

**RELAZIONE DELLA COMMISSIONE DI INDAGINE SULLA
QUALITA' DELL'ASSISTENZA PRESTATATA DAL SERVIZIO
SANITARIO DELLA REGIONE CALABRIA E SULLA EFFETTIVA
EROGAZIONE, SECONDO CRITERI DI EFFICIENZA ED
APPROPRIATEZZA, DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA**

Roma, 14 Aprile 2008

INDICE

1. PREMESSA E ASPETTI METODOLOGICI	PAG. 3
2. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	PAG. 6
2.1 Valutazione della erogazione LEA	PAG. 6
2.2 S.D.O. Erogazione LEA mediante valutazione dei dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera e Posti letto	PAG. 10
2.3 Finanziamenti legati agli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale	PAG. 11
3. ASPETTI ORGANIZZATIVI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE	PAG. 15
3.1 La riduzione delle ASL	PAG. 15
3.2 Il Piano Sanitario Calabria ed il riordino della rete ospedaliera	PAG. 15
3.3 Considerazioni sulla bozza del Piano Sanitario Calabria	PAG. 19
4. ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI	PAG. 22
4.1 Premessa	PAG. 22
4.2 Investimenti Art. 20 Legge 67/88	PAG. 22
4.3 La situazione finanziaria	PAG. 27
5. SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO	PAG. 29
5.1 Raccomandazioni operative in tema di sicurezza delle cure	PAG. 33
6. GESTIONE E LEGALITÀ	PAG. 36
7. ACCREDITAMENTO E RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO	PAG. 46
8. RISULTATI DELLE VISITE ISPETTIVE	PAG. 54
8.1 Pronto soccorso e rete dell'urgenza	PAG. 55
8.2 Condizioni igienico sanitarie e problemi strutturali degli edifici	PAG. 58
8.3 Sottoutilizzo di reparti ospedalieri e di intere strutture	PAG. 59
8.4 Mancanza di una rete ospedaliera razionale	PAG. 61
8.5 Due esempi della mancanza di rete	PAG. 62
9. PROPOSTE DI INTERVENTI MIGLIORATIVI	PAG. 66
10. CONCLUSIONI	PAG. 73
ALLEGATO	PAG. 91

1. PREMESSA E ASPETTI METODOLOGICI

Con decreto del Ministro della Salute del 21 dicembre 2007 è stata istituita la Commissione incaricata di svolgere una indagine conoscitiva finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della Regione Calabria, nonché l'effettiva garanzia dell'erogazione, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza, dei livelli essenziali di assistenza.

Tale decreto affida alla Commissione anche il compito di formulare proposte di interventi volti ad assicurare che il servizio sanitario della Regione Calabria sia posto in grado di garantire adeguati livelli di assistenza sanitaria.

L'istituzione di tale Commissione consegue alla dichiarazione dello stato di emergenza socio-economico-sanitaria nel territorio della Regione Calabria (di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri datato 11 dicembre 2007), nelle cui motivazioni vanno rinvenute le ragioni che hanno portato alla istituzione di detta Commissione.

In particolare, la dichiarazione dello stato d'emergenza, stabilita fino al 31 dicembre 2009, è stata adottata in relazione alla nota del Presidente della Regione Calabria datata 10 dicembre 2007, in cui si evidenziano le condizioni di debolezza del sistema sanitario regionale, come peraltro anche testimoniata da fatti luttuosi che hanno destato allarme nell'opinione pubblica, con conseguente autorizzazione – ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 2, comma 1, lett. c) e 5, comma 1, della legge n. 225 del 1992 - all'utilizzo di mezzi e poteri straordinari per il superamento della situazione di criticità al fine di assicurare la realizzazione degli interventi necessari.

Avuto riguardo ai profili metodologici, la Commissione ha proceduto alla acquisizione di ogni elemento di informazione e di valutazione utile ai fini dell'espletamento dei compiti alla stessa affidati, svolgendo altresì accertamenti diretti nelle strutture sanitarie pubbliche ed in quelle private che erogano assistenza

sanitaria per conto o a carico del SSN, effettuando una serie di audizioni ed acquisendo la documentazione necessaria.

Le ispezioni condotte sulle strutture ospedaliere, a fronte della evidente impossibilità per la Commissione di procedere, con carattere di esaustività, ad una verifica puntuale ed approfondita estesa a tutte le strutture esistenti, sono state selezionate ed individuate sia sulla base di segnalazioni e notizie (ivi comprese quelle contenute nei rapporti dei NAS), sia in base ad un criterio di tipo territoriale volto ad assicurare, attraverso una equa distribuzione sul territorio regionale delle svolte ispezioni, un quadro adeguatamente rappresentativo sulla cui base poter ricostruire la complessiva situazione della sanità regionale.

All'interno delle singole strutture sanitarie oggetto di ispezione – nelle ipotesi in cui le dimensioni delle stesse non consentivano lo svolgimento delle verifiche con carattere di completezza - sono stati ulteriormente selezionati reparti e settori cui l'attenzione della commissione è stata indirizzata. Tale selezione è avvenuta sulla base della scelta di rivolgere l'attenzione, innanzitutto e in ogni caso, alle funzioni fondamentali dell'assistenza sanitaria (vedi resoconti delle visite in allegato).

Sono stati, inoltre, ispezionati ulteriori settori specifici di attività in quanto di recente sottoposti a innovazione o ristrutturazione, al fine di verificare l'adeguatezza e la correttezza degli interventi realizzati.

Avuto riguardo alle audizioni, le stesse sono state effettuate nei confronti dei direttori generali in carica delle Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere.

Sono stati altresì ascoltati i commissari straordinari che hanno temporaneamente retto le Aziende Sanitarie Provinciali dopo la riorganizzazione operata con legge regionale 11 maggio 2007 n. 9, nonché altri soggetti in grado di fornire utili elementi di informazione.

La Commissione ha proceduto, inoltre, alla acquisizione ed alla disamina di materiale documentale inerente l'organizzazione del sistema sanitario regionale, sia sul piano generale che su quello più particolareggiato inerente le singole strutture.

A tale proposito, va puntualizzato che la Commissione si è avvalsa della documentazione fornita dalle strutture sanitarie e dalla Regione, non avendo proceduto ad accessi diretti presso gli uffici delle stesse.

Sono state, altresì, esaminate le risposte ai questionari – elaborati dalla commissione ed inerenti specifici profili di interesse – che i singoli direttori generali hanno fatto pervenire, nonché le relazioni dagli stessi redatte su richiesta della Commissione.

L'attività di verifica della Commissione si è estesa anche alle strutture private che erogano, nel territorio regionale, prestazioni sanitarie per conto o a carico del SSN.

Anche con riferimento a queste, stante l'impossibilità di una verifica esaustiva sulla loro totalità, si è proceduto ad una loro selezione – analogamente a quanto riferito per le strutture pubbliche – secondo criteri di distribuzione in relazione al territorio regionale.

I lavori della Commissione si sono svolti nel rispetto delle direttive e del piano d'azione che la Commissione ha elaborato all'atto del suo insediamento, e che sono stati successivamente rimodulati nel corso dell'attività.

La Commissione ha inoltre proceduto all'esame delle situazioni organizzative che producono costi evitabili, al fine di individuare azioni di razionalizzazione idonee a preservare la Sanità calabrese dallo stato di dissesto economico.

In esito agli accertamenti svolti, come sopra sinteticamente descritti, la Commissione ritiene di dover dare atto delle relative risultanze procedendo alla esposizione delle criticità emerse articolandole distintamente in relazione a singoli profili di rilievo.

2. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

2.1 Valutazione della erogazione LEA

Per procedere all'analisi della situazione sanitaria, con specifico riferimento alla verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, la Commissione ha ritenuto di dover acquisire, innanzitutto, le osservazioni effettuate dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (C-LEA), previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il cui compito consiste nella verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza secondo criteri di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il Comitato CLEA, istituito presso il Ministero della Salute con D.M. del Ministro della Salute del 21 novembre 2005, è composto da quattro rappresentanti di tale Dicastero (di cui uno con funzioni di coordinatore), due rappresentanti del Ministero dell'Economia e delle Finanze, un rappresentante del Dipartimento per gli Affari Regionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e da sette rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome.

Tale organo espleta i propri compiti di vigilanza sulla base delle informazioni raccolte nel sistema di monitoraggio e garanzia del Servizio Sanitario Nazionale di cui al decreto ministeriale del 12 dicembre 2001 e dei relativi flussi informativi afferenti al Nuovo Sistema Informativo Sanitario. Il Comitato, nella fase iniziale della propria attività, ha condiviso con le Regioni l'individuazione dei compiti di verifica degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, attraverso la certificazione di tali adempimenti al Tavolo istituito dall'articolo 12 della suddetta Intesa presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il rilievo da tributare alle conclusioni formulate dal Comitato, ai fini della verifica della erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza da parte della Commissione, va rinvenuto nelle finalità e nei compiti affidati a tale Comitato, e segnatamente:

- certificazione e verifica degli adempimenti cui sono tenute le Regioni per il triennio 2005-2007 ai fini dell'accesso all'incremento delle risorse finanziarie a carico del bilancio dello Stato, da riportare al Tavolo tecnico presso il Ministero dell'Economia e Finanze (programmazione regionale e mantenimento dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza; piano regionale della prevenzione e aggiornamento del personale sanitario);

- verifica della realizzazione dei piani regionali di contenimento delle liste di attesa;

- monitoraggio del rapporto tra i costi ed i Livelli Essenziali di Assistenza, a partire dal monitoraggio già effettuato per gli anni 2001-2002, e sviluppo di una metodologia per l'analisi delle condizioni di appropriatezza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse nell'erogazione dei LEA.

Dalle risultanze dei lavori svolti dal Comitato LEA in ordine al Monitoraggio riferito al 2006, effettuato nell'ultimo trimestre 2007, è emerso come la Regione Calabria sia inadempiente rispetto agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio dei dati al sistema informativo Sanitario, nonché agli obblighi informativi sugli indicatori e sui parametri contenuti nel decreto ministeriale 12 dicembre 2001, non avendo l'Amministrazione Regionale fornito risposte esaustive rispetto a tali obblighi.

Va in proposito precisato che il sistema di vigilanza del Comitato LEA si avvale della collaborazione delle Regioni, basandosi sui dati che queste trasmettono al SIS (Nuovo Sistema Informatico Sanitario), aspetto per il quale la Calabria è risultata inadempiente sotto il profilo della incongruenza con lo stato reale del sistema. A tale riguardo occorre evidenziare come la

realizzazione di un efficiente sistema informatico nella Regione Calabria costituisca una necessità che emerge sotto molteplici aspetti, la cui importanza va ravvisata anche nella sua capacità di condizionare fortemente l'assistenza sanitaria, migliorandone il relativo livello.

Peraltro, giova qui ricordare, nella predisposizione dei contratti dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, o in atti collegati, è stata prevista una valutazione dei Direttori Generali, collegando la possibilità della loro conferma nell'incarico anche all'intervenuto rispetto degli adempimenti connessi ai flussi informativi.

Tra gli interventi di razionalizzazione dell'offerta assistenziale, la Calabria ha dichiarato che, mediante un accordo con l'AIOP, si è proceduto alla riduzione di 973 posti letto, così giungendo ad una dotazione di 4.55 posti letto per mille abitanti, uniformandosi, sotto tale aspetto, alle relative previsioni normative.

Nel perseguimento dell'appropriatezza dell'erogazione di ogni forma di assistenza sanitaria, la Calabria si è avviata su un percorso virtuoso, fissando le soglie (DGR 254/2006- DGR 591/2002) di ricoveri per prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza e prevedendo, altresì, che in caso di superamento di tale soglia, i ricoveri siano retribuiti con la tariffa di un solo accesso in DH/DS. Tuttavia, per acquisire gli effetti positivi di tale percorso è necessario un attento monitoraggio degli eventi capaci di generare in appropriatezza.

In tema di liste di attesa, bisogna precisare che la Regione ha adottato un Piano regionale per la determinazione dei tempi massimi di attesa. In proposito, tuttavia, non può non evidenziarsi come la Regione debba impegnarsi a completare le procedure inerenti le attività di ricovero presso le strutture sanitarie e a definire il sistema di monitoraggio specifico, dedicando grande attenzione alla problematica e procedendo al puntuale controllo e monitoraggio di tutti gli aspetti alla stessa connessi. Dovendosi altresì

rappresentare come non tutte le Aziende abbiano adottato i Piani Aziendali di determinazione dei tempi massimi di attesa e di contenimento dei tempi di attesa.

In materia farmaceutica, non si dispone, e neppure ne dispone il Comitato LEA, di dati riferiti al primo ciclo di distribuzione diretta dei farmaci, con conseguente preclusione alla possibilità di esprimere valutazioni sugli eventuali benefici derivanti da tale tipologia gestionale.

In tema di contenimento dei ricoveri impropri, la Regione ha adottato delle azioni (DGR 169/2007) che confermano i controlli già previsti nel 2005, ponendo degli obiettivi di diminuzione dell'assistenza ospedaliera ed agendo sulle tariffe ma, di fatto, non ha definito concrete modalità per implementare il ricorso al Day Hospital D/S e per l'implementazione dell'attività ambulatoriale.

Mancano, inoltre, adeguati programmi per l'Assistenza Domiciliare Integrata che la Regione dovrà assicurare senza dimenticare l'Assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera (come da art. 4 Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005).

La Regione ha, invece, operato la determinazione delle tariffe ospedaliere fissando un valore soglia di durata della degenza oltre il quale applicare una sensibile riduzione della tariffa giornaliera.

2.2 SDO. Erogazione LEA mediante valutazione dei dati delle Schede di dimissione Ospedaliera e Posti letto

La verifica dell'erogazione dei LEA non può prescindere dall'esame della disponibilità di posti letto nella Regione, articolati in posti letto ordinari e day hospital/surgery, che è rappresentata nella seguente tabella:

	DH/DS	% DO		% TOTALE		%
Pubblico	987	95,6	4848	60,1	5835	64,1
Privato	45	4,4	3223	39,9	3268	35,9
Totale	1032	100.0	8071	100.0	9103	100.0

La valutazione sull'effettiva erogazione dei LEA in Calabria è stata effettuata mediante l'utilizzo delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), secondo i dati desunti dall'ultimo rapporto SDO disponibile riferito al 2005.

Dalla valutazione dell'attività complessiva è emerso che il ricorso alle strutture private accreditate è maggiore nelle regioni meridionali rispetto a quelle settentrionali, con la Regione Calabria che presenta la percentuale di ricovero più elevata del 27,7%, seguita da Abruzzo e Campania.

Dallo studio sugli indicatori di complessità, sia considerando l'indice di case-mix che il peso medio, emerge che la Regione Calabria presenta i valori più bassi rispetto alle altre Regioni e Province Autonome.

Per quanto attiene agli indicatori di efficienza, la Regione Calabria, sulla base dei dati disponibili in relazione all'indice comparativo di performance ed alla degenza media, presenta una durata di degenza media maggiore sia

rispetto alla degenza standardizzata per case-mix, che rispetto alla degenza media pre-operatoria. L'ICP risulta essere maggiore di 1, indicando un'efficienza operativa inferiore rispetto al valore di riferimento.

Nel ricordare che il Rapporto SDO utilizza alcuni indicatori sentinella per valutare efficacia ed appropriatezza dell'assistenza ospedaliera, quali i DRG ad alto rischio di inappropriata se erogati in regime di ricovero ordinario, emerge dall'analisi svolta su tale base che in Calabria il ricorso al parto cesareo eccede di circa 5 punti la media nazionale, la percentuale di dimessi con DRG medici da reparti chirurgici è di circa il 50% rispetto ad una media nazionale del 37%, sussiste un eccesso di ricoveri per diabete e scompenso cardiaco, mentre la percentuale di ricoveri per asma si presenta in linea con i valori nazionali.

Per quanto riguarda, infine, la tipologia di ricovero per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriata se effettuati in regime ordinario anziché in regime di DH, emerge che nella Regione Calabria il ricorso al regime DH è in linea con i valori di riferimento nazionali solo per il 46%, cioè per un numero di 20 DRG sui 43 a forte rischio di inappropriata.

Ancora, la Calabria presenta tassi di ospedalizzazione maggiori rispetto alla media nazionale sia con riferimento ai ricoveri ordinari ed al day hospital/surgery, sia per il ricorso all'ospedalizzazione fuori regione.

In materia di spesa per mobilità passiva, la Calabria presenta, per il 2006, un saldo negativo rispetto a tutte le altre regioni, con una spesa totale equivalente a 249 milioni di euro circa.

Finanziamenti legati agli Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale

Sotto l'aspetto economico finanziario va precisato che la Regione Calabria ha ricevuto finanziamenti legati agli **Obiettivi di Piano 2003-2005**. Si riportano alcuni dati sull'attività collegata agli Obiettivi del PSN 2003-

2005, in merito ai quali la Calabria, con la DGR 519 del 30 luglio 2007, ha approvato cinque grandi linee di intervento nel campo sanitario, finanziate con un ammontare complessivo di circa 46.533.206,00 €.

Tali interventi sono così sintetizzabili:

1) Cure primarie - importo a valere sulla quota vincolata FSN 2005 11638301,50 €, che si articola come segue:

- UTAP medicina associativa.
- Attivazione di uno specifico percorso formativo sugli obiettivi di salute definiti a livello nazionale, regionale ed aziendale per la sperimentazione di un software per la segnalazione di reazione avversa da farmaci nelle aziende calabresi.
- Accordo di Programma Quadro per progetti di Telemedicina.
- Progetto “Il Neonatologo e la Gravidanza” per valorizzare la dimensione naturale dell’evento nascita.
- Programma di assistenza domiciliare integrata.

2) Comunicazione istituzionale Piano Nazionale Prevenzione - importo assegnato a valere sulla quota vincolata FSN 2005 8.323.709,00 €, che si articola come segue:

- Piano regionale prevenzione malattie cardiovascolari.
- Piano regionale e delle vaccinazioni.
- Piano regionale screening oncologici.
- Progetto regionale prevenzione del sovrappeso e dell’obesità infantile.
- Progetto regionale prevenzione attiva delle recidive e degli eventi cardio e cerebrovascolari.
- Progetto regionale prevenzione incidenti domestici.

- Progetto nazionale prevenzione degli incidenti stradali: “Non ci casco più”.
- Progetto regionale di sorveglianza degli infortuni sul lavoro.

3) Attività aziendali per la comunicazione istituzionale - importo assegnato a valere sulla quota vincolata FSN 2005 986.932,20 €, che si articola come segue:

- Piano comunicazione istituzionale sugli stili di vita e sui comportamenti salutari.
- Campagne informative rivolte ai cittadini in tema di cultura sanitaria inappropriata.
- Programma annuale di formazione e informazione degli operatori sanitari.

4) Implementazione dei modelli organizzativi e di integrazione (rete integrata dei servizi sanitari e sociali per la non autosufficienza) - importo assegnato da valere sulla quota vincolata del FSN 2005 6.982.980,90€, che si articola come segue:

Programma triennale di assistenza domiciliare

- Articolazione delle funzioni socio-sanitarie.
- Definizione dei costi per diverse tipologie di intervento e di processi assistenziali.
- Attivazione di un punto ADI per ogni distretto.
- Istituzione delle unità di valutazione territoriali UVT.

Programmi di continuità assistenziale

5) Attività aziendali per lo sviluppo della politica dei LEA –Sviluppo della Politica dei LEA - Importo assegnato a valere sulla quota del FSN

9.310.641,20 €, che si articola come segue:

- Progetto legato alle Cure primarie e realizzazione rete di servizi non autosufficienza.
- Il Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa.

3. ASPETTI ORGANIZZATIVI DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

3.1 La riduzione delle ASL

L'art. 7 della L.R. 11 maggio 2007 n. 9 ha disposto che le undici Aziende sanitarie locali presenti sul territorio regionale siano accorpate in cinque Aziende, che assumono le denominazioni di Aziende sanitarie provinciali, i cui territori di riferimento corrispondono alle attuali circoscrizioni provinciali.

Con legge regionale 7 dicembre 2007 n. 26, è stata disciplinata, inoltre, l'istituzione della Stazione unica appaltante (SUA), per l'espletamento centralizzato delle procedure di evidenza pubblica relative alla realizzazione di opere e lavori pubblici, all'acquisto di beni ed alla fornitura di servizi in favore della Regione, degli Enti dipendenti e vigilati, compresi gli Enti del servizio sanitario regionale.

Resta ancora da realizzare l'effettivo accorpamento delle preesistenti ASL nelle attuali ASP e di conseguenza, anche eventualmente sulla base di nuove linee guida regionali, devono essere adottati i nuovi atti aziendali, i bilanci di previsione unificati nonché una reale programmazione e gestione delle risorse umane presenti e la riorganizzazione degli uffici amministrativi.

