

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

RESOCONTO STENOGRAFICO

39.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 13 LUGLIO 2011

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **LEOLUCA ORLANDO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Seguito dell'esame della proposta di relazione sullo stato della sanità nella Regione Calabria		Molteni Laura (LNP)	7, 12, 14, 15, 16
Orlando Leoluca, <i>Presidente</i> . 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16		Nucara Francesco (Misto-RA) . 6, 11, 13, 15, 16	
Barani Lucio (PdL)	7, 9, 10, 15	Polledri Massimo (LNP)	4, 7, 12, 13, 14, 16
Burtone Giovanni Mario Salvino (PD) . 5, 11, 13		<i>ALLEGATO 1: Proposta di relazione sullo stato della sanità nella regione Calabria</i> .	17
Lo Moro Doris (PD)	4, 7, 8, 9, 10, 12, 13	<i>ALLEGATO 2: Proposte di modifica alla proposta di relazione sullo stato della sanità nella regione Calabria</i>	74
Laganà Fortugno Maria Grazia (PD) . 5, 13, 15, 16			

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LEOLUCA ORLANDO

La seduta comincia alle 9,20.

Seguito dell'esame della proposta di relazione sullo stato della sanità nella regione Calabria.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame della proposta di relazione sullo stato della sanità nella regione Calabria.

Ricordo che nella seduta del 21 giugno si è conclusa la discussione generale. Possiamo, quindi, passare, così come convenuto, all'esame e alla votazione delle proposte di modifica al testo. Ne sono state presentate complessivamente 29, stampate nel fascicolo in distribuzione.

Prima di aprire il dibattito e chiedere ai colleghi di intervenire, vorrei esprimere il mio ringraziamento per il contributo di tutti perché, come sempre accade in questi casi, possono esservi inesattezze, incompletezze o valutazioni diverse, ma credo che ci siano tutte le condizioni per svolgere un ottimo lavoro.

Alcune proposte di modifica — faccio riferimento alla n. 16 Polledri-Molteni e alla n. 29 Laganà Fortugno — contengono spunti e considerazioni di carattere conclusivo e potrebbero non essere messe in votazione, se siamo d'accordo, dando mandato al relatore di integrarle alla proposta di relazione in modo che il risultato sia un testo organico e chiaro. Ho allegato al fascicolo una proposta di fusione delle proposte Polledri-Molteni e Laganà Fortugno, che contiene le parti essenziali delle stesse e che sarà sottoposta al vostro esame.

Lo stesso vale per le considerazioni fatte pervenire dall'onorevole Nucara: ciò che ha indicato nel suo minuzioso appunto, contenente non proposte di modifica in senso formale ma alcuni inviti, è stato inserito nel testo.

Si è anche pensato di inserire un riferimento specifico alla condizione di due ospedali, Scilla, espressamente indicato dall'onorevole Nucara, e Rogliano, che è stato oggetto di una presa di posizione da parte dei sindaci. Questi ultimi, infatti, rivendicano per l'ospedale il ritorno all'azienda di Cosenza. Chiedono, cioè, che Rogliano, che era accorpato a quest'azienda, vi torni, perché ritengono che si tratti di una struttura efficiente. Ci siamo limitati a suggerire al presidente Scopelliti di valutare tali istanze. Si può anche, infatti, non intervenire, ma, a fronte di dolorosi tagli e ristrutturazioni della rete, bisognerebbe tenere conto dell'esistente.

La proposta di modifica n. 10 dell'onorevole Barani è una correzione materiale al testo, che sarà effettuata dalla presidenza in sede di coordinamento formale.

L'onorevole Nucara ha suggerito di sostituire la parola « governatore » con la parola « presidente » ed è un suggerimento talmente ineccepibile che non merita da parte mia nessun commento: ci siamo fatti prendere la mano dal fatto che si parla normalmente di governatore, carica che però non esiste nel nostro ordinamento regionale.

Ringrazio, in particolare, gli onorevoli Laganà Fortugno e Barani, che hanno sottoscritto congiuntamente la proposta di modifica n. 27, che credo sia una felice sintesi tra le loro rispettive proposte originariamente formulate.

Procederei ora in questo modo: se vi sono richieste di intervento sul complesso

delle proposte di modifica, ne discuteremo; altrimenti, passiamo all'esame altrimenti delle singole proposte di modifica.

MASSIMO POLLEDRI. Avevo chiesto un *focus* sul personale: molto probabilmente non siamo più in tempo per inserire qui maggiori dettagli sull'entità delle assunzioni o su quelle incongrue, ma chiederei un po' d'impegno per il prosieguo ad avere migliore cognizione del fenomeno.

Oltretutto, sulla stampa si legge tanto, ma sarebbero utili notizie maggiormente documentate.

DORIS LO MORO. Vorrei fare una riflessione, prima di entrare nel merito dei singoli emendamenti. Mi sembra che, agli occhi di chi legge questa relazione conoscendo in maniera almeno sufficiente la situazione calabrese, manchino due elementi, che però non potevano essere introdotti con emendamenti, perché richiedevano un'analisi, anche se breve, e magari la scrittura almeno di un paragrafo.

A uno dei due elementi faccio riferimento perché sto per presentare una proposta di legge proprio in quanto lo considero essenziale, per cui sarebbe omissivo per me, avendo un luogo in cui parlarne, non farlo: si tratta dello scioglimento per infiltrazioni mafiose delle aziende sanitarie. Non che nella relazione si possa sciogliere il nodo, ma è un fatto che in questi anni tre aziende sanitarie sono state sciolte per mafia (oggi rientrano tutte all'interno dell'azienda sanitaria di Reggio Calabria) e che, a margine dello scioglimento, sono sorte alcune riflessioni sull'opportunità della creazione di una gestione differenziata rispetto a quella commissariale. Avrei una proposta, ma ovviamente non pretendo di introdurla qui. Tuttavia, una riflessione critica su questa situazione, che quanto meno colga il fenomeno, mi sembra essenziale.

Il secondo elemento riguarda la questione della costruzione dei quattro ospedali oggetto dell'accordo di programma del dicembre 2007, che allo stato non è stata avviata ed è oggetto di una convenzione tra le regioni Calabria e Lombardia.

Siccome il punto essenziale del piano di riordino è che la riorganizzazione ospedaliera passi della realizzazione di questi quattro ospedali, il fatto che non ci sia traccia dell'accordo di programma, del ritardo e di tutto quello che si sta verificando in questo momento — tra l'altro, oggetto di una mia interrogazione che metto a disposizione per la valutazione critica della Commissione — significherebbe, a mio avviso, non conoscerla adeguatamente.

Si tratta di due problemi seri sui quali probabilmente non siamo in grado di fare una proposta, ma sui quali una proposta serve. Riguardo allo scioglimento per mafia delle aziende ospedaliere, rilevo inoltre che i debiti caricati sul sistema sanitario dalle gestioni compromesse dalle infiltrazioni mafiose pongono un interrogativo: chi paga, il fondo sanitario o un fondo apposito del Ministero dell'interno? C'entra, quindi, col piano di rientro.

Quanto alla realizzazione dei quattro ospedali, vi sono molte criticità dovute ai ritardi ma anche alla convenzione stipulata, che conterrebbe, da quanto si legge sulla stampa, clausole non conosciute. Sembrerebbe, infatti, che ci sia un accordo tra le regioni Calabria e Lombardia per il mantenimento dell'assoluta riservatezza. È la prima volta che sento una cosa del genere.

La parte più inquietante è oggetto di articoli di giornale, che, se la Commissione lo ritiene, posso mettere a disposizione.

Infine, sono contraria alla citazione degli ospedali di Scilla e di Rogliano — peraltro, sapete bene che ho firmato il piano sanitario, l'unica proposta che allo stato esiste — perché citare due ospedali sarebbe del tutto improprio. Esistono altri ospedali, che presentano criticità di maggiore rilievo, su cui però le proteste non arrivano fino a Roma. Mi riferisco, per esempio, agli ospedali di confine, oggetto di chiusura e sui quali c'è veramente da interrogarsi sulla tenuta del diritto alla salute di quelle popolazioni, come Praia a Mare e Trebisacce. Per quel che riguarda Scilla e Rogliano, al di là delle proteste della popolazione e dei lavoratori, finaliz-

zate a ottenere il mantenimento della struttura, non c'è nessun altro presupposto, se non una prova di forza dei sindaci portata avanti sia quando governa il centrodestra sia quando governa il centrosinistra. L'ospedale di Rogliano è ubicato in una zona in cui veramente non si capisce come potrebbe essere mantenuta quella struttura.

Scilla nel mio piano era destinata ad altro, ma in generale per entrambi gli ospedali non vedo i presupposti perché siano citati in particolare. Sembrerebbe una citazione dovuta alle pressioni di qualcuno. La trovo assolutamente impropria, mi scuserà il collega Nucara, ma Scilla o è un nome a casaccio o non ne capisco la ragione. Lo stesso vale per Rogliano.

PRESIDENTE. Con riferimento all'intervento dell'onorevole Polledri, credo che sia opportuno che inviamo una richiesta al presidente Scopelliti di un'analisi dettagliata del personale della regione. Se siamo d'accordo, nel mandato al relatore potremmo inserire un riferimento: «appaiono sovradimensionate e non opportunamente utilizzate le dotazioni del personale». Basterebbe questo inciso, salvo verificare.

Che appaiano sovradimensionate è un fatto statistico; che non siano opportunamente utilizzate un fatto noto. Potrebbe essere questo un modo per evitare il rischio che qualcuno possa ritenere che non ce ne siamo occupati e, dall'altra parte, per avviare un approfondimento inviando una nota al presidente Scopelliti.

Riguardo all'intervento dell'onorevole Lo Moro, credo che la sua indicazione sia corretta e mi permetto di suggerire che sia accolta. Nelle considerazioni conclusive si potrebbe scrivere che «costituisce motivo di allarme il verificarsi dello scioglimento per infiltrazioni mafiose, tanto da indurre a invitare a valutare l'opportunità di un adeguamento normativo, anche per le conseguenze finanziarie che tale gestione produce».

In effetti, devo riconoscere che non menzionare la circostanza che alcune

aziende sanitarie sono state sciolte per infiltrazioni mafiose sarebbe una carenza evidente.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. A me sembra contraddittorio far partire la richiesta al presidente Scopelliti e, allo stesso tempo, scrivere già nella relazione che il personale è sovradimensionato.

PRESIDENTE. È un fatto. Che in Calabria ci sia un rapporto sproporzionato tra personale socio-sanitario e utenti, rispetto ad altre regioni, è un dato numerico.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Probabilmente il personale non è ben distribuito e non si è mai fatto un censimento degli operatori sociosanitari. Conosco realtà ospedaliere in cui c'è una continua richiesta di personale. Alcuni reparti sono addirittura accorpati per la guardia interdivisionale perché non c'è il medico disponibile: a volte un medico del turno di notte, per esempio — faccio l'esempio della mia ASL — controlla tre reparti, quello di medicina e le due geriatrie. Si tratta di 60 malati!

Credo, quindi, che sia molto superficiale limitarsi a fornire il dato finale di un sovradimensionamento del personale. Peraltro, probabilmente è sfuggito che esiste anche un problema di richiesta da parte del personale di essere sottoposto a visita medica collegiale per gravi motivi di salute; si tratta di personale che non è preposto a svolgere alcuni servizi e viene così utilizzato in altri. È problematico, quindi, sostenere conclusioni affrettate. Credo sia anche un'indicazione sbagliata.

