

**ATTI PARLAMENTARI**

**XVI LEGISLATURA**

---

# CAMERA DEI DEPUTATI

---

Doc. **XXII-bis**

**N. 1**

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

*(istituita con deliberazione dalla Camera dei deputati del 5 novembre 2008)*

(composta dai deputati: *Orlando, Presidente, Barani, Burtone, Vicepresidente, Calgaro, Castellani, De Nichilo Rizzoli, Di Virgilio, Fucci, Gava, Laganà, Fortugno, Lo Moro, Minardo, Molteni, Nucara, Patarino, Segretario, Polledri, Vicepresidente, Porfidia, Proietti Cosimi, Testa, Segretario, Turco, Zunino*)

### **RELAZIONE SULLO STATO DELLA SANITÀ NELLA REGIONE CALABRIA**

(Relatore: **On. Leoluca ORLANDO**)

*Approvata dalla Commissione nella seduta del 14 luglio 2011*

---

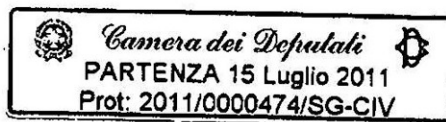
*Comunicata alla Presidenza il 15 luglio 2011  
ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione della Camera dei deputati  
del 5 novembre 2008*

---

PAGINA BIANCA

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

IL PRESIDENTE

*Onorevole Presidente,*

Le trasmetto, ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione istitutiva, la "Relazione sullo stato della sanità nella Regione Calabria", approvata all'unanimità dalla Commissione nella seduta del 14 luglio 2011.

Al riguardo Le rappresento che l'Ufficio di presidenza, integrato dai rappresentanti dei gruppi, ha convenuto sull'opportunità di chiederLe di sottoporre alla Conferenza dei Presidenti di gruppo la richiesta di inserire la suddetta relazione nel calendario dei lavori dell'Assemblea.

La ringrazio e Le invio i più cordiali saluti.

  
Leoluca Orlando

-----  
On. Gianfranco FINI  
Presidente della  
Camera dei deputati  
S E D E

PAGINA BIANCA

## I N D I C E

	<i>Pag.</i>
<b>Premessa</b> .....	7
<b>Capitolo 1. La situazione finanziaria della sanità regionale</b> .....	8
1. Considerazioni generali .....	8
2. Le principali criticità rilevate dalla Commissione .....	11
3. La fondazione per la ricerca e la cura dei tumori « Tommaso Campanella » .....	12
4. La situazione economico finanziaria delle aziende sanitarie e ospedaliere della regione .....	13
5. L'indeterminatezza della misura del disavanzo sanitario regionale .....	21
6. Le criticità della situazione finanziaria della Calabria rilevate dalla Corte dei conti (2004-2010) .....	22
7. Prospettive di accertamento e riconciliazione del debito nel triennio 2010-2012 .....	26
8. Proposte della Commissione .....	27
<b>Capitolo 2. Qualità dell'offerta sanitaria in Calabria</b> .....	29
1. I risultati della Commissione di indagine istituita dal Ministero della salute nel 2007 .....	29
2. La situazione attuale .....	31
2.1. L'offerta sanitaria .....	31
2.2. La gestione del rischio clinico .....	34
3. Le criticità organizzative emerse dall'analisi dei casi di presunto errore sanitario .....	36
4. Prospettive di attuazione del Piano di rientro .....	40
4.1 Riorganizzazione della rete ospedaliera .....	40
4.2 Riorganizzazione dei Servizi di emergenza-urgenza .....	43
4.3 Linee di azione del nuovo governo regionale .....	44
5. La qualità dell'offerta sanitaria: considerazioni di sintesi ....	45
<b>Capitolo 3. Considerazioni conclusive</b> .....	47
<b>Tabella 1 – Posti letto attuali (2009) per struttura (pubblico e privato)</b> .....	49

PAGINA BIANCA

## PREMESSA

La Commissione, attraverso l'acquisizione di documentazione e di informazioni prodotte dagli organi di controllo, operanti presso gli organismi del Servizio sanitario regionale, e dalla Corte dei conti, ha proceduto alle proprie ponderazioni e valutazioni, elaborando un proprio piano di inchiesta sullo stato della sanità nella Regione. Questo è stato attuato mediante visite effettuate direttamente in Calabria, accompagnate a più riprese da libere audizioni, nella duplice ottica di pervenire ad una completa visione della situazione della sanità calabrese con riferimento alle problematiche relative agli errori sanitari e al deficit sanitario regionale.

