

**Audizione del Ministro della Salute Livia Turco
presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato**

Roma, 11 dicembre 2007

1. L'avvio dell'attività ispettiva del Ministero della Salute e dei Nas

Appena appresa la notizia della morte della giovane Eva Ruscio avvenuta la mattina del 5 dicembre presso l'ospedale di Vibo Valentia, ho immediatamente disposto un'ispezione da parte degli uffici competenti del Ministero della Salute che si è avviata nella stessa giornata del 5 dicembre per concludersi il giorno successivo.

Tale attività è stata condotta insieme ai funzionari della Regione Calabria ed è stata seguita dall'intervento sul luogo dei Nas, sempre su mandato del Ministro della Salute, che hanno avviato un'ulteriore ispezione nelle giornate del 6 e 7 dicembre, al fine di verificare le caratteristiche igienico-sanitarie, nonché per programmare ulteriori verifiche su apparecchiature ed i dispositivi presenti nel presidio ospedaliero. Sono state acquisiti agli atti le documentazioni sanitarie relative all'evento in questione ed è stato ascoltato il personale sanitario che ha partecipato direttamente o indirettamente al percorso assistenziale di Eva Ruscio, dal momento del suo accesso in Pronto soccorso fino al decesso.

Gli avvenimenti hanno messo in evidenza numerose incongruenze che hanno dato luogo a sviluppi di carattere giudiziario che vanno al di là degli scopi della presente relazione, ma essi devono essere tenuti presenti in quanto sono la base di alcune delle considerazioni di carattere organizzativo che saranno di seguito descritte.

2. Descrizione e breve sintesi degli eventi

La paziente si presenta il 3 dicembre 2007 ore 10.30, al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, dove il medico in turno richiede consulenza specialistica Otorinolaringoiatria, come risulta dal referto del Pronto Soccorso. A breve, lo specialista del reparto Otorinolaringoiatria, visita la ragazza e rileva "Ascesso peritonsillare a dx" e consiglia il ricovero in reparto, che avviene intorno alle 11.00: in cartella clinica risulta che all'ingresso viene segnalato "difficoltà a deglutire, trisma e rialzo febbrile (38°)" e per questo instaurata terapia antibiotica e cortisonica. Non risultano segnalati elementi ulteriori, fino al giorno successivo, nel quale si riportano in cartella clinica condizioni stabili per la paziente ed i risultati degli esami di laboratorio che indicano leucocitosi neutrofila (19.800 GB).

Nella notte del 4 dicembre, intorno alle ore 23.00, viene segnalata comparsa di sintomatologia dolorosa: gli infermieri avvisano il medico reperibile e viene praticata terapia anti-edemigena con cortisone.

Intorno alle ore 23.30 circa vengono avvisati i genitori delle condizioni della ragazza ed essi arrivano poco dopo in reparto, come risulta dalla relazione del Primario, peraltro non presente in reparto, ma che viene tenuto informato telefonicamente da parte del medico reperibile.

Il giorno 5 dicembre alle ore 00.15 circa vengono praticati ulteriori dosi di cortisone e di gastroprotettore ed in aggiunta ossigenoterapia. Poco dopo, intorno alle ore 01.00 circa viene richiesta consulenza anestesiologicala-rianimatoria che rilevava "discreta

condizione respiratoria”, come risulta dalla cartella clinica e dalla relazione del Primario.

Viene riferito che la notte del 5 dicembre la ragazza non presenta peggioramenti, tanto che alle ore 8.00 circa un controllo evidenzia un quadro clinico stazionario ed una funzione respiratoria discreta.

Poco dopo, alle ore 8.30 circa, viene invece segnalato un “brusco peggioramento delle condizioni cliniche” e viene contattato l’anestesista-rianimatore di turno.

La visita otorinolaringoiatrica con consulenza anestesiologicala, eseguita alle ore 08.35 circa, mette in evidenza che “la paziente lamenta difficoltà respiratoria da circa 15 minuti con tirage. Per questo si somministra bolo di adrenalina, cortisone ed ossigenoterapia.

A seguire, immediatamente dopo, viene deciso, visto il fallimento terapeutico con i farmaci, di eseguire tracheotomia d’urgenza presso la sala operatoria.

Alle ore 9.00 circa, come risulta dalla relazione dell’anestesista, si procede con intubazione oro-tracheale ma con esito negativo, a seguire viene segnalato l’inizio della riduzione della concentrazione di Ossigeno nel sangue (desaturazione) da parte della paziente.