PRESIDENTE. Mi rendo conto che rischia di essere sbagliato. Proporrei, allora, di indicare nelle considerazioni conclusive l'esigenza che il personale vada opportunamente censito, al fine di evitare inadeguatezza e inappropriata nell'utilizzazione. In questo modo spiegheremo perché, seguendo le indicazioni dell'onorevole Polledri, chiediamo un approfondimento sul personale.

Con riferimento agli ospedali di Scilla e di Rogliano, la loro menzione non ha un valore esaustivo, ma di segnale, tra i tanti possibili. Che ci sia un problema di rapporto tra tagli alle strutture e servizi sul territorio è indubbio. Questo è quello che viene evidenziato.

FRANCESCO NUCARA. Vorrei, intanto, rassicurare la collega Lo Moro che per mia cultura, tradizione e storia non dico mai cose a casaccio, nemmeno se parlo di una partita di pallone. Posso sbagliare ma, come dice Franca Valeri, dico sempre la verità. Qualche volta sono reticente, ma mai bugiardo.

Ho indicato l'ospedale di Scilla perché dai documenti che ho a disposizione e che manderò al presidente risulta essere l'unico ospedale in attivo di tutta la regione Calabria. Invierò alla segreteria della Commissione i documenti relativi all'ospedale di Scilla.

È dall'inizio che mi batto perché non credo alla chiusura degli ospedali operata a caso, a seconda dell'elettorato. Credo a una programmazione generale, per la quale si fanno tagli dove bisogna farli. La disgrazia degli ospedali calabresi, infatti, parte da lontano, da Giacomo Mancini, Ministro per il Mezzogiorno, che realizzò un ospedale ogni 15 chilometri, infatti la maggior parte degli ospedali in sovrannumero sono in provincia di Cosenza e anche di Reggio Calabria. Sappiamo, inoltre, perché è stato realizzato l'ospedale di Locri laddove esisteva anche l'ospedale di Siderno. Si tratta di una storia dell'ospedalizzazione calabrese molto seria. Onestamente, non conosco la situazione di Rogliano.

Ho pensato sempre, presidente, che rispetto a una Commissione d'inchiesta in cui c'è una maggioranza diversa da quella del presidente che dirige i lavori, gli emendamenti hanno un valore relativo. Secondo il mio giudizio, e così ho fatto, bisogna dare più un'indicazione su come impostare la relazione che non un emendamento.

Inoltre, ho sostenuto e continuo a sostenere che non si possono citare in nota

le dichiarazioni del presidente della regione e le deduzioni giornalistiche. Si tratta di opinioni, non di dati, e andrebbero eliminate.

Questo era il mio obiettivo, per cui non ho fatto gli emendamenti puntuali, perché ritengo sia inutile. Tenevo molto, però, a distinguere le responsabilità — che non sono soltanto del centrosinistra, ma anche di Chiaravalloti, per essere chiari — tra l'operato dei diversi presidenti della regione.

Anche sui costi standard, che sono citati nelle considerazioni conclusive, bisogna stare attenti. Non difendo la mia terra, ma le cose che ritengo giuste; poi difendo anche la mia terra, perché no? Se si danno i costi standard a una regione che non ha nulla, non servono; altra cosa è per la regione Lombardia, la cui sanità funziona e che prende anche in entrata le risorse finanziarie dei malati che dalla Calabria o dalla Sicilia vanno a Milano. Costi standard sì, dunque, se si parte a parità di condizioni e, in ogni caso, vanno distinte le responsabilità della gestione politica della sanità calabrese.

Abbiamo attaccato Loiero — con il quale politicamente non ho nulla da spartire — ma se il debito finale è pari a un miliardo di euro e se di questo 800 milioni gliene ha lasciati Chiaravalloti, forse Loiero non ha fatto tutti questi disastri. Se, invece, non è così, dobbiamo dirlo. Per questo tengo a che le responsabilità siano note, per poter andare avanti.

PRESIDENTE. Possiamo procedere adesso, se ritenete, all'esame delle singole proposte di modifica.

La proposta n. 1, Lo Moro, si riferisce alla pagina 4 della proposta di relazione: « la quota *pro capite* annua è pari a 1.710 euro per abitante a fronte della quota *pro capite* nazionale di 1.330 ». Nel testo c'è un refuso: la cifra corretta è 1.481 euro, secondo i dati ISTAT. Quindi, non occorre votare la proposta di modifica n. 1, ma si procederà alla mera correzione formale della cifra in 1.481.

LUCIO BARANI. Questa proposta di modifica si riferisce al finanziamento, mentre il testo riguardava la spesa.

PRESIDENTE. È la spesa per abitante, riferita al 2005, anno che, rispetto al ragionamento complessivo che stiamo facendo, non è centrale.

Proporrei la soppressione, se siamo d'accordo tutti. Possiamo anche scriverlo, ma precisando che si tratta del 2005.

LAURA MOLTENI. Penso che ogni anno ci sia la questione del Patto per la salute, del riparto dei fondi nazionali, regione per regione: ci sono i dati del Ministero. Come mai si prende un articolo di giornale e non i dati del Ministero?

PRESIDENTE. Abbiamo sempre detto che un problema della Calabria è che i dati sono « ballerini ». È evidente che l'ultimo dato certo si riferisce al 2005.

Qui non si parla di risorse, ma di spese: come si può conoscere la spesa se si contesta il bilancio? Non sappiamo se sia veritiero o meno. Il problema di fondo è la spesa. L'erogazione, invece, è certa.

LAURA MOLTENI. Se da un lato c'è il dato sulla spesa, dall'altra parte deve esserci anche il dato di quanto dal Piano nazionale è stato dato alla Calabria in quell'anno. Devono esserci, da una parte, il finanziamento che arriva dal piano di riparto nazionale, dall'altra, la spesa secondo i dati che abbiamo. Deve esserci il raffronto tra l'investimento e i soldi spesi, per capire qual è la differenza.

DORIS LO MORO. Siccome era presente questo dato obiettivamente sbagliato, ho inserito la quota *pro capite* annua perché è un dato del Ministero: il Ministero nel 2011 ha assegnato alla Calabria, nella ripartizione dell'anno 2010, 1.710 euro per abitante. Questo è un dato certo perché è ministeriale.

PRESIDENTE. Sono due dati diversi. Il dato contenuto in quella relazione è la spesa al 2005; il dato cui lei fa riferimento è la somma erogata quest'anno.

LUCIO BARANI. L'onorevole Lo Moro vuole sostituire il rigo « la spesa annua, che è pari a 3.110 ». Questa sostituzione secondo me, non ha senso: il testo andava bene come era scritto, altrimenti entriamo in una contraddizione.

PRESIDENTE. Il dato di 3.000 euro è un refuso. Il dato vero è 1.481 euro ed è riferito al 2005.

MASSIMO POLLEDRI. Contesto, però, il fatto che sia possibile stabilire una spesa quando ancora non è quantificato il buco del bilancio.

PRESIDENTE. Nel 2005 la spesa è stata certificata. L'ISTAT, infatti, è fermo al 2005 perché non possiede i dati certi degli anni successivi.

Propongo una riformulazione, menzionando sia la spesa annua del 2005 sia la quota *pro capite* che risulta erogata nel 2011: « La spesa annua nel 2005 è stata pari a 1.481 euro per abitante. La quota *pro capite* annua assegnata è pari a 1.710 euro per abitante (a fronte della quota *pro capite* nazionale di euro 1.730) ». Così avremo entrambi i termini.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 1, presentata dall'onorevole Lo Moro, nel testo riformulato.

(È approvata).

L'onorevole Lo Moro ha presentato altre proposte di modifica: n. 2, n. 3 e n. 4. Per le proposte n. 2 e n. 3 il relatore darebbe parere contrario, in quanto si tratterebbe di dati diversi da quelli che risultano dal « tavolo Massicci ». Se, infatti, ce ne discostassimo, dovremmo fare un'istruttoria specifica per la quale, ovviamente, ci manca un riferimento.

DORIS LO MORO. Sono d'accordo con l'impostazione, ma vorrei chiarire il senso delle mie proposte di modifica, che trovano origine nella relazione del « tavolo Massicci », che rappresenta sempre la fonte. Nella lunga e articolata relazione, che ho studiato approfonditamente, le ve-

rifiche sono tutte riferite al periodo che parte dal 2001. Ogni annualità è verificata sia come entrata sia come spesa, ma non c'è la possibilità — lo sostiene il «tavolo Massicci» — di quantificare il debito precedente e successivo al 2005. C'è, dunque, una riserva, che ripropongo in un'altra proposta di modifica. Non sto discutendo quel che risulta dal «tavolo Massicci», ma solo rendendolo più chiaro.

Se, infatti, nel verbale si dice che non si riesce a quantificare il debito e sono indicati 800 milioni di euro in maniera approssimativa, salvo che la regione Calabria dovrà calcolare meglio il debito precedente e il debito successivo, non si può poi concludere che il debito è dal 1° gennaio 2006. Si è, infatti, appena finito di sostenere che non è stato possibile quantificare il debito del periodo precedente, per cui c'è una contraddizione stridente.

D'altra parte, presidente, voglio essere sincera e chiara: considero alcuni dati, ISTAT o «tavolo Massicci», imprescindibili, ma questa è una Commissione d'inchiesta: se non è una Commissione di inchiesta a cogliere gli errori, le lacune o le inadeguatezze che emergono dallo stesso verbale, allora per quello che mi riguarda non ha senso la relazione. Tra l'altro, il presidente Scopelliti, con lealtà e onestà, ha reso pubblici i dati relativi ai vari anni e ha chiarito qual è il dato anno per anno — per questo insistevo sulla necessità di chiedere chiarimenti alla regione Calabria — salvo verifica; qui, invece, si annullano tutti i debiti precedenti al 2005 e li si carica sul periodo successivo.

Siccome, tra l'altro, nella proposta di modifica n. 5, che è la più sostanziosa, riprendendo le verifiche del «tavolo Massicci», chiarisco che il debito al 31 dicembre non è di 232 milioni, perché bisogna aggiungervene 411, per un totale di circa 650 milioni di euro, secondo quanto emerge dallo stesso «tavolo Massicci», non possiamo asserire, da una parte, che il debito è di 650 milioni e, dall'altra, che il deficit parte dal 1° gennaio del 2006.

Onestamente, una Commissione d'inchiesta o chiede chiarimenti o non può lavorare in questi termini.

PRESIDENTE. La sua osservazione, onorevole Lo Moro, mi sembra corretta. Era l'indicazione delle date che creava problemi, ma siccome non siamo in condizione di avere dati certi anno per anno e il «tavolo Massicci» non li precisa, propongo una riformulazione della proposta di modifica n. 2, eliminando la frase «cumulato dal 1° gennaio 2006 al 31 dicembre 2010» e sostituendola con «cumulato sino al 2010» cioè togliendo il *dies a quo*, dal momento che fissandolo si ingenera un equivoco.

Il dato oggettivo, infatti, è che la somma fornita dal «tavolo Massicci» tiene conto anche del maturato precedente, che noi non conosciamo, per cui non possiamo asserire che il debito è dal 1° gennaio 2006, perché almeno un euro di debito al 31 dicembre 2005 doveva esserci.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 2, presentata dall'onorevole Lo Moro, nel testo riformulato.