3.2 Il Piano Sanitario Calabria ed il riordino della rete ospedaliera

Il riordino della rete ospedaliera è una manovra da attuarsi con assoluta immediatezza, sia sotto il profilo economico che per perseguire un miglioramento della qualità del Sistema Sanitario Regionale: in tale contesto, con deliberazione n. 694 del 9 novembre 2007, è stata approvata

dalla Giunta regionale la proposta di Piano Sanitario della Calabria per il triennio 2007-2009 ed il documento è stato trasmesso al Consiglio regionale unitamente alla deliberazione del 12 dicembre 2007 n. 761, concernente “Approvazione disegno di legge recante norme sulla approvazione del Piano sanitario regionale 2007-2009”, tuttora all’esame della competente commissione consiliare.

La proposta di Piano sanitario adottata dalla Giunta ha proceduto alla rideterminazione del fabbisogno di posti letto necessari per garantire lo stesso numero di ricoveri dell’anno 2006, considerando il tasso ottimale di utilizzazione dei posti letto del 75% ed un tasso di ospedalizzazione di 180 ricoveri ogni mille abitanti, come previsto nell’intesa Stato-Regione del 23 marzo 2005.

A tal fine, il Piano contempla un processo di riordino ospedaliero da realizzarsi nel termine triennale di vigenza del Piano stesso.

In particolare, viene previsto che le strutture non utilizzate quali ospedali saranno riconvertite in piattaforme territoriali attrezzate per garantire un punto di primo intervento nell’ambito della rete per l’urgenza-emergenza, la diagnostica strumentale e di laboratorio avanzata, la dialisi territoriale, le attività specialistiche ambulatoriali, il day service e l’assistenza primaria territoriale (Casa della salute, UTAP, ecc.), ovvero per altre funzioni espressamente indicate.

Per le case di cura accreditate viene prevista la riconversione dei posti letto attualmente accreditati sulla base della rideterminazione dei posti letto, procedendo in via preliminare dall’attivazione dei posti letto diurni e comunque tendendo conto degli effettivi fabbisogni e dei vincoli derivanti dalla citata intesa.

Nella bozza di PSR, nel capitolo relativo al riordino della rete ospedaliera, sono previste in maniera analitica per ogni casa di cura privata riduzioni nella dotazioni di posti-letto, presumibilmente basate sull’analisi

dei ricoveri effettuati negli ultimi anni, del fabbisogno reale e dell'appropriatezza delle prestazioni, che, se realizzate entro un anno, porterebbero ad una significativa razionalizzazione dell'offerta ospedaliera senza determinare danno alla popolazione e limitando i rischi di licenziamento per gli operatori del settore privato. Naturalmente bisognerà proporzionalmente ridurre il tetto di spesa sin dalla definizione dei contratti relativi al 2008.

La nuova rete ospedaliera si svilupperà sugli undici ospedali di riferimento rappresentati dalle tre Aziende Ospedaliere di Cosenza, Catanzaro e Reggio Calabria, dai nuovi presidi della Sibaritide, della Piana di Gioia Tauro e di Vibo Valentia e dai presidi di Crotona, Lamezia Terme, Locri, Castrovillari e Cetraro.

Oltre ai presidi di riferimento continueranno a svolgere funzioni ospedaliere per acuti i presidi di Praia a Mare, Trebisacce, San Giovanni in Fiore, Acri, Serra San Bruno, Soverato, Polistena, Melito Porto Salvo e, parzialmente, Cariati, Siderno, Paola e Soveria Mannelli; questi ultimi quattro presidi saranno destinati a funzioni di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa.

Saranno riconvertiti in strutture ospedaliere per l'assistenza a pazienti non acuti (riabilitazione e lungodegenza riabilitativa) i presidi di Mormanno, Soveria Mannelli (parzialmente), Soriano, Cariati (parzialmente), Siderno (parzialmente), Paola (parzialmente), Oppido Mamertina, Chiaravalle Centrale (quest'ultimo unitamente a casa della salute).

Saranno riconvertiti a piattaforma sanitaria territoriale i presidi di Lungro e Mesoraca.

Saranno riconvertiti in casa della salute i presidi di San Marco Argentano, Taurianova e Pizzo.

Per le strutture di Pizzo e Mesoraca, ancora formalmente destinate ad ospedale, il diverso utilizzo è stato già avviato nel 2006.

Viene confermata la destinazione sanitaria della struttura di Rogliano che viene trasferita all'azienda sanitaria provinciale di Cosenza. Per tale struttura, in considerazione della sua localizzazione, viene ipotizzata come preferenziale l'utilizzazione per l'erogazione di prestazioni di alta specialità anche mediante il coinvolgimento di privati.

La struttura di Cassano rimarrà destinata a piattaforma sanitaria territoriale ed hospice.

Nei presidi che continueranno a svolgere funzioni assistenziali per acuti e nei presidi da riconvertire in strutture di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa è confermata la presenza della diagnostica strumentale e di laboratorio, della dialisi e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Il presidio di Scilla verrà aggregato all'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria e diverrà sede dell'Istituto sperimentale di medicina clinica avanzata.

Saranno destinati a funzioni non sanitarie l'ospedale di Gerace, Scalea, Rosarno.

Per la struttura di Nicotera, sarà valutata la possibilità della sua utilizzazione per funzioni extraospedaliere previo apposito studio di fattibilità, il cui eventuale esito negativo ne comporterà la dismissione.

I presidi di Palmi, Gioia Tauro, Corigliano Calabro e Rossano, dopo la realizzazione dei nuovi ospedali, saranno dismessi e destinati a funzioni diverse da quelle ospedaliere.

Il complesso di Girifalco, individuato quale Centro rivolto alle Scienze Motorie d'intesa con l'Università Magna Graecia, manterrà l'attuale destinazione.

Secondo quanto previsto nella proposta di Piano, le aziende sanitarie provinciali provvederanno a perseguire il raggiungimento degli obiettivi del Piano con particolare attenzione alla creazione degli ospedali di riferimento, alla creazione della rete riabilitativa, alle piattaforme territoriali, alla Casa della salute, alla riconversione e dismissione dei presidi garantendo la necessaria contestualità degli interventi, anche allo scopo di assicurare, nel periodo di transizione, un adeguato livello di offerta (posti letto, servizi) ai cittadini.

Va ricordato, tuttavia, come in virtù del D.P.C.M. 11 dicembre 2007 e del D.P.C.M. 21 dicembre 2007, appartengono oggi alla competenza del Commissario delegato, dott. Vincenzo Spaziante, Assessore alla Sanità della Regione Calabria, gli interventi concernenti la realizzazione delle nuove strutture ospedaliere previste dall'accordo di programma integrativo sottoscritto il 13 dicembre 2007, la riorganizzazione della rete ospedaliera esistente e l'adeguamento delle strutture sanitarie alla vigente normativa in materia di sicurezza.

3.3 Considerazioni sulla bozza del Piano Sanitario Calabria

In esito alla disamina del Piano Sanitario Calabria, possono formularsi le seguenti osservazioni:

1. A fronte della notevole mobilità sia intraregionale che extra regionale, costituita per il 60% da patologie di media o bassa intensità e solo per il 7% da interventi di alta complessità, è necessario che le piattaforme di eccellenza individuate siano riprogettate tenendo conto dell'analisi dei bisogni, delle soglie operative, della necessità di integrare gli attuali erogatori e della ridefinizione del ruolo dei singoli erogatori sulla base di criteri hub e

spoke. Anche la sperimentazione sulle cellule staminali pare essere un processo senza basi adeguate e probabilmente ipertrofico.

2. Un progetto di telemedicina domiciliare presuppone che sia resa funzionante la rete dell'ADI.
3. Il trauma center e la costituzione di un sistema informativo regionale appaiono invece di alto valore, a condizione che vengano rispettati i criteri di cui al punto 2. Nel caso di specie è opportuno che il trauma center sia localizzato dove già siano presenti le competenze prevalenti.
4. È necessaria l'istituzione di un CUP su base provinciale integrato con le aziende ospedaliere e con le strutture private accreditate.
5. Viene sottovalutata la gestione del Rischio Clinico anche nelle azioni programmatiche e d'intenti (si rinvia in proposito al capitolo dedicato).
6. Realizzazione di un piano di comunicazione e trasparenza volto a creare nei cittadini una nuova fiducia verso i medici di base e le strutture pubbliche.
7. Utilizzo dei mezzi contrattuali per favorire la prescrizione appropriata degli esami diagnostici attraverso lo sviluppo di forme organizzative (come ad esempio la medicina associata e la medicina di gruppo) e programmi di formazione anche al fine di creare dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT) che partano dalla medicina territoriale e giungano a più alti livelli di cura in sede ospedaliera (continuità assistenziale) su patologie frequenti e gravi quali: scompenso cardiaco, malattie respiratorie ostruttive croniche, infarto miocardico, disturbi neurovascolari, diabete tipo 1 e 2, patologie vascolari periferiche.
8. La riorganizzazione della rete regionale dell'assistenza e del soccorso d'urgenza rappresenta oggi, se possibile, la priorità tra le

priorità, ed a tal fine, su indicazione della Giunta regionale e con formale nomina del Commissario delegato, è stato conferito al Prof. Franco Romeo, direttore della cattedra e della scuola di specializzazione in Cardiologia dell'Università di Roma Tor Vergata, l'incarico di coordinare le attività volte a realizzare tale progetto di riorganizzazione.

4. ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI

4.1 Premessa

Sotto il profilo economico finanziario, limitatamente ai dati disponibili forniti dal Ministero della Salute, si possono trarre una serie di riflessioni.

- ❖ **Spesa del PIL** della Regione per la sanità: la Calabria ha investito in sanità una quota di PIL molto maggiore rispetto alle altre regioni, (8,77% PIL Calabria - 4,66%PIL Lombardia), forse a causa della recessione economica, più avvertita al Sud rispetto al Nord (dati Osservasalute 2007 Università Cattolica del Sacro Cuore).
- ❖ **Spesa sanitaria:** sotto tale aspetto non sembra esistere una combinazione ottimale di produzione interna ed erogazione da parte di terzi (Privato accreditato). La Calabria è, infatti, tra le regioni che presenta costi particolarmente elevati per tale forma di assistenza, con un tasso superiore del 30% circa di posti letto accreditati rispetto alla media nazionale. In Calabria sono più alti della media, inoltre, i costi relativi alla medicina generale e per la spesa farmaceutica convenzionata, nonché il saldo della mobilità passiva (dati Osservasalute 2007).

4.2 Investimenti Art. 20 Legge 67/88

L'aspetto economico-finanziario deve tenere conto anche del Programma investimenti in edilizia programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (Art. 20 Legge 67 dell'11 marzo 1988) che si riporta in appresso.

Quadro di riferimento normativo e provvedimentale:

- Delibera di Giunta Regionale DGR n. 669 del 5 ottobre 2006. Attuazione art. 20 L. n. 67/1988 – Seconda fase. Riordino della rete ospedaliera e territoriale delle aziende sanitarie e ospedaliere in coerenza con l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.
- Delibera di Giunta Regionale DGR n. 54 del 30 gennaio 2007. Approvazione “Relazione sanitaria regionale”.
- Delibera di Giunta Regionale DGR n. 94 del 13 febbraio 2007. Adozione “Linee di indirizzo per il riordino dell’organizzazione e delle attività sanitarie”.
- Legge regionale n. 9 del 16 maggio 2007, recante regole per il riordino dell’assetto organizzativo e aziendale del territorio.
- Legge regionale n. 9 del 16 maggio 2007. “Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l’anno 2007, art. 3, comma 4, della legge regionale n.8/2002)”.
- Delibera di Giunta regionale n. 382 del 25 giugno 2007, concernente l’avvio della consultazione istituzionale e della concertazione con le forze sociali e sindacali sulla proposta di piano della salute avanzata dall’Assessore al ramo – Autorizzazione alla definizione delle trattative per la sottoscrizione dell’accordo di programma con il Ministero della Salute, per la realizzazione di quattro nuovi presidi ospedalieri (Catanzaro, Sibaritide, Vibo Valentia e Piana di Gioia Tauro). In particolare, per quanto riguarda Vibo Valentia, si tratta di rendere pienamente funzionante il nuovo Presidio ospedaliero, iniziato con fondi resi disponibili nel 1998 dalla prima tranche della seconda fase del Programma di investimenti ex art. 20 L. 67/1988, destinato al completamento delle

opere iniziate con risorse della prima fase ed alla messa in sicurezza delle strutture sanitarie.

- DGR n. 599 del 28 settembre 2007, concernente il riallineamento del Programma di investimenti ex art. 71 L. 448/98.

Dal monitoraggio dello stato di attuazione della Regione, risulta che nella prima fase del programma di investimenti, conclusasi nel 1996, sono state assegnate alla Regione risorse pari a 198.491.945,85 € per la realizzazione di n. 144 interventi. In realtà i progetti effettivamente avviati sono n. 141.

Lo stato di attuazione delle opere avviate risulta essere il seguente alla fine del 2006:

- n. 59 interventi autorizzati sono in esercizio;
- n. 49 interventi autorizzati sono ultimati e in fase di collaudo;
- n. 3 interventi autorizzati sono in attesa di rimodulazione in quanto sono in corso presso la Regione le procedure per il riutilizzo delle somme assegnate (€ 2.747.550,70) per interventi di messa in sicurezza del P.O. di Vibo Valentia e per la realizzazione di un poliambulatorio nello stesso Comune;
- n. 22 interventi autorizzati presentano le seguenti criticità:
 - n. 7 interventi non sono iniziati;
 - n. 2 interventi non risultano aggiudicati;
 - n. 13 interventi risultano sospesi per varie motivazioni.

Nella seconda fase del citato programma, prima tranche (sicurezza e completamenti), avviata nel 1998, sono state assegnate alla Regione risorse pari a 26.473.838,88 € per la realizzazione di n. 6 interventi dei quali:

- n. 2 interventi di adeguamento a norma P.O. Paola e Praia (asl Paola) già in esercizio (si ricorda che con l'attuale riorganizzazione della rete ospedaliera il P.O. di Praia a Mare dovrebbe essere chiuso o convertito);

- n. 1 intervento sull'Azienda ospedaliera di Cosenza in corso di parziale rimodulazione;

- n. 2 interventi sull'Azienda ospedaliera Ciaccio e sull'Azienda ospedaliera Mater Domini di Catanzaro per i quali sono in corso i lavori;

- n. 1 intervento per la realizzazione del Nuovo presidio ospedaliero di Vibo Valentia attualmente sospeso.

Nella seconda fase per la sottoscrizione di accordi di programma, sono state assegnate alla Regione risorse pari a 410.749.217,44 €.

La Regione ha sottoscritto un primo Accordo di programma stralcio in sanità, a valere sulle citate disponibilità per la seconda fase, in data 16 dicembre 2004, del valore di 61.086.564,38 €, finalizzato ad avviare la razionalizzazione della rete ospedaliera anche con la realizzazione di interventi prioritari del sistema emergenza urgenza, a rinnovare e potenziare la dotazione tecnologica esistente e ad adeguare le strutture e le tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi di cui al DPR. 14 gennaio 1997.

L'accordo ha previsto la realizzazione di n. 8 interventi dei quali:

- n. 6 interventi con lavori in corso;

- n. 1 aggiudicato a gennaio 2008;

- n. 1 in corso di verifica aggiudicazione (Locri).

Il 13 dicembre 2007 è stato sottoscritto l'Accordo integrativo che stanziava oltre 196 milioni di euro per l'ammodernamento della rete ospedaliera della Regione Calabria.

Il programma di investimenti presentato dalla Regione Calabria, oggetto dell'Accordo di programma 2007 per la realizzazione di 4 grandi interventi, integrativo rispetto all'Accordo sottoscritto con la Regione

Calabria il 16 dicembre 2004, mette a disposizione della Regione complessivi euro 196.142.821,05 a carico dello Stato, di cui euro 178.615.153,06 a valere sulle risorse del programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67 del 1988, ed euro 17.527.667,99 a valere sul programma di investimenti ex art. 71 della legge n. 448 del 1998, per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani.

L'Accordo è finalizzato alla riqualificazione e razionalizzazione della rete ospedaliera e dell'assistenza sanitaria, mediante la realizzazione di quattro nuovi ospedali ed in particolare alla:

- riorganizzazione ed adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standards alberghieri;
- rinnovamento e potenziamento della dotazione tecnologica;
- adeguamento alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro;
- razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.

Tali obiettivi saranno conseguiti, con particolare riguardo agli ambiti territoriali di riferimento, mediante la realizzazione dei seguenti interventi:

- 1) Nuovo Ospedale della Sibaritide per un importo a carico dello Stato di euro 57.000.000,00;
- 2) Nuovo Complesso ospedaliero di Catanzaro per un importo complessivo a carico dello Stato di euro 56.883.136,37, di cui euro 39.355.468,38 a valere sulle risorse del programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, ed euro 17.527.667,99 a valere sul programma di investimenti ex art. 71 della legge n. 448/1998 per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani;

- 3) Adeguamento e completamento del nuovo Ospedale di Vibo Valentia per un importo a carico dello Stato di euro 25.259.684,68;
- 4) Nuovo Ospedale della Piana per un importo a carico dello Stato di euro 57.000.000,00.

Su tale proposta il Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici in sanità del Ministero della Salute - rinnovato con D.M. del 5 aprile 2007 e composto da rappresentanti del Ministero esperti in programmazione, esperti provenienti dalle Regioni o dalle aziende individuati sulla base delle loro specifiche esperienze ed esperti esterni alla pubblica amministrazione - nella seduta del 23 luglio 2007, ha espresso parere favorevole nella considerazione che il disegno strategico inerente la complessiva programmazione degli investimenti sanitari regionali si presenta di elevata qualità, apprezzando quanto predisposto in termini di Piano di riordino del Servizio sanitario regionale, pur formulando talune specifiche prescrizioni da adempiere in futuro.

Per quanto riguarda il Programma per il potenziamento della radioterapia (L. 488/1999), con D.M. 28.12.2001 è stata assegnata alla Regione la somma di € 618.823,92, che è stata utilizzata.

E' doveroso precisare che il sopradescritto programma di investimenti della Regione Calabria è oggetto di specifica attenzione da parte della Corte dei Conti - Sezione regionale di controllo per la Calabria.

4.3 La situazione finanziaria

All'atto dell'insediamento del nuovo Assessore alla tutela della salute, è stata riscontrata una certa difficoltà a ricostruire la reale situazione finanziaria delle Aziende, data la mancanza di alcuni bilanci e la presenza, in altri, di dati non del tutto attendibili.

Si è dovuta verificare la sussistenza di ulteriori debiti delle Aziende sanitarie ed ospedaliere risalenti al 2001 e agli anni successivi, il che ha portato a rivedere in aumento i dati sul disavanzo del sistema sanitario regionale, anche in relazione a bilanci già approvati; tale situazione è all'esame del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e potrà sfociare nell'adozione di una serie di prescrizioni per la definizione contabile delle partite pregresse, la predisposizione di un piano di rientro pluriennale e l'affiancamento di un *advisor* indipendente.

Il Governo ha, inoltre, sospeso l'erogazione di una parte delle somme destinate al finanziamento del servizio sanitario, relativamente alle annualità 2001 e 2005, per inadempimenti nella corretta gestione del sistema sanitario e per mancato rispetto dei limiti di spesa.

Per completezza, va dato atto che, il Comitato tecnico scientifico costituito presso il Commissariato per l'emergenza socio-economico-sanitaria ha approvato le procedure per la ricognizione del debito delle aziende sanitarie/ospedaliere, che avverrà – da parte delle singole Aziende - secondo percorsi trasparenti ed uniformi e con l'accompagnamento di una *task force* formata dal Commissario delegato.

Il Governo ha inoltre sospeso l'erogazione di una parte delle somme destinate al finanziamento del servizio sanitario, relativamente alle annualità 2001 e 2005, per inadempimenti nella corretta gestione del sistema sanitario e per mancato rispetto dei limiti di spesa.

Con riferimento a questo specifico argomento si rinvia al capitolo "Gestione e legalità", ed in particolare alla pagina 38.

5. SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La tutela della sicurezza del paziente in corso di assistenza sanitaria costituisce un principio guida fondamentale nella erogazione delle prestazioni e dei servizi che definiscono i livelli essenziali di assistenza, che ha precedenza anche sulla loro qualità tecnico-professionale e sulla loro appropriatezza clinica ed organizzativa. Di qui la peculiare gravità del ripetuto verificarsi di eventi avversi in diverse strutture pubbliche e private “convenzionate” del servizio sanitario della Regione Calabria, in quanto questo attinge al livello istituzionale della tutela dei diritti, ben oltre quindi la pur dolorosa esperienza di ciascun singolo caso. Il ripetersi di eventi avversi di particolare gravità, infatti, rivela la mancanza di una attenzione sistematica e continuativa, da parte del sistema sanitario nel suo complesso e nelle sue diverse componenti ai diversi livelli, alla prevenzione degli errori clinici e/o organizzativi o, quanto meno, alla minimizzazione dei danni che ne possono derivare per il paziente.

