

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

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**14.**

**SEDUTA DI MARTEDÌ 23 FEBBRAIO 2010**

**PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LEOLUCA ORLANDO**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>			
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i> .....	3	Guerzoni Andrea, <i>dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria</i> .....	6, 15, 16, 17, 19
<b>Audizione del dottor Andrea Guerzoni, dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria.</b>		Fucci Benedetto Francesco (PdL) .....	9
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i> .	3, 5, 9, 14, 17, 18, 19	Laganà Fortugno Maria Grazia (PD) .....	5, 12
Barani Lucio (PdL) .....	5, 13	Molteni Laura (LNP) .....	11, 16, 17, 19
Burtone Giovanni Mario Salvino (PD) .....	10	Nucara Francesco (Misto-RRP) .....	5, 10, 18
		Rapellino Marco, <i>soggetto attuatore per il rischio clinico della regione Calabria</i> .	16, 17, 18, 19

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
LEOLUCA ORLANDO

**La seduta comincia alle 20,20.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Propongo che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione del dottor Andrea Guerzoni, dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria.**

PRESIDENTE. Desidero rivolgere un saluto di benvenuto al dottor Andrea Guerzoni, dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria, al dottor Antonino Bonura, vicario del dottor Andrea Guerzoni che abbiamo già incontrato nel corso dell'audizione a Catanzaro, e al professor Marco Rapellino, del Dipartimento per la tutela della salute e politica sanitaria della regione Piemonte e consulente della regione Calabria.

Considero opportuno fare una premessa. Come Commissione, riteniamo opportuno mettere un punto fermo, allo stato degli atti, sulla nostra attività nella regione Calabria. A tal fine, riteniamo molto importante questa audizione, perché l'obiettivo è quello di pervenire ad una relazione al Parlamento sullo stato della sanità nella regione Calabria. Intendiamo quindi seguire questo metodo, fermo restando che poi procederemo agli eventuali

aggiornamenti con riferimento alla regione Calabria e ad analoghe relazioni per le altre regioni oggetto della nostra attenzione.

Al fine di avviare questo lavoro, mi è sembrato opportuno far avere una nota — è in distribuzione ai colleghi — al dirigente generale. In essa sono riassunti tutti i punti che sono stati evidenziati nel corso delle audizioni, quella di Roma e quella di Catanzaro, ma anche in esposti, denunce e articoli di stampa che sono stati sottoposti all'attenzione della Commissione. Questa nota, che è la più esaustiva possibile ancorché sintetica, reca punto per punto i quesiti che sono oggetto di questa audizione. Una volta ricevute le risposte fornite dai dirigenti e dal consulente, provvederemo a fare il nostro lavoro, esaminandole e deliberando le iniziative ritenute opportune.

Abbiamo rilevato l'esigenza di chiedere ulteriori chiarimenti con riferimento all'azienda sanitaria provinciale di Crotona; su quali effetti abbia comportato l'elevato numero di dirigenti in rapporto al numero complessivo dei dipendenti in organico; quali siano le ragioni della difformità nel numero delle procedure contenziose per gli anni 2007 e 2008, a fronte del differente dato della Corte dei conti; quale ragioni determinino l'assenza di valutazione di congruità del canone di locazione a fronte della razionalizzazione logistica. Con riferimento all'azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, vorremmo sapere quale valutazione di convenienza economica o funzionale sia alla base della scelta di ricondurre all'interno dell'azienda lo svolgimento di funzioni che recentemente erano state esternalizzate.

Non risultano ancora pervenute risposte relative ad alcuni, ulteriori quesiti e

precisamente: sull'azienda sanitaria provinciale di Cosenza, con riferimento alle criticità relative alle strutture private convenzionate accreditate, in particolare per quanto riguarda l'elevato numero di posti letto in strutture convenzionate per acuti (ben 769); sull'azienda sanitaria di Locri, per capire se l'ente ospedaliero abbia posto in essere iniziative volte a porre rimedio ad alcune criticità evidenziate in relazione ad attività gestionali e organizzative, ad alcune proposte della Commissione straordinaria dell'azienda sanitaria del 12 settembre 2007, relative a inefficienze e irregolarità nella gestione delle risorse umane, acquisizione di beni e servizi mediante il diffuso ricorso alla trattativa privata e in violazione sistematica della normativa antimafia, nonché per la quotidiana ricezione di decreti ingiuntivi relativi a debiti maturati negli anni precedenti; con riferimento all'azienda sanitaria provinciale di Reggio Calabria, se siano state risolte le criticità emerse sulla base di quanto dichiarato dal collegio sindacale in relazione ai bilanci consuntivi 2001-2006, relativo a inconsistenza e inadeguatezza del bilancio di previsione 2006, che è stato totalmente disatteso a consuntivo, indeterminatezza dei decreti ingiuntivi notificati, eccessivo tasso di indebitamento per l'anno 2006, incremento iperbolico della spesa farmaceutica dal 2005 al 2006, rilevanti perdite non ripianate, né autorizzate.

Come anticipato nella visita a Catanzaro, la Commissione si trova inoltre nella necessità di acquisire le note integrative della relazione sulla gestione della Fondazione Tommaso Campanella, a supporto interpretativo dei dati risultanti dallo stato patrimoniale e dal conto economico, riferiti agli esercizi 2006, 2007 e 2008.

Segnalo inoltre la necessità della Commissione di acquisire notizie o documentazioni relative a casi di presunti o accertati errori sanitari non menzionati nel corso dell'audizione svoltasi a Catanzaro, ovvero oggetto di approfondimento ad altro titolo. Nella nota, segue l'elenco dei casi oggetto di questa nostra richiesta e in allegato c'è il riferimento a una serie di

quesiti così come a una serie di presunti errori sanitari che sono stati oggetto di attenzione. Per ogni caso viene annotato lo stato degli accertamenti: i casi di Antonio Abbruzzese, Andrea Bonanno, Demetrio Cabulliese, Simone Esposito, Antonio Fraia, Francesca Francolino, Chiarina Gambettola, Maria Grazia Granata, Giancarlo Mazzuca, Federica Monteleone, Demetrio Nicolò, Giovanni Pellicone, Maurizio Quattrone, Lucia Roma, Sara Sarti, Eva Ruscio, Vito Carnovale, Francesca Marcito, Fabio Battaglia. Accanto a ognuno di questi casi vi sono i dati acquisiti, i dati non acquisiti, le eventuali criticità e ogni ulteriore annotazione. Per alcuni di questi è allegata una particolare documentazione acquisita.

Vi sono inoltre le domande con riferimento alle risposte formulate dai consulenti della Commissione all'inizio della riunione a Catanzaro, ovvero quanti sinistri si siano verificati nel 2008-2009 e in quali presidi, con rilevanza penale o civile; quali unità operative siano state coinvolte, quali tipologie di sinistri siano state lamentate; se siano stati adottati provvedimenti cautelari o sanzionatori nei riguardi degli eventuali responsabili sanitari e o amministrativi; quale sia la loro organizzazione contro il rischio clinico.

Dall'esame della documentazione pervenuta si evidenzia quanto segue: la documentazione relativa alla azienda sanitaria di Vibo Valentia appare esaustiva, salvo la valutazione sui dati forniti; quella dell'azienda di Cosenza è parzialmente completa; quelle dell'azienda sanitaria di Crotona, dell'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio, dell'azienda ospedaliera *Mater Domini* di Catanzaro, dell'azienda sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera di Reggio Calabria sono incomplete; quelle delle aziende sanitarie di Locri, di Reggio Calabria e di Catanzaro sono assenti.

Ovviamente, questi dati fanno riferimento al momento in cui abbiamo spedito questa nota, perché nelle more alcune di queste aziende sanitarie locali hanno fatto pervenire alla Commissione la risposta. Vi prego quindi di considerare che questo era quanto abbiamo trasmesso al direttore

generale in vista di questa riunione. Nel frattempo, alcune di queste aziende hanno formalizzato le risposte su sollecitazione della Commissione e del dirigente generale.