(È approvata).

Lo stesso ragionamento può valere per la proposta di modifica n. 3: propongo di riformularlo sostituendo «1.1.2006 al 31.12.2007» con «sino al 31 dicembre 2007».

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 3, presentata dall'onorevole Lo Moro, nel testo riformulato.

(È approvata).

Per la proposta di modifica n. 4, il relatore esprimere parere contrario.

DORIS LO MORO. Forse rischio di sembrare un tecnico, ma questo dato è da sopprimere perché è inserito nella relazione del «tavolo Massicci» come dato storico, subito superato nella pagina successiva, per cui non si capisce perché lo prendiamo e non prendiamo, invece, quello della pagina successiva, che dà conto del dato storico reale.

PRESIDENTE. Mi trova impreparato.

LUCIO BARANI. Non possiamo essere d'accordo su questo, perché è parte del piano di rientro, è ufficiale, quindi non si può sopprimere: è nei documenti ufficiali del piano di rientro attuale.

DORIS LO MORO. Sto semplicemente dicendo che quello che affermava Loiero a proposito del debito, quantificato in 1.610 milioni di euro, nell'analisi successiva è poi risultato inferiore. Nel testo si riprende il dato iniziale del piano di rientro Loiero, che però è stato smentito dalla verifica al « tavolo Massicci ».

Come vedete dalla proposta di relazione, il saldo negativo è 810 milioni di euro al 31 dicembre 2005. L'interesse politico andrebbe in senso inverso alle mie dichiarazioni, ma un minimo di coerenza deve esserci. Il dato del debito, 1.610 milioni di euro, è smentito nella pagina successiva, che quantifica diversamente il debito.

PRESIDENTE. Onorevole Lo Moro, vorrei proporre una riformulazione che credo risponda alla doppia esigenza di fornire il dato del governo Loiero e di tener conto che quel dato è stato poi modificato. Basterebbe inserire « evidenziava un saldo negativo, poi accertato in misura inferiore, ». Sostanzialmente, infatti, nel primo piano di rientro la giunta Loiero evidenziava, al 31 dicembre 2007, un saldo negativo pari a un miliardo e 110 milioni di euro. Successivamente, e Scopelliti ce lo ha confermato, si è verificato che era inferiore.

Lei ricorderà, onorevole Polledri, quanto siamo rimasti stupiti del dato degli 800 milioni di euro mentre prima si pensava che fosse un miliardo o forse 1,8 miliardi di euro; il presidente Scopelliti avrebbe potuto avere interesse, semmai, a una dichiarazione esattamente contraria.

Quanto alla proposta di modifica n. 5, onorevole Lo Moro, il parere è favorevole con l'invito a riformularlo sopprimendo la parte finale tra parentesi, che fa riferimento alle notizie giornalistiche: « (quantificate, secondo fonti giornalistiche, rispettivamente, in 109 milioni di euro per

il 2006 e in 269,000 milioni di euro per il 2007) ».

DORIS LO MORO. Lei ha ragione sulle fonti giornalistiche. Avrei potuto scrivere « quantificata dal presidente Scopelliti », ma le mie fonti sono una *slide* del presidente della regione e la stampa, quindi ho dichiarato con sincerità dove l'avevo letto.

PRESIDENTE. Aggiunge qualcosa scriverlo? Se siamo d'accordo, toglierei questa parte.

Tornando alla proposta di modifica n. 4, è corretto affermare: « L'analisi della complessiva posizione finanziaria che si evince dal piano di rientro con riferimento al 31 dicembre 2007 evidenziava un saldo negativo, poi modificato, pari a... »? Per il tavolo Massicci è ancora in corso di definizione la ricognizione del biennio 2006-2007, per cui non abbiamo il dato assolutamente asseverato al 31 dicembre 2007.

Nessuno è in condizione di dire che si trattasse di 1.610 milioni di euro. Dobbiamo scrivere quindi: « evidenziava un saldo negativo, poi sottoposto a verifica, » perché nella proposta di modifica successiva, la n. 5, si specifica puntualmente quanto risulta dagli atti e si afferma che « al 31 dicembre 2005 era pari a 514,66 milioni di euro ». È sufficiente, quindi, che inseriamo l'integrazione che ho proposto. Questo risulta espressamente non soltanto nel testo della relazione, ma anche nella proposta di modifica n. 5, dell'onorevole Lo Moro.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 4, presentata dall'onorevole Lo Moro, nel testo riformulato.

(È approvata).

Sulla proposta di modifica n. 5, dell'onorevole Lo Moro, come ho detto, il parere è favorevole con la riformulazione indicata prima.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 5, presentata dall'onorevole Lo Moro, nel testo riformulato.

(È approvata).

Passiamo alla proposta di modifica n. 6, presentata dall'onorevole Laganà Fortugno: a pagina 5, terzo capoverso, della proposta di relazione, dopo le parole « dicembre 2009 » inserire: « 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 ». Il parere del relatore è favorevole, perché è storia.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 6, presentata dall'onorevole Laganà Fortugno.

(È approvata).

Proposta di modifica n. 7, presentata dall'onorevole Lo Moro: a pagina 6 della proposta di relazione, primo capoverso, primo e secondo rigo, sostituire l'espressione « per circa un miliardo di euro » con il termine « rilevanti ». Considerato che la quantificazione risulta soltanto da dichiarazioni del presidente della regione e non da altre fonti, il parere del relatore è favorevole.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 7, presentata dall'onorevole Lo Moro.

(È approvata).

Proposta di modifica n. 8, dell'onorevole Barani: a pagina 6, dopo le parole « esito negativo » inserire il periodo « da ricondurre al mancato rispetto dell'iniziale scadenza del piano di rientro da parte della regione, la cui nuova amministrazione, insediatasi nell'aprile 2010, non ha materialmente potuto colmare i ritardi consegnati dalla precedente gestione ». Il parere del relatore è favorevole, togliendo però la parola « materialmente ».

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 8, presentata dall'onorevole Barani, nel testo riformulato.

(È approvata).

Proposta di modifica n. 9, dell'onorevole Lo Moro: riporta tutte le cifre e i dati

del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei livelli di assistenza: « 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 milioni e 700 mila euro, che non risulterebbe sufficiente alla copertura integrale del disavanzo di un miliardo e 46 milioni di euro, con conseguente necessità per la regione "di prevedere nel corso del 2011 una manovra aggiuntiva al fine di pervenire a una copertura definitiva del residuo del disavanzo" ». Il parere è favorevole.

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 9, presentata dall'onorevole Lo Moro.

(È approvata).

DORIS LO MORO. Era solo per salvaguardare noi stessi perché a pagina 6 della relazione si fa riferimento alla riunione congiunta del Tavolo e del Comitato del 31 marzo, mentre successivamente si è svolta anche la riunione del 31 maggio.

LUCIO BARANI. Il dato non incide, però, sul debito complessivo, ma solo su quello annuo. Io lo interpreto così.

PRESIDENTE. Il 31 maggio si è svolta una successiva riunione del « tavolo Massicci » e noi ne abbiamo dato atto nella relazione, aggiornandola con la proposta di modifica presentata dall'onorevole Lo Moro.

Il tema di fondo resta che la massimizzazione delle aliquote fiscali applicate non è sufficiente a coprire il disavanzo: è questo che emerge dal verbale del « tavolo Massicci ».

Questa formulazione consente di affermare che, nonostante lo sforzo di applicare la massimizzazione delle aliquote, questo non basta per rientrare, tant'è che il « tavolo Massicci » rispetto alla regione Calabria non chiude positivamente. Questo

risulta non solo dal verbale, ma anche dalla relazione dell'Age.Na.S., secondo la quale non sono state sufficienti le misure applicate con riferimento a tanti versanti, ristrutturazione ospedaliera, manovra fiscale e altro ancora.

La proposta di modifica n. 10, presentata dall'on. Barani, mira a sostituire le parole « miliardo » con « milione ». Si tratta di un milione, sarebbe grave se si trattasse di un miliardo. Tale proposta riguarda quindi un coordinamento puramente formale.

La proposta di modifica n. 11, presentata dall'on. Barani e relativa alla Fondazione Campanella, reca testualmente: « Con legge regionale è stato proposto il 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, ha redatto una proposta in tal senso da inviare in consiglio regionale per l'emanazione di una specifica legge ». Poiché, a seguito della verifica che abbiamo effettuato, questo a noi non risulta, propongo di sostituire le parole « ha redatto » con « dovrebbe redigere ».

FRANCESCO NUCARA. Sulla Fondazione Campanella avevo scritto, e anche detto in sede di discussione generale, che ci sono state molte irregolarità che si evincono dalle relazioni: mi chiedo se sia il caso che la Commissione valuti l'opportunità di interessare l'autorità giudiziaria.

PRESIDENTE. La mia proposta è quella di trasmettere la relazione al Presidente della Camera chiedendo che venga discussa in Assemblea. Inoltre possiamo trasmetterla alla Corte dei conti e all'autorità giudiziaria.

Le irregolarità comunque risultano anche nella relazione che abbiamo steso.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Noi siamo una Commissione d'inchiesta che redige una relazione per il

Parlamento. Si tratta di atti pubblici. Credo che la magistratura debba fare il suo corso autonomamente; altrettanto, la Corte dei conti, che dovrebbe svolgere in sede regionale il proprio lavoro.

PRESIDENTE. Mi permetto di far presente che, essendo una Commissione d'inchiesta, abbiamo il dovere, laddove si ravvisino irregolarità, di informare la magistratura. Questo ci esime da responsabilità, perché domani qualcuno potrebbe chiedere conto, avendo noi evidenziato, ad esempio, il caso dell'ospedale di Scilla, del perché non abbiamo informato la magistratura. Noi non informiamo la magistratura per singoli casi, ma lo facciamo per tutti.

GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE. Mi sembra di ravvisare qualche centinaio di fatti. È una questione non di poco rilievo. Rispetto la sua posizione, presidente: lei asserisce una cosa importante, cioè che la nostra è una Commissione d'inchiesta e quindi sente il dovere, eventualmente, di informare altri organi. A me pare, invece, che questo lavoro dovrebbe essere collegato alle nostre competenze.

PRESIDENTE. Lo affronteremo in Ufficio di presidenza come criterio di comportamento della Commissione, ma se l'onorevole Nucara chiede di segnalare alla magistratura il caso riguardante la Fondazione Campanella, forse ci sono anche altri casi. Allora, li dovremmo segnalare tutti, perché non vorrei che domani si scoprisse che c'era un'ipotesi di reato che noi non abbiamo fatto presente

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 11, presentata dall'onorevole Barani, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Propongo di riformulare la proposta di modifica n. 12, presentata dall'onorevole Barani, sostituendo le parole « ha proceduto » con « ha avviato ».

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 12, presentata dall'onorevole Barani, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 13, presentata dall'onorevole Barani; il parere del relatore è favorevole.

(È approvata).

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 14, presentata dall'onorevole Lo Moro; il parere del relatore è favorevole.

(È approvata).

DORIS LO MORO. Si tratta di introdurre il dato che la Commissione è a conoscenza di quello che ha affermato la Corte dei conti il 18 maggio.

PRESIDENTE. Conferma che ci atteniamo a dati ufficiali.

La proposta di modifica n. 15, presentata dall'onorevole Barani, è stata ritirata.