In tale prospettiva, la Commissione ha proceduto alle audizioni dell'allora presidente della regione Calabria, Agazio Loiero (7 ottobre 2009), del dirigente generale per la tutela della salute della regione Calabria, Andrea Guerzoni, (23 febbraio 2010), e dell'attuale presidente della regione Calabria, Giuseppe Scopelliti (30 giugno 2010). La Commissione ha inoltre sentito in audizione i rappresentanti della sanità della Regione nel corso delle missioni svolte il 13 dicembre 2009 a Catanzaro e il 23 e 24 settembre 2010 a Locri e Reggio Calabria. Nel corso delle missioni sono stati effettuati dei sopralluoghi presso l'Ospedale di Locri e gli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria. Si è inoltre tenuta un'audizione informale del Presidente della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per la Regione Calabria, Franco Franceschetti, e del Procuratore presso la Sezione giurisdizionale della Corte dei conti per la Regione Calabria, Cristina Astraldi, il 27 maggio 2010.

Nel corso dell'inchiesta sono stati utilizzati altresì i bilanci delle Aziende sanitarie e ospedaliere della regione Calabria, la relazione della Commissione d'indagine sulla qualità dell'assistenza prestata dal Servizio sanitario della regione Calabria e sull'effettiva erogazione, secondo criteri di efficienza e di appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza, nonché le relazioni della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti per la Regione Calabria.

## Capitolo 1. La situazione finanziaria della sanità regionale

### 1. Considerazioni generali

L'analisi dello stato della sanità nella regione Calabria richiede, preliminarmente, la presentazione di alcuni dati di sintesi.

La Calabria ha circa 2.010.000 abitanti, 14.869 medici iscritti agli Albi, e quindi un medico ogni 134 abitanti. La spesa totale regionale è pari a 2.972 milioni di euro, mentre la spesa regionale per ogni medico è pari a 199.000 euro. La spesa annua nel 2005 è stata pari a 1481 euro per abitante (1). La quota *pro capite* annua assegnata è pari a 1.710 euro per abitante (a fronte della quota *pro capite* nazionale di 1.730 euro).

Il disavanzo sanitario al 31.12.2010 è pari ad 1.046,983 milioni di euro. Tale importo è comprensivo del:

- disavanzo al IV trimestre 2010 non ancora coperto, pari a 56,168 milioni di euro;
- disavanzo non coperto dell'anno 2009, pari a 97,598 milioni di euro;
- disavanzo non coperto a consuntivo 2008, pari a 93,217 milioni di euro;
- disavanzo relativo al periodo sino al 31 dicembre 2007, pari a 800 milioni di euro.

L'entità del predetto disavanzo sanitario, cumulato al 31.12.2010, tiene conto dei mezzi di copertura, consistenti nella massimizzazione delle aliquote fiscali (incremento addizionale IRPEF ed IRAP).

La regione ha dichiarato che è in corso la riconciliazione del bilancio regionale con le scritture aziendali (2).

L'analisi della complessiva posizione finanziaria che si evince dal Piano di rientro, con riferimento al 31.12.2007, evidenziava un saldo negativo, poi sottoposto a verifica, pari a 1.610 milioni di euro, così composto:

- 810 milioni di euro sino al 31.12.2005;
- 800 milioni di euro per gli anni 2006 e 2007.

Dal verbale delle riunioni del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, tenutesi in data 22 febbraio e 31 marzo 2011, emerge un debito commerciale al 31.12.2005 di complessivi 643,700 milioni di euro, di cui 232,200 milioni di euro con partite aperte. Emerge, altresì, che tale debito è stato pagato per 411,500 milioni di euro negli esercizi 2006/2010 e che, a seguito del riconoscimento di 129,040 milioni di euro disponibili per il SSR (di cui 124,723 milioni di euro per premialità 2001, 1,943 milioni di euro per ripiano disavanzo anni 2001-2003 e 2,374,040 milioni di euro per

---

(1) Cfr. C. Giorlandino, *Più medici di spesa: l'effetto dr. Knock colpisce l'Italia*, in *Il Sole 24 Ore sanità* del 19 maggio 2010.

(2) 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, pag. 9.



premialità anno 2005), permarrebbe una esigenza di copertura del debito commerciale alla predetta data del 31.12.2005 pari a 514,66 milioni di euro (643,700 – 129,040). Inoltre, secondo le risultanze del predetto verbale, si è in attesa che il Commissario garantisca la ricognizione definitiva del debito anche al fine di determinare le componenti antecedenti al 31.12.2005 e quelle relative al periodo 2006-2007 (3).