Abbiamo inoltre esaminato la documentazione relativa agli aspetti organizzativi contenuti nel prospetto fornito nel corso del sopralluogo a Catanzaro sull'azienda ospedaliera Bianchi-Melacrino-Morelli di Reggio Calabria, e in particolare su alcuni punti, quali il buon rapporto tra numero di dipendenti e produzione, il mancato rispetto delle buone norme di costruzione e la partoanalgesia che viene offerta solo in attività libero professionale. Nella relazione che abbiamo inviato sono esposte alcune considerazioni su questi quesiti.

Ho assolto il compito di illustrare le premesse di questa relazione. Prego i colleghi di intervenire se, rispetto a questa impostazione, ritengano di dover aggiungere qualche altro elemento.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Intervengo solo per precisare, poiché la documentazione dell'ASL di Locri è stata citata come assente, che questa mattina il direttore generale ha inviato tutto, ma per un disguido gli allegati sono stati mandati alla Corte dei conti. Arriveranno domani con un corriere in Commissione e alla Regione.

FRANCESCO NUCARA. Al di là della sua relazione sui casi specifici, vorrei chiedere al direttore generale un suo giudizio sulla sanità in Calabria. Vorrei sapere da lei se la sanità funzioni oppure no e per quale motivo.

Prima di arrivare alla definizione di una relazione, mi risulta che i tecnici della programmazione sanitaria abbiano già cominciato a dare alcune schede. Sarebbe utile che la Commissione le approvasse e inviasse tali schede alle sezioni competenti delle regioni per capire come funzionino dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria e non medico.

PRESIDENTE. Senz'altro. Ovviamente, in questa fase abbiamo l'esigenza di defi-

nire quello che è di competenza più diretta della direzione generale. Abbiamo quindi ritenuto opportuno convocare la direzione generale, avvertendone doverosamente il presidente della Regione, ma consideriamo questo il punto di partenza, non di arrivo rispetto alla nostra relazione. Dovremo infatti esaminare le risposte che riceveremo e integrarle con quanto necessario.

LUCIO BARANI. Ho portato una serie di giornali. Talvolta, i giornali scrivono inesattezze; ma a volte, se in seguito a verifica le affermazioni pubblicate risultano veritiere, portano a sentenze che ne testimoniano l'utilità. Cito alcuni dati *flash*: un bimbo, Nico Francesco, nato a Catanzaro il 17 gennaio 2010 e ricoverato presso la patologia neonatale, viene operato il 21 gennaio. « Il Quotidiano della Calabria » pubblica un articolo sul grande intervento, ma il bambino muore. Un altro bambino, tale Narciso, operato per la stessa patologia, è stato salvato a Roma dopo che il primario, un certo Rubino, lo aveva operato. Il piccolo Narciso adesso è al Bambino Gesù di Roma, è salvo, sta bene ed è stato ridato ai suoi genitori.

Risaliamo ad articoli del 2002 riguardanti il rinvio a giudizio dei medici di chirurgia pediatrica dello stesso ospedale. Dopo sette anni, una sentenza condanna l'operatore che ho citato alla sospensione con interdizione dalla professione per anni uno, e sei mesi di reclusione. Ovviamente, la pena è sospesa e si legge nella documentazione che lo stesso primario propone la propria moglie, Anna Romano, come responsabile infermieristico del dipartimento stesso e il direttore generale procede alla nomina.

Ho un garofano, sono un garantista, è De Magistris il pubblico ministero, che non ha sicuramente mai avuto la mia simpatia, ma credo che la sanità calabrese sia gestita con un'associazione di operatori, di *manager*, di direttori generali che induce a condividere la domanda sul suo funzionamento posta dall'onorevole Nucara.

PRESIDENTE. Nella pagina 2 della nota inviata, i casi che lei ha citato sono

indicati accanto a quelli di Flavio Scutellà, Michele Turano, Sabrina Parrotta, Alessandro Lorenzo. Abbiamo posto quindi tutte le domande. Abbiamo fatto un ampio lavoro di individuazione dei casi di criticità e desidero ringraziare tutti i componenti della Commissione che hanno collaborato e tutti gli esperti che hanno aiutato la Commissione a individuare e a dare ordine a questi problemi.

Do ora la parola al dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria, dottor Andrea Guerzoni, che ringrazio per la presenza e la disponibilità.

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Signor presidente, onorevoli, innanzitutto ringrazio per aver avuto questa traccia che permette una sistematizzazione del lavoro. La traccia è partita il 19 febbraio dalla Commissione parlamentare, è arrivata in regione Calabria il 22, e quindi ci è servita ieri per sistematizzare e per raccogliere il materiale.

Ci è stata molto utile per confermare quanto evidenziato dall'onorevole Laganà Fortugno, ovvero il fatto che, per un mero errore di trasmissione, tutta la voluminosa documentazione di Locri con 44 allegati, indirizzata alla Corte dei conti, al presidente della Commissione e al sottoscritto, sia arrivata solo alla Corte dei conti. Ieri, infatti, sulla base di questo schema, avevo chiesto informazioni al direttore generale, che credeva fosse stata inviata. Tuttavia, ha verificato che è pervenuta solo alla Corte dei conti. Il corriere indirizzato a questa Commissione è partito questa mattina e mi ha assicurato che domani mattina il materiale sarà disponibile.

Partendo dalle riflessioni e dalla domanda specifica dell'onorevole Francesco Nucara, vorrei sottolineare alcuni aspetti, e sarò breve nel rispetto del tempo prezioso di tutti voi.

A dicembre abbiamo firmato un piano di rientro con il Governo, che considero un elemento di valore per il servizio sanitario regionale e per la regione Cala-

bria, perché è un patto che sottolinea un metodo di lavoro. Quello che ho notato, venendo da un'esperienza lavorativa in una regione differente, è il metodo di lavoro e la distinzione dei ruoli. Provenendo da una regione dove metodo di lavoro e distinzione dei ruoli sono ben chiari, ci siamo trovati in una situazione dove i confini risultano molto sfumati. La malattia principale delle regioni meridionali e della Calabria in particolare è infatti la carenza di un metodo di lavoro e la carenza della distinzione dei ruoli, ovvero la mancanza di un sistema organizzato. Poiché però passare da un sistema sfumato a uno organizzato non è come accendere un interruttore della luce *on-off*, il traguardo si raggiunge a piccoli passi, con metodo e sistematicità.

Questo significa che il piano di rientro è per me una bella opportunità di sistematizzazione, perché riguarda diversi settori cruciali del servizio sanitario, a iniziare dalla sistematizzazione dei conti economici, che deve essere non un obiettivo, ma un vincolo. All'interno delle organizzazioni si deve capire che ogni azione ha un costo e che è doveroso operare all'interno di vincoli economici, come operiamo all'interno delle nostre famiglie. Questo è un approccio culturale importante. Il servizio sanitario regionale è una macchina che costa 200-250 milioni all'anno in più rispetto ai costi finanziati. Questo non è possibile, perché è necessario far sì che gli interventi siano di qualità ma rispettino il vincolo economico che ci viene posto.

Al di là dell'aspetto prettamente economico, che considero un vincolo e non un obiettivo, il piano di rientro ci ha dato l'opportunità di ripensare diversi settori, a iniziare dal personale. Abbiamo tanti piccoli ospedali dislocati su tutto il territorio che fanno la stessa cosa. Questo comporta una maggiore spesa per il personale rispetto ad altre organizzazioni e ad altri sistemi che sono gerarchizzati in maniera molto precisa. Al di là di questo, i costi di personale appaiono elevati rispetto a un *benchmark* italiano. Il costo del personale in Calabria è circa il 36 per cento della spesa totale, mentre la media italiana è del

31 per cento. Il costo del personale dipendente in Calabria è di 592 euro per ciascun abitante, mentre in Italia abbiamo una media di 567 euro. Ora noi dobbiamo tendere al *benchmark* nazionale, non alle regioni più virtuose.

In questi anni, il *trend* del personale è in calo, cioè è sceso il personale, ma ne è aumentato il costo. Questo significa che sono stati assunti elementi pesanti, cioè dirigenti, rispetto al personale non dirigente. A questo deve aggiungersi l'invecchiamento, giacché il personale ha un'età media molto avanzata. Questo comporta un costo medio di personale più elevato rispetto al *benchmark*.