La Commissione ha valutato attentamente gli episodi occorsi, sia attraverso la lettura attenta delle relazioni delle indagini interne (quando disponibili), sia con visite ad alcune delle strutture in cui si sono verificati, sia con incontri con i familiari delle vittime. Da questa analisi 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”. Simili riflessioni vengono espresse dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, che sottolinea anche la

frammentazione della rete ospedaliera, la conformazione geoterritoriale e l'assenza di moderne infrastrutture.

In particolare, se in alcuni casi la negligenza o l'ignoranza di cognizioni basilari e/o di tecniche elementari da parte di operatori, spesso multipli e intervenuti in momenti diversi, ha avuto un ruolo essenziale, negli stessi, così come in altri casi, sono intervenuti fattori organizzativi e sistemici fra cui, in primo luogo, la mancanza o la inadeguatezza di relazioni funzionali esplicite e condivise fra servizi della stessa azienda e/o di aziende diverse. In diverse altre strutture in cui non sono stati segnalati eventi avversi (la cui effettiva occorrenza non può tuttavia essere esclusa, stante la arretratezza degli attuali sistemi informativi e la scarsa diffusione di sistemi di rilevazione di eventi avversi, peraltro comune a gran parte del territorio italiano) la Commissione ha riscontrato carenze e problemi analoghi, come ad esempio la mancanza di percorsi assistenziali condivisi fra pronto soccorso e reparti di degenza, specie se di natura intensiva come la cardiologia/UTIC, o protocolli che definiscano mezzi, strumenti e procedure per il trasferimento rapido di pazienti in condizioni critiche. Per questo la Commissione ritiene che, al di là dei provvedimenti assunti – talora in modo non certamente tempestivo e per effetto di ripetute sollecitazioni esterne – sussistano tuttora numerose situazioni in diverse strutture che sono qualificabili ad alto rischio per la sicurezza dei pazienti e richiedono quindi interventi efficaci ed immediati. Tali interventi, che devono essere rivolti agli operatori, alle strutture ed al loro funzionamento, non sono tuttavia semplici né possono avere un effetto immediato. La loro efficacia dipende, infatti, dalla disponibilità e dalla partecipazione attiva di tutti gli operatori ai diversi livelli di responsabilità, da una analisi approfondita delle cause degli errori, dei quasi-errori e degli eventuali danni che si verificano in corso di assistenza sanitaria per individuare gli interventi più appropriati per la loro prevenzione che, qualora riguardino caratteristiche strutturali ed organizzative, chiamano direttamente

in causa la direzione azienda e la stessa regione. Lo sviluppo di un sistema efficace per il governo dei rischi per la sicurezza dei pazienti non è, quindi, né semplice né rapido nei suoi effetti, in quanto richiede primariamente l'abbandono di un approccio culturale purtroppo assai diffuso nelle organizzazioni sanitarie che, da un lato, comporta un processo di colpevolizzazione degli operatori e, dall'altro, determina il prevalere di una "cultura del silenzio" da parte degli operatori e degli amministratori. Sistemi basati su questi presupposti devono essere abbandonati in quanto si sono dimostrati sia inefficaci nel prevenire gli errori, sia inadeguati a garantire la equa e tempestiva compensazione dei danni subiti dai pazienti vittima di tali errori.

In esito alla disamina delle informazioni acquisite con riguardo al sistema di qualità ed al sistema di gestione del rischio clinico nell'ambito delle strutture pubbliche sanitarie che insistono sul territorio calabrese – come risultanti anche sulla base delle risposte fornite ad apposito questionario elaborato dalla Commissione – emerge innanzitutto la totale mancanza di indicazioni e di direttive da parte della Regione Calabria, laddove sarebbe auspicabile un intervento a livello regionale, con l'istituzione di un Gruppo Rischio Clinico Regionale finalizzato alla creazione di una rete aziendale ed alla individuazione di precise e verificabili indicazioni organizzative, riguardanti principalmente i metodi e gli obiettivi della stessa.

In tal senso in data 5 aprile 2008, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Spaziante, ha approvato un piano operativo per la gestione del rischio in sanità. In particolare, viene istituito presso il Dipartimento regionale Tutela della Salute, il Centro Regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente (CRRC), con l'obiettivo di prevenire gli eventi avversi più gravi e far emergere le situazioni critiche della pratica professionale quotidiana. Il CRRC si avvale dei seguenti organismi: lo Staff

Tecnico Operativo (STO), che promuove l'implementazione del sistema di gestione del rischio clinico e assicura il necessario coordinamento di tutta l'attività; i Gruppi regionali specifici per aree di criticità (GRAC), che affrontano rischi inerenti specifici ambiti assistenziali (emergenza/urgenza; chirurgia; ostetricia/neonatale); i Nuclei aziendali per la gestione del rischio clinico (NARC), istituiti presso le singole Aziende Sanitarie Provinciali e Aziende Ospedaliere.

Invero, pur fatta salva l'autonomia decisionale delle Aziende, è necessario che vengano fornite indicazioni precise e cogenti, non tanto sul tipo di strutture necessarie a costruire un sistema della sicurezza dei pazienti, quanto sulle attività a tal fine necessarie e sugli indicatori utili a testimoniare e valutare le varie fasi del relativo processo.

A livello delle Aziende Ospedaliere Provinciali vi è stata nel 2007 l'istituzione di strutture o funzioni di Risk Management, ma evidentemente si è ancora in presenza di un quadro provvedimentale ed organizzativo avente carattere più formale che sostanziale, richiedendo invece l'effettività di tali funzioni l'adozione di ulteriori misure ed adempimenti, allo stato scarsamente supportati, nonché l'attivazione di procedure di verifica sulla effettiva applicazione delle procedure.

A tal fine è necessario che le Direzioni strategiche delle Aziende assumano un ruolo più attivo e responsabile, svolgendo in particolare un'azione di forte impulso e supporto per la realizzazione del processo, oltre che di monitoraggio e di controllo delle relative iniziative, intervenendo con ogni opportuno ed efficace mezzo sulle situazioni critiche.

Discutibile, inoltre, dal punto di vista metodologico appare la scelta, riscontrata in molte realtà, di affidare le funzioni di Risk Management unicamente a medici legali, così orientando i relativi programmi non tanto alla prevenzione dell'errore, quanto soprattutto alla sua riparazione anche sotto il profilo assicurativo, laddove la tematica del Risk Management

dovrebbe essere affrontata secondo un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

Ciò coerentemente con le indicazioni provenienti dalle esperienze sia nazionali che internazionali, da cui si evince la necessità che i Gruppi per la Sicurezza dei Pazienti siano formati da un nucleo centrale (Medici di Direzione Sanitaria, Dirigenti Infermieristici, Medici Legali, rappresentanti URP, Servizio Legale e Patrimoniale), coadiuvati, secondo le esigenze, da clinici, epidemiologi ed altre professionalità.

Potrebbe essere utile prevedere, all'interno di una Commissione preposta alla vigilanza sul processo di risanamento della Sanità in Calabria, la partecipazione anche di alcuni esperti nazionali che possano, collaborando con referenti locali – che seppur poco supportati, esistono e sono validi - individuare i principi per la formazione di un sistema per la gestione del Rischio Clinico, monitorandone la successiva progressione del processo.

In tal senso la firma dell'intesa Stato-Regioni sul rischio clinico del 20 marzo 2008, offre alla Regione Calabria strumenti per il miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure.

5.1 Raccomandazioni operative in tema di sicurezza delle cure

Con riferimento alla tematica della sicurezza delle cure e della gestione del rischio clinico, si forniscono alcune indicazioni e raccomandazioni operative utili a garantire l'efficacia del sistema:

1. Istituire una omogenea rete regionale, mediante la previsione, nell'ambito dell'Assessorato alla Sanità, di un Nucleo/Gruppo/Ufficio/funzione di coordinamento, che riunisca i responsabili aziendali per il di rischio clinico e la sicurezza delle cure, anche in stretta collaborazione con gli organismi istituzionali

del Ministero della Salute e delle regioni, come definiti nell'intesa Stato-Regioni sul rischio clinico del 20 marzo 2008.

2. Promuovere azioni per la sicurezza del paziente anche a livello territoriale e non solo di Aziende Ospedaliere.
3. Adottare interventi di provata efficacia, e non meramente formali.
4. Assicurare il carattere multidisciplinare e multiprofessionale del programma di gestione del rischio.
5. Garantire un forte e continuativo supporto da parte delle Direzioni Aziendali alla realizzazione del programma.
6. Orientare il sistema alla comprensione ed alla analisi delle cause degli errori al fine della loro rimozione, piuttosto che alla punizione dei responsabili.
7. Promuovere programmi di formazione capillare, generalizzata e diffusa rivolta a tutti i soggetti che a vario titolo sono coinvolti nel processo, al fine di creare una cultura della sicurezza dei pazienti e delle buone pratiche cliniche, coordinata con le conoscenze tecniche e tecnologiche di avanguardia. In tale direzione, può costituire utile strumento la diffusione del programma di formazione a distanza organizzato dal Ministero della Salute e dalla Federazione degli Ordini dei medici ed odontoiatri, denominato '*sicure*', fruibile dai portali web della FNOMECO e IPASVI.
8. Porre in essere azioni formali e sostanziali affinché la Regione promuova la diffusione ed implementazione delle Raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti stilate dal Ministero della Salute e dal gruppo tecnico della Commissione Salute delle Regioni e P.A., l'adesione al Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella e la partecipazione al programma denominato Sistema Informativo degli eventi avversi ('SIMES'), che prevede l'informatizzazione delle informazioni relative al monitoraggio degli eventi sentinella, alle

denunce sinistri ed al monitoraggio delle polizze assicurative, anche sulla base di quanto sancito nell'intesa stato-regioni sul rischio clinico del 20 marzo 2008.

9. Promuovere la partecipazione effettiva delle associazioni dei cittadini per coinvolgerli nei percorsi di cura, al fine di migliorare sicurezza e qualità delle cure.
10. Applicare in modo stringente il nuovo piano Regionale dell'emergenza, con percorsi finalizzati alla razionalizzazione delle terapie in emergenza, percorsi di trasporto prestabiliti per i pazienti con mezzi adeguati e sempre efficienti.
11. Sostenere le azioni rivolte al contrasto delle infezioni ospedaliere.
12. Partecipare concretamente alle azioni di programmazione nazionale in tema di sicurezza delle cure, anche alla luce della intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 sul rischio clinico.

Le proposte della Commissione, scaturite da un attento lavoro di valutazione ed analisi dell'esistente con un costante confronto con la Regione, hanno portato a fattive iniziative da parte della Regione Calabria, quali l'istituzione del Gruppo Regionale per il rischio clinico.

6. GESTIONE E LEGALITÀ

Unitamente al Piano Sanitario Regionale, la riconfigurazione delle nuove aziende sanitarie territoriali su base provinciale (ASP) costituisce l'elemento fondamentale di modernizzazione del Sistema sanitario regionale. Esso infatti non deve semplicemente essere considerato come il tardivo e dovuto adempimento del disposto di cui al d.lgs. 502/92 (esempio paradigmatico di come l'attuale assetto del Sistema sanitario nazionale in Calabria sconti ritardi di lunga durata e a responsabilità molteplici), ma costituisce soprattutto l'opportunità per realizzare finalmente un assetto esplicito e, auspicabilmente, stabile di governo del sistema con particolare riguardo alla gestione interna delle aziende, alle relazioni fra le aziende, sia territoriali che ospedaliere, ed ai rapporti fra queste e la Regione. La mancanza, sino ad oggi, di un chiaro assetto di governo del sistema costituisce, infatti, a parere della Commissione, la carenza più grave del sistema sanitario nazionale in Calabria, in quanto non solo determina il suo stato attuale, ma condiziona anche le sue possibilità di effettivo cambiamento, al di là delle volontà espresse e dei Piani formulati. In particolare, la Commissione ritiene che l'attuazione del nuovo assetto delle aziende sanitarie e la conseguente definizione delle rinnovate relazioni fra le nuove aziende ed all'interno delle stesse, costituisca la pre-condizione necessaria, anche se purtroppo non sufficiente, per perseguire con qualche speranza di successo gli ambiziosi obiettivi indicati dal Piano Sanitario Regionale. In questo senso e per questo motivo, la Commissione ritiene che lo sforzo congiunto e coordinato cui sono chiamate la Regione e tutte le singole aziende sanitarie dovrebbe essere prioritariamente orientato a raggiungere rapidamente questo difficilissimo obiettivo, senza lasciarsi distrarre dalla formulazione di ulteriori piani che, per quanto apprezzabili e in taluni casi persino indispensabili al funzionamento quotidiano

dell'assistenza sanitaria, riguardano essenzialmente la gestione dei servizi e non il governo di aziende ancora in fieri. La priorità che dovrebbe essere attribuita alla realizzazione di efficaci sistemi di governo delle nuove aziende (per intanto, attraverso una pronta riformulazione degli indirizzi regionali ed una altrettanto rapida stesura di atti aziendali coerenti con la nuova configurazione delle ASP) è resa più cogente ed impellente dalla complessità dei compiti che attendono i nuovi Direttori in relazione, da un lato, allo stato attuale del sistema delle Aziende e, dall'altro, all'entità del processo di cambiamento che questi dovranno porsi in condizione di guidare, a partire da quello prospettato dal Piano Sanitario Regionale. Alcuni degli elementi indispensabili per il perseguimento di tale fine vengono qui sommariamente indicati, senza alcuna pretesa di esaustività, anche in virtù della convinzione, progressivamente maturata dalla Commissione, che la percezione della centralità di questo compito non sia colta nella misura dovuta né a livello aziendale né a livello regionale.

Numerosi esempi che confermano la fondatezza di tale opinione sono ripetutamente emersi nel corso delle audizioni svolte nei confronti dei direttori generali delle Aziende Sanitarie, e sono riconducibili alla natura degli obiettivi indicati nei contratti sottoscritti con i nuovi Commissari e/o Direttori Generali, anche di più recente nomina, obiettivi che appaiono generici e comunque non del tutto utilizzabili ai fini di una valutazione di merito dell'operato dei vertici delle aziende e dei relativi risultati, e tuttora in attesa di una necessaria e puntuale definizione da parte dell'Assessorato alla Sanità.

In tale contesto si riportano alcune osservazioni riguardanti specifiche situazioni che meriterebbero immediati interventi correttivi da parte degli organi di governo della Sanità calabrese:

1. I disavanzi relativi agli anni 2001 e 2005, come rilevato dalla Relazione della Corte dei Conti (deliberazione n. 97/2006) non risultano coperti con risorse del bilancio regionale, né con efficaci misure di contenimento della spesa sanitaria corrente. Di conseguenza, gli impegni assunti con l'accordo del dicembre 2007 dovranno essere attentamente monitorati. A tal proposito, la Commissione, a fronte di un impegno straordinario assunto dal Governo, propone che vengano assunte decisioni drastiche, sul piano gestionale, che a titolo meramente esemplificativo possono riguardare:

- a) il blocco del turn-over per il personale appartenente al ruolo amministrativo, peraltro favorito dall'accorpamento delle Aziende Sanitarie Locali;
- b) la riconversione prioritaria dei piccoli ospedali (ci si riferisce a quelli con un numero di posti letto inferiori alle 50 unità);
- c) il contenimento della spesa farmaceutica;
- d) il contenimento dei costi per le prestazioni erogate dal privato "accreditato/convenzionato";
- e) il blocco della crescita della spesa complessiva per l'acquisizione di beni e servizi;
- f) il rigoroso rispetto del principio di appropriatezza nella erogazione delle prestazioni sanitarie e l'assunzione delle conseguenti coerenti azioni correttive in ossequio a quanto sancito dalla normativa vigente sui Livelli Essenziali di Assistenza.

2. Sotto il profilo della correttezza e della trasparenza nella stesura dei bilanci delle Aziende Sanitarie, l'analisi sistematica dei bilanci prodotti da alcune delle Aziende Sanitarie, unitamente ai verbali del Collegio dei Revisori, ha evidenziato, talvolta, carenze anche rispetto alle norme basilari del Codice Civile, incompletezze ed incoerenze fra le loro diverse parti, il

che determina una scarsa trasparenza rispetto all'effettivo stato delle Aziende e una profonda incertezza sulla effettiva situazione finanziaria delle singole Aziende e del sistema sanitario regionale nel suo complesso (cfr. allegato). Questa situazione - risalente negli anni e già rilevata dalla Corte dei Conti nella sua Relazione (v. deliberazione 97/2006 Sez. Controllo) relativa al periodo sino al 2005, ben nota alla Regione, che ha negato l'approvazione del bilancio in ben 10 delle 41 richieste sottoposte alla sua attenzione - non potrà che essere acuita dal complesso processo che dovrà portare alla fusione delle Aziende preesistenti nelle nuove ASP su base provinciale. Inoltre, la complessità intrinseca di questo processo è ulteriormente aggravata dalla emersione di debiti non iscritti a bilancio in numerose aziende, cui si aggiunge la imponente massa del contenzioso nei confronti del personale e/o dei fornitori che ha cominciato a manifestarsi, per ora, in alcune aziende. Appare evidente, a parere della Commissione, che le incertezze sulla effettiva consistenza dei disavanzi aziendali, riflettendosi inevitabilmente a livello regionale, minano irrimediabilmente la credibilità degli interventi di ripianamento dei disavanzi aziendali.

Ancora, le note integrative, che dovrebbero descrivere ed esplicitare i fenomeni che determinano i flussi economici riportati in bilancio, quasi sempre sono una semplice riconferma del dato numerico.

Nonostante ciò, in alcuni casi, i Collegi sindacali hanno approvato i bilanci senza rilevare i fenomeni sopra descritti. Naturalmente si tratta di eccezioni, posto che in altre realtà territoriali i Collegi sindacali hanno rilevato le anomalie sopra descritte.

A titolo di esempio si riporta lo stralcio di una relazione riferita all'esercizio 2006 di una Azienda Sanitaria:

Il Collegio rileva “l'inconsistenza e l'inadeguatezza del bilancio di previsione 2006 considerato che lo stesso, a consuntivo, è totalmente disatteso”. “Nonostante i vari e ripetuti inviti formali prodotti dal Collegio e

notificati ai singoli dipartimenti, il collegio non ha riscontri circa la quantificazione in termini economici dell'ammontare complessivo del debito per decreti ingiuntivi e per le vertenze nei confronti del personale dipendente...Dovrebbe essere inaccettabile per un amministratore non riuscire a conoscere con esattezza e quando necessario, l'esatto ammontare dei decreti ingiuntivi notificati in azienda” “dover rilevare e segnalare l'eccessivo tasso di indebitamento cui è sottoposta l'ASL (...) alla fine dell'esercizio 2006 e per il quale il Collegio chiede agli organi Regionali un incisivo controllo ed incisive azioni si recupero”. Significative sono le conclusioni:

“...Il Collegio, in merito alla situazione economica emersa nella sua quantificazione dall'esame del bilancio consuntivo al 31/12/2006, visto il risultato di ingente perdita, atteso che non risulta alcuna formale autorizzazione regionale allo sfornamento dei parametri preventivi, che dalla lettura della nota integrativa...non è stato possibile riscontrare eventuali modalità operative finalizzate alla relativa copertura della perdita rilevata; il Collegio subordina pertanto il proprio parere favorevole a condizione che gli organi regionali se ne assumano l'onere del necessario ripiano”.

A conferma di come tale situazione sia riferibile anche ad altre Aziende sanitarie della Regione, si riporta quanto riferito dal direttore generale di un'Azienda il quale, nella Relazione inviata a questa Commissione, riconosce la drammatica situazione dei debiti e segnala il “*fenomeno dell'emersione di debiti fuori bilancio*” che “*non possono trovare capienza e sistemazione nella contabilità ufficiale dell'Azienda*”.

3. Notorio è il meccanismo che, nel rendere fuori controllo la spesa riferibile alle prestazioni acquisite da aziende private, fa registrare un regolare ritardo nell'intervento del governo regionale nella predisposizione degli atti di programmazione e di assegnazione di risorse fondamentali

finanziarie, così impedendo l'avvio di una corretta e tempestiva programmazione aziendale, con conseguenti disallineamenti tra i tempi della programmazione regionale – la quale interviene ad esercizio già inoltrato - e l'adozione successiva degli atti aziendali ad essa collegati, ed ulteriori ritardi per la stipula degli “accordi contrattuali” interaziendali pubblico/privato e pubblico/pubblico, i quali – occorre ricordare - costituiscono i principali strumenti per lo sviluppo delle politiche ed il perseguimento dei risultati, oltre che per il governo della spesa sanitaria a livello aziendale.