Con decreto del 14 dicembre 2010, n. 36, la Regione ha costituito la *Bad Debt Entity* (BDE), per la gestione del debito pregresso commerciale, maturato dal Servizio sanitario regionale, finalizzata alla quantificazione ed estinzione del debito stesso.

Il tempo medio per il pagamento dei fornitori di beni e servizi erogati alle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale è pari a 778 giorni per i prodotti biomedicali e a 674 giorni per i farmaci (4). Le somme utilizzate dal bilancio regionale per la sanità sono state pari a 67 milioni di euro, nel 2008, e a 38 milioni di euro nel 2009.

Il Piano di rientro avrebbe dovuto essere attuato nel 2008, ma è stato sottoscritto solo nel dicembre 2009, allorché il presidente Loiero ha cercato di dare metodo e sistematicità al settore sanitario calabrese assieme ai ministeri interessati, firmando un Piano di rientro, anche se a fine legislatura e a ridosso delle elezioni regionali. Con la delibera della Giunta regionale n. 585 dell'11 ottobre 2009 è stato approvato il Piano di riqualificazione e di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 13 dicembre 2004, n. 311. Successivamente, con la delibera n. 752 del 19 novembre 2009, è stato approvato il Piano di rientro dal disavanzo del Servizio sanitario regionale – modifiche ed integrazioni al documento approvato con delibera della Giunta Regionale n. 585 dell'11 ottobre 2009.

In seguito, sono state approvate la delibera della Giunta regionale n. 845 del 16 dicembre 2009, avente ad oggetto « Piano di rientro del Servizio sanitario regionale della Calabria – Approvazione del documento sostitutivo di quello approvato con la delibera n. 752 del 2009 – Autorizzazione dell'accordo *ex* articolo 1, comma 180, legge n. 311 del 2004 » e la delibera della Giunta regionale n. 908 del 23 dicembre 2009, avente ad oggetto « Accordo per il Piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria, *ex* articolo 1, comma 180, legge n. 311 del 2004, sottoscritto tra il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero della salute e il presidente della Regione Calabria, il 17 dicembre 2009 – Approvazione ». Inoltre, è stata approvata la delibera della Giunta regionale n. 97 del 12 febbraio 2010, avente ad oggetto « Delibera della Giunta regionale n. 908 del 2009 – Sostituzione Allegato ».

In merito al contenimento della spesa, l'attuale presidente della Regione ha dichiarato di poter risparmiare 150 milioni di euro nel 2011 e 250 milioni nel 2012 (5). I settori interessati sarebbero stati farmaceutica (60 milioni), personale (25 milioni), attività della stazione

(3) *Ibidem*.

(4) Cfr. *Ibidem*; R. Turno, *In Calabria le ASL pagano dopo 736 giorni, Il Sole 24 Ore* del 17 dicembre 2009, pag. 2.

(5) Cfr., M. Soluri, *Scopelliti: restituire ai calabresi il diritto alla salute. Occorre ridurre al massimo l'emigrazione sanitaria*, in *Il Giornale di Calabria* del 15 luglio 2010, pag. 3.

unica appaltante (55 milioni), ospedalità privata (40 milioni) e pubblica (35 milioni).

Le azioni da porre in essere, secondo il presidente Scopelliti, possono così sintetizzarsi:

- 1) « aggredire » i settori deboli della sanità calabrese, al fine di eliminare sprechi e favoritismi;
- 2) rivedere le strutture fatiscenti, molte delle quali andrebbero chiuse immediatamente;
- 3) aumentare i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni per valorizzare le professionalità;
- 4) riqualificare l'offerta sanitaria con una rete ospedaliera che garantisca le eccellenze.

L'approvazione del Piano consentirebbe la « liberazione » di risorse rilevanti, che, altrimenti, resterebbero allo Stato, quali quote di mancati trasferimenti che, nel quadro della concorrenza finanziaria, lo Stato avrebbe dovuto attribuire alla Regione Calabria a titolo di annualità pregresse del 2001, del periodo 2005-2008. I relativi importi vantati dalla Regione nei confronti dello Stato, con riferimento alla sanità, sono al momento bloccati, in attesa che le misure di risanamento, nell'ambito del Piano di rientro, vengano giudicate positive dal Tavolo di monitoraggio e dal Comitato tecnico di valutazione. In particolare, per ottenere la relativa somma dallo Stato, bisogna, come stabilito nel Piano di rientro, provvedere, tra l'altro, alla ristrutturazione della rete ospedaliera, di quella territoriale e della rete di emergenza-urgenza.

Tavolo e Comitato, nelle riunioni del 22 febbraio e 31 marzo 2011, hanno ritenuto che sussistano per la Regione le condizioni per accedere all'anticipazione di liquidità fino ad un massimo di 500 milioni di euro, considerato che la gestione corrente risulta pesantemente gravata dagli oneri correlati ai ritardi del sistema dei pagamenti.