Questi primi dati fanno capire come il piano di rientro sia stato per noi un'importante opportunità di lavoro, nonché di qualificazione e di miglioramento del sistema, così come per la rete ospedaliera. Oggi, un ospedale è un concentrato di tecnologia e di multiprofessionalità, per cui deve avere dimensioni tali da permettere l'investimento in tecnologie e in multiprofessionalità. Gli ospedali di piccole dimensioni non possono quindi essere considerati come autentici ospedali; e ciò non per un problema economico che li rende svantaggiosi, ma per un problema di qualità assistenziale. Gli ospedali, per essere definiti tali, devono avere al loro interno tecnologie, professionisti e professionalità diverse, che garantiscano un approccio moderno al cittadino, che ne ha diritto perché oggi la moderna medicina ospedaliera deve essere questa.

Il piano di rientro è dunque un'opportunità per una rivisitazione della rete, anche se qualcosa era stato fatto prima. La gerarchizzazione della rete era infatti già stata avviata. Determinati pazienti devono essere portati non nel luogo più vicino, ma nel luogo più idoneo, anche se è a 20 chilometri di distanza, dove troveranno le risposte assistenziali più appropriate per il loro bisogno. È inutile che un traumatizzato cranico si fermi in un ospedale dove non ci sono TAC, una neuroradiologia o una neurochirurgia. E così anche per i pazienti colti da infarto. La centralizzazione che abbiamo operato

quest'anno portando pazienti con un infarto nel luogo più idoneo ha fatto sì che anche in Calabria si facciano angioplastiche coronariche primarie, come è giusto che avvenga. Anche l'istituzione delle *Stroke Units* risponde a simili esigenze, laddove oggi è delittuoso trasportare chi ha un *ictus* in una struttura non in grado di intervenire, se non offrendogli un letto. Oggi, i danni umani e sociali di un *ictus* non appropriatamente curato, non affrontato multidisciplinariamente sono enormi e sono una responsabilità dell'organizzazione, del sistema; quindi, sono mie responsabilità. Sono state quindi create la rete con la gerarchizzazione per l'infarto, la rete per il trauma, la rete per le *Stroke Units*.

Il piano di rientro è anche una nuova opportunità di rapporto con il privato. L'impostazione non è ideologica, perché a me francamente non interessa chi faccia la prestazione, ma che sia svolta secondo canoni e criteri appropriati. Per quanto riguarda il rapporto pubblico-privato e la questione dei ruoli, il pubblico deve avere la committenza, deve chiedere ciò di cui ha bisogno, e il privato lo deve fare nei modi e nei vincoli appropriati. Questo significa che, se fino a un certo momento il privato produceva ciò che sapeva produrre, adesso deve essere il pubblico a dire di cosa ha bisogno e il privato deve produrre nei limiti quantitativi e qualitativi necessari. Questa si chiama committenza ed è una questione di ruoli: è il pubblico a dover essere il committente. Il piano di rientro con l'analisi di quanto veniva pagato ci ha permesso di comperare ciò che serve ai cittadini con i soldi ad integrazione del settore privato.

Anche la farmaceutica costituisce un'altra opportunità di lavoro sull'appropriatezza prescrittiva, sul controllo della prescrizione, sulla recente istituzione di un prontuario terapeutico regionale che non esisteva. Infatti, la Calabria era una terra di nessuno, le industrie farmaceutiche brevettavano e il giorno dopo il prodotto era già nelle farmacie in Calabria. Questo non

sarà più possibile, perché il prontuario terapeutico è vincolante per gli ospedali e per il territorio.

Per quanto riguarda l'acquisto di beni e servizi, è diventata finalmente operativa la famosa stazione unica appaltante, di cui il presidente Loiero ha anche riferito a questa Commissione. La stazione ha già iniziato a bandire gare, e la prossima, di cui sarà pubblicato il bando entro il 28 febbraio, riguarderà il prontuario farmaceutico.

Il piano di rientro è occasione di ripensamento anche per quanto riguarda la Fondazione Campanella, i cui soggetti sono due strutture pubbliche, l'Università e la regione Calabria, con finalità pubbliche ma con un meccanismo privatistico di funzionamento. Nel piano di rientro con il Governo, ci si è accordati sull'esigenza di ridefinirne l'assetto.

Vorrei ora esprimere una considerazione sulla Fondazione Campanella. Non sono meridionale e il mio incarico scadrà a breve, quindi sono abbastanza libero. Il capitale intellettuale sarà il moderno futuro, la società sarà costruita sul *know how* e sul capitale intellettuale. Poiché non vivo in Italia meridionale, ma nel corso di questa mia breve esperienza professionale e umana ho imparato ad apprezzare anche i veri valori che ci sono, nonostante tutte le difficoltà, ritengo che perdere il capitale intellettuale in Italia meridionale significhi perdere il futuro di un pezzo d'Italia. Investire in ricerca e in innovazione, investire nelle teste delle persone che vi lavorano è un investimento per il futuro dell'intera Italia. Questa è una mia personale considerazione, di cui mi assumo la responsabilità. Appare importante il lavoro che stanno facendo sulla ricerca transnazionale, cioè sulla possibilità dell'applicazione concreta della ricerca in diversi campi quali i tumori ereditari, la farmacogenetica, l'oncologia in generale. Stanno mettendo assieme l'informatica, la bioingegneria, i nuovi materiali, la genetica chimica; stanno lavorando sull'integrazione di centri per le nanotecnologie, la proteomica, la genetica molecolare; stanno facendo modelli murini su cui sperimen-

tare. La famosa battuta del direttore generale sui topini nel corso della trasmissione *Report* non ha certo saputo valorizzare quello che stanno facendo; e questo è un *deficit* della dirigenza del pubblico impiego.

In Calabria manca la classe dirigente pubblica. Non c'è una scuola per dirigenza pubblica. Questa è un'altra sfida che deve essere affrontata.

La ricerca costituisce un patrimonio della Fondazione Campanella che per la regione Calabria è un investimento per il futuro. Forse dovrà essere cambiato l'assetto organizzativo, si dovranno dare meno soldi e verificare dove vengano spesi. Gli indicatori per valutare il capitale intellettuale possono essere i brevetti: riconosco che hanno fatto pochi brevetti, per cui devono brevettare di più. Hanno pubblicato una serie di lavori scientifici internazionali, ma occorre che ne facciano il doppio. È necessario però fare attenzione a non perdere quel vero valore e vero motivo per cui è stata creata.

Ritornando al discorso della *malpractice* e degli errori, non voglio trincerarmi dietro al fatto che sbagliare può essere fisiologico. Su circa 8 milioni di ricoveri, 320.000, che equivalgono al 4 per cento, subiscono danni causati da errori o disservizi. Colgo lo stimolo nella domanda per ribadire come non si debba colpevolizzare l'individuo, ma il sistema, perché spesso è una questione di sistema. La manifesta incapacità individuale deve essere colpita e superata senza dubbi, ma bisogna stare attenti a non trovare capri espiatori e cercare di individuare il vero problema.

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.

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 aver intrapreso un percorso, nel quale il dottor Rapellino ci ha indicato come fare tecnicamente. Abbiamo iniziato con la rimodulazione del dipartimento, passando da 7 a 5 settori anche nell'ottica dell'obiettivo del contenimento dei costi, e istituendo un'area controlli di cui il dottor Bonura è responsabile.

L'area controlli è nuova per la regione Calabria. La cultura del controllo non appartiene alla pubblica amministrazione, ma con l'istituzione di questo settore si è voluto dare dignità, ma soprattutto inserire culturalmente la parola « controllo », che non è solo un controllo poliziesco, ma è inteso come area di *feedback* e di discussione per poter migliorare. Nel 2008, si è istituito il gruppo regionale del rischio clinico: ogni azienda ha un *risk manager*, un professionista formato per affrontare le problematiche. Ne fanno parte il direttore sanitario, i farmacisti e gli ingegneri chimici.