4. Non risulta che il Dipartimento della Sanità abbia efficacemente effettuato controlli sulle modalità con cui le risorse economiche vengono utilizzate; non è stata riscontrata nessuna valutazione comparativa tra le diverse Aziende né sull'incidenza dei costi delle singole categorie di personale, né sui costi unitari di beni e servizi. Di conseguenza gli obiettivi assegnati ai Direttori Generali risultano generici e non tengono nella dovuta considerazione l'oculato uso delle risorse aziendali.

5. Avuto riguardo ai rapporti con l'Università, il Protocollo di intesa tra la Regione Calabria e l'Università Magna Grecia di Catanzaro relativamente all'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini, (delibera n. 799 del 25 ottobre 2004) appare eccessivamente sbilanciato a favore dell'Università. Ciò nella considerazione che:

- l'intesa tra Regione ed Università si estende fino alla nomina dei Direttori di Unità operativa;
- tutti i capi Dipartimento risultano nominati tra la componente universitaria;
- tutti i direttori di Unità operativa attualmente in servizio, tranne uno, sono stati scelti tra i professori universitari.

A questo deve, inoltre, aggiungersi l'assenza di un adeguato contingente di personale medico universitario.

Peraltro, l'Azienda "Mater Domini":

- è priva di un Pronto Soccorso;
- ha registrato la nomina a Direttore Sanitario di un professore ordinario il quale, durante l'espletamento di tale incarico, ha continuato a svolgere i suoi compiti clinici e di docenza;
- ha fatto emergere degli indici di produttività molto bassi.

I rapporti tra l'Azienda Ospedaliera Mater Domini e l'Università sono ulteriormente complicati dalla presenza, all'interno della struttura aziendale, della Fondazione Tommaso Campanella, secondo quanto stabilito dalla Delibera Regionale 25 ottobre 2004 n. 798. Si tratta di una Fondazione di diritto privato costituita dalla Regione e dall'Università che riceve finanziamenti pubblici regionali non correlati alle prestazioni rese al servizio sanitario regionale (a termini di Statuto, la cifra ammonta a Euro 50 milioni annui) ed i cui bilanci, peraltro, mostrano limiti sul piano della chiarezza e della correttezza amministrativa.

L'insieme delle relazioni fin qui descritte, se da una parte riduce l'attuale efficienza operativa, appare dall'altra particolarmente problematica in relazione all'ipotesi di fusione prevista dal Piano Straordinario degli Interventi del dicembre 2007 tra Ministero della Salute e Regione. Inoltre non tutte le Aziende Ospedaliere rispondono ai criteri sanciti dal D. L.vo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

6. La Calabria risulta, in base ai dati forniti dall'Agenzia Regionale di Sanità (ASSR) essere l'ultima delle Regioni d'Italia per ricavi aziendali derivanti dall'Attività Libero Professionale Intramoenia (la spesa pro capite in Calabria è la più bassa a livello nazionale e si attesta sui €2,93 rispetto ad una media nazionale di €16,97. Per cogliere il distacco rispetto al contesto

nazionale basti osservare come la seconda peggiore performance sia riscontrabile in Campania che però con i suoi €5,89 di spesa pro capite ottiene un risultato superiore alla Calabria del 100%)

La Guardia di Finanza, sulla base degli accertamenti svolti, ha stimato la sussistenza, nella Regione Calabria, di una percentuale di evasione nello specifico settore pari al 90%.

La Commissione, peraltro, nel corso delle visite, ha constatato l'assenza, presso i singoli presidi ospedalieri, di spazi dedicati esclusivamente all'esercizio di tale attività libero professionale.

Inoltre, dai dati forniti dal Ministero della Salute, è emerso che la Calabria non ha mai richiesto finanziamenti per l'attivazione di spazi dedicati all'ALPI, rinunciando, così a disporre di contributi statali.

Oltre a ciò è emerso anche che le aziende sanitarie, richieste in proposito, hanno riferito di non essersi dotate di Regolamenti di attuazione e delle prescritte specifiche Commissioni Paritetiche che, a termini di legge e di regolamento, avrebbero dovuto effettuare un controllo sui volumi di attività, con particolare riguardo alla proporzione tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia.

Qualificazione professionale dei direttori generali, amm.vi e sanitari

L'esame dei curricula dei Direttori Generali ha suscitato perplessità sul possesso dei requisiti previsti dalla legge con particolare riferimento alla mancanza dell'esperienza dirigenziale, alla mancata protrazione della stessa per cinque anni, alla mancanza del certificato di frequenza del Corso di formazione richiesto, anche a distanza di più di diciotto mesi dalla nomina.

Situazioni analoghe sono state rilevate per alcuni direttori sanitari e direttori amministrativi (per i quali i riferimenti normativi sono sempre il D. L.vo 229/99 ed il D.P.R. 484/1997). In alcuni casi, in verità, forse anche a

seguito dei rilievi e delle richieste di chiarimento formulate dalla Commissione, si sono avute delle dimissioni o comunque nuove nomine.

La Commissione ritiene che per il futuro, prima di ogni nomina di Direttori Generali, Direttori Amministrativi e Direttori Sanitari, un Organismo di Verifica, i cui membri abbiano il requisito della terzietà rispetto agli organi istituzionali coinvolti, accerti il possesso dei requisiti di legge.

Appare necessario che una simile valutazione sia effettuata fin da subito con riguardo ai Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari attualmente in carica.

Errori sanitari: adozione di provvedimenti amministrativi

Con riferimento ad alcuni incidenti occorsi nelle strutture sanitarie pubbliche e private, le attività di inchiesta di cui la Commissione è venuta a conoscenza hanno evidenziato l'intervenuta violazione o la non corretta esecuzione dei doveri professionali. La Commissione ritiene che, laddove siano identificati ed accertati, a seguito di appropriate ed opportune indagini, anche interne, profili di responsabilità professionale, le aziende sanitarie dovrebbero adottare tempestivamente quegli atti (previsti dall'art. 93 del vigente CCNL) quali la sospensione e, nei casi più gravi, il licenziamento.

La Commissione ha accertato, invece, che le aziende non hanno adottato, in alcuno dei casi sottoposti all'attenzione, alcun provvedimento del genere.

Analoga inerzia è stata, inoltre, registrata nell'adozione di provvedimenti nei confronti di dipendenti condannati o addirittura tratti in arresto per reati specifici o comunque gravi.

Se le inchieste interne hanno poi permesso di evidenziare ipotesi di negligenza, imprudenza o imperizia colpevole, le direzioni aziendali avrebbero potuto e dovuto adottare i provvedimenti più opportuni senza

aspettare i tempi della Magistratura, nel rispetto di quanto previsto dal CCNL e dal Codice Civile, compresa la sospensione dal servizio.

Relazioni tra professionisti e professionisti e manager

Durante le visite alle strutture sanitarie e gli incontri con gli operatori, frequente è stata la sensazione che esistesse una conflittualità, a volte latente, altre volte espressa apertamente, tra operatori di aree diverse. Talora i contrasti principali intercorrevano tra la componente direzionale e i medici. Nella quasi totalità dei casi vi erano rivendicazioni e accuse di immobilismo verso i vertici regionali. Queste diatribe, oltre a non essere produttive ed essere invece di ostacolo all'ottimale sviluppo organizzativo, possono essere la base di eventi avversi per i pazienti, soprattutto se determinati dalla mancanza di comunicazione tra operatori. Particolarmente apprezzabile appare alla Commissione l'iniziativa, adottata dall'Assessorato, di svolgere incontri settimanali con i Direttori Generali al fine di consentire la partecipazione della dirigenza alle decisioni dell'Assessorato ed un continuo feed-back circa le iniziative intraprese.

7. ACCREDITAMENTO E RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

L'erogazione di prestazioni sanitarie attraverso strutture private avviene previa concessione dell'Autorizzazione all'esercizio, prima, e con l'Accreditamento istituzionale, dopo. E' opportuno, innanzitutto, differenziare l'*autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria* dall'*accreditamento istituzionale*. L'esercizio dell'attività sanitaria è consentito previa concessione dell'autorizzazione, la quale presuppone il possesso dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi di cui all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo n. 502/92, e successive modifiche ed integrazioni, in attuazione del quale è stato emanato il D.P.R. 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte di strutture pubbliche e private". L'accreditamento istituzionale, ovvero l'esercizio dell'attività sanitaria per conto del Servizio Sanitario Nazionale con imputazione dei costi allo stesso SSN, così come delineato dall'art. 8 *quater* del decreto legislativo n. 502/92, presuppone, invece, da parte delle strutture autorizzate pubbliche o private e dei professionisti, il possesso di ulteriori requisiti di qualificazione, la rispondenza delle attività agli indirizzi di programmazione sanitaria regionale, nonché la verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

In merito all'erogazione di prestazioni sanitarie per conto del SSN (a carico del SSN e SSR), si precisa quanto segue:

1. L'**emanazione della specifica normativa sull'accreditamento**, è di competenza dell'ente Regione, che deve delineare i criteri ed i requisiti necessari per il rilascio dell'accreditamento nel proprio territorio. Tali requisiti potranno essere aggiuntivi rispetto a quelli definiti dalle norme

nazionali, con indicazione di tutte le procedure necessarie al rilascio dell'*accreditamento*, purchè nel *rispetto della normativa nazionale* e di concerto con le *previsioni economiche imputate per la spesa sanitaria a carico del S.S.N.*

2. I **volumi di prestazione erogabili dai soggetti accreditati** vengono stabiliti dalle Regioni in applicazione delle disposizioni di cui all'art. 8-*quinquies* del citato decreto 502/92, le quali “definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali”. Ai sensi del comma 2, è attribuito sempre alla Regione, unitamente alle A.S.L. o A.S.P., il compito di definire accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e quello di concludere contratti con le strutture private *accreditate anche attraverso una valutazione comparativa della qualità e dei costi*. Con tali accordi, di fatto, le Regioni decidono quante prestazioni sanitarie “*acquistare*” dai soggetti ritenuti idonei (cioè quelli accreditati) e fissano le responsabilità spettanti alla Regione ed alle Aziende A.S.L. anche in tema di controlli.

3. Negli **accordi contrattuali**, contestualmente, si stabiliscono i **criteri per i programmi di attività** delle strutture interessate, indicando le attività e le funzioni che necessitano di potenziamento ed espansione e quelle che, di contro, debbono essere depotenziate e limitate in base a quanto stabilito negli atti di programmazione sanitaria regionale e nel rispetto delle priorità che l'Amministrazione regionale ha individuato, definito ed espresso nel Piano Sanitario Regionale. Si potrà avere, pertanto, una situazione dove a fronte di un atto di accreditamento per un certo numero di posti letto, l'accordo contrattuale preveda l'*acquisto* di prestazioni sanitarie per un numero di posti letto inferiori a quelli accreditati, ma non il contrario.

4. Il compito della **retribuzione di volumi di prestazioni eccedenti il quantitativo concordato**, spetta alla Regione, a norma dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo n. 502/92, che in sede di definizione degli

accordi contrattuali tra ASL e struttura accreditata, dovrà considerare tale fattispecie valutando il volume complessivo di attività e il concorso all'erogazione dello stesso da parte di ciascuna struttura.

Secondo la richiamata disciplina il S.S.N. (tramite la Regione) "acquista" prestazioni sanitarie dai soggetti accreditati. Al riguardo, si rappresenta ulteriormente che la Regione, con atti di programmazione locale, nell'ambito delle proprie competenze e a fronte delle effettive esigenze del proprio territorio, ottemperando ai principi di *sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza*, può stabilire l'incremento di talune prestazioni anziché di altre, ma ciò prima dall'erogazione delle prestazioni.

La loro determinazione a posteriori, al contrario, inficia ogni logica di programmazione e di gestione coerente ed efficace, lasciando il sistema privo di regole e determinando, come in effetti accade in Calabria, una situazione caratterizzata dalla molteplice presenza di poli ospedalieri obsoleti ed incapaci di rispondere alla domanda di assistenza specialistica di alta qualità, altresì determinando, al contempo, una depauperazione delle risorse economiche che rendono aleatorio il concetto di razionalizzazione delle risorse, tenuto anche conto che il ricorso alle strutture private di ricovero è tra i più alti d'Italia. Aggiungasi che analisi di appropriatezza, riferite ai DRG, hanno dimostrato che una elevata percentuale di ricoveri effettuati nelle cliniche private non rispondono a criteri di appropriatezza. Inoltre, valutando la relazione dell'ASP di Crotone, si può notare un forte squilibrio tra la spesa media per i ricoveri nelle strutture pubbliche (circa 1400 Euro) e la spesa media per i ricoveri nelle strutture private accreditate/convenzionate (circa 2700 Euro).

In assenza dei dati di bilancio delle altre ASP, la Commissione si è trovata nell'impossibilità di effettuare analoga valutazione nei loro confronti, anche se appare presumibile la sussistenza, anche per le altre

Aziende, di uno squilibrio tra le spese medie per i ricoveri effettuati nelle strutture pubbliche e quelli effettuati nelle strutture private.

E', inoltre, logico ritenere che in un sistema in cui non è stato effettuato un Accredimento Istituzionale delle strutture pubbliche e private, si siano verificate delle chiare disfunzioni nelle tappe successive sino agli accordi contrattuali ed alla conseguente determinazione preventiva dei volumi delle prestazioni.

Invero in Calabria, il problema dell'Accredimento delle Strutture Sanitarie è stato affrontato fin dal 1999.

La D.G.R. 15 febbraio 1999, n. 133 fornisce una regolamentazione dell'accredimento, mentre le successive leggi Regionali 7 agosto 2002 n. 29 e 26 giugno 2003 n. 8 ne sospendono le procedure per il rilascio, prevedendo numerose eccezioni, contenute in parte, anche in norme nazionali, per talune categorie di strutture, demandando l'accertamento del possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle stesse alle Aziende Sanitarie di riferimento e, nel caso di strutture pubbliche, ad una forma di autocertificazione.

Non constano iniziative assunte in merito, in attuazione della legge finanziaria per il 2007 che prevedeva originariamente la conclusione dei processi di accredimento entro un anno.

Mancano notizie in ordine agli accertamenti eseguiti presso le strutture private.

In seguito, la L.R. 19 marzo 2004, n. 11, recante "Piano Sanitario regionale per la salute 2004-2006" ha introdotto il principio secondo il quale all'autorizzazione si provvede con le stesse modalità e procedure previste per l'accredimento. Lo stesso decreto stabilisce la modalità valutativa dell'Accredimento e fissa un percorso preciso. Definisce gli attori della valutazione (le strutture delle Aziende Sanitarie competenti per territorio) e i tempi di verifica e di accredimento definitivo.

Non abbiamo però riscontri degli esiti della sperimentazione, che doveva iniziare nel 2005 nella ASL di Lametia Terme e nell'ASO di Cosenza.

L'azione della Regione Calabria per quanto riguarda l'Accreditamento Istituzionale si è concretizzata anche nell'adesione al progetto "Collaborazione Interregionale per lo sviluppo e il mantenimento di competenze qualificate per le verifiche di accreditamento". L'obiettivo del programma, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, era di formare attraverso un percorso formativo adeguatamente strutturato, un gruppo interregionale di valutatori di sistemi qualità, qualificati secondo criteri riconosciuti a livello Europeo, che potessero svolgere le verifiche di accreditamento delle strutture sanitarie. I facilitatori calabresi dovrebbero essere circa settanta, di cui una decina con la qualifica di addetti alla valutazione dell'Accreditamento o valutatori sistemi di Qualità in Sanità.

Come si può vedere il quadro è completo: vi sono i requisiti tratti da un Manuale di Accreditamento di buon valore (Emilia Romagna) e vi sono i valutatori; quello che manca è forse la volontà politica di iniziare ad analizzare sia le realtà private, che ci sono parse, durante le visite da noi effettuate, in possesso almeno dei requisiti formali, sia le realtà pubbliche che presentano dei deficit strutturali e organizzativi, tali da rendere impossibile anche un accreditamento basato su requisiti minimi elementari. Sulle strutture private appare però doverosa una considerazione. Molte hanno un sistema di Certificazione di Qualità ISO 9000; alla prova dei fatti però (ad esempio, la Clinica Villa Elisa in provincia di Reggio Calabria), le procedure di qualità organizzativa presenti non hanno avuto alcuna applicazione e controllo.

Tornando al problema accreditamento, questo processo risulta indispensabile non solo per le strutture private, ma anche e soprattutto per le strutture pubbliche.

E' necessario, dunque, una revisione dei requisiti, introducendo nuovi requisiti sulla sicurezza degli operatori e dei pazienti, indicatori di processo e di esito, valutazione su percorsi organizzativi primari e linee guida EBM.

Per tale processo di accreditamento è necessario un forte impulso da parte della regione e l'individuazione dei soggetti valutatori. Indispensabile è, inoltre, stabilire le regole dell'accREDITamento, che potrebbe anche essere un accREDITamento di tipo prescrittivo, ovvero tendente al miglioramento della qualità organizzativa e strutturale dei soggetti, con prescrizioni cogenti verificate in tempi programmati.

E' indubbio che un progetto di questo tipo possa avere tempi abbastanza lunghi per la sua realizzazione.

Più semplice potrebbe essere fornire alle Aziende Sanitarie dei requisiti di base, l'ottemperanza ai quali potrà essere verificata, mediante semplici indicatori, in tempi programmati e condivisi. Il raggiungimento della conformità ai requisiti potrebbe, inoltre, divenire oggetto di specifici obiettivi assegnati ai Direttori Generali.

I requisiti possono essere strutturali, normativi, organizzativi, di qualità. In questa sede ci si riferisce soprattutto ai requisiti di tipo organizzativo e di qualità, cercando anche di evidenziare indicatori misurabili allo scopo di consentire una verifica nel tempo ed un benchmarking tra Aziende.

Allo scopo di fornire un contributo in vista dell'individuazione dei requisiti dell'accREDITamento, si riportano di seguito alcune indicazioni elaborate sulla base dei criteri enucleati da testi trattanti la Clinical Governance, dal Manuale dell'AccREDITamento Istituzionale della Regione Piemonte (2002), dal testo-manuale Standard per Ospedali della JCIA del Gennaio 2003 ed infine dalle proposte del Comitato Spontaneo vittime della Sanità in Calabria.

Requisiti per struttura di ricovero e cura (alcuni di questi sono più generali e possono riguardare solo le strutture pubbliche).

1. Adozione di un documento in cui siano esplicitati: la missione, le politiche complessive, gli obiettivi generali e l'organizzazione generale per singolo presidio e distretto.
2. Predisposizione di materiale informativo per l'utenza, che specifichi la tipologia delle prestazioni, gli operatori responsabili, gli orari, i costi eventuali (ticket), le modalità di segnalazioni o reclami.
3. Predisposizione di un controllo di gestione, con l'individuazione dei responsabili dei centri di costo e con informazioni puntuali.
4. Definizione (procedurale) delle modalità di gestione della continuità assistenziale del paziente in caso di urgenze o eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici).
5. Controllo e attestazione che tutti i ruoli e le posizioni funzionali sono ricoperti da personale in possesso dei titoli previsti dalla normativa vigente.
6. Predisposizione di un piano annuale di formazione e aggiornamento del personale.
7. Stesura di procedure di programmazione degli acquisti, collaudo e manutenzione delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici.

8. Applicazione e verifica di applicazione nelle strutture Aziendali di Linee guida cliniche e/o organizzative tratte anche da Società Scientifiche, possibilmente basate sull'Evidence Based Medicine o sull'Evidence Based Nursing e contenenti indicatori per la verifica dell'applicazione.
9. Esistenza di procedure con requisiti per la compilazione, la tenuta e l'archiviazione della documentazione clinica.
10. Esistenza di procedure per la comunicazione chiara e trasparente con utenti e familiari, in tutte le fasi del ricovero.
11. Esistenza di una procedura per la gestione del disservizio, che contenga non solo indicazioni per la risposta all'utente, ma anche linee metodologiche per il miglioramento della qualità delle cure.
12. Ottemperanza alla legge 626/ 1994 e successive modifiche.
13. Previsione di un metodo adeguato per la dimissione del paziente o per il suo trasferimento presso altra struttura.
14. Richiesta di consenso informato sulla base di procedure standardizzate e omogenee in tutta la Regione.

8. RISULTATI DELLE VISITE ISPETTIVE

L'attività della Commissione si è svolta anche attraverso l'effettuazione di visite presso le strutture sanitarie della Calabria, secondo il seguente calendario.