Per quanto riguarda la proposta di modifica n. 16, presentata dagli onorevoli Polledri e Molteni, vi pregherei di dare mandato al relatore di tenerne conto perché si collega anche ad altra proposta di modifica presentata dall'onorevole Laganà Fortugno: di entrambe si potrebbe tenere conto nelle considerazioni conclusive.

MASSIMO POLLEDRI. Ci permettiamo, però, di insistere perché nella sua proposta di modifica n. 30, presidente, volta ad inserire delle considerazioni conclusive, non trovo riferimento, ad esempio, alla magistratura.

PRESIDENTE. Nella proposta di modifica si dice: « L'attività della magistratura è risultata negli anni poco incidente »: inserirei, in riferimento alla magistratura, « per oggettivi limiti istituzionali e attesa la natura di intervento repressivo della stessa ».

Il tema è che la magistratura non funziona perché arriva dopo, non che i magistrati non fanno il loro dovere.

MASSIMO POLLEDRI. Le considerazioni conclusive sono del relatore, mentre questo va a pagina 34. Francamente, non ho elementi, però negli anni non ho visto una grande attenzione, anche con mezzi sicuramente scarsi, per cui la modifica va inserita integralmente in quel punto. Può riprenderne parte nelle considerazioni conclusive, ma a pagina 34 deve restare.

PRESIDENTE. La formulazione è la seguente: « L'attività della magistratura è risultata negli anni poco incidente in quanto è stata comunque perpetrata una cattiva gestione della cosa pubblica da parte di diversi amministratori ».

LAURA MOLTENI. Si può spezzare.

PRESIDENTE. Se la proposta di modifica rimane, bisogna votarla, ma così riformulata: « L'attività della magistratura non è risultata sufficiente a impedire che venisse perpetrata una cattiva gestione », di modo che si possa poi fare riferimento ai limiti oggettivi, alla mancanza di personale. Tutti i nostri dati sono della Corte dei conti, che è magistratura, e tutti i dati dei danni erariali che abbiamo riportato sono della magistratura; lo scioglimento per mafia avviene perché la magistratura si è mossa.

MASSIMO POLLEDRI. Non è possibile che ci sia più di un miliardo di euro di debiti con ingiunzioni di pagamento e che nessuno si accorga che qualcosa non funziona.

PRESIDENTE. Ci sono azioni di responsabilità. Il procuratore generale della Corte dei conti per la Calabria ha consegnato un elenco di tutti i casi di responsabilità. Per la sola Fondazione Campanella ci sono 110 milioni di euro di responsabilità per danno erariale.

MASSIMO POLLEDRI. Tuttavia, una considerazione politica in generale sul sistema che non ha funzionato sarebbe necessaria. Giustamente, nelle considera-

zioni conclusive sfumiamo e va bene, ma in questo punto vorremmo lanciare un messaggio netto.

DORIS LO MORO. C'è anche un altro dato: nella proposta emendativa dei colleghi si asserisce che nella relazione «appare chiaro un fenomeno di crescita esponenziale di inefficienza tra il 2005 e il 2010», che io non rintraccerei da nessuna parte.

PRESIDENTE. La proposta di riformulazione è questa: «l'attività della magistratura è risultata negli anni poco incidente e ciò in ragione della natura repressiva e *a posteriori* della stessa, tanto che è stata comunque perpetrata una cattiva gestione della cosa pubblica da parte di diversi amministratori».

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Condivido ciò che è stato detto dal collega Polledri: il mio caso personale, di cui credo di aver fornito atti anche a questa Commissione, è dato dalle numerose denunce di mio marito, tra il 1998 e il 2005, che non sono mai state prese in considerazione e, addirittura, sono cadute in prescrizione. Da questo punto di vista, dunque, non posso non essere d'accordo.

Mi sono anche costituita parte civile per denunce che hanno sostenuto di non aver ricevuto e che, invece, sono state ritrovate. La dichiarazione è forte, ma purtroppo in alcuni casi è la verità e quindi non possiamo ometterla, almeno io non posso farlo.

Chiedo invece che venga espunta dalla proposta di modifica la parte relativa ad una riforma in senso federale, perché il federalismo è stato approvato ora e deve ancora essere attuato.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTON. Vorrei chiedere ai colleghi di tenere anche nella giusta valutazione la sintesi della proposta operata dal presidente: dire che l'azione è stata insufficiente significa che, probabilmente, alcune denunce sono state disattese; nel contempo, però, non si bolla in maniera

definitiva l'attività di una magistratura che in alcuni casi è stata coraggiosa in una terra difficile di 'ndrangheta.

Ho memoria, anche se non è la terra in cui vivo, di indagini svolte, di attentati commessi, di fatti gravissimi che lì si sono verificati e per i quali non è mancata l'attività istituzionale della magistratura.

Credo, allora, che la mediazione proposta dal presidente tenga conto delle criticità denunciate dalla collega Laganà, come anche dalla Lega Nord Padania; nel contempo, però, anche per chi è là sul campo e ha condotto battaglie giuste, non c'è una censura che in questo caso a me sembrerebbe eccessiva.

FRANCESCO NUCARA. Credo che il capoverso «L'attività della magistratura è risultata negli anni poco incidente» sia del tutto errato perché non è vero. L'Azienda sanitaria di Reggio Calabria è stata sciolta dalla magistratura e si è proceduto a tanti arresti nell'Azienda di Cosenza. Per la vicenda di Serra d'Aiello sono state arrestate e condannate molte persone. La magistratura, quindi, ha fatto quello che doveva e sono anche in corso molti rinvii a giudizio di persone che lavoravano o lavorano nel campo della sanità.

Si tratta di una terra in cui i problemi per la magistratura sono tanti e tali che forse è giusta la soluzione suggerita dal presidente, che io nemmeno condivido troppo, ma se mediazione si deve trovare, si trovi in quel modo.

PRESIDENTE. La formulazione sarebbe questa: «L'attività della magistratura, anche per limiti propri di un'azione repressiva, non è risultata negli anni incidente ed è stata perpetrata così una cattiva gestione della cosa pubblica da parte di diversi amministratori». In questo modo c'è tutto.

MASSIMO POLLEDRI. Lasciamo questa riformulazione a pagina 34.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Possiamo dire che si tratta di parte della magistratura perché non possiamo fare di tutta *l'erba un fascio*.

PRESIDENTE. Con l'espressione « anche per limiti proprio di un'azione meramente repressiva » si sottolinea che si arriva dopo. La politica arriva prima, il magistrato arriva dopo.

MASSIMO POLLEDRI. Inseriamo, allora, « L'attività di parte della magistratura » e lasciamo il resto così.

PRESIDENTE. Le chiedo formalmente di dirmi a chi si riferisce. Siamo conducendo un'inchiesta, chiediamo di mandare gli atti; ma a chi ci riferiamo?

MASSIMO POLLEDRI. A tutti quelli che hanno fatto ingiunzioni di pagamento senza magari porsi il problema.

LAURA MOLTENI. Anche così la formulazione è forte.

PRESIDENTE. Gli onorevoli Polledri e Molteni riformulano la proposta di modifica in questo modo: « L'attività della magistratura, anche per limiti propri di un'azione meramente repressiva, non è risultata negli anni incidente ed è così stata perpetrata una cattiva gestione della cosa pubblica da parte di diversi amministratori ». Gli onorevoli Fucci e Laganà Fortugno aggiungono la propria firma a tale proposta.

Con riferimento all'impostazione logica che ci ha portato a non determinare temporalmente i fatti, propongo di togliere dal periodo del terzo capoverso che inizia con « dai dati esposti dalla relazione appare chiaro un fenomeno di crescita esponenziale di efficienza » l'espressione « dal 2005 al 2010 ».

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 16, presentata dagli onorevoli Fucci, Laganà Fortugno, Molteni e Polledri, così come riformulata.

(È approvata).

Pongo ora in votazione la proposta di modifica n. 17, presentata dall'onorevole

Barani, per la quale il parere del relatore è favorevole.

(È approvata).

La proposta di modifica n. 18, presentata dall'onorevole Barani, è stata ritirata.

Esprimo parere favorevole con riformulazione alla proposta di modifica n. 19, sostituendo le parole « sta predisponendo » con « starebbe predisponendo » e le parole « che costituiscono » con « che potrebbe costituire ».

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 19, presentata dall'onorevole Barani, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Esprimo parere favorevole con riformulazione alla proposta di modifica n. 20, presentata dall'onorevole Barani, inserendo dopo le parole « hanno adito il TAR », le seguenti: « in via cautelare ».

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 20, presentata dall'onorevole Barani, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 21, presentata dall'onorevole Laganà Fortugno, per la quale esprimo parere favorevole.

(È approvata).

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 22, presentata dall'onorevole Barani, per la quale esprimo parere favorevole.

(È approvata).

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 23, presentata dall'onorevole Barani, per la quale esprimo parere favorevole.

(È approvata).

Esprimo parere favorevole con riformulazione alla proposta di modifica n. 24, presentata dall'onorevole Barani, eliminando l'inciso « ciononostante », francamente reiterativo.

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 24, presentata dall'onorevole Barani, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Pongo in votazione la proposta di modifica n. 25, presentata dall'onorevole Barani, per la quale esprimo parere favorevole.

(È approvata).

Esprimo parere favorevole con riformulazione alla proposta di modifica n. 26, presentata dall'onorevole Barani, sostituendo le parole « ha affermato, senza precisare gli specifici provvedimenti » con « ha affermato che sarebbero state fornite direttive ».

FRANCESCO NUCARA. Proporrei al collega Barani di ritirare questo emendamento perché il dottor Bonura, nel corso della visita a Catanzaro, ci ha raccontato tali e tante bugie che metà bastavano. Non entriamo nei dettagli.

PRESIDENTE. Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 26, presentata dall'onorevole Barani, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

PRESIDENTE. Esprimo parere favorevole sulla proposta di modifica n. 27 presentata dagli onorevoli Barani e Laganà Fortugno, perché abbiamo già provveduto alla riformulazione assieme a loro, per cui il testo è quello riformulato e da voi condiviso. L'onorevole Fucci aggiunge la propria firma a tale proposta.

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 27, presentata dagli onorevoli Barani, Laganà Fortugno e Fucci.

(È approvata).

Esprimo parere favorevole con riformulazione alla proposta di modifica n. 28, presentata dall'onorevole Barani, sostituendo le parole « attraverso le seguenti direttrici » con « indicando le seguenti direttrici », perché con la prima espressione si intende che le abbia già realizzate. L'onorevole Nucara aggiunge la propria firma a tale proposta.

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 28, presentata dagli onorevoli Barani e Nucara, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Con riferimento alla proposta di modifica n. 29 presentata dall'onorevole Laganà Fortugno, propongo di sussumerla per intero nella proposta di modifica n. 30 da me presentata, relativa alle considerazioni conclusive.

LUCIO BARANI. Onorevole Laganà, non possiamo approvare un emendamento che critichi il piano di rientro concordato col Ministero della salute. Lo vogliamo, soprattutto se concordato.