Non voglio dilungarmi sulle azioni fatte concretamente, dall'uso del cloruro di potassio all'identificazione del lato (esistono procedure per identificare il lato e il sito chirurgico), alle procedure per la segnalazione e la ritenzione di garze o strumenti. Sono stati assegnati gli obiettivi ai direttori generali, ai quali spesso in passato non erano dati, è stata realizzata l'anagrafe regionale delle tecnologie sanitarie.

Si tratta quindi di un'impostazione di sistema. Non nascondo che il piano di rientro per me è stata un'ottima occasione di ripensamento, di rimodellamento, di rimessa in discussione.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti e formulare osservazioni.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Ringrazio il dottor Guerzoni per la esauriente e chiara esposizione. Come Commissione di inchiesta, però, ci interessano anche dati obiettivi. Il 7 ottobre 2009, quando venne qui il presidente Loiero, quanto disse fu sconcertante e lo sconcerto sussiste ancora, perché noto una ragguardevole differenza tra quella che è l'esposizione di un tecnico e quella che è stata l'esposizione e gli indirizzi di un politico, che dovrebbe darle lo strumento per poter trasformare ciò che lei mirabilmente ha detto in concretezza.

Il presidente Loiero parlava di una sanità spesso ancora intesa come ufficio di collocamento, per cui vorrei sapere cosa abbiate programmato per eliminare questa situazione. Le sue belle parole, molto condivisibili – sono un medico e mi augurerei di avere un esperto come lei in ogni realtà regionale –, non nascondono la necessità di passare dal dire al fare. Il presidente Loiero parlò di 25 o 28 punti nascita in Calabria, di cui 12-15 nei quali le nascite erano inferiori a 400. Affermare ciò significa affermare una tragedia, che prima o poi avverrà. Vorrei sapere quindi cosa si sia fatto in pratica e che cosa intendiate fare.

Quello che lei ha detto deve infatti essere supportato da atti concreti. Purtroppo, il più delle volte, in situazioni di grave disavanzo come quella che colpisce la Calabria e altre regioni, si devono prendere decisioni impopolari, che fanno perdere competizioni elettorali.

Mi chiedo dunque se possiamo parlare di un piano di rientro supportato da fatti. Lei ha parlato di un *risk management* che è presente in ogni struttura ospedaliera, ma vorrei sapere come questo si possa conciliare con notizie che parlano ancora di malasanità, che inevitabilmente possono ancora avvenire non tanto per l'impreparazione dei singoli – condivido la necessità di non colpevolizzare gli operatori – ma perché certe strutture devono essere chiuse, e non nell'arco di 10 anni o di un anno, ma dall'oggi al domani.

Vorrei sapere quindi cosa stia facendo la regione Calabria, quali decisioni siano

state prese da ottobre, quando è venuto qui il presidente, ad oggi. Altrimenti, i 250 milioni che annualmente superano quanto erogato alla regione continueranno a crescere, con l'erogazione di un servizio che sarà sempre notevolmente inferiore e porrà la sua sanità, come anche la mia — sono pugliese e, se Sparta piange, Atene non ride — in condizione di non allinearsi mai a quel concetto di sanità che è una realtà in regioni virtuose, che sono addivenute a una situazione di virtuosismo perché magari da tempo hanno affrontato con sudore e sangue la situazione. Vorrei chiederle se la regione Calabria stia dimostrando questo coraggio e quali provvedimenti siano stati presi da ottobre a oggi.

FRANCESCO NUCARA. Condivido le considerazioni dell'onorevole Fucci. La relazione, dottor Guerzoni, è stata molto bella, per cui le rivolgo i miei complimenti, laddove, se fosse stata una lezione universitaria, io, che medico non sono, sarei stato molto contento.

Ho apprezzato la sottolineatura che il bilancio non è un obiettivo, ma un vincolo. Sarebbe auspicabile che la sanità funzionasse e avessimo i debiti, mentre invece abbiamo i debiti e la sanità non funziona.

Vorrei sapere se abbiate mai pensato, almeno da quando c'è lei, che è un uomo libero e viene dal nord, mentre noi non siamo liberi e stiamo al sud — lo dico senza polemica, non pensi che mi senta offeso, sono un uomo libero e di buoni costumi —, di fare il sistema di qualità, ospedale per ospedale, con cui si individuano le responsabilità dall'infermiere al primario. Quello sarebbe un sistema di controllo, non il *risk manager*, che può avere legami di amicizia. Grazie a quella procedura, si attribuirebbe la colpa, come avviene nella pubblica amministrazione e nelle aziende private. L'ho suggerito ai Comuni della Calabria. A Roma e a Viterbo l'hanno fatto, ma in tutte le pubbliche amministrazioni si può fare.

A Gerace c'è un bellissimo ospedale geriatrico. Vorrei sapere perché da venti anni sia chiuso. L'ospedale è nuovo, men-

tre la geriatria si fa ancora in un vecchio convento. Un esperto di organizzazione sanitaria ci ha detto che la spesa per realizzare un ospedale nuovo equivale a due anni e mezzo di gestione. Poiché dal punto di vista della costruzione tecnica esistono ospedali obsoleti, vorrei sapere se s'intenda ammodernarli, demolirli o ricostruirli *ex novo*, perché anche questa è programmazione sanitaria.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Ho seguito solo una parte dell'intervento del direttore, ma sono rimasto particolarmente colpito da alcune considerazioni. Mi auguro che questo tentativo di riorganizzazione dia frutti positivi e che la presenza dei *manager* che dovranno seguire il rischio nelle varie aziende garantisca risultati tempestivi, anche perché in Calabria e in Sicilia i casi di malasanità sono particolarmente presenti. Conosco più dettagliatamente la Sicilia, ma le notizie provenienti dagli organi di informazione testimoniano l'esigenza di compiere un grande sforzo. I risultati non possono essere immediati, ma l'augurio è che con queste presenze tecnologicamente avanzate e professionalmente adeguate si possano ridurre i casi di errori sanitari.

Da quanto ho percepito, c'è il tentativo di utilizzare il piano di rientro per mettere in campo iniziative virtuose. Sul banco degli imputati ci sono innanzitutto le strutture ospedaliere inadeguate, i piccoli ospedali. Il direttore evidenziava giustamente l'opportunità di recarsi non nell'ospedale più vicino, ma nell'ospedale più adeguato, cosa su cui conveniamo. Viene quindi spontaneo chiedersi se questo sforzo sia stato avviato. Ci sono realtà in cui piccoli ospedali inefficienti e inadeguati sono situati a poca distanza rispetto a strutture dotate delle nuove conquiste della tecnologia e della medicina. Vorrei sapere dunque quando queste strutture sostituiranno integralmente i vecchi e piccoli presidi.

Lei giustamente rilevava che è meglio fare 20 chilometri in più per un soggetto che ha una particolare patologia (*ictus* o trauma cranico) che portarlo all'ospedale

più vicino, cosa su cui siamo d'accordo. Quando parliamo di 20 chilometri, sappiamo che i tempi per l'emergenza possono essere adeguati, ma, se la distanza aumenta, il rischio clinico comincia a essere preoccupante.

Dobbiamo avere la consapevolezza che il territorio non si può sguarnire, specialmente in un territorio come quello calabrese, che ha caratteristiche orografiche particolari e in cui ci sono realtà di montagna, particolarmente isolate, e una rete viaria purtroppo inadeguata rispetto alle esigenze del territorio. I piccoli ospedali non sono più il presidio utile per il cittadino, ma non sappiamo quando sorgeranno i grandi ospedali e soprattutto se i piccoli ospedali saranno sostituiti da presidi territoriali con una riorganizzazione dell'urgenza e dell'emergenza. Da questo punto di vista, sarei particolarmente attento a capire che cosa si sta facendo in Calabria.

Dinanzi alla proposta originaria del presidente Lombardo, con l'assessore Russo, di chiudere 5.000 posti per acuti in Sicilia — ringrazio gli esponenti della mia parte politica che si sono battuti per evitarlo riuscendo a limitare il danno —, alla presenza di realtà come quelle metropolitane di Palermo, di grandi ospedali in cui sono ricoverati 15 bambini sulle barelle perché mancano posti letto, ritengo che i piani di rientro si debbano fare colpendo la sanità parassitaria, gli interessi complessi, e non colpendo il sistema sanitario e facendo venir meno i livelli essenziali di assistenza.