DATA	STRUTTURA	AMBITO DI APPARTENENZA
28/1	Ospedale Rogliano	Az. Osp. Annunziata (CS)
28/1	Ospedale Vibo Valentia	ASP Vibo Valentia
29/1	Ospedale di Polistena	ASP Reggio Calabria
29/1	Ospedale di Melito Porto Salvo	ASP Reggio Calabria
7/2	Ospedale di Scilla	ASP Reggio Calabria
7/2	Clinica priv. conv. Villa Bianca	ASP Reggio Calabria
8/2	Ospedali Riuniti di Reggio Cal.	Az. Osp. Reggio Calabria
14/2	Poliambulatorio di Nicotera	ASP Vibo Valentia
14/2	Ospedale di Rosarno (non attivo)	ASP Reggio Calabria
14/2	Ospedale di Gioia Tauro	ASP Reggio Calabria
14/2	Ospedale di Taurianova	ASP Reggio Calabria
14/2	Ospedale di Palmi	ASP Reggio Calabria
15/2.	Ospedale di Paola	ASP Cosenza
15/2	Ospedale di Cetraro	ASP Cosenza
15/2	Clinica priv. conv. Tricarico (CS)	ASP Cosenza
25/2	Ospedale di Lamezia Terme	ASP Catanzaro
25/2	Osped. Univ Mater DOMini	Az. Osp. Univ. M.D. (CZ)
26/2	Clinica priv. conv. Sant'Anna (CZ)	ASP Catanzaro
26/2	Osp. Pugliese-Ciaccio-De Lellis	Azienda Osp. di Catanzaro
10/3	Clinica priv. conv. Villa Elisa (RC)	ASP Reggio Calabria

10/3	Ospedale di Crotona	ASP Crotona
10/3	Clinica priv. conv. Romolo hospita	ASP Crotona
11/3	Ospedale Annunziata (CS)	Az. Osp. Annunziata (CS)
11/3	Clinica priv. conv. Scarnati	ASP Cosenza
11/3	Clinica priv. conv. Sacro Cuore	ASP Cosenza
11/3	Ospedale Mariano Santo	Az. Osp. Annunziata (CS)
19/3	Ospedale Melito Porto Salvo	ASP Reggio Calabria
19/3	Ospedale di Locri	ASL Locri (pro tempore)

Tali visite, non potendo rivolgersi, per ragioni di tempo, alla totalità delle strutture, hanno riguardato una parte di esse, sia pubbliche che private, secondo una distribuzione territoriale tale da assicurare una equilibrata e soddisfacente rappresentazione delle principali criticità del sistema sanitario calabrese, che vengono di seguito sintetizzate.

8.1 Pronto soccorso e rete dell'urgenza

La Commissione, nel corso delle visite effettuate presso le strutture sanitarie, ha rivolto la propria attenzione, innanzitutto, ai reparti di Pronto Soccorso; ciò sia in considerazione del fatto che tali reparti costituiscono la prima risposta alle situazioni di emergenza o di urgenza sanitaria che si presentano, sia in quanto essi costituiscono autentici front-office e vetrina dei presidi sanitari stessi.

In esito alle visite svolte sono stati accertati, innanzitutto, problemi di carattere strutturale inerenti i locali dedicati a tali reparti: in particolare sono apparsi disastrosi quelli dell'ospedale di Polistena, di Palmi (che, a dire il vero, sarebbe stato degradato da P.S. a punto di primo intervento) e

di Melito Porto Salvo (in occasione della prima visita), mentre sono risultati non adeguati quelli degli ospedali di Gioia Tauro, di Crotona e di Cosenza, ed angusti quelli dell'ospedale di Lamezia Terme.

Si è, inoltre, rilevata la mancanza di percorsi “fisici” precostituiti per il trasporto dei pazienti dai locali del Pronto Soccorso ai Reparti di degenza. Anche i percorsi organizzativi, sia interni che esterni, per il trasferimento di pazienti acuti ad altre strutture, sono risultati caratterizzati da gravi carenze. In numerose situazioni non sono risultate definite con chiarezza le strutture di riferimento per urgenze di tipo neurochirurgico, cardiologico e cardiocirurgico. Altro elemento negativo, che non può che destare preoccupazione, è la riscontrata presenza in molti Ospedali (Lamezia, Paola, Locri, Crotona) di UTIC senza Emodinamica e, soprattutto, senza convenzioni chiare con strutture attrezzate.

E' stato anche riscontrato come molti ospedali calabresi costituiscano il risultato di una sorta di irrazionalità strutturale e organizzativa, nonché di cedimento a logiche di campanile. Invero, in determinate zone della Calabria (ad esempio, nella Piana) vi sono comuni che pur distando tra loro non più di 15-20 chilometri, sono tutti dotati di ospedali, variamente strutturati, e che presentano alcune caratteristiche comuni, quali l'inadeguatezza organizzativa e strutturale del Pronto Soccorso e la schizofrenica distribuzione dei vari reparti di diagnosi e cura. Alcuni esempi, in tal senso, sono rappresentati dall'Ospedale di Gioia Tauro, il cui Pronto soccorso registra un numero di accessi annui di 28.000, che non ha un Reparto di Medicina, non ha una TAC ed ha un laboratorio con attività solo diurna; o, ancora, l'Ospedale di Palmi, che ha un punto di primo intervento ed il servizio TAC, ma non il reparto di Chirurgia. Emerge, dunque, da tale quadro, l'evidente necessità di procedere ad una razionalizzazione dei presidi esistenti in attesa della costruzione del nuovo Ospedale della Piana.

Altro profilo di interesse che è emerso nel corso delle visite ai vari reparti di Pronto Soccorso, riguarda la diffusa mancanza di utilizzo del c.d. ‘triage’, sistema in grado di individuare immediatamente il livello di gravità e di urgenza della patologia di cui è affetto il paziente.

Alcuni dei reparti visitati hanno, inoltre, evidenziato non adeguati organici di medici, come nel caso di Gioia Tauro, o addirittura organici scarni e insufficienti, come nel caso di Palmi che, pur essendo stato formalmente derubricato a “punto di primo intervento”, nei fatti continua a svolgere funzioni di Pronto Soccorso.

La situazione concernente l’afflusso di pazienti alle strutture di urgenza è risultata quanto mai varia, registrandosi, da una parte, l’esistenza di strutture sovraffollate (Pronto Soccorso di Reggio Calabria) e, dall’altra, reparti di Pronto Soccorso praticamente deserti. Le cause possono essere molteplici e svariate (estensione del territorio, ragioni varie di preferenza da parte degli utenti, esistenza nella stessa zona di un numero elevato di strutture di Urgenza) che impongono di svolgere, al riguardo, una approfondita ed attenta analisi della situazione da parte delle istituzioni, tenendo conto anche della presenza di strutture di Pronto Soccorso in cliniche private.

In proposito, va rilevato come proprio la presenza di un Pronto Soccorso nell’ambito di una clinica privata in regime di convenzione abbia destato perplessità nella Commissione, costituendo una anomalia in sé la stessa esistenza di una convenzione con una struttura privata che eroga siffatte prestazioni (e di cui esistono pochi casi in Italia). Si pone, invero, in proposito, un problema di appropriatezza delle prestazioni erogate e di verifica dell’adeguatezza delle stesse a fronte della difficoltà, da parte della Regione, di fissare un tetto di volumi per le prestazioni di Pronto Soccorso e di effettuare un controllo su tale tipo di prestazioni; il che peraltro rende,

di conseguenza, particolarmente conveniente per il privato la convenzione per il Pronto Soccorso.

8.2 Condizioni igienico sanitarie e problemi strutturali degli edifici

Molti degli edifici che ospitano gli ospedali sono ormai datati e taluni di essi addirittura vetusti - come l'Annunziata di Cosenza, che è stato costruito alla fine degli anni '30 - presentando conseguentemente dei deficit strutturali che impongono una continua attività di manutenzione ed una periodica ristrutturazione degli stessi. Sono state, in particolare, rilevate condizioni di estremo degrado negli Ospedali di Palmi, di Vibo Valentia, di Scilla e di Melito Porto Salvo. Il degrado strutturale è apparso drammaticamente accompagnato da un clima di indifferenza e rassegnazione da parte degli operatori, che parevano quasi integrati nella situazione. In un ospedale (Riuniti di Reggio Calabria) è stato notato che le opere di ristrutturazione (si fa riferimento alla costruzione di una sala parto) sono state eseguite, oltre che senza il contributo dei clinici, anche senza tenere conto dei requisiti per l'accreditamento, cioè senza adeguarsi alla normativa vigente ed anche al di fuori di una logica di semplice funzionalità. Nello stesso ospedale, come in altri (Annunziata di Cosenza), è stato, inoltre, riscontrato lo svolgimento di lavori di manutenzione edilizia in zone di ricovero o di passaggio, adiacenti al Pronto Soccorso, senza che tali zone fossero state adeguatamente isolate, così costituendo possibili fonti di infezioni. E' emersa ancora chiaramente, in relazione a tali episodi, una preoccupante mancanza di background culturale da parte dei medici e dei tecnici presenti, riconducibile alla mancata percezione e comprensione dell'evidente pericolosità della situazione. Ciò trova conferma nella circostanza che, con riferimento all'ospedale di Reggio Calabria, i NAS,

nel corso di una ispezione condotta la settimana successiva alla visita della Commissione, hanno riscontrato una situazione sovrapponibile a quella rilevata da quest'ultima, procedendo conseguentemente al sequestro dei locali interessati dai lavori.

8.3 Sottoutilizzo di reparti ospedalieri e di intere strutture

Un aspetto costante che è stato riscontrato in tutta la Calabria è il sottoutilizzo di reparti ospedalieri o anche di intere strutture.

Un esempio paradigmatico, in tal senso, è costituito dall'Azienda Ospedaliera Universitaria Mater Domini di Catanzaro.

In relazione a tale presidio, emerge innanzitutto un basso numero di prestazioni ambulatoriali, su varie specialità.¹ Spiccano le 34.000 prestazioni di Patologia clinica (esami di laboratorio), le 700 di chirurgia generale, le 1.550 di medicina generale. In generale, gli ambulatori sono risultati sottoutilizzati.

Anche con riguardo al numero dei ricoveri sono stati accertati valori bassi (cardiochirurgia 300, chirurgia generale su due reparti 411, medicina 462). Profili questi che vanno posti in correlazione con l'elevato costo connesso ai reparti sottoutilizzati. I reparti del presidio in questione, inoltre, presentano un basso indice di occupazione dei posti letto (con una occupazione media del 40% ed un minimo del 4% in chirurgia vascolare).

Tra i reparti caratterizzati da una notevole sottoutilizzazione, vanno annoverati il reparto di Urologia dell'Azienda Annunziata di Cosenza (400 endoscopie l'anno e 2.500 visite l'anno) ed alcuni reparti del Presidio Ospedaliero di Crotona. In quest'ultimo, la Chirurgia generale ha un 32%

¹ Dati forniti dalle strutture ospedaliere.

di interventi su tutti i pazienti ricoverati, con una degenza media preoperatoria di oltre 6 giorni. Il reparto di malattie infettive ricovera su 15 letti 81 pazienti l'anno, con un tasso di occupazione del 18%. La medicina generale ha un indice di turn over alto (> 2 giorni) ed un tasso di occupazione relativamente basso per una medicina (80%).

A Lamezia Terme il reparto di Chirurgia presenta il 25% di interventi su tutti i pazienti ricoverati.

A Melito è stato, infine, visitato il centro trasfusionale, che effettua in Calabria circa 600-700 prelievi all'anno (con una media di quasi 2 al giorno) e provvede alla preparazione delle relative sacche di emazie ed emoderivati, con un organico di 3 medici, 2 infermieri ed 1 tecnico, che pare eccessivo e sovradimensionato rispetto al volume delle prestazioni effettuate.

A Scilla è stato riscontrato che il reparto di chirurgia, peraltro sprovvisto di terapia intensiva, era chiuso, il personale medico inoperoso e pochi altri servizi sanitari sono risultati funzionanti.

Il massimo esempio di sottoutilizzo è stato riscontrato all'Ospedale di Rogliano, dove anche se con la giustificazione di una ristrutturazione (in parte terminata), le attività sanitarie erano completamente assenti, sia dal punto di vista diagnostico che di cura, pur essendo presente un elevato numero di personale medico ed infermieristico.

Le cause possono essere molteplici: scarsa specializzazione dei professionisti, disaffezione, scarsa fiducia da parte dei cittadini, sopravvalutazione dei bisogni sanitari, sottoutilizzo o mancata presenza degli operatori, insufficienza di organico e leadership assente.

8.4 Mancanza di una rete ospedaliera razionale

Nel corso delle proprie visite la Commissione ha, tra l'altro, prestato grande attenzione alla distribuzione delle varie branche specialistiche tra i vari presidi ospedalieri, collocati sul territorio, allo scopo di verificare la razionalità ed il ruolo eventualmente rivestito da ciascuna di esse nell'ambito di una rete ospedaliera o, comunque, di verificare l'esistenza della rete stessa.

Sotto tale profilo sono state riscontrate palesi incongruenze: ospedali privi di strutture idonee a consentire percorsi diagnostico-terapeutici completi situati l'uno vicino all'altro; ospedali quasi del tutto inutilizzati con personale medico ed infermieristico regolarmente in servizio, a fronte di altri ospedali, situati nelle vicinanze, sovraffollati e con problemi di organico inadeguato; ospedali con reparti mancanti o del tutto carenti; ospedali chiusi o comunque derubricati a poliambulatori ma pressoché abbandonati e collocati anche al di fuori di una rete delle emergenze.

In particolare si segnalano i casi degli ospedali di Lamezia, di Soveria, di Paola, di Cetraro, della Piana, in particolare di Gioia Tauro e di Palmi, nonché quello di Rogliano e di Scilla, e, infine, la struttura di Nicotera.

Con particolare riferimento agli ospedali della Piana, è stata riscontrata un'ospedalità diffusa, esistendo un numero cospicuo di presidi, ciascuno con proprie specificità, ma al di fuori di una logica di rete o comunque di processi sanitari diagnostico-terapeutici completi e che consentano al paziente di ottenere una risposta sanitaria esaustiva e completa.

Per quanto riguarda i presidi ospedalieri sottoutilizzati o pressoché abbandonati, si ricordano gli esempi degli ospedali di Rogliano, di Scilla e di Nicotera. Quest'ultimo, ora derubricato a poliambulatorio, è collocato in una struttura imponente, articolata su due plessi, dei quali uno del tutto

inutilizzato, ed offre un servizio di dialisi al di fuori di una rete delle emergenze che rende, pertanto, rischiosa la prosecuzione di questa attività.

8.5 Due esempi della mancanza di rete:

La cardiologia

La Commissione ha inoltre rivolto la propria attenzione, in modo particolare, anche ai reparti di cardiologia dei vari ospedali visitati allo scopo di verificare lo stato della cardiologia nella Regione e l'esistenza di una rete cardiologica. Si è quindi accertato, in proposito, che in taluni ospedali è presente unicamente il reparto di cardiologia (ad esempio negli ospedali di Gioia Tauro e di Palmi), in altri vi è anche il reparto di UTIC (quali, ad esempio, quelli di Paola, di Lamezia Terme, Crotona e, sia pure con attrezzature minimali, quello di Locri), in altri si effettua anche l'emodinamica e la cardiologia interventistica (ad esempio, negli ospedali di Reggio Calabria, di Cosenza e di Catanzaro) ed infine vi sono due strutture dove si effettuano gli interventi di cardiocirurgia (quali l'azienda ospedaliera universitaria Mater Domini e la clinica privata convenzionata Sant'Anna di Catanzaro). Emerge, dunque, da quanto accertato, un quadro piuttosto deficitario della cardiologia nell'ambito regionale, caratterizzato dalla mancanza di qualsiasi coordinamento e all'assenza di una rete istituzionalizzata basata su protocolli e linee guida.

Si è mostrata di indubbio interesse per la Commissione, alla luce di tali risultanze, l'analisi della produzione assistenziale, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, dei reparti di cardiologia, specie della cardiocirurgia dell'Azienda Mater Domini, addivenendo alla conclusione della sua notevole sottoutilizzazione, in particolare nella specialistica

cardiochirurgica, ciò a causa di un basso indice di occupazione delle sale operatorie o di una non costante presenza dei medici. Peraltro, si è appreso che tutti gli interventi effettuati in tale struttura sono di stretta elezione, cosicchè appare addirittura improprio parlare di emergenza cardiochirurgica che, in quanto tale, postula quella disponibilità immediata che nella struttura in esame non è ravvisabile. Inoltre, a conferma di quanto accennato, i responsabili dell'Annunziata di Cosenza e del Pugliese di Catanzaro hanno riferito che mancano canali di comunicazione con l'Azienda Mater Domini e che la stessa, comunque, non garantisce l'emergenza nelle 24 ore. A ciò si aggiunga – circostanza, questa, che ha molto colpito la Commissione - che sono state approntate 2 sale di rianimazione, distanti tra loro, ciascuna con potenziali 8 posti letto, la cui strumentazione è stata acquistata dall'Università, ma che sono inutilizzate per mancanza di personale. Ciò nonostante l'intervenuta autorizzazione all'assunzione di personale medico e paramedico per effetto di 2 delibere regionali (la 691 del 15 ottobre 2007 e la 380 del 25 giugno 2007) adottate sulla base delle indicazioni formulate dalle Aziende che però, stranamente, non contengono richieste di personale paramedico.

E' di tutta evidenza come l'evidenziato e macroscopico sotto utilizzo del reparto di cardiochirurgia della struttura in esame, congiuntamente con la mancata apertura ed entrata a regime delle due sale di rianimazione, favorisca di fatto la struttura privata della clinica privata Sant'Anna, che viceversa effettua un numero cospicuo di interventi, anche di cardiochirurgia, di alta complessità.

A tutto ciò deve aggiungersi l'assoluta mancanza di una seria programmazione su base regionale, ma anche provinciale, come evincibile dalla circostanza che, a fronte dei 16 posti letto di rianimazione inutilizzati presso l'Azienda Mater Domini, è in corso di costruzione, presso l'ospedale

Pugliese, sempre di Catanzaro, un nuovo reparto di Rianimazione con altri 16 posti letto.

L'Oncologia e la Fondazione Tommaso Campanella

L'esame condotto dalla Commissione si è indirizzato anche alla Fondazione Tommaso Campanella, soggetto privato che riceve finanziamenti pubblici dalla Regione Calabria, definito centro di eccellenza oncologica. In ordine a tale fondazione sono sorti taluni dubbi in capo alla Commissione circa le modalità di effettuazione dei controlli sulla spesa di denaro pubblico, l'effettivo livello quantitativo e qualitativo delle prestazioni oncologiche offerte, la sussistenza di una rete oncologica, ovvero di un collegamento istituzionalizzato con altre strutture pubbliche che erogano le medesime prestazioni, ed infine circa le collaborazioni internazionali che, nella sua veste di centro di riferimento regionale che ambisce a divenire IRCCS, l'ente intrattiene con analoghi centri di ricerca e cura di carattere scientifico esteri. Proprio con riferimento alle collaborazioni internazionali, nonostante le ripetute e precise richieste, poco significativi sono risultati i dati trasmessi, consistenti unicamente in un elenco di istituzioni o professionisti con relativi numeri di telefono, senza indicazione alcuna circa le sperimentazioni nazionali ed internazionali alle quali partecipa la Fondazione.

Peraltro, tutte le informazioni provenienti dalla Direzione della Tommaso Campanella sono apparse alla Commissione insufficienti ed elusive.

Per quanto riguarda, inoltre, l'aspetto prettamente sanitario, è stato riferito dalla dirigenza dell'azienda ospedaliera Pugliese Ciaccio-De Lellis, nonché dal primario del reparto di oncologia, che non esiste alcun tipo di rapporto, né istituzionale, né sul piano personale o meramente

professionale, tra i medici che operano all'interno della Fondazione e quelli che operano all'interno del Ciaccio-De Lellis, altro polo oncologico della città di Catanzaro, nonché punto di riferimento a livello regionale sia per le malattie oncologiche che per la diagnostica di laboratorio e radiologica.

Alla luce di quanto sin qui riferito, se pare assolutamente plausibile affermare che in Calabria manca una rete oncologica, deve anche evidenziarsi l'assenza di qualsivoglia forma di collaborazione tra i due maggiori centri operanti nel settore i quali, peraltro, insistono sulla stessa città. Questo fatto è sicuramente fonte di confusione e di disagio in pazienti e familiari di pazienti, che sono psicologicamente in una situazione estremamente delicata e potrebbe essere annoverata tra le cause della mobilità esterna della Regione Calabria per le patologie oncologiche.

