rete, con particolare riferimento a: trasporti secondari urgenti protetti, trasporti secondari differibili, trasporti ordinari, rete psichiatrica e implicazioni relative all'uso del TSO in urgenza, trasporto pediatrico-neonatale, percorsi per le patologie complesse;

8. mappatura e studio della rete delle elisuperfici a servizio di destinazioni sanitarie;

9. definizione del ruolo del 118 in relazione a eventi straordinari e manifestazioni di interesse pubblico.

4.3. Linee di azione del nuovo governo regionale

Il nuovo Governo si è mosso indicando le seguenti direttrici:

1) rimozione di tutti i direttori generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, sostituiti con commissari straordinari;

2) creazione di uno specifico settore « Piano di rientro » per seguire esclusivamente l'attuazione del piano stesso;

3) ripresa di tutte le azioni/scadenze previste dal Piano di rientro inadempite dal Governo precedente;

4) richiesta di razionalizzazione dell'organizzazione in ogni Azienda con specifico decreto (n. 7/2010) considerata l'inattuazione della legge n. 9 dell'11 maggio 2007 che aveva accorpato le preesistenti 11 Aziende sanitarie locali in 5 Aziende sanitarie provinciali;

5) blocco delle assunzioni effettuate, nell'imminenza delle elezioni regionali, in deroga alle previsioni del Piano di rientro;

6) revisione della collaborazione con l'*advisor* KPMG che ha portato alla definizione del debito;

7) revisione della collaborazione con Age.Na.S. nella preparazione degli adempimenti di Piano;

8) pianificazione del riassetto della rete ospedaliera, territoriale e dell'emergenza (decreto decreto del presidente della giunta regionale n. 18/2010), atto fondante del Piano di rientro;

9) revisione dei rapporti con il settore privato accreditato con tassativo rispetto delle norme di legge;

10) accreditamento definitivo di tutte le strutture private in possesso dei requisiti di legge (decreto del presidente della Giunta regionale n. 1/2011);

11) stretto e continuo raccordo per una sinergia funzionale tra struttura commissariale e commissari straordinari al fine di garantire un'ottica comune al Servizio sanitario regionale;

12) perseguimento delle azioni/scadenze del Piano di rientro (con risultato positivo come dimostrato dall'ottenimento governativo del nulla osta per l'accesso al mutuo);

13) perseguimento dell'attuazione del decreto del presidente della Giunta regionale n. 18/2010 attraverso la pianificazione dei processi di riconversione in atto;

14) ricollocazione funzionale del personale riscontrato in esubero dai processi di riconversione.

5. La qualità dell'offerta sanitaria: considerazioni di sintesi

La Commissione ritiene di poter rappresentare sinteticamente le seguenti criticità:

inefficiente organizzazione sul territorio per fronteggiare le emergenze sanitarie;

la presenza di numerosi presidi ospedalieri poco attrezzati e poco organizzati (ad esempio, mancanza di sale operatorie, di specialità e competenze o servizi di rianimazione);

un ricorso troppo frequente al trasferimento dei pazienti da una struttura sanitaria all'altra: talvolta, il paziente già ospedalizzato viene ulteriormente trasportato in altri presidi ospedalieri con gravi disagi e con un pericoloso ritardo nel trattamento terapeutico più appropriato;

la mancanza di comunicazione o di coordinamento tra la centrale operativa del 118 e le Aziende ospedaliere, che talvolta causa un erroneo trasporto di pazienti in strutture ospedaliere non attrezzate per le patologie da cui sono affetti;

la mancata applicazione delle procedure di qualità da parte di alcune direzioni sanitarie sia ospedaliere sia di territorio.

Tali elementi, oltre a comportamenti professionali censurabili emersi in alcuni casi, mostrano quanto ancora resta da fare per pervenire a condizioni accettabili di sicurezza e tutela della salute nelle strutture sanitarie della Regione.

Capitolo 3. Considerazioni conclusive

Nella sanità calabrese si è sviluppata, nel tempo, una gestione non rispondente agli standard nazionali, caratterizzata, talora, dal prevalere di interessi particolaristici, da mancanza di cultura del dato, assenza di buone prassi e di amministrazione corretta della spesa, che corrispondesse a criteri di efficacia e di efficienza, atti a garantire ai cittadini l'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. La relazione fornisce puntuale e specifica indicazione di numerose anomalie e criticità.

In questi anni si sono registrate situazioni deficitarie, la cui entità è anche difficile da quantificare, in quanto, come rilevato dalla Corte dei conti, manca spesso la rintracciabilità delle spese. Questo fa comprendere quanto non sia stato facile, anche sotto il profilo politico, fissare degli obiettivi (sia finanziari, sia sociosanitari) non conoscendo, in fase di programmazione, la base di partenza dalla quale predeterminarli, calcolarli e valutarli. È, pertanto, difficile distinguere con precisione le responsabilità delle Giunte regionali succedutesi dal 2000 al 2010.