Concordo con la sua impostazione della riorganizzazione del settore, ma vorrei sapere come si stia mettendo in campo il sistema delle emergenze e delle urgenze.

LAURA MOLTENI. Mi fa piacere riscontrare in questa audizione almeno da parte del dottor Guerzoni un approccio di metodo e pragmatico sulla materia.

Poiché il suo mandato ha obiettivi a breve, medio e lungo termine, vorrei conoscere le tappe e le modalità di verifica e di raggiungimento di questi obiettivi con i relativi risultati. Prendendo spunto da

alcune osservazioni espresse nel corso dell'audizione del presidente Loiero e della sua, desidero sapere se sia stata impostata una logica di Centro unico di prenotazione (CUP), tenendo conto anche dell'offerta del privato convenzionato accreditato, per evitare sovrapposizioni e duplicazioni di servizi piuttosto che di strutture, di macchinari che rimangono inutilizzati nel pubblico, dove le persone prenotano una prestazione ai vari ospedali, ma, dinanzi alle liste intasate, si rivolgono al privato, lasciando decadere le prestazioni prenotate in dieci ospedali diversi.

Vorrei quindi sapere se sia stata realizzata anche una mappatura del territorio in termini di servizi, di possibilità di prestazioni da offrire ai cittadini, di strutture, macchinari e attrezzature, per individuare eventuali sprechi, perché non si possono avere macchinari abbandonati in magazzini solo perché l'ospedale non ha l'ambiente adatto per installarli.

Vorrei sapere anche se abbiate previsto un piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare. Si parla di nuovi ospedali, ma desidero conoscere la sorte delle strutture vecchie, ovvero se s'intenda metterle in vendita, raccordarle con le esigenze del territorio per procedere a interventi di integrazione dei servizi sociosanitari rispetto al socioassistenziale offerto dagli enti locali. Non so se abbiate fatto anche un'integrazione dei servizi sociosanitari rispetto al socioassistenziale presente sul territorio, in modo da dare risposte al cittadino. Questo deve infatti essere preso in carico nella sua interezza: la parte che riguarda la sanità e la parte che riguarda il discorso sociale e assistenziale.

Quando ci siamo recati all'ospedale di Agrigento, ci è stato detto che una persona era ricoverata da un anno in ospedale in quanto affetta da SLA, malattia particolare e progressiva. Ritengo che ricoveri così protratti, che hanno un costo molto più elevato rispetto all'esigenza del paziente di avere delle risposte sul piano socioassistenziale, portino a gonfiare i costi della sanità, perché un intervento sul piano socioassistenziale ha un costo, mentre un intervento sulla stessa persona dal

punto di vista sociosanitario ha un costo di altro tipo (un 30-40 per cento in più).

Vorrei sapere inoltre se esista un piano per uscire dalla logica « un campanile, un ospedale senza specialità », per evitare logiche riconducibili anche a vecchi sistemi di gestione dei servizi a favore dei cittadini, o ipoteticamente legate a logiche di vecchia politica.

Ho apprezzato l'approccio pragmatico e di metodo che lei ha portato qui stasera, ma vorrei avere un quadro più ampio e conoscere gli obiettivi che si era posto all'inizio del suo mandato a breve, medio e lungo termine, le tappe di verifica e i risultati conseguiti complessivamente, anche sulla base dei vari obiettivi iniziali.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Ho ascoltato con molta attenzione la relazione del direttore Guerzoni. La condivido, perché quanto ha detto può essere molto utile alla salute della nostra sanità calabrese. Mi auguro che, al di là del suo mandato, che fra poco finirà, e al di là di chi sarà il vincitore delle elezioni, questo piano possa continuare, perché, come può confermare anche l'onorevole Nucara, in Calabria non abbiamo certamente bisogno dell'instabilità che abbiamo sempre avuto soprattutto nella sanità, laddove sono stati realizzati diversi piani sanitari e sono state prese decisioni poi ritirate. Questo dava un senso di precarietà agli operatori sanitari e a tutti coloro che lavoravano nel settore della sanità. Condivido perfettamente la relazione e mi auguro che si possano mettere in atto tutte quelle cose che è venuto a dirci.

Lei ha parlato di controllo, ma vorrei capire a quali figure sia affidato. Conosco bene la storia dell'ospedale di Gerace, che da parecchi anni è collocato non più nel convento, ma presso l'ospedale di Locri. Continua a essere un ospedale gioiello, visto che le richieste di ricovero presso la sezione che si chiama « geriatria di Gerace », anche se collocata all'ospedale di Locri, sono numerose; e ciò per la qualità dell'assistenza, delle prestazioni, degli operatori sia sanitari che sociosanitari. Vengono pazienti anche da altre regioni per

ricoverarsi ed effettuare la riabilitazione.

L'ospedale di Gerace non è mai stato messo in funzione per motivi tecnici (i Vigili del fuoco non davano l'autorizzazione) e con il precedente Governo c'era stata addirittura una richiesta di vendita dell'immobile per realizzare un modello di cogestione tra privato e pubblico, con il Ministero della giustizia, al fine di dotarsi di un ospedale psichiatrico per carcerati (OPG). Esplose la ribellione della cittadinanza, perché il paesino non era deputato a ospitare quel tipo di specialità.

Il contratto con una società privata e il Ministero della giustizia era già pronto, ma tutto si è bloccato perché il Consiglio regionale della Calabria ha approvato un emendamento che vietava l'alienazione e la vendita degli immobili appartenenti alla regione. Questa è anche una involontaria risposta alla collega che chiedeva lumi su questi immobili. Giustamente, di recente la regione Calabria ha chiesto a tutte le ASL di fare un censimento, per avere un quadro generale. Questi immobili possono essere utilizzati, perché la Calabria paga molti affitti a privati per uffici, per strutture territoriali, per la SAUB, mentre sarebbe opportuno entrare in possesso delle proprie strutture ed evitare di dare milioni di euro soprattutto a Reggio Calabria per alcuni palazzi.

Un'ultima annotazione. Come appartenente all'ASL di Locri, faccio un ultimo appello, anche se so che non potete far molto. Nel Consiglio regionale si è deciso l'accorpamento dell'ASL di Locri con l'ASL di Reggio Calabria. Sono d'accordo rispetto alle considerazioni svolte dall'onorevole Burtone e con quanto dichiarato del dottor Guerzoni, secondo cui l'importante è che gli ospedali funzionino, perché 20 chilometri in più o in meno non contano. Tuttavia, le ricordo che Locri dista 100 chilometri da Reggio Calabria, con una strada statale dissestata e un'autostrada che non funziona. Siderno è stato riconvertito a casa della salute e finalmente si è arrivati a un accordo, anche dal punto di vista politico, della conferenza dei sindaci, che hanno accettato, perché non poteva stare in piedi un ospedale con due

specialità a 5 chilometri, con una chirurgia a Siderno e una chirurgia a Locri, quando la rianimazione era solo a Locri. Finalmente, quindi, si è evitato il campanilismo di cui parlava la collega.

Non si riesce però a capire le motivazioni di questo accorpamento non funzionale. In contrasto con la mia parte politica, che ha votato a favore dell'accorpamento, ritengo che le due cose debbano essere assolutamente separate.

LUCIO BARANI. Invito i colleghi e il presidente a rileggere l'audizione del presidente Loiero e dell'assessore al bilancio a Catanzaro, perché temo di essere stato oggi o allora in posti diversi, giacché ho assistito a due film con trame completamente diverse.

Il dottor Guerzoni mi è sembrato come uno studente che, interrogato sul programma svolto, non risponda, ma si prodighi nel descrivere come imposterà lo studio futuro sul programma che rimane da svolgere. Poiché l'assessore al bilancio ci ha detto che la regione Calabria, in riferimento al preventivo 2008 sulla sanità, aveva messo in bilancio il 35 per cento, mentre poi il consuntivo del 2008 approvato dal Consiglio regionale è stato del 70 per cento, si può riscontrare un *range* del 100 per cento.