PRESIDENTE. La mia proposta con riferimento all'emendamento Laganà Fortugno è di sussumerla per intero nella relazione che stenderò, quindi nelle considerazioni conclusive, dal momento che lì è collocato; per quanto riguarda, invece, l'emendamento Polledri, che ha chiesto formalmente l'inserimento nella parte interna, ovviamente saccheggerò il vostro emendamento nella relazione finale, inserendo anche il riferimento allo scioglimento per mafia di tre aziende sanitarie della regione Calabria.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Vorrei che la proposta di modifica fosse accolta fino alla parola « dismissione ». Non posso non dire queste cose. Posso, eventualmente, cassare le considerazioni di natura politica per essere più onesta intellettualmente, ma certe considerazioni vanno lasciate. Noi non sappiamo con quali criteri hanno deciso questo smantellamento di dodici ospedali, Scilla e non magari un altro, per cui posso anche non essere d'accordo.

LAURA MOLTENI. Sulla questione del valore patrimoniale che leggo al secondo capoverso di pagina 7, « il cui valore patrimoniale, in prospettiva, andrà a depauperarsi », non è detto che il valore patrimoniale in prospettiva vada a depauperarsi necessariamente: un amministratore in gamba può riconvertire la struttura.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Non è una critica alla chiusura, ma un allarme. Vorrei spiegare alla collega Molteni che, purtroppo, da noi ci sono ospedali, come quello di Gerace, o altri in provincia di Cosenza, mai utilizzati o dei quali addirittura, come l'ospedale di Siderno, sono chiusi alcuni reparti. In quest'ultimo caso, la misura è sensata perché a cinque chilometri c'era l'ospedale di Locri, un DEA di primo livello. Il problema è che si utilizzano, però, altre strutture private per tenere le strutture territoriali. Non è una critica, può essere anche uno stimolo alla riorganizzazione.

PRESIDENTE. Proporrei di sostituire con l'espressione « potrebbe depauperarsi ». E dire che ho fatto battaglie contro chi usava l'espressione « ma anche »!

LAURA MOLTENI. Se amministro la cosa pubblica, ho una struttura che non mi serve più e devo risanare i bilanci, la vendo.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. C'è una legge regionale, approvata dal consiglio regionale nel 2003-2004, per la quale i beni regionali sono inalienabili.

LAURA MOLTENI. Non ne ero a conoscenza. In questo caso, va bene così.

PRESIDENTE. Propongo di non porre in votazione la proposta di modifica n. 29, presentata dall'onorevole Laganà Fortugno, in quanto il contenuto è parzialmente ripreso nella proposta di modifica n. 30, da me presentata.

(La Commissione concorda).

PRESIDENTE. Passando alla proposta di modifica n. 30 da me presentata, quanto a Scilla e Rogliano, faremo riferimento al fatto che, nell'operare la ristrutturazione, bisogna tener conto anche di come siano garantiti i servizi sul territorio e segnaleremo che a tal proposito sono pervenute parecchie segnalazioni, particolarmente pesanti per Scilla e Rogliano.

MASSIMO POLLEDRI. Pensiamo che i due ospedali vadano chiusi.

PRESIDENTE. Per Rogliano il tema non è la chiusura. L'ospedale era accorpato all'azienda di Cosenza, poi scorporato come presidio sul territorio: chiedono di essere riaccorpato all'azienda di Cosenza in quanto hanno strutture che potrebbero costituire reparti dell'ospedale di Cosenza e dell'Annunziata. Pensavo di fare un riferimento meramente formale, asserendo che la Commissione è certa che la Regione, nell'operare la ristrutturazione della rete ospedaliera, troverà le soluzioni migliori per offrire risposte a quanto in maniera pressante è stato sollevato da parecchie realtà della Calabria, in particolare da Scilla e Rogliano.

MARIA GRAZIA LAGANÀ FORTUGNO. Perché dobbiamo indicare per forza i due comuni?

FRANCESCO NUCARA. Perché l'ho chiesto io. Siccome ho detto e ripeto che l'unico ospedale attivo di tutta la Calabria è quello di Scilla, mi interessa che rimanga, dopodiché è sempre la regione Calabria che deciderà.

PRESIDENTE. Non diciamo che deve rimanere o che bisogna sopprimerlo, ma invitiamo la Regione a valutare quanto è emerso.

Pongo quindi in votazione la proposta di modifica n. 30, presentata dal relatore.

(È approvata).

L'approvazione finale della proposta di relazione è rinviata alla seduta di domani. Dichiaro conclusa la seduta.

La seduta termina alle 11,05.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. GUGLIELMO ROMANO

*Licenziato per la stampa
il 14 settembre 2011.*

ALLEGATO 1

**PROPOSTA DI RELAZIONE SULLO STATO DELLA SANITÀ
NELLA REGIONE CALABRIA****INDICE****Premessa****Capitolo 1. La situazione finanziaria della sanità regionale**

1. Considerazioni generali
2. Le principali criticità rilevate dalla Commissione
3. La fondazione per la ricerca e la cura dei tumori “Tommaso Campanella”
4. La situazione economico finanziaria delle aziende sanitarie e ospedaliere della regione
5. L’indeterminatezza della misura del disavanzo sanitario regionale
6. Le criticità della situazione finanziaria della Calabria rilevate dalla Corte dei conti (2004-2010)
7. Prospettive di accertamento e riconciliazione del debito nel triennio 2010-2012
8. Proposte della Commissione

Capitolo 2. Qualità dell’offerta sanitaria in Calabria

1. I risultati della Commissione di indagine istituita dal Ministero della salute nel 2007
2. La situazione attuale
 - 2.1. L’offerta sanitaria
 - 2.2. La gestione del rischio clinico
3. Le criticità organizzative emerse dall’analisi dei casi di presunto errore sanitario
4. Prospettive di attuazione del Piano di rientro
 - 4.1 Riorganizzazione della rete ospedaliera
 - 4.2 Riorganizzazione dei Servizi di emergenza-urgenza
5. Considerazioni conclusive

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

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 e 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 è stata pari a 1481 euro per abitante¹.

Il disavanzo sanitario al 31.12.2010, cumulato dall'1.1.2006 sino 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 ad 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 1.1.2006 al 31.12.2007, pari a 800 milioni di euro.

L'entità del predetto disavanzo sanitario, cumulato al 31.12.2010, tiene già 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 aziendali².

L'analisi della complessiva posizione finanziaria che si evince dal Piano di rientro, con riferimento al 31.12.2007, evidenzia un saldo negativo 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.

Al 31.12.2005, vi è un'esigenza di copertura del debito commerciale per 514,66 milioni di euro. Inoltre, si è in attesa che il Commissario garantisca la ricognizione del debito restante anche al fine di determinare definitivamente le componenti antecedenti al 31.12.2005 e relative al periodo 2006-2007.

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., 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.

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 farmaci³. 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. 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'art. 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 art. 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 art. 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 2012⁴. I settori interessati sarebbero stati farmaceutica (60 milioni), personale (25 milioni), attività della stazione 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;

³ Cfr. Ibidem; R. Turno, *In Calabria le ASL pagano dopo 736 giorni*, Il Sole24 Ore del 17.12.2009, pag.2

⁴ 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

- 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 per circa un miliardo di euro 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. 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 CIPE n. 1 del 6 marzo 2009 e delle risorse previste dall'art. 5 dell'Accordo per il Piano di rientro.

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 SSR;
- 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 controllo⁵.

⁵ 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'art. 5 della legge regionale n. 11 del 2009 (come modificato dall'art. 1 della successiva legge n. 48) 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.

In caso di mancato riconoscimento della Fondazione quale IRCCS – previsto entro il 31.12.2009 – la regione avrebbe dovuto infatti recedere dalla Fondazione stessa e si sarebbe dovuto nominare un commissario liquidatore incaricato di ricondurre le funzioni nell'ambito di quelle dell'azienda *Mater Domini*, con il conseguente e contemporaneo passaggio delle unità operative complesse e trasferimento di tutti i rapporti giuridici ed economici in essere.

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 Università⁶. Appare incongrua e censurabile la mancata risoluzione della natura giuridica della Fondazione, attese anche le evidenti implicazioni negative derivanti dall’incertezza della qualificazione giuridica.

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. 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.

⁶ Cfr. A. Cantisani., Sanità, Leoluca Orlando chiede chiarezza sulla “Campanella”, in *Calabria Ora*, del 30 luglio 2010, pag.4

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'art. 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.

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

	AZIENDE SANITARIE E OSPEDALIERE DELLA REGIONE	Rilievi della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti, effettuati nell'anno 2009, ai sensi dell'art. 1, commi 166, 167 e 170, legge n. 266 del 2005	Rilievi della Commissione d'indagine sulla qualità del Servizio sanitario regionale (Relazione deliberata il 14 aprile 2008)	Risposte fornite
1	ASP CROTONE	<p>Con la delibera del 27 aprile 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> In relazione all'esercizio 2007, ritardo nell'adozione dei documenti di programmazione e rendicontazione. Rilevanti perdite delle gestioni nel triennio 2005-2007 non ripianate, né autorizzate preventivamente e dalla Regione. <i>Trend</i> di perdite: - 2005: 24580 migliaia di euro - 2006: 33754 - 2007:66438 Carenze nel sistema contabile patrimoniale aziendale. Forte incidenza 	<p>In relazione alla gestione sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> Numero di dipendenti amministrativi e dirigenti elevato rispetto al totale. Incidenza delle strutture private convenzionate - accreditate straordinariamente elevata. Criticità in relazione alla funzionalità dei reparti ospedalieri. <p>In relazione al risultato di esercizio sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> Perdite nell'esercizio 2006 e 2007. Piano di rientro per l'esercizio 2007 non rispettato in quanto non concretamente realizzabile. Costi sostenuti per ospedalità privata esorbitanti. 	<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 <u>contenzioso</u>, alla <u>data del 25.01.10</u>, 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>di contenzioso con il personale (1345 vertenze).</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 e alla chiusura del bilancio.</p>	<p>Sulla <u>gestione del patrimonio</u>, in merito agli elevati canoni di locazione, non si ravvisa nessun ricorso a valutazioni di congruità, né alcuna misurazione quantitativa dei costi di locazione sopportati per ciascun immobile. 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, a seguito della legge regionale n. 9 dell'11.5.07 (Art.7).</p> <p><u>Quanto al ripiano delle perdite</u>, emerge una sottostima del FSR, per la quota di pertinenza dell'Azienda. Risultano, inoltre, pendenze legali non prevedibili, definite con sentenza che hanno aggravato i risultati.</p> <p><u>Le carenze del sistema contabile</u></p>
--	--	--	--

				<p><u>vengono giustificate</u> dall'introduzione del sistema di contabilità economico-patrimoniale con conseguenti difficoltà di adattamento, anche culturali, da parte del personale.</p> <p><u>Sulla situazione debitoria</u>, per il periodo 2001-2007, l'azienda fa rinvio a quanto definito dall'Advisor, risultante altresì dai bilanci consuntivi.</p> <p><u>Il monitoraggio dei principali aggregati di spesa avviene</u> attraverso il sistema ASCOT web.</p>
2	<p>ASP CATANZARO</p> <p>(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> <ol style="list-style-type: none"> 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. 2. Asimmetria funzionale e 	<p>In relazione all'esercizio finanziario 2006, sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Notevoli perdite di esercizio delle ex aziende sanitarie nell'anno 2006. 2. Continuo aumento dei costi per la spesa farmaceutica. 3. Notevole incidenza dei costi per il personale sul totale dei costi. 4. Eccessivo 	<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. 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</p>