Costituisce, inoltre, motivo di allarme e conferma di pericolosi condizionamenti malavitosi, facilitati da mancanza di trasparenza, incertezza dei dati e incapacità manageriali, la circostanza che gli organi amministrativi di alcune Aziende sanitarie calabresi siano stati sciolti per infiltrazioni mafiose: ciò rappresenta, per l'intero sistema istituzionale, motivo di preoccupazione. La Commissione ritiene, pertanto, di dover auspicare, unitamente al rafforzamento delle funzioni di controllo interne e della vigilanza da parte della Regione, eventuali interventi normativi, anche in ordine alle criticità che una gestione commissariale potrebbe determinare sul piano finanziario e sotto il profilo funzionale.

Lo stato della sanità in Calabria richiede quindi, in generale, un cambiamento radicale della gestione della cosa pubblica, attraverso una maggiore responsabilizzazione degli amministratori locali mediante un potenziamento delle attività di controllo che garantisca piena trasparenza di fronte alla popolazione e al Paese. A tal fine costituisce un'occasione di cambiamento la sottoposizione del Servizio sanitario regionale a Piano di rientro.

A partire dalla prima attuazione del Piano di rientro si stanno verificando già alcuni fenomeni di riallineamento delle dinamiche produttive sia nel pubblico sia nel privato.

Gli ospedali che si chiuderanno o si ridimensioneranno nelle loro funzioni (nella prima fase 12 dei 34 esistenti) non saranno più riferimento socio-assistenziale e produttivo di comunità locali; si potrebbe verificare il declassamento di strutture fisiche, il cui valore patrimoniale in prospettiva potrebbe depauperarsi; dovrà essere affrontato, inoltre, il problema della riqualificazione e del riutilizzo del personale.

Nel settore privato si sta già verificando una emersione diffusa di crisi finanziarie e gestionali, le quali stanno comportando situazioni di pre-chiusura e di ridimensionamenti aziendali fino a proposte di cessione delle attività, se non di dismissione.

La Commissione ha sempre espresso l'orientamento unanime a considerare prioritaria, nell'invarianza dei costi, l'attenzione per la tutela del diritto alla salute dei cittadini, e quindi a finalizzare gli interventi del Piano di rientro, oltre che al doveroso recupero del disavanzo e al contenimento delle spese, anche al migliore utilizzo possibile delle strutture sanitarie esistenti. In questo senso la Commissione prende atto che è stato richiesto di valutare l'effettiva esigenza della chiusura di ospedali quali quelli di Scilla e di Rogliano, nonché di alcuni ospedali di confine e situati in zone isolate e di montagna. Tale scelta è di esclusiva competenza della Regione Calabria. Analogamente, pur nella complessiva carenza organizzativa della sanità calabrese, vanno valorizzati alcuni centri di eccellenza che tuttora ricevono richieste di ricovero anche dall'esterno della Regione.

A fronte delle finalità del Piano di rientro, si pone il tema dell'aumento della produttività e dell'efficienza del sistema per rispondere alla domanda assistenziale ospedaliera, che postula un incremento degli standard qualitativi delle prestazioni e che potrebbe anche concorrere all'obiettivo di ridurre la migrazione sanitaria.

Non c'è dubbio che il sistema sia stato avviato, già dal 2008, a ristrutturazione virtuosa, mediante interventi puntuali sulla riorganizzazione della rete. Tuttavia, è necessaria una maggiore attenzione alla deospedalizzazione e soprattutto ai servizi territoriali di prevenzione.

Permane, infine, la necessità di interventi che, accanto alle inderogabili esigenze di trasparenza ed efficacia della spesa pubblica, tendano a garantire l'effettivo esercizio del diritto alla salute dei cittadini calabresi, senza discriminazioni tra la Calabria e le altre Regioni, e tra realtà diverse della stessa Calabria. Si rileva infine la forte esigenza di un adeguato rispetto delle professionalità sanitarie operanti nel territorio, spesso mortificate da carenze e anomalie funzionali ed organizzative.

Tabella 1
Posti letto attuali (2009) per struttura (pubblico e privato)