Poiché, in rapporto alla popolazione, la Calabria ha il maggior numero di ospedali, di punti di nascita e di personale in Italia e le spese non si riducono, perché si è dotata di un gran numero di *manager* iperpagati, che quindi non hanno ridotto la spesa del personale, se ne deduce che sia mancata la programmazione; e ciò anche perché il numero dei posti letto per acuti è il più alto d'Italia, pur non essendo occupati, perché i casi sono minori dei posti a disposizione.

Forse, se quella relazione fosse veritiera, la Calabria diventerebbe famosa per il turismo sanitario, anche perché dai dati emerge che, mentre la Lombardia ha oltre 600 milioni annui di avanzo positivo — soldi che gli arrivano da altre regioni —, la regione Calabria ha oltre 200 milioni di disavanzo nei confronti di altre regioni. Le

strutture rimangono inutilizzate, le apparecchiature sono tra le più moderne, ma inutilizzate forse per incapacità. La sanità privata rappresenta il 25 per cento della sanità totale della Calabria e assorbe risorse solo per il 7-8 per cento, mentre un posto letto pubblico viene a costare, fatta 100 l'unità di misura per posto letto, 140, contro il 70 del privato, evidentemente in questa Regione qualcosa non funziona.

Se questi dati sono veri, siamo alla tragedia, perché il disavanzo non ha possibilità di essere bloccato. Se in certe regioni italiane il costo aggiuntivo del cittadino è di 20-40 euro per la sanità, mentre in Calabria di circa 150-180 euro, significa che ormai l'acqua è alta. Abbiamo trascorso due giorni in Calabria e realizzato alcune audizioni in questa sede, quindi abbiamo immagazzinato dati, per cui personalmente non sono affatto soddisfatto di questa relazione.

A Catanzaro abbiamo discusso sulla Fondazione Campanella, per capire se sia stato accreditato, se sia stato aperto non ancora accreditato e abbia ottenuto i finanziamenti, ma devo ancora conoscere la fine di questo film. Per quanto riguarda poi gli affitti che sono emersi, la Calabria è la regione italiana che spende di più per rivolgersi al privato rispetto a strutture pubbliche e rispetto a una popolazione che mi dicono essere un quinto di quella della Lombardia (circa 2 milioni di persone). È inoltre la regione con la più alta spesa farmaceutica d'Italia. Qui stiamo parlando di *record*, se i dati riportati sono veritieri.

Vorrei sapere se siano stati presi provvedimenti nei riguardi di operatori sanitari protagonisti di quel lungo elenco di quelli che nella lettera il presidente definisce garbatamente « errori sanitari », perché se mi reco in Calabria per turismo e mio figlio ha un ascesso tonsillare non so se all'ospedale di Lamezia si sia imparato a fare l'intervento. Non vorrei che, come recita un referto autoptico, ci sia uno « sgozzamento del bambino » e si esalti l'intervento anche se il paziente è morto. Se ci fossero i controlli, non dovrei citare questi numeri, il che significa che il controllo in quella regione non c'è o non

funziona. In un giornale viene data notizia che si pagano 14 persone di cucina, ma in quell'ospedale la cucina è esternalizzata.

Credo di aver elencato quanto era emerso dalle varie audizioni, nel corso delle quali il presidente della regione e l'assessore regionale al bilancio hanno ammesso la veridicità di tutti questi dati. Il programma che ci ha detto il direttore generale è quello di azzerare tutto e ricominciare da capo, perché solo in questo modo si può realizzare una rivoluzione della sanità calabrese.

Poiché siamo una Commissione non di programma, ma di inchiesta su quanto è stato fatto, esprimo un giudizio severo su chi ha gestito la sanità. Non guardo al colore politico o alla maggioranza, ma constato come la sanità in Calabria non abbia funzionato, sia costata troppo, non abbia dato risultati. Dal punto di vista scientifico e didattico, siamo lieti di apprendere che sulle malattie rare o genetiche sia svolta un'attività di ricerca di grande qualità, ma i latini erano soliti ribadire *primum vivere, deinde philosophari*, per cui credo che in Calabria ci sia bisogno prima di vivere e poi di fare seri programmi per il futuro.

**PRESIDENTE.** Credo sia chiaro quello che questa Commissione si sente di chiedere e si aspetta di sentirsi dire. L'onorevole Nucara in apertura ha chiesto al dottor Guerzoni come valuti la sanità in Calabria. Credo che la sua esposizione, proprio perché è stata apprezzata, abbia trasformato quella domanda in un'altra: come valuti il rapporto tra quello che ci ha detto e quello che si realizza, ovvero tra l'aspetto progettuale e la realizzazione.

Lei ha citato alcuni casi che si riferiscono a reti specialistiche, a un nuovo rapporto con il privato, alla farmaceutica, alla stazione unica appaltante, e ha evidenziato l'importanza della Fondazione Campanella, anche se non abbiamo avuto risposte rispetto al percorso che la Fondazione avrebbe dovuto seguire per trovare non soltanto la sua ragione d'essere, ma anche una stabilità dal punto di vista organizzativo e funzionale.

Lei ha ricordato la ristrutturazione dei Dipartimenti con la riduzione da 7 a 5, l'attivazione di una funzione di controllo prima sconosciuta e l'attivazione del *risk management* nelle singole strutture sanitarie, ma lo scarto tra il progetto e la realizzazione permane. Lei lo ha attribuito anche all'assenza di un piano di rientro in passato, ma la Commissione, volendo esprimere un giudizio su come stia procedendo la sanità in Calabria, le chiede quali fatti significativi possa citare — come la chiusura di un piccolo ospedale o la costruzione di una grande struttura ospedaliera —, quali fatti che, anche se non realizzati, siano almeno in corso di realizzazione, e che possano rilevare nel senso di mandare un messaggio dell'inversione di tendenza in atto.

Tornando all'ultimo intervento dell'onorevole Lucio Barani, vorrei sapere quali cautele e sanzioni siano applicate nei confronti di coloro che hanno commesso errori sanitari acclarati, accertati. Con riferimento a un caso particolare, il caso Bonanno, recentemente lei ha dato disposizioni perché si attivasse la procedura dell'articolo 19, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro per medici specialistici, dando così un segnale di presenza. Perché questo atteggiamento non viene adottato nei confronti di tutti i casi che sono accertati? Non si può essere soddisfatti di dover attendere che dei genitori, l'opinione pubblica o la stampa sollecitino l'attenzione per compiere un atto dovuto.

Dalla recente missione di una delegazione della Commissione in una regione diversa dalla Calabria è emerso come l'attivazione del procedimento disciplinare nei casi di errore sanitario avvenga automaticamente. In Calabria, si ha l'impressione che sia una cortesia da chiedere a qualcuno. Questo è un dato oggettivo, che devo ribadire con forza. Siamo stati in un'altra regione per una missione in due realtà, una delle quali è grande realtà di azienda policlinica, una realtà significativa. Nella relazione sui casi che avevamo evidenziato, il direttore generale ha dato quasi per scontato non soltanto l'avvio del

procedimento disciplinare, ma anche l'applicazione di misure cautelari, di volta in volta stabilendo la concessione di ferie non godute, come forma di cautela rispetto al danno continuato di un operatore sanitario non adeguato, o l'attivazione di procedimenti disciplinari più gravi.

Personalmente, mi chiedo perché in alcune regioni del nostro Paese far valere la responsabilità debba quasi essere un favore da chiedere e in altre proceda invece automaticamente. La conclusione del procedimento disciplinare sarà quella che deve essere, in seguito all'accertamento delle responsabilità. Personalmente, però, considero intollerabile che il procedimento non parta; poi sarà la Commissione a valutare se sia tollerabile che questo accada.

Do quindi la parola al Direttore del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria, dottor Andrea Guerzoni, per la replica.

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Grazie anche per il richiamo alla pragmaticità. Abito in provincia di Modena, terra di motori, e spesso mi arrabbio quando veniamo definiti meccanici, perché è vero che si fanno le macchine, ma prima di farle si pensano.