La verifica del piano di rientro effettuata per l'anno 2010 ha comunque avuto esito negativo, da ricondurre al mancato rispetto delle iniziali scadenze del piano di rientro da parte della Regione la cui nuova amministrazione, insediatasi nell'aprile 2010, non ha potuto colmare i ritardi consegnati dalla precedente gestione. La Regione Calabria non ha inoltre maturato le condizioni per l'erogazione delle risorse relative al Fondo per le aree sottoutilizzate relative ai programmi di interesse strategico di cui alla delibera del CIPE n. 1 del 6 marzo 2009 e delle risorse previste dall'articolo 5 dell'Accordo per il Piano di rientro.

Tavolo e Comitato, in esito alla riunione del 31 maggio 2011, hanno preso atto che si sono consolidate le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, rilevando che l'aumento delle aliquote darebbe un gettito di 53,700 milioni di euro che non risulterebbe sufficiente alla copertura integrale del disavanzo di 1.046,983 milioni di euro, con conseguente necessità per la Regione di prevedere nel corso del 2011 una manovra aggiuntiva al fine di pervenire ad una copertura definitiva del residuo disavanzo.

## 2. Le principali criticità rilevate dalla Commissione

Le indagini esperite dalla Commissione, anche sulla scorta dei rilievi formulati dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti, hanno evidenziato significative criticità, meglio specificate di seguito. Le principali attengono ai dati contabili, nonché alla gestione operativa e si possono così sintetizzare:

- dati contabili e di bilancio inaffidabili, come dimostrano, tra l'altro, le divergenze significative tra i dati esposti nei relativi documenti dal « Tavolo Massicci », dalla Corte dei conti e dalla Regione Calabria, con riferimento agli aggregati economico-patrimoniali delle strutture e degli organismi del Servizio sanitario regionale;
- omessa attivazione e non affidabilità del sistema informativo riguardante le operazioni contabili del Servizio sanitario regionale;
- eccessivo ricorso alle anticipazioni di cassa, oppure al mercato finanziario per fronteggiare la scarsa disponibilità di cassa, anche a causa della ritardata erogazione delle occorrenti liquidità da parte dello Stato;
- eccessiva onerosità dell'*advisor* scelto dal Governo, la cui spesa, con un'operazione di dubbia legittimità, è stata posta a carico della Regione Calabria, che ha corrisposto alla società KPMG l'ingente somma di un milione e mezzo di euro, quale corrispettivo del controllo eseguito;
- tardiva e, in alcuni casi, omessa approvazione del bilancio di esercizio;
- disarmonia tra programmazione annuale e *budget*, con particolare riferimento al bilancio di esercizio e alla nota integrativa spesso carente;
- disallineamento delle perdite di esercizio con riguardo al preventivato pareggio;
- illegittimità rilevate nell'acquisto dei farmaci;
- mancata utilizzazione di strutture sanitarie e apparecchi medico-sanitari;
- inosservanza delle norme, nazionali e comunitarie, in materia di affidamento di appalti pubblici;
- pagamento di fatture riferibili ad operazioni inesistenti;
- ritardato pagamento ai fornitori;
- illegittimo conferimento di incarichi professionali e consulenze;
- carenza di un efficiente ed efficace sistema di controllo (6).

---

(6) Deliberazione n. 450 del 2009, deliberazione n. 220 del 2009, deliberazione n. 59 del 2009, deliberazione n. 487 del 2009, deliberazione n. 219 del 2009. A tale proposito si fa rinvio altresì ai dati schematizzati nelle tabelle di cui alle pagg. 13 e ss.

### 3. La fondazione per la ricerca e la cura dei tumori «Tommaso Campanella»

L'articolo 5 della legge regionale n. 11 del 2009 (come modificato dall'articolo 1 della successiva legge n. 48 del 2009) prevede che, in caso di mancato riconoscimento della Fondazione per la ricerca e la cura dei tumori «Tommaso Campanella» come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) entro il 31 dicembre 2009, la Regione recedesse da tale Fondazione e nominasse un commissario liquidatore incaricato di ricondurne le attività e le funzioni nell'ambito di quelle dell'Azienda ospedaliera universitaria «*Mater Domini*», con conseguente transito anche delle unità operative complesse e trasferimento dei rapporti di lavoro in essere. Con la sentenza del 7 luglio 2010 la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità della predetta norma nella parte in cui consente l'accesso di personale dipendente da un soggetto privato all'impiego di ruolo presso una pubblica amministrazione, senza previo esperimento di idonea procedura di reclutamento tramite pubblico concorso.