Acuzie

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod.	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180003	P.O. CORIGLIANO	128
		180004	STAB. OSPED. DI ROSSANO	143
		180005	P.O. DI CETRARO	114
		180006	OSP. CASTROVILLARI	141
		180007	P.O. SAN FRANCESCO DI PAOLA	96
		180008	OSP. PRAIA A MARE	80
		180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	33
		180011	P.O. BEATO ANGELICO ACRI	81
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	13
		180014	STAB. OSPED. DI CARIATI	62
		180015	OSPED.CIV.S.GIOVANNI IN FIORE	83
		180016	STAB. OSPED. TREBISACCE	67
		180079	OSP.S. MARCO ARGENTANO	36
	180912	A.O. DI COSENZA	657	
	180916	INRCA	72	
	Totale 1			1.806
	2	180017	CLINICA SANTA LUCIA COSENZA	17
		180018	CASA DI CURA VILLA VERDE DONNICI (CS)	10
		180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE COSENZA	64
180021		LA MADONNINA S.R.L. COSENZA	77	
180024		VILLA ORTENSIA COSENZA	60	
ASP/	Pubbl (1)			N°
		180025	ISTITUTO NINETTA ROSANO BELVEDERE MARITTIMO	128
		180027	CASA DI CURA CASCINI S.R.L. BELVEDERE MARITTIMO	88
		180028	CLINICA SACRO CUORE COSENZA	68
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	28
		180030	CASA DI CURA VILLA DEGLI OLEANDRI MENDICINO	10
		180083	CASA DI CURA SAN LUCA S.R.L. PRAIA A MARE	27
Totale 2			577	
Totale 201				2.383
202	1	160032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	399
	Totale 1			399
	2	180044	CASA DI CURA VILLA GIOSE CROTONE	90
		180045	CASA DI CURA S.RITA	63
		180046	CASA DI CURA REUMATOLOGICA OLIVETI COTRONEI	58
		180085	ROMOLO HOSPITAL ROCCA DI NETO	63
		180101	CALABRODENTAL CROTONE	6
Totale 2			280	
Totale 202				679

203	1	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	281
		180040	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	102
		180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	28
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	90
		180913	A.O. DI CATANZARO	579
		180914	A.O. MATER DOMINI	158
	Totale 1			1.238
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	76
180049		CASA DI CURA S. VINCENZO CATANZARO	10	
ASP/	Pubbl (1)			N°
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	57
		180051	CASA DI CURA VILLA MICHELINO S.R.L. LAMEZIA T.	54
		180052	CASA DI CURA VILLA PUCA CATANZARO	10
		180053	CASA DI CURA SANTANNA HOSPITAL CATANZARO	86
		180917	FONDAZIONE PER LA RICERCA E LA CURA DEI TUMORI « T. CAMPANELLA »	73
Totale 2			366	
Totale 203				1.604
204	1	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	142
		180035	P.O. DI TROPEA	65
		180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	4
		180057	P.O. DI SERRA SAN BRUNO	52
	Totale 1			263
2	180047	VILLA DEI GERANI VIBO VALENTIA	36	
Totale 2			36	
Totale 204				299
205	1	180060	P.O. F. PENTIMALLI DI PALMI	20
		180061	P.O. S. MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA	126
		180062	OSPEDALE TIBERIO EVOLI MELITO PORTO SALVO	115
		180063	P.O. MARIA PIA DI SAVOIA DI OPPIDO MAMERTTNA	22
		180064	P.O. PRINCIPESSA DI PIEMONTE DI TAURIANOVA	18
		180067	OSPEDALE SCILLESI D'AMERICA DI SCILLA	45
		180068	P.O. GIOVANNI XXIII DI GIOIA TAURO	32
		180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	580
	Totale 1			958
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	96
180073		CASA DI CURA VILLA AURORA REGGIO CALABRIA	87	
ASP/	Pubbl (1)			N°
		180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC	219
		180075	CASA DI CURA VILLA CAMINITI VILLA SAN GIOVANNI	48
		180076	CASA DI CURA VILLA SANTANNA REGGIO CALABRIA	34
		180077	CASA DI CURA VILLA ELISA CINQUEFRONDI	53
Totale 2			537	
Totale 205				1.495
206	1	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	338
		180069	OSPEDALE CIVILE DI SIDERNO	22
	Totale 1			360
Totale 206				360
Totale complessivo				6.820

Postacuzie

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod.	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	32
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	66
		180014	STAB.OSPED. DI CARIATI	20
	Totale 1			118
	2	180024	VILLA ORTENSIA COSENZA	15
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	14
		180042	CASA DI CURA MADONNA DELLA CATENA LAURIGNANO	134
		180081	CASA DI CURA M.MISASI GR. S. BARTOLO COSENZA	60
		180084	MEDICAL HOTEL CLIMAT. SPES P. ARENA SANGINETO	27
	180086	CASA DI CURA S .FRANCESCO MENDICINO	60	
Totale 2			310	
Totale 201				428
202	2	180054	ISTITUTO SANTANNA CROTONE	160
	Totale 2			160
Totale 202				160
203	1	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
		180913	A.O. DI CATANZARO	2
	Totale 1			16
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	46
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	30
		180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	4
	Totale 2			80
Totale 203				96
204	1	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
	Totale 1			20
Totale 204				20
205	1	180067	OSPEDALE SCILLESÌ D'AMERICA DI SCILLA	32
	Totale 1			32
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	20
Totale 2			20	
Totale 205				52
Totale complessivo				756

Fonte: Allegato 1 al decreto del presidente della Giunta della Regione Calabria n. 18 del 22 ottobre 2010, pp. 67-72.