		<p>organizzativa tra collegio sindacale e azienda.</p> <p>3. Rilevante incidenza della spesa farmaceutica 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>numero del personale amministrativo sul totale.</p>	<p>dalla Giunta regionale, ritenendo, tuttavia, di aver riscontrato, con qualche ritardo, le osservazioni dell'organo di controllo.</p> <p><u>Quanto all'incidenza spesa farmaceutica, è stata attivata la distribuzione diretta dei farmaci, con un sistema di monitoraggio e di controllo continuo e sistematico.</u></p> <p>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 Mater Domini.</p> <p>Risultano internalizzati servizi precedentemente gestiti in outsourcing</p> <p><u>In merito agli oneri per consulenze,</u></p> <p>l'azienda rileva l'eccezionalità del</p>
--	--	---	--	--

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

				costo, dovuto all'accorpamento delle due aziende (ASL 6 e ASL 7), unitamente alla fissazione di opportuni tetti massimi. <u>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.</u>
3	ASP COSENZA		Sono emerse, quale problema prioritario, criticità relative alle strutture private convenzionate-accreditate. Elevato numero di posti letto in strutture convenzionate per acuti (769). Sono in corso verifiche da parte dei servizi ispettivi di finanza pubblica della Ragioneria generale dello Stato	L'Azienda non ha fornito alcuna risposta
4	ASP VIBO VALENTIA	Con la delibera del 27 aprile 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro: 1. In relazione all'esercizio	Dall'esame del consuntivo 2006 sono stati rilevati: 1. Complessiva diminuzione degli acquisti di esercizio e	In merito all'adozione della programmazione e rendicontazione, si giustifica il ritardo per una

		<p>2007, ritardo nell'adozione dei documenti di programmazione e rendicontazione.</p> <p>2. Rilevanti perdite delle gestioni del triennio 2005-2007 non ripianate, né autorizzate preventivamente e dalla Regione, a fronte di bilanci di previsione approvati in pareggio.</p> <p><i>Trend</i> di perdite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2005:16518 migliaia di euro - 2006: 15645 - 2007:28620 <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</p>	<p>riduzione della spesa per i farmaci degli ospedali.</p> <p>2. Significativo aumento dei costi per prestazioni di servizio, soprattutto per 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>differente allocazione di alcuni comuni in nuove ASP provinciali, rispetto all'originaria, a seguito della L.R. n. 9 dell'11.5.07 (Art.7).</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.</p> <p>Sono state adottate opportune misure di riduzione della spesa, con analogo riduzione delle perdite.</p> <p>Risultano promosse opportune iniziative per garantire il monitoraggio <u>degli aggregati di spesa</u>.</p> <p>L'azienda giustifica il mancato rispetto dei tetti <u>di spesa per il personale</u> e per garantire i LEA e gli standard operativi minimi.</p> <p><u>Si riscontra un elevato numero di dipendenti del ruolo amministrativo.</u></p>
--	--	--	--	--

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

		<p>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><u>ancorché vi sia stata una riduzione di 37 unità nel biennio 2007-2009.</u></p>
5	AZIENDA SANITARIA LOCRI		<p>È stata esaminata la "Relazione attività su criticità gestionali ed organizzative. Proposte" della Commissione straordinaria dell'ASL del 12 settembre 2007 dalla quale sono emersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inefficienze ed irregolarità nella gestione delle risorse umane. 2. Acquisizione di beni e servizi mediante diffuso ricorso alla trattativa privata e in violazione sistematica della normativa antimafia. 3. Quotidiana ricezione di 	<p>La risposta pervenuta non risulta esauriente.</p>

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

			decreti ingiuntivi relativi a debiti maturati negli anni precedenti.	
6	ASP REGGIO CALABRIA		<p>Sulla base di quanto dichiarato dal collegio sindacale in relazione ai bilanci consuntivi 2001-2006 sono emersi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inconsistenza e inadeguatezza del bilancio di previsione 2006 che è stato totalmente disatteso a consuntivo. 2. Indeterminatezza dei decreti ingiuntivi notificati. 3. Eccessivo tasso di indebitamento per l'anno 2006. 4. Incremento iperbolico della spesa farmaceutica dal 2005 al 2006. 5. Rilevanti perdite non ripianate né autorizzate preventivamente 	L'Azienda non ha fornito alcuna risposta
7	AZIENDA OSPEDALIERA COSENZA (comprendente tre presidi ospedalieri)	<p>Con la delibera del 12 febbraio 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdite di esercizio negli anni 2004, 2005 e 2006 <p><i>Trend</i> di perdite:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2004: 47623 migliaia di euro - 2005: 31902 - 2006: 	<p>In relazione al bilancio di esercizio del presidio ospedaliero Annunziata 2006 sono stati evidenziati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incremento dei costi per interessi moratori e rivalutazione monetaria. 2. Elevato numero di debiti verso i fornitori. <p>Nella relazione inviata</p>	<p><u>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</u></p>

		<p>25734</p> <p>2. Squilibri di bilancio dovuti alla carenza di programmazione e.</p> <p>3. Carenza di controlli e di monitoraggio.</p> <p>4. Mancato rispetto del vincolo di crescita dei costi della produzione.</p> <p>5. Aumento dell'indebitamento verso i fornitori. Ritardo di 560 giorni nel soddisfare le spettanze dei fornitori.</p> <p>6. Spesa per il personale crescente nell'esercizio 2006.</p> <p>7. Acquisto di beni e servizi senza regolari bandi di gara.</p> <p>8. Notificati 156 decreti ingiuntivi e 90 atti di pignoramento</p>	<p>alla Commissione viene riconosciuta la drammatica situazione dei debiti. Si parla di "fenomeno dell'emersione dei debiti fuori bilancio che non possono trovare capienza e sistemazione nella contabilità ufficiale dell'Azienda".</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><u>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.</u></p>
8	AZIENDA OSPEDALIERA MATER DOMINI CATANZARO	<p>Con la delibera del 5 giugno 2009 sono stati evidenziati, tra l'altro:</p> <p>1. Ritardi reiterati nell'approvazione dei bilanci dell'azienda nel triennio 2005-2007.</p> <p>2. Mancata approvazione da parte della giunta</p>	<p>Sono stati rilevati:</p> <p>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</p>	<p>L'Università degli Studi "Magna Grecia" sollecita l'integrazione funzionale delle aziende ospedaliere di Catanzaro, anche a seguito del mancato accorpamento. L'azienda, illustrando in</p>

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

		<p>regionale dell'atto aziendale di organizzazione interna.</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 o dei dati dei bilanci dei due soggetti.</p>	<p>organizzative fondamentali e che non assicurano prestazioni assistenziali 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; <i>“non è chiaro quale ente fatturi le prestazioni</i></p>	<p>dettaglio le principali voci del conto economico, fa presente la sottostima del 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>
--	--	--	---	--

			<p><i>effettuate dalla Fondazione".</i></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>	
9	<p>AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE-CIACCIO CATANZARO</p>		<p>La Commissione ha rilevato che le condizioni del P.O. non sono ottimali. Per quanto riguarda l'andamento complessivo dell'azienda sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Una percentuale dei costi per il personale molto alta rispetto ai valori medi nazionali. 2. Un rapporto tra ricavi per prestazioni a tariffa e finanziamenti regionali per funzioni non tariffabili sbilanciato a favore delle prestazioni non tariffabili. 3. Previsione di un importante incremento dei costi del 	<p>Sono state duplicate le strutture del presidio ospedaliero per far fronte ad una maggiore offerta sanitaria.</p> <p><u>La percentuale dei costi per il personale risulta elevata rispetto ai valori medi nazionali.</u> 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</p>

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

			<p>personale, pur a fronte del disavanzo registrato, senza una evidente motivazione.</p> <p>4. Incremento delle unità di personale del ruolo amministrativo non congruo (da 10 a 15 dirigenti).</p>	<p>offerta di posti letto, nonché la stabilizzazione del personale a tempo determinato.</p> <p>Ritiene altresì necessario un ulteriore incremento per esigenze di turnover, assunzione di primari e allocazione di nuove funzioni.</p> <p><u>L'incremento delle unità di personale del ruolo amministrativo si presenta non congruo</u></p>
10	<p>AZIENDA OSPEDALIERA BIANCHI MELACRINO-MORELLI</p> <p>REGGIO CALABRIA</p>		<p>Dalla relazione per la Commissione Sanità Calabria del 28 gennaio 2008 sono stati rilevati:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	<p>L'Azienda non ha fornito alcuna risposta</p>
11	<p>FONDAZIONE TOMMASO CAMPANELLA</p> <p>CATANZARO (soggetto di diritto privato non ancora trasformata in</p>	<p>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</p>	<p>Ad avviso della Commissione d'indagine:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. I bilanci della fondazione non sono per nulla trasparenti e poco chiara è anche la nota integrativa. 	<p>Non risultano pervenute le note integrative e le relazioni sulla gestione relativa agli esercizi 2006-2007-2008.</p>

	<p>IRCCS)</p>	<p>di diritto privato, "condiziona una non trascurabile parte dell'attività di gestione" del soggetto pubblico, cioè l'Azienda, "in carenza di strumenti convenzionali e procedure regolamentate ad hoc".</p> <p>Da notizie di stampa si è appreso che:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 "cagionato da una lunga serie di finanziamenti illegittimi erogati dalla regione Calabria a favore della Fondazione". Risulterebbero segnalati sei dirigenti generali alternatisi dal 2005 ad oggi. <p>Con la deliberazione n. 393 del 30 novembre 2009, il</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 	
--	----------------------	--	---	--

		<p>Consiglio Regionale della Regione Calabria ha prorogato al 31 dicembre 2010 il termine previsto dall'art. 5, comma 1 della L.R. n. 11 del 2009: <i>“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”</i>.</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 a: ASP Cosenza; ASP Reggio Calabria; 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 ed 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 certificato⁷.

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 aziende⁸. 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 istituzionali⁹.

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

- inaffidabilità del dato contabile delle aziende;

⁷ Fonte audizione dott. Massicci, che cita la Calabria e la Corte dei Conti Calabria – Sezione Controllo. L'affermazione di cui sopra è altresì, ulteriormente ribadita, nel verbale di cui alle riunioni del 22 febbraio e 31 marzo 2011, ove si legge testualmente che: “ 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”

⁸ Le criticità del sistema sanitario regionale della Calabria, Corte dei conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, pag 16 .

⁹ Cfr. Corte dei Conti. cit, pag. 15.

- 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 esecutive¹⁰.

Il carattere dell'indeterminatezza, secondo la Corte dei Conti¹¹, 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'art. 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'art. 1, comma 168, della stessa legge n. 266 del 2005.

¹⁰ Cfr. Corte dei Conti, cit. pag. 16.

¹¹ Corte dei Conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, Le criticità del Sistema Sanitario regionale della Calabria, Audizione presso la Commissione Errori Sanitari, 27 maggio 2010, pag. 3.

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.

Gli importi di danno richiesti sono stati pari ad 95.339.607 euro, ai quali debbono aggiungersi i circa 100 milioni di euro che hanno riguardato i finanziamenti alla Fondazione Tommaso Campanella¹².

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 situazione¹³ 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 prescrizione.

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. Circa la metà riguardano invalidità verificatesi al momento del parto.

¹² *Indagini in materia sanitaria (anni 2004-2010)*, Procura regionale presso la sezione giurisdizionale della Corte dei conti per la regione Calabria.