Alla luce di questo importante pronunciamento, la Commissione ha pertanto richiesto ripetutamente alla regione chiarimenti e documentazione sullo stato della Fondazione e sulle iniziative intraprese nel mutato quadro ordinamentale.

Le questioni oggi ancora aperte sono due:

- quale sia la soluzione che la regione intende individuare relativamente alla natura giuridica pubblica o privata della Fondazione e al suo conseguente assetto organizzativo, visto che il commissario liquidatore non è stato ancora nominato;
- quale sia l'attuale *status* del rapporto di lavoro del personale già transitato, vista la richiamata declaratoria d'illegittimità della Corte Costituzionale.

Il presidente della Regione, sulla natura giuridica della Fondazione, ha dichiarato che si tratta di un ente pubblico «di fatto», per la presenza dei soci Regione e Università (7). Appare incongrua e censurabile la mancata risoluzione della natura giuridica della Fondazione, attese anche le evidenti implicazioni negative che ne derivano.

Anche la Procura regionale della Corte dei conti, le cui indagini risultano tuttora in corso, ha preso in esame la situazione della Fondazione. In particolare, la Fondazione, negli ultimi cinque anni, seppure in assenza di accreditamento, sarebbe stata destinataria di circa 90 milioni di euro da parte della regione Calabria, per effettuare prestazioni oncologiche, senza, tuttavia, conseguire i risultati previsti.

---

(7) Cfr. A. Cantisani, *Sanità, Leoluca Orlando chiede chiarezza sulla «Campanella»*, in *Calabria Ora*, del 30 luglio 2010, pag. 4.

Nel corso della missione svolta a Catanzaro il 14 dicembre 2009, la Commissione ha formulato a tale riguardo una specifica richiesta di chiarimenti, cui la Fondazione ha fornito una risposta generica.

Con legge regionale è stato posposto al 30 Settembre 2011 il termine entro il quale procedere al riconoscimento della Fondazione in IRCCS; il piano di rientro prevede, quale specifico obiettivo, la ridefinizione dell'assetto giuridico della Fondazione stessa. Risulta che la struttura commissariale, di concerto con i ministeri competenti, dovrebbe redigere una proposta in tal senso da inviare al Consiglio regionale per l'emanazione di una specifica legge.

#### 4. La situazione economico finanziaria delle aziende sanitarie e ospedaliere della regione

Sulla base delle criticità rilevate dalla Sezione regionale di controllo della Corte dei conti nel 2009, ai sensi dell'articolo 1, commi 166, 167 e 170, legge n. 266 del 2005, e dalla Commissione d'indagine sulla qualità del Servizio sanitario regionale nel 2008, nel corso della missione svolta a Catanzaro il 14 dicembre 2009, la Commissione ha chiesto alle Aziende sanitarie di fornire alcuni riscontri, schematizzati nei seguenti prospetti, in cui sono riportate le risposte fornite.

	<b>AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE DELLA REGIONE</b>	<b>Rilievi della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti, effettuati nell'anno 2009, ai sensi dell'articolo 1, commi 166, 167 e 170, legge n. 266 del 2005</b>	<b>Rilievi della Commissione d'indagine sulla qualità del Servizio sanitario regionale (Relazione deliberata il 14 aprile 2008)</b>	<b>Risposte fornite</b>
1	<b>ASP CROTONE</b>	<p>Con la delibera del 27 aprile 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In relazione all'esercizio 2007, ritardo nell'adozione dei documenti di programmazione e rendicontazione.</li> <li>2. Rilevanti perdite delle gestioni nel triennio 2005-2007 non ripianate, né autorizzate preventivamente dalla Regione.</li> </ol> <p><i>Trend</i> di perdite:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 2005: 24580 migliaia di euro</li> <li>– 2006: 33754 »</li> <li>– 2007: 66438 »</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Carenze nel sistema contabile-patrimoniale aziendale.</li> <li>4. Forte incidenza di contenzioso con il personale (1345 vertenze).</li> </ol>	<p>In relazione alla gestione sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Numero di dipendenti amministrativi e dirigenti elevato rispetto al totale.</li> <li>2. Incidenza delle strutture private convenzionate – accreditate straordinariamente elevata.</li> <li>3. Criticità in relazione alla funzionalità dei reparti ospedalieri.</li> </ol> <p>In relazione al risultato di esercizio sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perdite nell'esercizio 2006 e 2007.</li> <li>2. Piano di rientro per l'esercizio 2007 non rispettato in quanto non concretamente realizzabile.</li> <li>3. Costi sostenuti per speralità privata esorbitanti.</li> </ol>	<p>Vengono individuati il numero dei dirigenti a tempo indeterminato, che al 31.12.09 sono pari a 385, nell'ambito di un organico complessivo di 928 unità. I dipendenti del ruolo amministrativo a tempo indeterminato sono pari a 248, su un organico di 538 unità.</p> <p>In relazione al contenzioso, alla data del 25.01.10, si rileva un volume di contenzioso, in materia di personale, per gli anni 2008 (358) e 2009 (344) pari a n. 702, rispetto al dato originario di 1345 rilevato dalla Corte dei conti, risalente all'esercizio 2007.</p> <p>Sulla gestione del patrimonio, in merito agli elevati canoni di locazione,</p>