9. PROPOSTE DI INTERVENTI MIGLIORATIVI:

Recupero della piena legittimità

- Istituzione dell'Organismo di Verifica con le caratteristiche ipotizzate a pag.44 che, entro 7 giorni dalla proposta di nomina esprima **parere di legittimità sul possesso dei titoli** previsti dalla legge per direttori generali, direttori amministrativi e direttori sanitari. L'organismo sarà immediatamente investito per la verifica della sussistenza dei requisiti di legge in capo agli attuali direttori generali, direttori amministrativi e direttori sanitari
- Completamento degli atti regionali per la definizione, entro 6 mesi, delle **procedure per l'accreditamento**. La verifica dei requisiti dovrà iniziare entro 12 mesi dalla definizione delle procedure in relazione all'assetto risultante dal Piano Sanitario e dal Piano di Rientro.
- Fermo restando quanto stabilito dal punto precedente, nelle more è prevista l'applicazione dei requisiti indicati al capitolo 6.
- Fissazione del termine perentorio per la definizione, a livello aziendale, dei **contratti con gli erogatori privati** (per il 2008 potrebbe essere il 31 maggio e per gli anni successivi potrebbe essere il 31 gennaio)
- Definizione, a livello regionale, come devono essere condotti i **controlli sull'attività delle strutture private convenzionate-accreditate**, precisando le modalità e la tempistica, affinché ai comportamenti non legittimi consegua l'applicazione delle sanzioni pecuniarie ed amministrative previste dalla legge
- Definizione, per ogni azienda, entro il 30 settembre 2008, i **CCIA** delle tre aree di contrattazione, eventualmente istituendo una task-force regionale di supporto alle delegazioni trattanti di parte

pubblica; particolare attenzione va posta alla definizione del regolamento **dell'attività libero-professionale intra-moenia** e delle modalità di controllo e verifica delle compatibilità.

- Adozione, in tempi celeri, da parte del Consiglio regionale del **PSR** e definizione di un cronoprogramma relativamente alle varie fasi di riordino della rete ospedaliera, prevedendo che le azioni di razionalizzazione precedano quelle di sviluppo;
- Predisposizione di indicazioni cogenti sulle modalità con cui devono essere compilati i **bilanci**, con particolare riferimento all'obbligo di completezza e trasparenza nella compilazione della nota integrativa al bilancio consuntivo e della relazione.
- Completamento della contrattazione di **budget** entro il 30 marzo di ogni anno, agganciando gli obiettivi alla compatibilità finanziaria
- La posizione giuridica della **Fondazione Campanella** deve essere allineata alle norme vigenti, nel più breve tempo possibile; peraltro bisognerebbe giustificare i finanziamenti erogati evidenziando i vantaggi apportati al SSR da tale Ente.
- Verifica e confronto in ciascuna ASP della spesa media tra ricovero in strutture pubbliche e private.

Ridefinizione delle linee strategiche gestionali

- Riformulazione degli indirizzi regionali per la predisposizione degli atti aziendali in considerazione delle mutate dimensioni territoriali delle aziende sanitarie.
- Entro il 31 gennaio di ogni anno, con DGR, deve essere **definito, almeno in via provvisoria, il flusso finanziario** destinato alle singole aziende sanitarie per avviare la fase di contrattazione del budget con i Direttori Generali che deve prevedere gli obiettivi riferiti all'esercizio in corso. Devono poi essere previsti incontri

trimestrali che, sulla base dei dati riportati nei modelli CE, consentano di valutare gli scostamenti rispetto a quanto concordato.

- L'attribuzione prevista nello statuto di 50.000.000 €/anno alla Fondazione Campanella, senza richiedere alcun corrispettivo in termini di prestazioni di assistenza deve essere oggetto di revisione anche in considerazione del quadro finanziario della sanità in Calabria.
- Una strategia specifica va posta in campo per contenere i crescenti **costi della spesa farmaceutica convenzionata**. In particolare va definito in ogni singola azienda sanitaria locale il budget per ogni medico di Medicina Generale e per ogni pediatra di Libera Scelta. Al mancato rispetto delle relative previsioni deve corrispondere un quadro sanzionatorio da attivare in tempi celeri, senza escludere la previsione di un apposito organismo di vigilanza;
- L'assistenza territoriale, ed in particolare la medicina generale e specialistica ambulatoriale, costituiscono elementi fondamentali nello sviluppo della nuova organizzazione del Servizio Sanitario Regionale previsto dal PSR, potendo altresì contribuire significativamente al successo dei piani di rientro e, più in generale, al controllo della spesa. Il disegno di un piano strategico di forte integrazione della rete dei medici di medicina generale nello sviluppo del SSR, attraverso nuovi assetti organizzativi, inclusa la medicina in rete e di gruppo, programmi di formazione e di formazione permanente e di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva, dovrebbe costituire l'obiettivo della negoziazione dell'applicazione regionale e, successivamente, aziendale della Convenzione Unica Nazionale per i medici di medicina generale e l'assistenza specialistica ambulatoriale.

- Relativamente al **Sistema dell’Emergenza-Urgenza** la Commissione ha rilevato gravi incongruenze, e prima tra tutte la mancanza di integrazione tra i diversi attori e, in conseguenza, la mancanza di un efficace sistema “Hub and Spoke”; non formula proposte ritenendo che la decisione di affidare ad un eminente clinico l’elaborazione di Piano di riorganizzazione sia sicuramente positiva. E’ necessario che i decisori regionali e locali mettano in campo strumenti per rispettare il cronoprogramma del Piano. In Particolare il piano dovrebbe considerare con particolare attenzione la necessità di:
 - a) raccordo con la riorganizzazione ospedaliera in generale e con quella del pronto Soccorso in particolare;
 - b) prevedere momenti formali di valutazione dello stato di attuazione e della funzionalità del piano.
- Applicazione in modo stringente del nuovo piano Regionale dell’emergenza, con percorsi finalizzati alla razionalizzazione delle terapie in emergenza, percorsi di trasporto prestabiliti per i pazienti con mezzi adeguati e sempre efficienti

Sviluppo della qualità e sicurezza delle cure

- E’ necessario che si dia seguito alle deliberazioni formali in tema di organizzazione orientata alla gestione del rischio clinico, prevedendo azioni di monitoraggio e di miglioramento efficaci.
- In tal senso le azioni di miglioramento della qualità e sicurezza devono prevedere interventi a livello territoriale e non solo per il livello ospedaliero.
- Il carattere multidisciplinare e multiprofessionale dei programmi di gestione del rischio devono essere supportato dalle Direzioni Aziendali.

- La formazione diffusa deve essere un elemento centrale per creare una cultura della sicurezza dei pazienti e delle buone pratiche cliniche.
- Vanno diffuse in modo formale e sostanziale le raccomandazioni per la sicurezza dei pazienti stilate dal Ministero della Salute insieme al gruppo tecnico della Commissione Salute delle Regioni e P.A., va promossa l'adesione al Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella e la partecipazione al programma denominato Sistema Informativo degli eventi avversi – SIMES.
- E' necessario promuovere la partecipazione effettiva delle associazioni dei cittadini per coinvolgerli nei percorsi di cura, al fine di migliorare sicurezza e qualità delle cure
- La Regione deve sostenere le azioni rivolte al contrasto delle infezioni ospedaliere
- Partecipare concretamente alle azioni di programmazione nazionale in tema di sicurezza delle cure, anche alla luce della intesa Stato-Regioni del 20 marzo 2008 sul rischio clinico.

Definizione ed avvio di una sistematica valutazione dei risultati di gestione delle singole aziende

- per l'importanza cruciale che l'esito del processo di fusione delle aziende sanitarie esistenti nelle nuove ASP avrà sul futuro del nuovo Sistema sanitario calabrese, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza di tre processi fondamentali relativi a:
 - uniformazione dei sistemi e delle procedure contabili e di bilancio;
 - uniformazione del trattamento economico e normativo del personale;

- riorganizzazione dei servizi delle disciolte Aziende USL, anche per evitare duplicazioni di personale, di ruoli e di competenze.
- La Commissione ritiene che obiettivi relativi a ciascuno di questi temi, accuratamente specificati per ciascuna azienda, debbano essere inequivocamente assegnati ai Direttori Generali all'atto della loro nomina, subordinando al loro raggiungimento, totale o parziale, le decisioni relative alla loro riconferma, intermedia e finale, oltrechè, ovviamente, all'attribuzione della quota incentivante del loro compenso

Attività libero professionale intramoenia

- Istituzione di una Commissione regionale, finalizzata all'attuazione della Legge 120/2007, che verifichi, che ciascuna azienda sanitaria:
 - appronti spazi dedicati all'ALPI all'interno delle strutture sanitarie pubbliche (che, a termini di legge, devono comunque essere ultimati entro il 31 gennaio 2009);
 - si doti di un Regolamento che disciplini l'ALPI;
 - costituisca una Commissione Paritetica di Controllo;
 - costituisca un CUP aziendale che gestisca le prenotazioni e gli incassi delle prestazioni rese in regime l.p.
- Impegno, da parte della Regione, meglio se cristallizzato mediante un atto formale, di adottare i poteri sostitutivi previsti dalla legge in caso di inadempimento da parte delle aziende stesse.

10. CONCLUSIONI

Il primo dato da evidenziare è che l'attuale situazione della sanità in Calabria è il risultato di numerose concause, spesso interconnesse tra di loro e stratificate nel tempo attraversando in ugual misura le diverse gestioni politiche e amministrative .

Cause diverse e numerose in cui l'elemento unificante è dato dalla "metodologia" dell'inefficienza che non si mostra sotto una veste difforme a seconda dei diversi contesti territoriali regionali ma che, al contrario, mostra similitudini nelle realtà calabresi maggiormente compromesse dando, in questo modo, uno spaccato omogeneo delle distorsioni del sistema.

Ciò non esclude che esistono esempi di buona sanità, con sporadiche punte di eccellenza, così come non si discute della competenza di moltissimi professionisti che operano negli ospedali anche con dedizione e spirito di servizio.

Tuttavia, 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.

Ciò induce a ritenere che una adeguata qualità dei servizi sanitari sia solo uno degli aspetti funzionali di un sistema in cui al primo posto va collocata la necessità di ripristinare una situazione di legalità, di rispetto di regole (in alcuni casi neanche stabilite) ove l'efficacia e l'efficienza della

struttura amministrativa costituisce il primo segnale di una inversione di percorso.

In questo contesto anche la situazione di notevole disavanzo finanziario, dichiarato dalla dirigenza sanitaria ed ospedaliera (con una stima che fa ipotizzare una dimensione del deficit oramai incontrollata – si parla di circa 900 milioni di euro - e che richiederà interventi urgenti in linea con quanto previsto dal patto di stabilità), contribuisce a rendere più difficile ogni tipo di riassetto del sistema e di pianificazione delle relative spese: numerose aziende sono in costante disavanzo economico spesso provocato da una esorbitante spesa della sanità privata che in Calabria - va sottolineato - è tutta convenzionata anche perché il ripiano dei debiti riferiti alla gestione dell'anno precedente consente solo una sanatoria di quanto già effettuato.

In proposito, pur esorbitando dai temi di stretta competenza della commissione, si ritiene di dover suggerire un attento esame degli assetti societari delle aziende private che potrebbe mettere in luce ciò che viene riferito come fatto notorio e cioè l'esistenza di situazioni di conflitto di interesse di chi partecipa agli utili delle predette aziende.

Così il ripiano delle situazioni debitorie delle strutture convenzionate, in mancanza di un'attenta azione di programmazione che dia certezza dei fondi necessari, fanno sì che un adempimento di carattere tecnico diventi un'emergenza di carattere sociale che la Regione non può omettere di prendere in considerazione, pur costituendo ciò una forzatura delle attuali disposizioni di legge.

È inutile ribadire che il fondo sanitario regionale è l'unico bacino di risorse cui attingere sia per le strutture pubbliche che per quelle private così che, ogni euro destinato alle une non è più spendibile dalle altre.

Il tutto in un quadro economico-finanziario che è ben lungi dal mostrare caratteri di certezza e che anzi fa ritenere opportuna una attenta

verifica finanziaria sull'effettiva entità dei disavanzi delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

L'inattendibilità del dato contabile non solo è stato stigmatizzato dalla sezione della Corte dei Conti preposta al controllo, non solo era stato denunciato in atti ufficiali da personalità della regione quali l'on.le Fortugno ma, dato ancor più sorprendente, è stato più volte riferito a questa Commissione come fatto notorio a tutti i livelli.

In questo senso, si auspica che il percorso che, proprio in queste settimane, sta portando la regione Calabria ad adottare, d'intesa con il Ministero della salute ed il Ministero dell'economia e finanze, il piano di rientro, faccia chiarezza sull'effettiva entità dei disavanzi e sia rapidamente definito.

Gli effetti di lievitazione della spesa sanitaria sono evidenti: la mancata negoziazione e l'inesistenza della sottoscrizione degli accordi contrattuali relativamente a volumi e tipologia delle prestazioni per soddisfare le necessità assistenziali, comporta l'erogazione di prestazioni senza alcun vincolo economico predeterminato e si traduce in un pagamento a piè di lista delle prestazioni erogate. In caso di contenzioso il danno finanziario può ancora lievitare considerato che i giudici aditi dai privati per vedersi riconoscere gli oneri delle prestazioni effettivamente erogate, spesso intimano il pagamento, aggiungendo anche le spese processuali e gli interessi maturati.

Eppure la mancata sottoscrizione degli accordi contrattuali comporterebbe a monte l'assunzione di un provvedimento di ritiro dell'accreditamento da parte del Direttore Generale dell'azienda sanitaria e l'impossibilità di ottenere la remunerazione delle prestazioni assistenziali già erogate.

Tali "prassi" che non fanno che incrementare di anno in anno il notevole disavanzo finanziario sono riconducibili a quella "metodologia" del

disservizio che non si comprende se sia il risultato di problemi gestionali o se sia il punto di partenza da cui prendere le mosse per ottenere effetti diversi, o ancora se sia entrambe le cose. Uscendo fuori da ragionamenti astratti non è dato capire se una strumentazione TAC non venga installata in un ospedale a carattere provinciale per negligenza di chi dirige la struttura, ovvero perché comunque quella prestazione può essere effettuata altrove, possibilmente in una struttura privata, o per entrambe le ragioni.

In questo senso appare singolare la coincidenza tra reparti ospedalieri scarsamente funzionanti e cliniche private, situate a poca distanza, che operano in maniera valida sulle stesse funzioni specialistiche “disastrate” degli ospedali.

Quando poi proprio nell’ambito delle strutture private vengono commessi grossolani errori diagnostici conseguenti ad una inesistenza di percorsi sanitari per gestire l’emergenza o di linee guida operative ci si chiede su quali requisiti si fondi oggi il convenzionamento di dette strutture nell’ambito del SSR.

In questo quadro vanno lette le proposte formulate in materia di requisiti strutturali, normativi, organizzativi e di qualità nelle more di un accreditamento credibile e globale a livello delle strutture sanitarie pubbliche e private. Attualmente l’accreditamento risulta essere di carattere “temporaneo” dal 1995, nonostante che, già con deliberazione di Giunta regionale n. 133 del 1999, ne fossero stati fissati i requisiti sia strutturali che organizzativi, che salvo alcune sperimentazioni, peraltro mai concluse, non hanno registrato un’attuazione compiuta.

Invero l’incompetenza di alcuni operatori del settore si associa quasi sempre a carenze strutturali ed organizzative, all’inesistenza di procedure che possano costituire anche una garanzia per chi opera nel settore; in entrambe le direzioni non risulta che siano state adottate specifiche iniziative.

Il mandato ricevuto non consente di puntare il dito verso responsabilità ma di far sì che siano garantiti dalla sanità pubblica i livelli essenziali di assistenza e con questo spirito sono state avanzate le proposte migliorative.

Tuttavia, non ci si può esimere dal formulare alcuni interrogativi raccogliendo in tal modo anche gran parte delle richieste di cui la commissione è stata investita, durante le visite in Calabria.

La presenza dei commissari ha, infatti, stimolato una serie di fonti informative, spesso anonime ma ancor più spesso identificate, che hanno ritenuto opportuno denunciare mal funzionamenti del sistema sanitario regionale con annotazioni di carattere generale o specifico.

Molte volte queste segnalazioni erano riferite a materie che si ponevano al di fuori del campo d'azione della Commissione, ma che al contempo non potevano essere ignorate configurando, talvolta, anche ipotesi di reato.

Eppure solo gli interventi dei NAS, per il periodo che va dal 1 gennaio 2004 al 25 marzo 2008 ammontano in tutta la regione a 102 verifiche con relativi verbali di contestazione delle inadempienze riscontrate.

Peraltro nelle 39 strutture ospedaliere verificate 36 sono risultate irregolari, nelle 63 strutture sanitarie (guardie mediche, laboratori di analisi, case di cura convenzionate, S.E.R.T., poliambulatori) 38 sono risultate irregolari, e le sei case di cura accreditate ed ispezionate sono risultate tutte irregolari.

Sicuramente fattori oggettivi legati ai carichi di lavoro delle locali procure possano aver contribuito a produrre “tempi di reazione” eccessivamente lenti, ma resta il fatto che anche segnalazioni circostanziate dei reparti NAS dell'Arma dei Carabinieri non sempre hanno prodotto conseguenze.

Il tutto in una terra a forte presenza di criminalità organizzata che fa del condizionamento ambientale una delle sue armi più insidiose e dove la sanità, secondo la relazione della commissione antimafia, rappresenta il vero “affare” della regione.

La Commissione, inoltre, ha accolto la richiesta di incontro dei familiari delle vittime degli episodi di “malasanità” in Calabria ricevendo da questi un appello accorato ad ottenere giustizia in tempi rapidi e soprattutto ad evitare che chi abbia sbagliato continui a permanere in situazioni in cui può ripetere l’errore.

L’associazione dei familiari delle vittime “Comitato spontaneo delle vittime della sanità in Calabria” ha prodotto un documento di sintesi, contenente anche delle proposte operative che la commissione ha attentamente valutato, ed in alcuni casi, recepito.

Gli incontri con i familiari delle vittime dei casi di malasanità hanno messo in luce come, nonostante commissioni d’indagini regionali o ministeriali abbiano accertato responsabilità professionali degli operatori sanitari, gli stessi continuano a prestare la propria attività nel medesimo posto.

Anche il recente caso verificatosi a Villa Elisa, ove la commissione si è recata subito dopo la morte della donna, non sfugge alla solita logica, anche se l’assessore alla sanità ha immediatamente istituito una commissione regionale d’indagine che ha accertato gravi inadempienze,rimettendo alla valutazione del direttore generale dell’ASP i successivi provvedimenti.

Alla data in cui viene conclusa questa relazione nulla è cambiato nell’attività erogata dalla casa di cura Villa Elisa.

Al di là dell’intervento della magistratura è fin troppo evidente che ogni strumento idoneo all’individuazione delle responsabilità professionali è il miglior modo per aiutare la buona sanità a non essere coinvolta in un giudizio negativo generalizzato. Ma troppo spesso questa strada non viene

seguita, si rinuncia ad attivare qualsiasi intervento nell'ambito del rapporto di lavoro che possa individuare le responsabilità, lasciando tutto all'esclusiva valutazione della magistratura e determinando in tal modo una situazione di inerzia e di generalizzata impunità.

E' questo un altro sintomo di un sistema che anche di fronte alla morte di bambini sembra autoassolversi.

Le commissioni di disciplina ed i collegi arbitrali in molte realtà non sono state neanche costituite, eppure costituiscono organismi indispensabili per l'attivazione del potere disciplinare

Né risulta agli atti della commissione che gli ordini professionali abbiano attivato forme di autotutela nel rispetto delle norme di deontologia professionale.

Anche i rappresentanti delle forze sociali confederali hanno manifestato la necessità di individuare le responsabilità individuali anche per non ricomprendere in un giudizio negativo tutti gli operatori del settore.

Dal punto di vista dell'organizzazione, le proposte avanzate, nelle pagine precedenti, in tema di risk management si pongono proprio nell'ottica di ridurre il più possibile per il futuro il reiterarsi di simili eventi luttuosi.

È necessario compiere uno sforzo perché ci si avvicini maggiormente alle esigenze dei cittadini anche in relazione alla generalizzata sensazione che si è avvertita di mancanza di interlocutori da parte dei pazienti, delle associazioni ma anche dei medici e della dirigenza sanitaria. Ciò se da un lato ha prodotto quell'effetto "sfogo" poc'anzi richiamato, dall'altro ha evidenziato un problema di carattere relazionale tra medici e dirigenza ospedaliera, tra dirigenza ospedaliera e direzioni generali e tra queste ultime e la Regione, difficoltà di relazioni a cui possono essere ricondotte non poche cause di malfunzionamento. E' necessario affrontare in futuro gli eventuali eventi avversi, con la massima trasparenza e chiarezza, senza

azioni omertose o di protezione per i responsabili. Ogni evento deve essere attentamente analizzato, anche con il supporto di competenze esterne, come avvenuto in altre Regioni, per individuare le cause profonde e utilizzare le procedure migliorative e correttive disponibili, le cosiddette buone pratiche – best-practices – . I conseguenziali provvedimenti amministrativi dovranno essere tempestivamente assunti, quando necessario, da parte delle Direzioni Generali. Solo in questo modo si può tentare di migliorare il rapporto con i cittadini che, in questo momento, in alcune zone della Calabria, è caratterizzato da una profonda sfiducia.

È bene infatti sottolineare come al di là di errori medici per i quali può essere individuato un responsabile diretto, spesso vi sono dei responsabili “nascosti” nell’organizzazione o nel sistema. Cioè si può sbagliare per distrazione, dimenticanza, mancanza di cultura, violazioni di regole ma anche per mancanza di leadership, conflittualità tra colleghi, turni pesanti, mancanza di procedure centrali, mancanza di percorsi organizzativi e terapeutici precisi e condivisi, tutte circostanze che in misura diversa si è avuto modo di riscontrare in molte delle strutture ospedaliere visitate.