¹³ *Id.*, pag 4.

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.

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.

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

ospedaliera 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 SSR, ai sensi dell'art. 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 riassumersi¹⁴:

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

¹⁴ Cfr. Corte dei Conti, cit. pagg. 5 e segg; Id., Rendiconto generale della regione Calabria, per l'esercizio finanziario 2007, pag. 228 e segg.

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 è affetta da profonde criticità metodologiche e procedurali che necessitano di una completa revisione”¹⁵.

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 tesoriери.

¹⁵ Cfr., Corte dei Conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, Documento presentato nel corso dell’audizione presso la Commissione a Roma il 27 maggio 2010, pag. 8.

7. PROSPETTIVE DI ACCERTAMENTO E RINCONCILIAZIONE 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 Calabria¹⁶, 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 permesso, definita la situazione debitoria 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.

¹⁶ 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.

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 2010¹⁷. In tale occasione la Corte dei conti, al fine di superare le criticità riscontrate nella tenuta delle scritture contabili e nei controlli esercitati dai collegi 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 generale della programmazione sanitaria) e al Consiglio nazionale dei dottori commercialisti e degli esperti contabili, al fine di pervenire

¹⁷ Cfr. Corte dei Conti, Sezione regionale di controllo per la Calabria, *Le criticità del Sistema Sanitario regionale della Calabria*, cit. pag. 23

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.

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»¹⁸.

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”»¹⁹. 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 infrastrutture²⁰.

¹⁸ 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.

¹⁹ *Ibidem*, p. 29.

²⁰ 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.

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 condizioni critiche²¹. 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 di 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 regione²².
- 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 infezione²³.
- Sottoutilizzo di reparti ospedalieri e di intere strutture: paradigmatico l'esempio dell'azienda ospedaliera universitaria Mater Domini di Catanzaro²⁴.
- Mancanza di una rete ospedaliera razionale: ospedali privi di strutture idonee a consentire percorsi diagnostico terapeutici completi situati l'uno vicino all'altro;

²¹ 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.

²² Cfr *ibidem*, pp. 56-57.

²³ Cfr *ibidem*, p. 58.

²⁴ Cfr *ibidem*, pp. 59.

ospedali quasi del tutto inutilizzati, con personale regolarmente in servizio, accanto ad ospedali vicini sovraffollati e con organici carenti²⁵.

- 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 Sant'Anna) che effettua un numero cospicuo di interventi anche di cardiocirurgia ad alta complessità²⁶.
- 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 sanitaria²⁷.

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 sentinella²⁸.

Venivano 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.

²⁵ Cfr *ibidem*, p. 61.

²⁶ Cfr *ibidem*, p. 63.

²⁷ Cfr *ibidem*, pp. 64-65.

²⁸ Cfr *ibidem*, pp. 30-34.

- Sostegno da parte della regione alle azioni rivolte al contrasto delle infezioni ospedaliere²⁹.

2. LA SITUAZIONE ATTUALE

2.1. L'offerta sanitaria

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

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

- Azienda sanitaria provinciale di Cosenza, nata dall'accorpamento delle aziende sanitarie locali di Paola, Castrovillari Rossano, Cosenza;
- Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, nata dall'accorpamento delle aziende sanitarie locali di Lamezia e di Catanzaro;
- Azienda sanitaria provinciale di Crotona, nata dalla trasformazione dell'azienda sanitaria locale di Crotona;
- Azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia, nata dalla trasformazione dell'azienda sanitaria locale di Vibo Valentia;

²⁹ Cfr *ibidem*, pp. 69-70.

- 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 corretta³⁰.

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 ultra65enni” 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”³¹.

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”³²;
- 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 ospedaliere³³ (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

³⁰ 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.

³¹ 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.

³² *Ibidem*, p. 4.

³³ Cfr. *ibidem*, p. 6.

- convenzionata” e “resistenze da parte delle amministrazioni locali alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri”³⁴;
- 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”³⁵;
 - 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”³⁶;
 - “un processo di trasformazione, di accorpamento ed unificazione delle aziende sanitarie a dimensione provinciale realizzato, per la maggior parte, solo teoricamente”³⁷;
 - 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”³⁸.

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 attuativi³⁹;

2) relativamente ai punti di nascita, viene evidenziato il rischio di eventuale contenzioso con le strutture private accreditate⁴⁰;

3) i contratti del personale a tempo determinato sono stati prorogati al 31 dicembre 2011, nonostante la normativa vigente disponga la nullità di tali atti⁴¹;

³⁴ *Ibidem*, pp. 9-10.

³⁵ *Ibidem*, p. 14.

³⁶ *Ibidem*, p. 16.

³⁷ *Ibidem*, p. 14.

³⁸ *Ibidem*, p. 14.

³⁹ 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.

⁴⁰ Cfr *ibidem*, p. 22.

⁴¹ Cfr *ibidem*, p. 4.

4) la verifica del Piano di rientro effettuata per l'anno 2010 ha avuto esito negativo, in quanto il processo di risanamento, pur correttamente impostato in via generale, non è stato ritenuto consolidato dal punto di vista strutturale ⁴².

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.

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?

⁴² Cfr *ibidem*, p. 25.

- 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 Crotone: incompleta;
- AO Pugliese Ciaccio di Catanzaro: incompleta;
- AO Mater Domini 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»⁴³. Si evidenzia che presso l'azienda ospedaliera di Cosenza si sono verificati due episodi di “malasanità” che hanno coinvolto bambini, uno dei quali deceduto.

⁴³ Azienda ospedaliera di Cosenza, Relazione sul risk management per l'anno 2009 (15 gennaio 2010).

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, 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»⁴⁴.

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.

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

⁴⁴ Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, Resoconto stenografico della seduta del 23 febbraio 2010, le frasi citate si trovano alle pp. 6, 8 e 9.

organizzazioni performanti, gli errori e i problemi finiscono per generare conoscenze e di conseguenza un circolo virtuoso»⁴⁵

Sono pervenute segnalazioni relative a 75 casi di presunti errori sanitari 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 che 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 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, dovendo 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 responsabili presunti dell'errore medico, utilizzando quanto

⁴⁵ *Ibidem*, pp. 8-9.

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 avvenuto il 27 settembre 2009 che aveva riportato un trauma cranico per infortunio domestico 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 dott. 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 Acri 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 l'elisoccorso con la società Elitaliana SpA, della durata di sei anni. La società Elitaliana era la titolare della precedente convenzione.

c) Carenze di gestione del rischio clinico.

Tali carenze emergono in maniera significativa almeno in 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.

Si è verificato il 15 agosto 2009 presso la Casa di cura Villa Elisa di Cinquefrondi 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.

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 sono 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 inappropriatezza 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 e 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 territoriale⁴⁶.

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).

⁴⁶ Cfr. rispettivamente gli Allegati 1, 2 e 3 al decreto del presidente della Giunta regionale n. 18 del 22 ottobre 2010.

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.

I parametri di riferimento del Piano di rientro sono rappresentati dal valore di 3 posti letto per 1.000 abitanti per acuti e 0,8 per riabilitazione e lungodegenza (attualmente i valori sono 3,9 per acuti e 0,5 per riabilitazione e lungodegenza), riducendo di 0,9 punti i tassi per acuti e aumentando al contempo la riabilitazione e lungodegenza di 0,3.

Il primo obiettivo è ridurre il tasso di ospedalizzazione nelle strutture della regione, complessivamente pari a 225 (192 nelle strutture della regione e 33 in mobilità passiva), in modo da raggiungere il valore di 180 escluso l'ambito neonatale.

In particolare, si prevede per le strutture pubbliche una riduzione di circa 79.000 ricoveri ordinari e un aumento di circa 14.000 ricoveri diurni, pari ad una riduzione complessiva di 65.000 ricoveri. Per quanto riguarda le strutture private, invece, si prevede un taglio di circa 21.000 ricoveri ordinari ed un aumento di circa 14.000 in regime diurno, per un totale di quasi 7.000 ricoveri in meno.

È previsto, inoltre, che l'aumento dei ricoveri complessivi di riabilitazione e lungodegenza, pari a circa 5.000, comporti un aumento dei posti letto di circa 600 unità, sostanzialmente concentrate nel settore pubblico.

Sono state identificate circa 20 strutture di piccole dimensioni, particolarmente inappropriate e non sicure, da disattivare da ospedali per acuti e da trasformare: in particolare, 599 posti letto verranno riconvertiti in riabilitazione e lungodegenza; 723 in posti letto di strutture di lungo-assistenza (strutture residenziali complesse); 538 in Case della Salute e punti territoriali di assistenza. I posti letto disattivati da acuti e riconvertiti sono distribuiti equamente in tutte le ASP.

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, Crotona, 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 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.

5. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

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.

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 ACRÌ	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		
	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°

XVI LEGISLATURA - COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

		180025	ISIIUTO NINETTA ROSANO BELVEDERE MARITTIMO	128
		180027	CASA DI CURA CASCINI S.R.L BELVEDERE MARITTIMO	88
		180028	CLINICA SACRO CUORE COSENZA	68
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	28
		180030	CASA DI CURA VILLA DEGLI OLEANDRI MENDICINO	10
		180083	CASA DI CURA SAN LUCA S.R.L. PRAIA A MARE	27
		Totale 2		577
Totale 201				2.383
202	1	160032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	399
		Totale 1		399
	2	180044	CASA DI CURA VILLA GIOSE CROTONE	90
		180045	CASA DI CURA S.RITA	63
		180046	CASA DI CURA REUMATOLOGICA OLIVETI COTRONEI	58
		180085	ROMOLO HOSPITAL ROCCA DI NETO	63
		180101	CALABRODENTAL CROTONE	6
		Totale 2		280
Totale 202				679
203	1	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	281
		180040	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	102
		180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	28
		180055	OSPEDALE 8ASSO IONIO SOVERATO	90
		180913	A.O. DI CATANZARO	579
		180914	A.O. MATER DOMINI	158
		Totale 1		1.238
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	76
		180049	CASA DI CURA S. VINCENZO CATANZARO	10
ASP/	Pubbl (1)			N°
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	57
		180051	CASA DI CURA VILLA MICHELINO S.R.L. LAMEZIA T.	54

XVI LEGISLATURA — COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO — SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

		180052	CASA DI CURA VILLA PUCA CATANZARO	10	
		180053	CASA DI CURA SANTANNA HOSPITAL CATANZARO	86	
		180917	FONDAZIONE PER LA RICERCA E LA CURA DEI TUMORI "T. CAMPANELLA"	73	
		Totale 2		366	
Totale 203				1.604	
204	1	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	142	
		180035	P.O. DI TROPEA	65	
		180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	4	
		180057	P.O. DI SERRA SAN BRUNO	52	
	Totale 1			263	
	2	180047	VILLA DEI GERANI VIBO VALENTIA	36	
Totale 2			36		
Totale 204				299	
205	1	180060	P.O. F. PENTIMALI 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 MAMERTINA	22	
		180064	P.O. PRINCIPESSA DI PIEMONTE DI TAURIANOVA	18	
		180067	OSPEDALE SCILLESII D'AMERICA DI SCILLA	45	
		180068	P.O. GIOVANNI XXIII DI GIOIA TAURO	32	
		180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	580	
	Totale 1			958	
	Pubbl (1)	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	96
			180073	CASA DI CURA VILLA AURORA REGGIO CALABRIA	87
					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		