		<p>5. Non specificata l'entità debitoria per gli anni 2001-2007.</p> <p>6. Elevate spese per canoni di locazione.</p> <p>7. Necessità di implementare le attività di monitoraggio sui principali aggregati di spesa.</p> <p>8. Situazione patrimoniale gravemente compromessa in presenza di un <i>deficit</i> di 127.200 migliaia di euro, determinato dalle reiterate perdite di esercizio che ne hanno depauperato il patrimonio netto (negativo).</p> <p>9. Costi della mobilità passiva rielaborati successivamente alla chiusura del bilancio.</p>		<p>non si ravvisa nessun ricorso a valutazioni di congruità, né alcuna misurazione quantitativa dei costi di locazione sopportati per ciascun immobile.</p> <p>In relazione all'adozione di strumenti di programmazione e rendicontazione, si giustifica il ritardo per una differente allocazione di due comuni in nuove ASP provinciali, rispetto all'originaria di Crotone, ai sensi dell'articolo 7 della legge regionale n. 9 dell'11.5.07.</p> <p>Quanto al ripiano delle perdite, emerge una sottostima del FSR, per la quota di pertinenza dell'Azienda.</p> <p>Risultano, inoltre, pendenze legali non prevedibili, definite con sentenza che hanno aggravato i risultati.</p> <p>Le carenze del sistema contabile vengono giustificate dall'introduzione del sistema di contabilità economico-patrimoniale con conseguenti difficoltà di adattamento, anche culturali, da parte del personale.</p> <p>Sulla situazione debitoria, per il periodo 2001-2007, l'Azienda fa rinvio a quanto definito dall'<i>advisor</i>, risultante altresì dai bilanci consuntivi.</p> <p>Il monitoraggio dei principali aggregati di spesa avviene attraverso il sistema ASCOT web.</p>
2	<p><b>ASP CATANZARO</b> (Comprendente le ex aziende sanitarie di Catanzaro e di Lamezia Terme)</p>	<p>Con la delibera del 7 luglio 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <p>1. Perdita di esercizio per il 2007 pari a 55.011 migliaia di euro, di cui 12.654 ascrivibili al risultato di esercizio negativo dell'AS di Lamezia Terme e 42.356 migliaia dell'AS di Catanzaro.</p> <p>2. Asimmetria funzionale e organizzativa tra collegio sindacale e azienda.</p> <p>3. Rilevante incidenza della spesa farmaceutica</p>	<p>In relazione all'esercizio finanziario 2006, sono stati rilevati:</p> <p>1. Notevoli perdite di esercizio delle ex aziende sanitarie nell'anno 2006.</p> <p>2. Continuo aumento dei costi per la spesa farmaceutica.</p> <p>3. Notevole incidenza dei costi per il personale sul totale dei costi.</p> <p>4. Eccessivo numero del personale amministrativo sul totale.</p>	<p>Con riferimento alle perdite dell'esercizio 2007, l'Azienda ha ottenuto due ripiani da parte della Regione ed ha attivato la misura del ticket.</p> <p>L'azienda fa presente la mancata conclusione dei lavori da parte del Collegio sindacale, alla data del 3.2.2010, sul bilancio 2007, non ancora approvato dalla Giunta regionale, ritenendo, tuttavia, di aver riscontrato, con qualche ritardo, le osservazioni dell'organo di controllo.</p>