Da questo punto di vista la Commissione ha considerato positivamente la conclusione del lungo periodo di precarietà nella direzione di numerose Unità operative, al di là ovviamente di qualsiasi valutazione sulla qualità dei singoli direttori.

Tra tutte le criticità rilevate non può non farsi specifico cenno alla allarmante circostanza riscontrata pressoché ovunque, della mancanza di un effettivo sistema integrato per la gestione di casi clinici in condizioni di emergenza, la cui soluzione è affidata all’affannosa ricerca telefonica di posti letto, senza una minima programmazione precedente! Fatto sorprendente è che frequentemente i medici d’urgenza ritengano tale *modus operandi* assolutamente normale e scevro da pericoli.

Un valido piano per l'emergenza, tempestivamente realizzato, potrebbe costituire una valida risposta per evitare di "perdere" pazienti, magari "rifiutati", seppur in situazioni critiche, senza che nessun provvedimento sia intervenuto nei confronti di chi non ha consentito il ricovero, violando anche le disposizioni regionali vigenti. Anche in questo contesto, è necessario ribadire che la regione Calabria potrebbe utilmente importare le pratiche migliori per la gestione dei casi in emergenza, sulla base delle esperienze disponibili in altre regioni .

La sensazione di generale impunità non esclude da tale giudizio neanche la dirigenza sanitaria: oggetto di una particolare "attenzione" nel momento della scelta, non sembra oggetto di altrettanta attenzione nel momento della valutazione e della verifica del raggiungimento degli obiettivi, che in molti casi non risultano individuati, oppure genericamente indicati in modo uguale per tutti i Direttori Generali, senza la minima ricerca di specificità.

In questo contesto è necessario considerare con la dovuta attenzione, la possibilità che la definizione del nuovo sistema di governo delle ASP preveda una maggiore responsabilizzazione della loro dirigenza, a cominciare dalla Direzione generale e dai Direttori di dipartimento, conferendo loro una responsabilità, costantemente verificata.

Un ulteriore elemento pone il tema del binomio autonomia-responsabilità come il punto centrale degli indirizzi che la Regione dovrà emanare per la stesura degli Atti aziendali delle nuove ASP: la grande dimensione delle nuove aziende, che richiederà una maggiore flessibilità nella gestione e quindi anche un decentramento delle responsabilità a distretti e a dipartimenti.

L'assenza di una puntuale indicazione degli obiettivi che ciascun Direttore Generale è chiamato a perseguire nelle specificità delle condizioni in cui si trova ad operare rende aleatoria e arbitraria la valutazione del suo operato. In questo senso, dovrebbe essere rivendicata come un'occasione di autotutela da parte dei Direttori Generali, contribuendo anche ad ovviare, nella chiarezza dei rapporti, all'altissimo ricambio osservato fra i DG della sanità calabrese, che mostrano una durata in carica di circa 1 anno e 7 mesi contro una media nazionale di 3 anni e 7 mesi.

Proprio questa mancanza di un momento di seria valutazione della professionalità ha concorso a far sì che la Commissione Antimafia denunciasse “l'incapacità della politica ad arrivare prima della magistratura, pur disponendo di propri autonomi elementi di valutazione in grado di fargli compiere autonome scelte di trasparenza e legalità.”

La verifica, a campione, effettuata sui curriculum della dirigenza delle aziende sanitarie ed ospedaliere ha evidenziato, in alcuni casi, la mancanza dei requisiti prescritti, così come individuati dalla giurisprudenza prevalente, secondo un'interpretazione sistematica della normativa vigente.

Ciò contribuisce a consolidare un sistema in cui la dirigenza apicale della sanità sembra dover possedere come requisito fondamentale “la vicinanza” alla politica, acuita da una cultura regionale che come è noto fa dell'appartenenza un elemento fortemente caratterizzante e che rende più difficile ogni cambiamento.

In materia di appalti di beni e servizi, che come è noto rappresenta per la criminalità organizzata un collaudato settore di appropriazione indebita di risorse pubbliche, bisogna evidenziare come la stazione unica appaltante, seppur istituita da tempo, non sia ancora operante, e come l'istituzione delle nuove ASP non abbia ancora prodotto la riunificazione effettiva degli uffici amministrativi e contabili.

Il settore degli appalti potrebbe, per rilevanza, costituire una delle prime leve su cui intervenire per eliminare gli sprechi ed evitare, attraverso apposite clausole di esclusione nei capitolati, la presenza in ditte esterne, a cui viene affidato l'appalto, di soggetti vicini alla criminalità organizzata.

In questi casi la regione potrebbe emanare una direttiva alle varie aziende ospedaliere e sanitarie che escluda la validità della clausola sociale (che impone al vincitore del nuovo appalto, di utilizzare lo stesso personale della ditta precedente), nei casi in cui si sia in presenza di personale in qualche modo legato al mondo della criminalità, o sottoposto all'azione penale. Potrebbe poi verificarne la sua attuazione, magari legandola all'erogazione dell'indennità di risultato dei direttori generali.

L'attività recentemente espletata da alcuni direttori generali e le iniziative assunte o in via di definizione in materia di appalti, "sconvenzioni" di aziende private, adeguamento ai rilievi dei NAS, sanzioni disciplinari, sembrano far sperare nella possibilità di un cambiamento.

Ma non possono costituire solo dei casi isolati.

Le soluzioni individuate ed i risultati positivi ottenuti dovrebbero essere efficacemente pubblicizzati anche attraverso convegni o conferenze delle migliori pratiche e comunque messi in rete in modo da creare attenzione ed aspettative anche nei confronti dei buoni esempi di sanità.

I riflettori oggi puntati su questo territorio possono, infatti, favorire una inversione di tendenza verso scelte di maggior coraggio finalizzate a dare efficienza al sistema sanitario regionale.

In questo quadro va sottolineato la stretta collaborazione da subito instauratasi tra questa Commissione e l'Assessore alla sanità della regione Calabria che ha reso possibile l'immediata attuazione di idee comuni anche attraverso l'utile avvio, da parte dell'assessore, di incontri settimanali con i vertici delle aziende sanitarie e ospedaliere in cui dare direttive e verificare i progressi delle singole realtà.

A titolo esemplificativo di questa collaborazione si richiamano le iniziative assunte in materia di avvio delle negoziazioni con le Case di cura private; di copertura delle carenze d'organico dei presidi ospedalieri attraverso l'autorizzazione di 80 concorsi; dell'inizio di una complicata attività di accertamento dei disavanzi finanziari riferiti agli esercizi pregressi; del potenziamento tecnologico e l'ammodernamento del sistema informativo delle strutture ospedaliere nonché la realizzazione di reti di comunicazioni per l'emergenza sanitaria.

Bisogna partire dalla convinzione che non è più possibile rincorrere gli eventi specie in un settore, quale quello della sanità, dove un errore, un'inefficienza, una disorganizzazione può immediatamente tradursi in un fatto luttuoso. Occorre pianificare e individuare, con la normale diligenza da richiedere ad una dirigenza che possa fregiarsi di questo nome, quali siano gli anelli deboli del sistema ed assumere le conseguenti iniziative.

Bisogna dare atto all'attuale assessore alla sanità, peraltro non adeguatamente supportato da una valida struttura organizzativa (anche l'ultimo direttore del dipartimento ha recentemente rassegnato le dimissioni) che sul piano della programmazione sta cercando d'invertire il "senso di marcia" della sanità calabrese.

La recente istituzione del centro regionale del rischio clinico e la sicurezza del paziente, rappresenta il segnale più evidente di un intensa attività di collaborazione con l'assessore che si è instaurata fin dall'inizio dell'attività della commissione, nella convinzione che il lavoro di verifica fosse finalizzato a migliorare da subito le condizioni della sanità in Calabria.

Anche perché molte criticità rilevate, se da un lato avevano un'evidenza macroscopica, dall'altro avrebbero potuto essere superate in tempi brevi con strumenti aziendali, senza richiedere necessariamente un intervento esterno.

Un riferimento esemplificativo in tal senso può essere quello relativo al reparto di dialisi dell'ospedale di Melito Porto Salvo le cui condizioni agghiaccianti del 29 gennaio apparivano migliorate, seppure ancora non soddisfacenti, il 19 marzo grazie a pochi ed economici interventi che gettano una grande ombra sulla capacità di chi nel corso di questi anni ha gestito la struttura e più in generale su come siano state impiegate le risorse assorbite dalla sanità in questa parte della regione. Per questo il recente scioglimento della ASP di Reggio Calabria non ha destato nella commissione particolare meraviglia.

Sempre in materia di condizionamenti, pur ponendoci certamente al di fuori del mandato di questa commissione, si ritiene di dover segnalare, ai fini di un attento monitoraggio, il funzionamento dei Dipartimenti della prevenzione nelle diverse province della Calabria, in quanto proprio le competenze in materia veterinaria, alimentazione, sicurezza sul lavoro, invalidi civili costituiscono uno snodo essenziale per il "controllo" del territorio.

Altre iniziative devono essere finalizzate ad *eliminare* quel legame innaturale tra politica e gestione amministrativa che oggi va ben oltre quanto voluto dalla legge e che sembra lasciarsi sedurre dalla grande tentazione di spingersi fino a condizionare scelte che invece devono basarsi sulle capacità professionali di chi deve garantire la salute dei cittadini.

Devono essere razionalizzate e semplificate le procedure che oggi consentono l'immissione in servizio di nuovi primari solo dopo aver ottenuto una serie di autorizzazioni da parte della regione, così vanno semplificate le numerose autorizzazioni regionali, necessarie per rendere operativi locali ristrutturati, già preventivamente autorizzati in fase di progetto e collaudo.

Per quanto riguarda l'assunzione dei primari l'ulteriore fase autorizzatoria prevista nel momento dell'immissione in ruolo dei vincitori di concorso, oltre ad apparire come un eccessivo appesantimento procedurale,

fa sorgere sospetti circa una volontà di controllo che vada oltre quello di una valutazione dei bisogni delle singole aziende, già garantita nelle precedenti fasi autorizzatorie.

È necessario sgombrare il campo dal sospetto che certe disposizioni siano vigenti per consentire una ingiustificata immissione nelle scelte del personale medico, e quindi eliminare la tentazione di poter trarre vantaggio da chi per professione è chiamato ad instaurare un legame particolarmente stretto con i propri clienti/pazienti.

Ipotesi che, per quanto infondate, destano sospetto per il solo fatto di poter essere formulate.

Più in generale si tratta di assumere iniziative che non possano avere letture diverse da quella della ricerca dell'efficienza. In sostanza è necessario mettere da parte la ricerca continua del consenso politico, ed attuare i cambiamenti spiegando e comunicando alle comunità locali le finalità e le ragioni delle singole scelte.

Così come bisognerebbe ripensare al rapporto esistente con l'unica Università della Calabria che attraverso protocolli d'intesa eccessivamente sbilanciati a favore dell'Università condizionano le scelte organizzative fondamentali della Mater Domini e non assicurano prestazioni assistenziali adeguate all'impegno finanziario previsto.

Il nuovo piano sanitario contiene un serio elenco di impegni per il miglioramento della qualità delle cure, di non facile attuazione nel breve periodo tra i quali le necessarie ed opportune proposte di soppressioni, accorpamenti, riconversioni di strutture ospedaliere: in tal senso, tuttavia, è necessario che sia definito un piano di attuazione di quanto previsto per indicare i tempi di realizzazione delle singole misure, individuarne dei responsabili per l'attuazione e affidare il momento di verifica a soggetti terzi.

Occorrerà spiegare ai cittadini che bisogna razionalizzare le risorse, anche attraverso la chiusura di ospedali, nei quali oggi anziché curare patologie acute si eroga assistenza agli anziani. Così come è necessario far capire che è preferibile puntare su una struttura ospedaliera di buon livello rispetto a due o tre strutture che non erogano servizi in sicurezza perché, ad esempio, hanno una TAC ma non una chirurgia, hanno servizi di medio-alto livello di cure ma non una rianimazione. E' indubbio che sarà necessario prevedere un' informazione intensa per i cittadini, gli operatori, gli amministratori. Anche un sistema razionale ed efficiente di trasporto dei pazienti in emergenza-urgenza potrà sicuramente aiutare il processo.

Questo solleva la delicata questione delle relazioni fra Regione, Aziende Sanitarie e istituzioni locali. Senza la convinta partecipazione delle Istituzioni Locali non è possibile condurre a termine politiche di riordino e di razionalizzazione della rete ospedaliera, sviluppando i servizi territoriali necessari per sostituire le funzioni ospedaliere soppresse, sia in quanto i Comuni sono titolari di importanti funzioni sociali complementari e sinergiche a quelle sanitarie, sia perché i Sindaci hanno un ovvio, legittimo interesse alla accessibilità ai servizi sanitari da parte della popolazione da cui sono stati direttamente eletti. Le Regioni hanno sviluppato forme diverse di relazione, rielaborando le indicazioni del d.lgs. 229/99 relative alla funzione delle Conferenze Sanitarie Territoriali, con risultati non sempre soddisfacenti. Questo rapporto, complesso in sé, appare particolarmente difficile in Calabria, in relazione ai fenomeni di infiltrazione che hanno portato allo scioglimento di alcuni Consigli Comunali.

La commissione è consapevole che il sistema sanitario in Calabria non può essere sanato nel giro di pochi mesi. Nel quadro disponibile di strumenti programmatori, pur in assenza di un atto formale da parte della regione che recepisca la proposta di PSR e che nei fatti non può non indurre una riflessione sulla effettiva volontà - politica - di procedere, ci si potrà

comunque muovere per settori, ed in questo senso l'adozione di un piano dedicato all'emergenza che affronti in primo luogo la riorganizzazione (e, in molti casi, la costruzione fisica ed operativa) del Pronto Soccorso, inclusi i suoi rapporti coi servizi ospedalieri da un lato e con quelli territoriali dall'altro, rappresenta, se possibile, la priorità tra le priorità.

La recente approvazione del piano delle emergenze, di cui peraltro si conosce solo ciò che ha riportato la stampa, costituisce la prima occasione concreta per procedere in modo diverso dal passato, individuando da subito chi sarà responsabile dell'attuazione ed i tempi della stessa.

È questa la strada maestra da intraprendere per riportare il sistema sanitario regionale a livelli di adeguatezza senza dover ricorrere a misure di gestione straordinaria dell'intero settore che pure, al momento, non possono escludersi dal novero delle proposte di carattere generale che si ritiene di dover avanzare al Ministro della Salute per superare quella che oggi continua a presentare tutti i contorni di una emergenza.

Lo stato di emergenza socio-assistenziale è già stato accertato, ed attiene prevalentemente alla razionalizzazione della rete ospedaliera e alla costruzione di quattro strutture.

L'estrema frammentazione della rete ospedaliera, inadeguata ed insufficiente per alcune parti del territorio regionale che rimangono completamente sguarnite rispetto all'erogazione delle prestazioni sanitarie ordinarie o d'urgenza, risulta aggravata dalla carente condizione dei collegamenti stradali, che rende ancora più complicato il trasporto d'urgenza, già difficile in condizioni di normale viabilità per l'assenza di un sistema integrato per la gestione dei posti letto, in particolare per le emergenze.

E questa è sicuramente una priorità sia pure strettamente collegata con la costruzione di nuove strutture.

Rimane fuori dallo stato di emergenza e dagli strumenti che le sono propri la gestione ordinaria del sistema sanità, su cui è necessario operare una netta inversione di rotta, anche perché i documenti disponibili registrano in modo chiaro una valutazione negativa nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza che le verifiche effettuate dalla commissione hanno largamente confermato, a volte con elementi di valutazione ancor più negativi. In tal senso l'ulteriore considerazione che la gran parte della mobilità passiva della Regione Calabria è per prestazioni di livello medio-basso, determina la consapevolezza che la mobilità è legata non solo e non tanto a interventi chirurgici di alta specializzazione, ma anche a normali percorsi diagnostico-terapeutici.

Tale ultima considerazione associata a quella dell'esistenza di un notevole disavanzo finanziario non possono escludere l'intervento sostitutivo dello stato nelle forme previste dal nuovo titolo V della costituzione, e dalle leggi finanziarie per gli anni 2005 e 2006, considerato che la capacità della struttura amministrativa di attuare un progetto di modifica dell'esistente appare oggi insufficiente anche in considerazione delle attuali dotazioni e competenze del personale che fa capo all'assessore alla Sanità della regione Calabria al quale va, comunque, riconosciuto lo sforzo, anche sulla spinta delle indicazioni giunte dalla magistratura, di cercare di rifondare una struttura di management che non sia coinvolta in discutibili gestioni del passato.

La coincidenza personale, in questo momento storico, tra l'assessore alla sanità della regione Calabria e il commissario straordinario per l'emergenza sanitaria di nomina governativa, consente di intraprendere iniziative che fuoriescono dal concetto di ordinaria amministrazione e che possono dare un importante contributo alla soluzione di problemi, specie di carattere organizzativo, anche avvalendosi del nucleo di personale previsto dall'art 3 dell'OPCM 3635/2007.

Per dare un contributo concreto all'opera di "ricostruzione" appena avviata la commissione ha dedicato un paragrafo della relazione di alcuni interventi più urgenti, indicandone le finalità e, ove possibile, i tempi di realizzazione .

Se non si riuscirà ad assumere iniziative di rottura rispetto al passato fatalmente si permarrà nella situazione fotografata dalla Commissione Antimafia del parlamento che crudamente individua "una politica che ha perso autonomia e trasparenza per dipendere, essa stessa, dallo scambio tra gestione della spesa sanitaria e consenso che rappresenta il punto più alto del degrado politico e morale che investe la Calabria."

Allegato

Le considerazioni contenute in questo allegato sono frutto di analisi effettuate sui documenti posti a disposizione della Commissione e sottoscritte dai Direttori Generali. In alcuni casi non è stato possibile disporre di relazioni sulla gestione, ma solo di bilanci. Per le predette ragioni non si tratta di analisi sistematiche, ma di valutazioni fatte sul materiale disponibile.

Le schede si riferiscono alle seguenti Aziende:

1. A.S.P. di CATANZARO
2. A.S.P. di REGGIO CALABRIA
3. A.S.L. di LOCRI (commissariata, non ancora confluita nella ASP di Reggio Calabria)
4. A.S.P. di COSENZA
5. A.S.P. di CROTONE
6. A.S.P. di VIBO VALENTIA
7. AZIENDA OSPEDALIERA “MATER DOMINI” di CATANZARO
8. FONDAZIONE “T. CAMPANELLA” di CATANZARO
9. AZIENDA OSPEDALIERA “PUGLIESE-CIACCIO” di CATANZARO
10. AZIENDA OSPEDALIERA “BIANCHI-MELACRINO-MORELLI” di REGGIO CALABRIA
11. AZIENDA OSPEDALIERA “ANNUNZIATA” COSENZA

1 - CONSIDERAZIONI SULL'ASP DI CATANZARO

- Sono notevoli le perdite di esercizio delle ex aziende n. 6 (€ 13.918.082) e n. 7 nel 2006 (€ 21.993.000).
- Sono in continuo aumento i costi per la farmaceutica.
- Notevole appare l'incidenza dei costi per il personale sul totale dei costi.
- Il costo sostenuto per il personale religioso convenzionato, costituito da circa 10 persone che svolgono ruoli di caposala o infermieri professionali (più 2 cappellani), pari ad € 924.600, appare elevato.
- 399 amministrativi su 2024 dipendenti appaiono forse eccessivi

2 - CONSIDERAZIONI SULL'ASP di REGGIO CALABRIA

Si è preso in esame il verbale dell'incontro che il Collegio sindacale ha tenuto il 22/2/2008, relativo all'analisi dei bilanci consuntivi 2001-2006 riferiti all'ASL n. 11 di Reggio Calabria. Il Collegio rileva *“l'inconsistenza e l'inadeguatezza del bilancio di previsione 2006 considerato che lo stesso, a consuntivo, è totalmente disatteso”*. *“Nonostante i vari e ripetuti inviti formali prodotti dal Collegio e notificati ai singoli dipartimenti, il collegio non ha riscontri circa la quantificazione in termini economici dell'ammontare complessivo del debito per decreti ingiuntivi e per le vertenze nei confronti del personale dipendente...Dovrebbe essere inaccettabile per un amministratore non riuscire a conoscere con esattezza e quando necessario, l'esatto ammontare dei decreti ingiuntivi notificati in azienda.”* Segue una tabella che quantifica per l'anno 2006 in oltre € 259.000.000 l'indebitamento (a valore nominale) e rileva e segnala *“l'eccessivo tasso di indebitamento cui è sottoposta l'ASL n. 11 di Reggio Calabria alla fine dell'esercizio 2006 e per il quale il Collegio chiede agli organi Regionali un incisivo controllo ed incisive azioni si recupero.”*

Da segnalare l'incremento iperbolico della spesa farmaceutica, passata da € 73.061.000 (anno 2005) ad € 84.227.809 (anno 2006).