Prima di iniziare, quindi, si deve pensare e porsi degli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Cosa si è fatto? I cinque ospedali riconvertiti non sono solo sulla carta. L'obiettivo sono gli undici ospedali, perché entro il 31 maggio l'impegno del piano di rientro è la riconversione e quindi il superamento delle strutture per acuti di undici presidi ospedalieri. Finora ne sono stati riconvertiti cinque in un periodo non certo facile. Questo significa che quelle strutture perdono quella che era solo la denominazione di ospedale per acuti e diventano presidi del territorio, perché paradossalmente per far funzionare gli ospedali deve essere potenziato il territorio.

Questo è il programma che ci siamo impegnati ad attuare con il Governo e che si sta portando avanti. Con un finanzia-

mento di 121 milioni di euro al di fuori del fondo sanitario, abbiamo la possibilità di mettere a norma gli impianti elettrici in quei luoghi e soprattutto di garantire una medicina territoriale degna di questo nome, cui lavoreranno i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali con percorsi assistenziali. Per iniziare, ci siamo impegnati in due percorsi assistenziali: il paziente diabetico e quello oncologico.

Per quanto riguarda il superamento di punti nascita, quando hanno un numero di parti inferiore ai 500 – in cui l'*expertise* dei professionisti (medici e ostetrici) viene meno –, 3 sono stati superati. La tempistica è un impegno con il Governo, che finora stiamo mantenendo, giacché pragmaticamente stiamo superando e riconvertendo le strutture.

La centralizzazione dell'infarto miocardico acuto (IMA) non è teoria: è già un dato di fatto. La centralizzazione del paziente critico, che non si ferma nell'ospedale periferico, ma va dove esistono rianimazione e neurochirurgia, non è una teoria; abbiamo firmato la delibera, anche se sapete che emanare un atto deliberativo non significa cambiare automaticamente i comportamenti. Il sistema si sta riorientando; esistono sbavature, ma con una delibera non si cambiano i comportamenti: è necessario individuare le sbavature giorno per giorno, caso per caso, valutare perché non sia stato fatto quanto era programmato, quello che le organizzazioni « performanti » normalmente fanno.

Per quanto riguarda i quattro ospedali, non nascondo che c'è stata una fase di *impasse* tra un commissario e l'altro, che ha bloccato gli investimenti su di essi e anche sulla gestione « extra nuovi ospedali ». Non nascondo che c'è stato qualche problema. Ora il Governo ha nominato commissario il presidente della regione, ha riattivato la Commissione tecnica scientifica, di cui fa parte il dottor Rapellino, che domani si riunisce a Roma per la terza volta, e si stanno preparando tutti gli atti per riattivare questo progetto sicuramente di qualità.

L'onorevole Laura Molteni mi chiedeva quali obiettivi mi fossi posto a breve. L'obiettivo a breve termine era quello di conoscere. Tradizionalmente si parlava dell'oralità dei bilanci della Calabria. Questa espressione giornalistica stava ad indicare la mancanza della cultura dei dati. Le nostre organizzazioni e le nostre aziende non avevano la cultura dei dati. È importante fare, ma è anche importante dimostrare che si fa. La conoscenza è stato quindi il primo obiettivo che mi sono posto. C'era un flusso sistematico delle schede di dimissione ospedaliera (SDO); quindi in pratica si sapeva soltanto il numero dei ricoverati, ma mancavano tutta la parte ambulatoriale, quella semi-residenziale e residenziale. Per quanto riguarda la parte della tecnologia, è stata realizzata un'anagrafe delle tecnologie sanitarie, un primo dato da cui emergeva come il 30 per cento dei mammografi avesse una età media di 11 anni e il 30 per cento delle TAC un'età media di 10, con un indice di obsolescenza abbastanza consistente. Da questi dati emerge l'importanza di una ripresa degli investimenti in tecnologie e in sicurezza.

Si è introdotto un approccio di *Health Technology Assessment* (HTA) sugli investimenti, laddove spesso per una TAC, una PET, una risonanza si andava in base alle pressioni e non in base alle esigenze o al bacino. Prima di autorizzare TAC o risonanze, abbiamo inteso realizzare almeno una relazione di *Health Technology Assessment* (HTA) e delle ripercussioni che quelle tecnologie in quel territorio potevano comportare. Non ho nessun problema se una determinata tecnologia si trova anche in una struttura privata a 50 metri di distanza, ma non possiamo permetterci delle grandi tecnologie sia nel pubblico sia nel privato, perché poi paghiamo l'una e l'altra e sono sottoutilizzate.

Il primo elemento era quindi la conoscenza e la cultura del dato, giacché si deve conoscere per poter decidere. Questa non è teoria, perché utilizziamo l'anagrafe delle tecnologie e gli elementi prima di autorizzare una grande tecnologia.

Gli obiettivi a medio e a lungo termine sono l'integrazione e la riconversione. Perché gli ospedali funzionino, si deve avere un territorio che funziona, perché, se l'unica risposta che viene data al cittadino è l'ospedale, sarà sempre una rincorsa impropria con interminabili file. Già facciamo fatica a integrare sanitario con sanitario, la parte ospedaliera con quella territoriale, a fare determinati percorsi, anche se abbiamo iniziato a farli.

L'obiettivo a lungo termine è l'integrazione con il sociale, sfida che ancora non è superata neppure nelle regioni del nord, anche se si è lavorato da tempo e si stanno raccogliendo i frutti. Qui partiamo più tardi, più lentamente ed è un obiettivo che ci poniamo a lungo termine.

Insisto nel ribadire che l'obiettivo della sanità della regione Calabria è raggiungere la normalità, questa è la nostra *best practice*: la normalità dei ruoli, delle funzioni e delle responsabilità. Ritengo che la carenza di un *management* pubblico in Calabria sia il principale problema.

Tutte le altre regioni dopo l'aziendalizzazione si sono attrezzate per formare i propri dirigenti pubblici. Questa è la sfida reale; la formazione di un *management* pubblico affidabile e di valore.

Molte realtà hanno il CUP (lo abbiamo anche nelle farmacie a Catanzaro), mentre altre realtà sono più indietro.

LAURA MOLTENI. Misto pubblico-privato?

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Solo pubblico.

Sui costi dei posti letto, onorevole Barani, è necessario stare attenti, perché il privato non fa le stesse cose del pubblico. Sul costo del posto letto le rianimazioni, le unità di terapia intensiva coronaria (UTIC), i pronto soccorsi, le neurochirurgie, le terapie intensive non ci sono.

MARCO RAPELLINO, *soggetto attuatore per il rischio clinico della regione Calabria*. Il peso medio del pubblico è un

poco più elevato di quello del privato. Se consideriamo il costo di un posto letto ospedaliero per acuto in Calabria, pari a 1.300 euro, forse lievemente meno in Piemonte, e lo correliamo al peso medio, è indubbio che questo *gap* che lei ha giustamente e attentamente intravisto si riduce di molto. Bisogna considerare che di solito mancano l'emergenza, la terapia intensiva, tutte le unità di terapia intensiva cardiologiche.

LAURA MOLTENI. Vorrei sapere se, in materia di costi delle prestazioni, potete indicarci un costo medio: ad esempio, se la mammografia abbia ovunque lo stesso costo, quale sia il costo medio; quale sia il costo medio di un'ecografia, raffrontato ai costi medi di altre regioni. Con il federalismo fiscale, infatti, si dovrà arrivare a una definizione dei costi *standard*, quindi mi sembra importante capire se vi stiate muovendo in questa direzione.

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Un conto sono le tariffe, ovvero quello che si paga per prestazione, un altro è il costo di produzione. Quest'ultimo varia parecchio, anche perché in un policlinico universitario o in un'azienda ospedaliera, ad esempio, il costo del personale ammonta al 58-60 per cento del costo della struttura, mentre in un'azienda territoriale è pari a circa il 35 per cento, quindi dipende dall'organizzazione. In qualunque regione d'Italia una mammografia fatta in un policlinico ha un costo differente rispetto a una fatta in un ospedale periferico territoriale.

L'altro elemento che incide sul costo è il numero di esami per i quali è utilizzata una macchina, perché, il costo è diverso se si effettuano 3 o 30 mammografie in un giorno. Occorre che, con il costo *standard*, riusciamo a paragonare...