		<p>sul totale dei costi di produzione.</p> <p>4. Variazione in aumento della spesa per il personale.</p> <p>5. Rilevante mobilità passiva.</p> <p>6. Mancato rispetto degli obiettivi di contenimento dei costi per consulenze e collaborazioni nel 2007.</p> <p>7. Ricorso ordinario ad anticipazioni di tesoreria con conseguenti oneri di indebitamento.</p> <p>8. Forte erosione del patrimonio netto.</p>		<p>Quanto all'incidenza della spesa farmaceutica, è stata attivata la distribuzione diretta dei farmaci, con un sistema di monitoraggio e di controllo continuo e sistematico. L'azienda sottolinea una significativa riduzione del costo lordo per ricetta e del costo netto, nonché una responsabilità decisionale, relativamente a farmaci costosi, da parte delle aziende ospedaliere Pugliese-Ciaccio e Policlinico <i>Mater Domini</i>.</p> <p>Risultano internalizzati servizi precedentemente gestiti in outsourcing. In merito agli oneri per consulenze, l'azienda rileva l'eccezionalità del costo, dovuto all'accorpamento delle due aziende (ASL 6 e ASL 7), unitamente alla fissazione di opportuni tetti massimi. Sulle anticipazioni di tesoreria, l'azienda fa presente un ritardato incasso da parte della Regione, verso cui vanta un credito di 86,6 milioni di euro, oltre alle somme per il ripiano delle perdite d'esercizio pregresse, per un totale complessivo di 341,3 milioni di euro.</p>
3	<b>ASP COSENZA</b>		<p>Sono emerse, quale problema prioritario, criticità relative alle strutture private convenzionate-accreditate.</p> <p>Elevato numero di posti letto in strutture convenzionate per acuti (769).</p> <p>Sono in corso verifiche da parte dei servizi ispettivi di finanza pubblica della Ragioneria generale dello Stato.</p>	<p>L'Azienda non ha fornito alcuna risposta.</p>
4	<b>ASP VIBO VALENTIA</b>	<p>Con la delibera del 27 aprile 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <p>1. In relazione all'esercizio 2007, ritardo nell'adozione dei documenti di programmazione e rendicontazione.</p> <p>2. Rilevanti perdite delle gestioni del triennio 2005-</p>	<p>Dall'esame del consuntivo 2006 sono stati rilevati:</p> <p>1. Complessiva diminuzione degli acquisti di esercizio e riduzione della spesa per i farmaci degli ospedali.</p> <p>2. Significativo aumento dei costi per prestazioni di servizio, soprattutto per</p>	<p>In merito all'adozione della programmazione e rendicontazione, si giustifica il ritardo per una differente allocazione di alcuni comuni in nuove ASP provinciali, rispetto all'originaria, a seguito dell'articolo 7 della legge regionale n. 9 dell'11.5.07.</p>

		<p>2007 non ripianate, né autorizzate preventivamente dalla Regione, a fronte di bilanci di previsione approvati in pareggio.</p> <p><i>Trend</i> di perdite:</p> <p>– 2005: 16518 migliaia di euro</p> <p>– 2006: 15645 »</p> <p>– 2007: 28620 »</p> <p>3. Marcata crisi di liquidità.</p> <p>4. Mancanza di qualsiasi forma di controllo da parte del collegio sindacale in ordine alle procedure seguite dall'azienda per l'affidamento di servizi a terzi.</p> <p>5. Necessità di implementare le attività di monitoraggio sui principali aggregati di spesa.</p> <p>6. Mancato rispetto dei tetti di spesa per il personale nell'esercizio 2007.</p> <p>7. Difficoltà dei dati sulle consulenze.</p> <p>8. Situazione patrimoniale gravemente compromessa in presenza di un <i>deficit</i> di 35.610 migliaia di euro, determinato dalle reiterate perdite di esercizio che ne hanno depauperato il patrimonio netto (negativo).</p> <p>9. Elevato numero di vertenze condizionanti la situazione patrimoniale.</p>	<p>l'incremento dei costi per la farmaceutica convenzionata.</p> <p>3. Aumento del costo totale per il personale del ruolo sanitario; elevato numero dei dipendenti appartenenti al ruolo amministrativo.</p>	<p>La Regione ha introdotto nuove linee guida per la corretta redazione dei bilanci.</p> <p>Risulta una rideterminazione delle perdite (in misura inferiore) a seguito della riduzione degli accantonamenti. Sono state adottate opportune misure di riduzione della spesa, con analogo riduzione delle perdite.</p> <p>Risultano promosse opportune iniziative per garantire il monitoraggio degli aggregati di spesa.</p> <p>L'azienda giustifica il mancato rispetto dei tetti di spesa per il personale e per garantire i LEA e gli standard operativi minimi.</p> <p>Si riscontra un elevato numero di dipendenti del ruolo amministrativo, ancorché vi sia stata una riduzione di 37 unità nel biennio 2007-2009.</p>
5	<b>AZIENDA SANITARIA LOCRI</b>		<p>È stata esaminata la « <i>Relazione attività su criticità gestionali ed organizzative. Proposte</i> » della Commissione straordinaria dell'ASL del 12 settembre 2007 dalla quale sono emersi:</p> <p>1. Inefficienze ed irregolarità nella gestione delle risorse umane.</p> <p>2. Acquisizione di beni e servizi mediante diffuso ricorso alla trattativa privata e in violazione sistematica della normativa antimafia.</p> <p>3. Quotidiana ricezione di decreti ingiuntivi relativi a debiti maturati negli anni precedenti.</p>	<p>La risposta pervenuta non risulta esauriente.</p>
6	<b>ASP REGGIO CALABRIA</b>		<p>Sulla base di quanto dichiarato dal collegio sindacale in relazione ai bi-</p>	<p>L'Azienda non ha fornito alcuna risposta</p>