Rispetto all'assistenza ospedaliera nella voce *“altra assistenza”* dovrebbe essere ricompresa l'assistenza fornita dalle casa di cura private e si registra un aumento da € 11.845.000 (2005) ad € 14.213.000 (2006).

Significative sono le conclusioni:

“...Il Collegio, in merito alla situazione economica emersa nella sua quantificazione dall'esame del bilancio consuntivo al 31/12/2006, visto il risultato di ingente perdita, atteso che non risulta alcuna formale autorizzazione regionale allo sfioramento dei parametri preventivi, che dalla lettura della nota integrativa...non è stato possibile riscontrare eventuali modalità operative finalizzate alla relativa copertura della perdita rilevata; il Collegio subordina pertanto il proprio parere favorevole a condizione che gli organi regionali se ne assumano l'onere del necessario ripiano”.

3 – CONSIDERAZIONI SULL’ASL DI LOCRI

La “**Relazione attività su criticità gestionali ed organizzative. Proposte**”, inviata il 12/9/2007 al Prefetto di Reggio Calabria dalla Commissione straordinaria che gestisce la ASL, contiene una pregevole analisi sull’Azienda; si può ipotizzare che molti fenomeni qui descritti possano essere riferiti anche ad altre Aziende Sanitarie della Calabria.

In estrema sintesi si estrapolano le seguenti affermazioni:
Le principali linee di azione della Commissione Straordinaria sono rivolte ad affrontare tre priorità:

1. Ristabilimento di un corretto assetto organizzativo aziendale
2. Interventi sul dissesto economico-finanziario
3. Interventi su posizioni di soggetti appartenenti o collegati all’Azienda.

Le maggiori difficoltà affrontate riguardano:

- grave carenza di professionalità interne
- scarsa sinergia con l’Assessorato regionale alla Salute
- Presenza di un parco tecnologico in stato di grave e generalizzata obsolescenza.

La Commissione ha constatato pesanti inefficienze ed irregolarità nella gestione delle risorse umane; ha sospeso la corresponsione di istituti contrattuali non dovuti, avviando procedure di recupero delle somme non dovute, giungendo ad evidenziare che sono state indebitamente erogate somme ad alcuni dipendenti in regime di detenzione.

Sul fronte dell’acquisizione di beni e servizi, la Commissione ha rilevato un’attività amministrativa caratterizzata da un diffuso ricorso alle trattative private invocando la privativa industriale. E’ stata accertata una violazione sistematica della normativa antimafia.

Per quel che riguarda il rapporto con le strutture private, la Commissione ha affrontato “*il precedente sistematico sfioramento dei tetti di spesa delle strutture private che aveva comportato un forte indebitamento sommerso*”, mediante “*l’individuazione e la contrattazione di un budget onnicomprensivo per utenti residenti e non*”. Comunica inoltre che “*per tutte le strutture private è stata, quindi, acquisita la certificazione antimafia che precedentemente non era mai stata richiesta. E’ stata, infine, costituita, come previsto dalla vigente legislazione, una apposita commissione per la verifica della sussistenza dei requisiti normativi, per l’esercizio dell’attività, da parte delle strutture che operano in convenzione con il SSN*”

Viene quindi analizzata la disastrosa situazione economico-finanziaria dell’Azienda, facendo anche qui riferimento alla “*quotidiana ricezione di decreti ingiuntivi relativi a debiti maturati negli anni precedenti.*”

E' stata inoltre posta a disposizione di questa Commissione un corposo documento dal titolo "Relazione sanitaria anni 2004-2005" che denuncia la notevole mobilità passiva e delinea gli interventi di razionalizzazione della rete che peraltro la Commissione straordinaria ha già autonomamente avviato.

4 - CONSIDERAZIONI SULLA ASP DI COSENZA

L'elaborazione è stata condotta sui dati forniti dal Commissario Straordinario con **relazione del 28/1/2008**.

I laboratori analisi convenzionati sono addirittura 55.

I posti-letto "pubblici" risultano essere 1384, distribuiti in un gran numero di piccolissimi presidi, la cui riconversione, prevista nella bozza di PSR, va avviata immediatamente.

I posti-letto in strutture convenzionate "per acuti" sono 769, veramente tanti.

Sono inoltre presenti sul territorio n. 482 altri posti letto per riabilitazione e lungodegenza.

La "morsa" del privato convenzionato/accreditato è stata giustamente considerata dal Commissario Straordinario il problema prioritario. Egli infatti ha condotto la contrattazione con tali strutture private sulla base dei vincoli economici forniti dalla Regione, con riferimento all'anno 2007, e ha comunicato che *"le 5 strutture accreditate nel territorio della ex azienda Sanitaria n. 1 di Paola hanno tutte stipulato i contratti alle condizioni (peraltro non modificabili) proposte dall'Azienda, la maggioranza delle strutture accreditate nel territorio della ex Azienda Sanitaria n. 4 di Cosenza non hanno inteso sottoscrivere i contratti proposti (segnatamente non hanno sottoscritto n. 6 strutture), per cui la gestione commissariale ha formalmente comunicato l'interruzione, per l'anno 2007, del rapporto convenzionale. Rispetto alle citate comunicazioni le strutture, rappresentate dall'AIOP, hanno notificato motivi aggiuntivi ad un pregresso ricorso al TAR Calabria, già proposto avverso la deliberazione della Giunta Regionale, prima citata, di fissazione dei tetti di spesa"*

E' evidente che tale atteggiamento "aggressivo", sia pure tardivo, va sostenuto e difeso e generalizzato all'intero territorio regionale.

Il Commissario Straordinario ha poi informato la Commissione degli esiti di due distinte attività di verifica amministrativo-contabile disposte dal Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato – Ispettorato Generale di Finanza – Servizi Ispettivi di Finanza Pubblica – Settore III:

A. "Con nota n. 123070/07, acquisita al n. 24230 del 27/09/07, il predetto ufficio ministeriale ha trasmesso una relazione afferente ad una pregressa verifica amministrativo-contabile (all. 1) riguardante l'ex A.S. n. 4 di Cosenza. La verifica era stata effettuata dal 26 giugno al 22 novembre 2002 ed aveva registrato, successivamente, evidenti criticità attuative, tant'è che il competente Dipartimento della Regione aveva dovuto provvedere a richiedere al Ministero (nel novembre 2006) documentazione integrativa, poi pervenuta con la nota ministeriale prima citata. In esito a quest'ultima la gestione commissariale ha proceduto ad una necessaria integrazione

dell'apposito gruppo di lavoro che era stato precedentemente costituito per l'adozione delle necessarie misure correttive. A seguito dell'integrazione del gruppo sono state, quindi, verificate le indebite corresponsioni alle Case di Cura accreditate di somme non dovute per il 1997 (all. 2), per cui si è immediatamente proceduto (nella stessa giornata di ricezione dei dati relativi agli indebiti) a formalizzare specifica richiesta di ripetizione a n. 9 (nove) strutture (si allega una delle richieste – all.3).

B. Con nota n. 140910 del 14/11/2007 lo stesso ufficio ministeriale ha trasmesso gli atti relativi ad altra verifica amministrativo-contabile eseguita presso la medesima Azienda Sanitaria n. 4 di Cosenza dal 17 maggio al 5 luglio 2007 (all. 4). La verifica è stata eseguita, quindi, in periodo posto a cavallo dell'entrata in vigore della normativa di accorpamento, ma ha riguardato periodo precedente. La gestione commissariale, analizzati i contenuti, ha ritenuto, in relazione alle irregolarità e disfunzioni evidenziate ed alla correlata esigenza di predisporre le chieste controdeduzioni, di interessare, distintamente (unendo le parti della relazione di rispettiva competenza), le varie strutture. In atto stanno pervenendo, presso la direzione, le singole controdeduzioni, che, opportunamente coordinate, dovranno formare oggetto delle misure correttive da intraprendere.

Si rinvia naturalmente a tali verifiche che hanno carattere di sistematicità ed esaustività.

5 – CONSIDERAZIONI SULLA A.S.P. DI CROTONE

- Su 1980 dipendenti 353 amministrativi (con 20 dirigenti) sembrano veramente troppi
- L'incidenza delle strutture private (convenzionate/accreditate) è straordinariamente elevata
- Gli indicatori di funzionalità dei reparti ospedalieri inducono le seguenti considerazioni:
 - L'indice operatorio è molto basso in Chirurgia (27%)
 - L'U.O. Malattie infettive va ulteriormente ridimensionata sulla base degli indici di produttività
 - Il numero degli esami di laboratorio effettuati in ospedale è molto basso (sicuramente non consente di realizzare alcuna economia di scala). Probabilmente con le stesse apparecchiature e la stessa dotazione organica si possono raddoppiare o triplicare i fatturati (riducendo naturalmente i budget per i laboratori privati). I laboratori privati, complessivamente forniscono oltre 732.000 prestazioni l'anno.

RELAZIONE ECONOMICO GESTIONALE ESERCIZIO 2007

Viene allegato il Bilancio preventivo 2007 e nessun bilancio consuntivo.

L'esercizio 2006 si è concluso con una perdita di €33.754.075; quello 2007 con una perdita di € 26.035.980.

Con delibera del Commissario straordinario n. 25 del 14 settembre 2007, è stato approvato *Il Piano di rientro Esercizio 2007*. Tale Piano non è stato rispettato in quanto non concretamente realizzabile.

Nel Piano delle Attività Assistenziali per l'anno 2007 (allegato alla delibera n.66 del 27/7/2007 viene previsto (a pag. 160) che “nel settore pubblico, a fronte di n. 20.289 ricoveri ci sia un limite massimo di spesa di € 28.227.365,... nel privato, per n. 10.752 ricoveri è previsto un limite massimo di spesa di € 29.336.153.” A voler applicare un banale indice di efficienza, ipotizzando un case mix sovrapponibile, i costi medi sostenuti dall'ASP sarebbero di 1391 € per ricovero nel pubblico e di 2728 per ricovero nel privato. Ogni buon amministratore saprebbe immediatamente quali scelte adottare.

Analisi dei costi sostenuti per ospedalità privata (vedi pag. 159 della relazione economico gestionale esercizio 2007): i costi complessivi appaiono esorbitanti per un'Azienda con le caratteristiche dell'ASP di Crotone.

6 - CONSIDERAZIONI SULL'ASP DI VIBO VALENTIA

Preliminarmente si deve rilevare che il bilancio economico consuntivo relativo all'anno 2006 appare correttamente costruito; la nota integrativa esplicita efficacemente i processi descritti; la stessa relazione sulla gestione appare adeguatamente costruita.

Peraltro si rileva un certo sforzo a contenere i costi, valutando le tendenze registrate rispetto all'esercizio precedente.

In particolare:

- Gli acquisti di esercizio sono complessivamente diminuiti (da € 16.203.450 a € 15.641.798)
- Anche il costo dei farmaci acquistati per gli ospedali si è ridotto di circa € 139.000
- I costi per prestazioni di servizio sono significativamente aumentati (da € 77.840.762 a € 82.190.733) soprattutto per l'incremento dei costi per la farmaceutica convenzionata (pari a € 3.964.416)
- I costi totali per il personale del ruolo sanitario sono in aumento (da € 63.564.962 a € 65.416.467); stabili i costi per il personale dei ruoli professionali e tecnici; in riduzione i costi per il personale del ruolo amministrativo; anche in questa Azienda, comunque, il numero dei dipendenti appartenenti al ruolo amministrativo appare elevato (n. 339 su un totale di 1992)

7 - AZIENDA OSPEDALIERA “MATER DOMINI” CATANZARO

Non sono chiari i rapporti istituzionali tra l’Az. Osp. E la Fondazione “Campanella”, che comunque rimane una Fondazione di diritto privato. Sembra che alcune UU.OO. della Mater Domini facciano ora parte della Fondazione Campanella (Anestesia e Rianimazione, Anestesia o(?) Terapia Intensiva, Igiene Ospedaliera, Microbiologia, Neuroradiologia, Patologia Genetica, Radiologia). Non è chiaro quale ente fatturi le prestazioni effettuate dalla Fondazione Campanella. I bilanci della Fondazione non sono per nulla trasparenti e poco chiara è anche la nota integrativa della Fondazione.

Fra i documenti fatti pervenire dalla Mater Domini non risulta esserci alcun bilancio consuntivo, né alcuna nota integrativa. Sono pervenute alcuni verbali dei collegi sindacali da cui si traggono dati di non agevole interpretazione. In particolare non si hanno dati sulla effettiva produzione (DRGs e attività ambulatoriale). I costi della produzione sono saliti costantemente e significativamente:

Anno 2004: € 53.628.000

Anno 2005: € 60.865.000

Anno 2006: € 65.601.000

Impressionante è la crescita dei costi del personale in anni in cui le leggi finanziarie avevano sancito quantomeno il blocco dell’incremento dei costi per il personale

Anno 2004: € 24.798.000 (numero medio dipendenti 521)

Anno 2005: € 25,620.000 (numero medio dipendenti 543)

Anno 2006: € 32.231.000 (numero medio dipendenti 613)

I costi per la farmaceutica sono cresciuti significativamente (da 3.840.000 nel 2004 a 5.909.000 nel 2006)

8 - CONSIDERAZIONI SULLA FONDAZIONE “TOMMASO CAMPANELLA”

Sembra trattarsi di una fondazione di diritto privato e pertanto non sottoposta ai vincoli delle aziende pubbliche. Andrebbe chiarito se esistono protocolli aggiuntivi che ne definiscono meglio le funzioni ed i compiti.

Molti aspetti non sono immediatamente comprensibili:

- Sarebbe necessario che la Regione richiedesse un equilibrio costo/produzione per erogare le risorse economiche, in attesa del riconoscimento ad IRCCS.
- Non compare nel valore della produzione il fatturato per l'attività assistenziale valorizzato a DRGs o a tariffa ambulatoriale.
- nella nota integrativa vengono riportati i requisiti richiesti dalla legge per i Direttori Generali, omettendo solo la durata della pregressa esperienza di direzione (5 anni).
- Non sono contabilizzate prestazioni sanitarie tra i ricavi.
- Non risulta che la Fondazione Campanella garantisca il supporto alla rete di assistenza oncologica.

Le risposte fornite dal Direttore Generale, a seguito di specifiche richieste della Commissione non sempre sono risultate esaustive.

Rimane l'interrogativo di fondo se il SSR calabrese sia nelle condizioni di permettersi un investimento di tal entità data la fallimentare condizione economico-finanziaria a fronte di uno scarsissimo beneficio sul piano della quantità e qualità delle prestazioni erogate.

9 - CONSIDERAZIONI SU “AZIENDA OSPEDALIERA PUGLIESE-CIACCIO” DI CATANZARO

Appare certo che le condizioni strutturali del P.O. Pugliese non sono ottimali.

ATTIVITA' ASSISTENZIALE:

Cardiologia ed UTIC sono attualmente due unità operative separate
L'Atto Aziendale prevede ed identifica una sola struttura complessa di Cardiologia -UTIC nel Dipartimento di Emergenza e Urgenza;

PESO MEDIO DEI DRG

Il peso medio è molto basso per una Azienda Ospedaliera; molto basso è anche l'Indice Operatorio nelle UU.OO. chirurgiche.

ANDAMENTO COMPLESSIVO DELL'AZIENDA

La percentuale dei costi per il personale (60,4 %) è molto alta rispetto ai valori medi nazionali

Il rapporto tra ricavi per prestazioni valorizzate a tariffa (€ 93.188.706) e finanziamenti regionali per funzioni non tariffabili (€ 44.069.000) appare sbilanciato a favore delle prestazioni non tariffabili

Si fa riferimento ad una “dotazione organica da atto aziendale approvato” che prevederebbe un organico complessivo di 2111 unità (ridotto di 204 unità rispetto all'anno 1999) a fronte però delle 1868 unità in servizio al 31/12/2007; non si capisce come si possa prevedere un così importante incremento dei costi del personale a fronte di un disavanzo registrato nel 2007 di € 9.803.449 senza una evidente motivazione.

L'incremento previsto da 175 a 291 unità di personale del ruolo amministrativo appare non congruo (specie con riferimento al passaggio da 10 a 15 dirigenti), anche considerando il fatto che la bozza di PSR prevede l'accorpamento delle due Aziende Ospedaliere di Catanzaro.

10 - CONSIDERAZIONI SULL'AZIENDA OSPEDALIERA "BIANCHI-MELACRINO- MORELLI" DI REGGIO CALABRIA

Le considerazioni sono tratte dalla Relazione per la Commissione Sanità Calabria del 28/1/2008, non disponendo di altro materiale.

- In generale sembra buono il rapporto tra numero di dipendenti e produzione; il trend è positivo con significativo incremento del peso del DRG.
- I lavori fatti in Ortopedia ed Ostetricia non sembrano ispirati al rispetto delle buone norme di costruzione
- La Parto-analgesia viene offerta solo in attività libero-professionale, ledendo il principio dell'equità dell'accesso alle prestazioni di assistenza. (attualmente risulta sospesa per ordine della direzione generale)

11 - CONSIDERAZIONI SULL'AZIENDA OSPEDALIERA "ANNUNZIATA" DI COSENZA

Viene preso in esame il **bilancio di esercizio relativo all'anno 2006**. Viene approvato con DGR n. 769 del 12/12/2007, pur rilevando uno scostamento rispetto al bilancio preventivo di € 25.734.297,48, dichiarando che *"il risultato così conseguito è già stato oggetto di analisi al tavolo di verifica ed ha trovato copertura con gli accantonamenti regionali e con la L.R. n. 7/2007, art. 3"*. Su questa delibera viene riportato: *"dal confronto dei dati tra il bilancio consuntivo 2006 e 2005 si vince una diminuzione dei costi di produzione pari ad € 1.786.770"* in realtà i costi di produzione totali, riportati nella delibera n. del 486 del 27/4/2007, risultano essere pari a € 168.098.890, con una riduzione di soli € 385.162 rispetto ai costi del bilancio 2005 (€ 168.484.052,34). Anche confrontando il Totale costi complessivi si va da 182.360.206 del 2005 a 181.792.809 del 2006.

Su molte poste si nota un andamento tipico: quote del bilancio 2005, drasticamente ridotte nel bilancio preventivo e poi confermate, se non ulteriormente aumentate, nel consuntivo 2006 (si cita *"prodotti farmaceutici ed emoderivati: 13.262.235 – 9.000.000 – 12.915.518"* e *"presidi chirurgici e materiali sanitari: 7.092.630 – 5.000.000 – 8.495.595"*). Un dato positivo si rileva a proposito dei costi per il personale del ruolo amministrativo che passano da 8.615.297 a 8.172.621. A tal proposito, però, nella nota integrativa si riporta che il personale del ruolo amministrativo è aumentato di due unità nel 2006 passando da 216 a 218 unità, mentre i dirigenti sono passati da 16 a 15. Preoccupante è l'incremento dei costi per "interessi moratori e rivalutazione monetaria" che passano da 55.823 a 1.093.623, con una posta pari a 0 nel bilancio di previsione. Meriterebbe un approfondimento la voce *"accantonamenti CCNNLL"* che da una previsione di 5.000.000 passa ad una quota di 1.850.000.

Si sottolinea che il costo per il personale, nella nota integrativa, viene valutato essere il 70,43% rispetto all'assegnazione regionale.

Impressionante è l'elenco dei debiti verso i Fornitori, così come riportato nella nota integrativa per una somma totale di € 96.905.397.

Nella Relazione inviata a questa Commissione (28/1/2008, prot. 1478) viene riconosciuta la drammatica situazione dei debiti; si parla di *"fenomeno dell'emersione di debiti fuori bilancio"* che *"non possono trovare capienza e sistemazione nella contabilità ufficiale dell'Azienda"*. Trattasi di fenomeno che merita ulteriore approfondimento.

L'organizzazione dell'Azienda ospedaliera in tre presidi appare peculiare; peraltro il presidio di Rogliano appare incongruamente inserito in

un Azienda ospedaliera, date le caratteristiche strutturali, la localizzazione e la tipologia di prestazioni erogate.

Molto positiva è la costituzione, con delibera n. 868 del 31/10/2006, del Nucleo per L'appropriatezza", in staff con la Direzione Generale, ed il trend di riduzione dei DRGs ad alto rischio di inappropriatezza. E' un'iniziativa che andrebbe estesa all'intera Regione. Non è un caso che tale Nucleo abbia riscontrato a Rogliano la più alta percentuale di inappropriatezza.

Non è stato possibile analizzare i dati di funzionalità dell'Azienda poiché il report pervenuto contiene un elenco di DRGs senza le valutazioni di sintesi che consentono di effettuare tali valutazioni.

Sono stati adottati i CCIA.