LAURA MOLTENI. Se quella macchina ne fa tre al giorno e a cinque chilometri di distanza c'è un'altra macchina uguale che ne fa altre tre in un giorno, vuol dire che c'è un eccesso di macchine.

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. È un concetto di economia di scala, di numero di prestazioni che fanno abbassare il costo medio della singola prestazione. La distribuzione deve essere in relazione al fabbisogno e si deve evitare che l'offerta, come spesso succede in sanità, induca la domanda.

Il primo dato quindi era conoscere quanti mammografi abbiamo (in ambito pubblico e privato) rispetto alla popolazione; successivamente abbiamo rilevato che il 30 per cento sono vecchi, ci siamo chiesti se si potessero far funzionare di più gli altri e quindi rendere più efficiente il sistema.

LAURA MOLTENI. Da quanto tempo ha questo incarico?

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Da un anno.

LAURA MOLTENI. Allora capisco perché...

PRESIDENTE. La valutazione è inversamente proporzionale alla durata dell'incarico: è tanto più positiva quanto più è breve l'incarico!

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Non sto dicendo che tutto vada bene, anzi, se questo è il messaggio, ho sbagliato completamente comunicazione. Io sto dicendo che il percorso è in *progress*.

PRESIDENTE. La domanda dell'onorevole Molteni sul tempo dell'incarico è stata illuminante. C'è chi già sapeva e c'è chi ha capito solo ora, perché non sapeva.

MARCO RAPELLINO, *soggetto attuatore per il rischio clinico della regione Calabria*. Io ho l'incarico da un anno, così rispondo anticipatamente alla domanda. Intanto ringrazio gli onorevoli per l'atten-

zione estremamente precisa. Non ci si deve basare però solo sui *media* e sui giornali per valutare la malasanità, perché i due casi che sono stati citati erano due atresie esofagee, per le quali in qualsiasi ospedale d'Italia e del mondo la mortalità è intorno al 17 per cento, soprattutto nel caso delle atresie esofagee di terzo grado, per cui l'esofago si ferma ad un certo punto oppure ha una fistola con la trachea. Non dobbiamo fare — mi rivolgo ai colleghi medici presenti — autogol dando sempre ragione al giornalista.

Svolgo questo lavoro per la regione Piemonte e per il mio ospedale, le Molinette di Torino, e dirigo una struttura di qualità e *risk management*. L'*incident reporting*, che stiamo introducendo in Calabria, è diffuso in Italia solo nel 30 per cento circa delle aziende, perché il disegno di legge Tomassini è fermo in un cassetto dal 2002. Il testo proposto dal senatore Tomassini derubricava non la pena, non la colpa, ma il fatto che si ammettesse di aver commesso un errore; non che non avvenisse nulla, in tal caso, ma non si veniva arrestati in flagrante. L'*incident reporting* che stiamo cercando di inserire in Calabria è l'unico metodo in grado di farci capire dove sia l'errore e quale ne sia la causa.

L'altro metodo per riuscire a capire le morti — tralasciando il Congresso di oncologia del 23 ottobre 2006, che aveva scritto di 90 morti al giorno in Italia, che è ridicolo...

FRANCESCO NUCARA. Ridicolo perché ce n'erano di più?

MARCO RAPELLINO, *soggetto attuatore per il rischio clinico della regione Calabria*. No, in base ai nostri calcoli non superano gli 800, che comunque sono tanti, ma alcuni eventi sono ineliminabili.

L'unico metodo è il contenzioso, cioè le denunce. Le denunce riguardano 57 contenziosi per deceduti — non deceduti per malasanità, ma 57 deceduti per cui c'è stata una causa penale o civile oppure una richiesta di risarcimento — in Piemonte, 60 in Toscana e 28 in Calabria. Il contenzioso

in Calabria, quindi, è molto minore. Esistono casi di malasanità anche dalle altre parti. Concordo sull'esigenza di fare qualcosa in questi casi. D'altra parte, se la giustizia dura sette anni e mezzo, non posso sospendere per sette anni e mezzo una persona sospettata.

FRANCESCO NUCARA. Ci parli dell'Istituto Papa Giovanni.

MARCO RAPELLINO, *soggetto attuatore per il rischio clinico della regione Calabria*. Quelli sono omicidi, non episodi di malasanità.

Il *risk manager* non è una persona unica, entra in una struttura che agisce tramite queste procedure. Quando facevo parte della Commissione Serra-Riccio, siamo andati a visitare un paio di cliniche private in cui erano decedute alcune persone, ma che avevano il sistema ISO 9000 perfetto. Il problema è non il sistema ISO 9000, ma — come ha detto il dottor Guerzoni — il controllo di queste procedure, che devono essere valutate. In Calabria abbiamo una rete di *risk manager* e nel 2008 in tutta Italia le aziende rappresentate con un *risk manager* erano il 46 per cento.

Qualcosa si è fatto e la Calabria è una delle poche regioni in cui, tramite delibera regionale, sono state portate alle aziende delle procedure per la sicurezza del paziente. È chiaro che, come diceva l'onorevole Nucara, occorre andare a controllare continuamente.

PRESIDENTE. Abbiamo l'esigenza che pervengano le note integrative che abbiamo richiesto e la relazione sulla gestione della Fondazione Campanella. Questi due elementi sono fondamentali.

Mi viene consegnata in questo momento la documentazione relativa alla Fondazione Campanella. Mancano per alcuni casi le note integrative, che abbiamo specificato. È arrivata la documentazione, l'abbiamo esaminata, quella relativa alla Fondazione Campanella mancava completamente e adesso abbiamo risolto questo aspetto.

Bisogna esprimere un apprezzamento agli esperti, che con la Guardia di finanza hanno svolto un lavoro esemplare.

LAURA MOLTENI. Voi venite tutti da fuori regione?

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Sì.

PRESIDENTE. Tranne il dottor Bonura.

LAURA MOLTENI. Vorrei sapere se, pur venendo da fuori regione, i vostri costi rimangano comunque in un *range* di costi tipici di dirigenti.

MARCO RAPELLINO, *soggetto attuatore per il rischio clinico della regione Calabria*. Io sono pagato come soggetto attuatore della Protezione civile per l'emergenza sanitaria.

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. Io sono pagato come un qualsiasi dirigente di un assessorato e, indipendentemente dal fatto che venga da Modena o dalla Calabria, percepisco lo stipendio comune ufficialmente deliberato e trasparente.

LAURA MOLTENI. Era solo una curiosità per capire se si trattasse di consulenze o di altro.

ANDREA GUERZONI, *dirigente generale del Dipartimento per la tutela della salute della regione Calabria*. No. Gli altri colleghi che ci stanno dando una mano e vengono da fuori sono pagati dall'AGENAS, che è la struttura a supporto delle regioni in piano di rientro.

PRESIDENTE. Desidero manifestare a nome della commissione la gratitudine per questa relazione.

Il dottor Andrea Guerzoni ha inviato una lettera formale riguardante il caso Bonanno, ovvero il caso del bambino deceduto a seguito dell'ingessatura. In tale lettera, che riscuote la nostra piena approvazione, ha chiesto di attivare il procedimento disciplinare. Il procedimento disciplinare si attiva e la conclusione poi è quella che deve essere, come è normale che sia.

Vorrei chiedere che la direzione generale del dipartimento mandi a tutti i direttori generali questa nota-tipo inviata per il caso Bonanno, perché, ove ricorrano le condizioni, attivino il procedimento disciplinare. La conclusione del procedimento disciplinare sarà poi determinata dalle controdeduzioni dell'interessato e dalla valutazione della commissione competente, ma non attivare neanche il procedimento disciplinare mi sembra una carenza difficile da spiegare.

La regione di cui parlavo prima è la Puglia, nella quale abbiamo svolto una missione ieri insieme ai colleghi Fucci e Patarino. Ciascuno può formulare giudizi positivi o negativi in termini politici, ma è doveroso riconoscere che sentirsi dire che l'attivazione del procedimento disciplinare è normale fa ragionare diversamente con l'interlocutore.

Nel ringraziare gli auditi, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 22,20.**

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa  
il 30 luglio 2010.*

€ 2,00



\*16STC0009360\*