			<p>lanci consuntivi 2001-2006 sono emersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inconsistenza e inadeguatezza del bilancio di previsione 2006 che è stato totalmente disatteso a consuntivo.</li> <li>2. Indeterminatezza dei decreti ingiuntivi notificati.</li> <li>3. Eccessivo tasso di indebitamento per l'anno 2006.</li> <li>4. Incremento iperbolico della spesa farmaceutica dal 2005 al 2006.</li> <li>5. Rilevanti perdite non ripianate né autorizzate preventivamente.</li> </ol>	
7	<p><b>AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA</b> (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"> <li>1. Perdite di esercizio negli anni 2004, 2005 e 2006 <i>Trend</i> di perdite: – 2004: 47623 migliaia di euro – 2005: 31902 » – 2006: 25734 »</li> <li>2. Squilibri di bilancio dovuti alla carenza di programmazione.</li> <li>3. Carenza di controlli e di monitoraggio.</li> <li>4. Mancato rispetto del vincolo di crescita dei costi della produzione.</li> <li>5. Aumento dell'indebitamento verso i fornitori. Ritardo di 560 giorni nel soddisfare le spettanze dei fornitori.</li> <li>6. Spesa per il personale crescente nell'esercizio 2006.</li> <li>7. Acquisto di beni e servizi senza regolari bandi di gara.</li> <li>8. Notificati 156 decreti ingiuntivi e 90 atti di pignoramento.</li> </ol>	<p>In relazione al bilancio di esercizio del presidio ospedaliero Annunziata 2006 sono stati evidenziati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incremento dei costi per interessi moratori e rivalutazione monetaria.</li> <li>2. Elevato numero di debiti verso i fornitori.</li> </ol> <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><b>AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI CATANZARO</b></p>	<p>Con la delibera del 5 giugno 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ritardi reiterati nell'approvazione dei bilanci dell'azienda nel triennio 2005-2007.</li> <li>2. Mancata approvazione da parte della giunta regionale dell'atto aziendale di organizzazione interna.</li> </ol>	<p>Sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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-</li> </ol>	<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><b>AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE-CIACCIO CATANZARO</b></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	<b>AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO- MORELLI REGGIO CALABRIA</b>		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	<b>FONDAZIONE TOMMASO CAMPANELLA CATANZARO</b>  (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 auditato 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.



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 inappropriata 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 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			<b>1.806</b>
	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			<b>577</b>	
Totale 201				<b>2.383</b>
202	1	160032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	399
	Totale 1			<b>399</b>
	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			<b>280</b>	
Totale 202				<b>679</b>

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			<b>1.238</b>
	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			<b>366</b>	
Totale 203				<b>1.604</b>
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			<b>263</b>
2	180047	VILLA DEI GERANI VIBO VALENTIA	36	
Totale 2			<b>36</b>	
Totale 204				<b>299</b>
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			<b>958</b>
	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			<b>537</b>	
Totale 205				<b>1.495</b>
206	1	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	338
		180069	OSPEDALE CIVILE DI SIDERNO	22
	Totale 1			<b>360</b>
Totale 206				<b>360</b>
Totale complessivo				<b>6.820</b>

**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			<b>118</b>
	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			<b>310</b>	
Totale 201				<b>428</b>
202	2	180054	ISTITUTO SANTANNA CROTONE	160
	Totale 2			<b>160</b>
Totale 202				<b>160</b>
203	1	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
		180913	A.O. DI CATANZARO	2
	Totale 1			<b>16</b>
	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			<b>80</b>
Totale 203				<b>96</b>
204	1	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
	Totale 1			<b>20</b>
Totale 204				<b>20</b>
205	1	180067	OSPEDALE SCILLESÌ D'AMERICA DI SCILLA	32
	Totale 1			<b>32</b>
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	20
Totale 2			<b>20</b>	
Totale 205				<b>52</b>
Totale complessivo				<b>756</b>

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