ASP/

XVI LEGISLATURA - COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

Totale 2				537
Totale 205				1.495
206	1	1B0059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	33B
		1B0069	OSPEDALE CIVILE DI SIDERNO	22
	Totale 1			360
Totale 206				360
Totale complessivo				6.820

Postacuzie

ASP/ A5L	Pubbl CI) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	32
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	66
		180014	STAB.OSPED. DI CARIATI	20
	Totale 1			118
	2	180024	VILLA ORTENSIA COSENZA	15
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	14
		180042	CASA DI CURA MADONNA DELLA CATENA LAURIGNANO	134
		180081	CASA DI CURA M.MISASI GR. S. BARTOLO COSENZA	60
		180084	MEDICAL HOTEL CLIMAT. SPES P. ARENA SANGINETO	27
	2	180086	CASA DI CURA S .FRANCESCO MENDICINO	60
Totale 2			310	
Totale 201				428
202	2	180054	ISTITUTO SANTANNA CROTONE	160
		Totale 2		
Totale 202				160
203	1	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
		180913	A.O. DI CATANZARO	2
	Totale 1			16

XVI LEGISLATURA - COMM. ERRORI IN CAMPO SANITARIO - SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2011

	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	46
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	30
		180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	4
Totale 2				80
ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
Totale 203				96
204	1	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
Totale 1				20
Totale 204				20
205	1	180067	OSPEDALE SCILLESÌ D'AMERICA DI SCILLA	32
Totale 1				32
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	20
Totale 2				20
Totale 205				52
Totale complessivo				756

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

ALLEGATO 2

**PROPOSTE DI MODIFICA ALLA PROPOSTA DI RELAZIONE
SULLO STATO DELLA SANITÀ NELLA REGIONE CALABRIA**

1. A pag. 4, 2° capoverso, 5° rigo, sostituire “La spesa annua è pari a 3.110,2 euro per abitante” con “*La spesa annua nel 2005 è stata pari a 1481 euro per abitante. La quota pro capite annua assegnata è pari a 1.710 euro per abitante (a fronte della quota pro capite nazionale di euro 1.730)*”.

Approvata – nuova formulazione

(LO MORO)

2. A pag. 4, 3° capoverso, 1° rigo, eliminare: “, cumulato dall’1.1.2006 al 31.12.2010,”.

Approvata – nuova formulazione

(LO MORO)

3. A pag. 4, 3° capoverso, 6° rigo, sostituire “1.1.2006 al 31.12.2007” con: “*sino al 31 dicembre 2007*”.

Approvata – nuova formulazione

(LO MORO)

4. A pag. 4, 6° capoverso, 2° rigo, sostituire “evidenzia un saldo negativo” con “*evidenziava un saldo negativo, poi sottoposto a verifica,*”.

Approvata – nuova formulazione

(LO MORO)

5. A pag. 4, sostituire il 7° capoverso, da “Al 31.12.2005” fino a “periodo 2006-2007”, con il seguente: “*Dai verbali 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 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*”.

Approvata – nuova formulazione

(LO MORO)

6. A pag. 5, terzo capoverso, dopo le parole “solo nel dicembre 2009”, inserire le seguenti: “, *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*”.

Approvata

(LAGANÀ FORTUGNO)

7. A pag. 6, primo capoverso, 1° e 2° rigo, sostituire l’espressione “per circa un miliardo di euro” con la parola: “*rilevanti*”.

Approvata

(LO MORO)

8. A pag. 6, terzo capoverso, dopo le parole “esito negativo.” inserire le seguenti: “, *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.*”

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

9. A pag. 6, aggiungere in fine di paragrafo il seguente capoverso: “*Tavolo e Comitato, in esito alla riunione del 31.05.2011 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’*”.

Approvata

(LO MORO)

10. A pag. 7, sostituire la parola “miliardo” con la parola “milione”.

Ritirata

(BARANI)

11. A pag. 9, dopo l’ultimo capoverso, aggiungere infine il seguente: “*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 in Consiglio regionale per l’emanazione di una specifica legge.*”

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

12. A pag. 27, aggiungere infine il seguente capoverso: *“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.”*

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

13. A pag. 29, terzo capoverso, dopo le parole “di 495.951 euro.” inserire le seguenti: *“A tal proposito si evidenzia che la Regione, con DPGR n. 27 del 18 Novembre 2010, ha emanato specifico atto di regolamentazione dell’attività libero professionale rettificando, come richiesto dal “tavolo Massicci”, la precedente DGR n. 742/2009.”*

Approvata

(BARANI)

14. A pag. 31, dopo il primo capoverso, aggiungere il seguente: *“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 920,000 milioni di euro)”*.

Approvata

(LO MORO)

15. A pag. 31, aggiungere infine il seguente capoverso: *“Si evidenzia peraltro che la Regione ha approvato il “Piano dei conti” con il quale si è proceduto alla unificazione delle procedure contabili al fine di dare uniformità metodologica alla rilevazione dei costi.”*

Ritirata

(BARANI)

16. A pag. 34, aggiungere infine i seguenti capoversi:

Nel tempo, si è sviluppata una politica non rispondente a quelli che sono gli 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 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.”

Approvata – nuova formulazione

(POLLEDRI – MOLTENI – LAGANA' FORTUGNO - FUCCI)

17. A pag. 37, dopo il secondo capoverso, inserire il seguente: *“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 DPGR (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.”*

Approvata

(BARANI)

18. A pag. 39, primo capoverso, dopo le parole “rete ospedaliera calabrese” inserire le seguenti: *“e soprattutto il mancato rispetto della legge regionale n. 9 del 2007, che disponeva l'accorpamento delle preesistenti 11 asl in 5 Aziende sanitarie provinciali,”*

Ritirata

(BARANI)

19. A pag. 40, al punto 1), aggiungere infine le seguenti parole: *“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 potrebbero costituire il fulcro dell’attuazione del decreto di riorganizzazione del servizio sanitario regionale.”*

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

20. A pag. 40, al punto 2), aggiungere infine le seguenti parole: “*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*”.

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

21. A pag. 40, al punto 3), premettere le seguenti parole: “*contrariamente agli impegni presi,*”

Approvata

(LAGANÀ FORTUGNO)

22. A pag. 41, al punto 4), dopo le parole “*esito negativo*” inserire le seguenti parole: “*(con riguardo alle considerazioni già espresse al paragrafo 2)*”

Approvata

(BARANI)

23. A pag. 43, primo capoverso, dopo le parole “*della regione Calabria*”, inserire le seguenti parole: “*dall’Agosto 2008 fino a tutta la durata della precedente Giunta regionale,*”

Approvata

(BARANI)

24. A pag. 46, al punto b) sostituire l’ultima frase: “*Nel mese di luglio 2009 veniva stipulata la nuova convenzione per l’elisoccorso con la società Elitaliana SpA, della durata di sei anni. La società Elitaliana era la titolare della precedente convenzione.*” con la seguente: “*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.*”

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

25. A pag. 47, paragrafo e), dopo le parole “*...dei professionisti viene meno.*” aggiungere infine il seguente capoverso “*In verità, i punti nascita oggetto di disattivazione, a tutela della sicurezza delle partorienti e dei neonati, sono stati individuati con DPGR n. 26 del 16 Novembre 2010 e successivamente disattivati con DPGR n. del 17 Gennaio 2011. Inoltre, con specifico DPGR n. 36 del 06.05.2011 è stato recepito l’accordo Stato-Regioni in tema di percorso nascita e sono state emanate specifiche direttive alle aziende.*”

Approvata

(BARANI)

26. A pag. 48, lettera f), sostituire le parole “*...che sono state fornite*” con le seguenti parole: “*che sarebbero state fornite*”

Approvata – nuova formulazione

(BARANI)

27. A pag. 50, paragrafo 4.1, sostituire le parole da “I parametri di riferimento...” fino alla fine del paragrafo, con le seguenti:

“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 % 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, 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 dieci mila 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%) di cui il 25% riguarda gli erogatori pubblici e il 22% 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 sono 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% 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, coincide con il limite nazionale del 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 5% e la mobilità passiva, che è un fattore consolidato, corrispondente ad una ulteriore riduzione di circa 15% dei posti letto. Il tasso programmatico corretto del periodo è, di conseguenza, circa 3,2 PL 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 P.L. 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.”

Approvata

(LAGANÀ FORTUGNO, BARANI, FUCCI)

28. Dopo pag. 52 inserire il seguente capitolo rubricato:

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 attraverso prassi di legge 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 9 del 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 AGENAS nella preparazione degli adempimenti di Piano.*
- 8) Pianificazione del riassetto della rete ospedaliera, territoriale e dell’emergenza (decreto 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) Accredito definitivo di tutte le strutture private in possesso dei requisiti di legge (decreto 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 SSR.*
- 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 n. 18/2010 attraverso la pianificazione dei processi di riconversione in atto.*
- 14) Ricollocazione funzionale del personale riscontrato in esubero dai processi di riconversione.”*

Approvata – nuova formulazione

(BARANI, NUCARA)

29. Al paragrafo 5, pag. 53, alla fine del paragrafo, aggiungere i seguenti commi:

“Peraltro, in prossimità della prima attuazione del Piano di Rientro si stanno verificando già alcuni fenomeni di riallineamento delle dinamiche produttive sia del pubblico che del privato.

Gli Ospedali che si chiuderanno o si ridimensioneranno nelle loro funzioni (12 nella prima fase dei 34 esistenti) non saranno più riferimento socio assistenziale e produttivo di comunità locali, si verificherà il declassamento di strutture fisiche il cui valore patrimoniale in prospettiva andrà a depauperarsi; dovrà essere affrontato il problema della riqualificazione e del riutilizzo di personale di enorme rilevanza e che tuttavia non riuscirà a raggiungere per intero i suoi obiettivi.

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

A fronte delle finalità del Piano di Rientro c'è tuttavia il tema dell'aumento della produttività e dell'efficienza del sistema per rispondere alla domanda assistenziale ospedaliera, alla quale non si potrà che rispondere con un aumento immediato degli standard qualitativi delle prestazioni ospedaliere, anche a prescindere dall'obiettivo di ridurre la migrazione sanitaria.

Non c'è dubbio, dunque, che il sistema è già avviato dal 2008 a ristrutturazione virtuosa e ha contribuito alla vigilanza sulla riorganizzazione della rete con interventi puntuali. Tuttavia ancora è poca l'attenzione sulla deospedalizzazione e soprattutto sui servizi territoriali di prevenzione – che pure hanno proceduto con molta lena in questi ultimi anni. I fattori di successo della ristrutturazione sanitaria coincidono con le misure che saranno approntate sul punto.”

Ritirata

(LAGANÀ FORTUGNO)

30. DOPO IL CAPITOLO 2 INSERIRE IL SEGUENTE:

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 che precede 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. E', 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 dovere 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 che nel privato.

Gli ospedali che si chiuderanno o si ridimensioneranno nelle loro funzioni (12 nella prima fase 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 va valutata — a titolo esemplificativo — l'effettiva esigenza della chiusura di ospedali quali quelli di Scilla e di Rogliano. 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 forte l'esigenza di un adeguato rispetto delle professionalità sanitarie operanti nel territorio, spesso mortificate da carenze e anomalie funzionali ed organizzative.

ORLANDO

Approvata

PAGINA BIANCA

€ 5,00



16STC0014540