Di seguito si procede in urgenza a tracheotomia percutanea senza esito positivo e gli ulteriori e ripetuti tentativi dell’otorino a posizionare lo strumento (cosidetto $\frac{3}{4}$) in trachea non danno esito, secondo quanto risulta dalla relazione dell’anestesista.

Per questo si decide di aprire chirurgicamente la cute ed i tessuti sottostanti per la ricerca palpatoria della trachea, che non viene però palpata. Dopo l’apertura dei muscoli pre-laringei, si evidenzia trachea, completamente spostata a destra: a questo punto vi è la comparsa nel campo operatorio di abbondante sangue per la probabile recisione di un arteriola, secondo quanto descritto dalla relazione dell’anestesista.

La paziente presenta turbe del ritmo cardiaco e viene praticato massaggio cardiaco, come risulta dalla relazione dell’anestesista.

Si inserisce lo strumento della tracheotomia ($\frac{3}{4}$) in trachea, ma la paziente era già in condizioni di asistolia e ne viene constatato il decesso, come risulta dalla cartella clinica (descrizione atto operatorio).

Tenendo conto che la visita di verifica è iniziata poche ore dopo il decesso, quando già l’autorità giudiziaria aveva dato inizio agli accertamenti, ulteriore documentazione dovrà essere acquisita per una più precisa valutazione dell’occorrenza, in particolare risulterà necessario verificare gli esiti dell’accertamento autoptico.

3. Determinazioni del Commissario straordinario dell’ASL

A seguito di quanto avvenuto il Commissario straordinario dell’ASL, anche d’intesa con i tecnici del Ministero della Salute e della Regione Calabria, ha disposto, in data 6 dicembre 2007, la sospensione cautelativa dell’attività chirurgica nell’unità operativa di otorinolaringoiatria, con mantenimento dell’attività ambulatoriale.

Inoltre sono stati successivamente sospesi dall’attività clinica i sanitari che hanno avuto un ruolo di primo piano nell’evento occorso.

4. Elementi di criticità

Il quadro che è emerso dalla verifica effettuata in loco può consentire di mettere in evidenza i seguenti elementi di criticità, che vengono descritti sia in relazione al contesto dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria che al contesto generale del presidio Ospedaliero.

Elementi di criticità nel contesto dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria

Gli aspetti che devono essere sottolineati sono i seguenti:

1. La ragazza, è stata ricoverata il giorno 4 dicembre, ma, al di là della esecuzione di un Elettrocardiogramma e degli esami di laboratorio di routine, non risultano che siano state effettuate ulteriori indagini, quali tamponi faringei, emocolture, RX del torace, o altre indagini diagnostiche, né risultano essere state richieste consulenze di altro tipo anche in altre strutture ospedaliere a maggiore carico assistenziale che avrebbero potuto fornire ulteriori indicazioni.
2. Il personale dell'unità operativa risulta composto da 4 medici, il primario e 3 dirigenti medici, questi ultimi a contratto a tempo determinato compreso tra 6 ed 8 mesi (in scadenza il 10-12-2007, 10-12-2007 ed il terzo il 28-05-2008). E' presente inoltre un'altra unità di personale medico, con contratto SUMAI (specialistica), che svolge la propria attività in ambulatorio di otorinolaringoiatria. Si segnala che il primario dell'U.O aveva comunicato al Commissario Straordinario dell'Azienda, che a partire dal giorno 10 dicembre avrebbe interrotto gli interventi chirurgici, causa la situazione del personale.
3. Turni dei medici: per la dotazione di personale medico viene assicurata la presenza di un solo sanitario per turno, mentre di notte è garantita solo la reperibilità. A causa della residenza in altra città, i sanitari effettuano la reperibilità direttamente in ospedale, di fatto con un prolungamento del turno fino alle 24 ore.
4. Protocolli diagnostico-terapeutici: non risultano essere presenti protocolli in reparto per la gestione clinica ordinaria ovvero in emergenza, ma è stato riferito che i comportamenti professionali appartengono alla consuetudine ed alla prassi.
5. Dagli atti risulta che, almeno nei curriculum dei tre medici a contratto dell'U.O., non c'è indicazione di una diretta esecuzione di tracheotomie.

Elementi di criticità di carattere organizzativo nel contesto generale del presidio Ospedaliero

In generale, l'analisi dello contesto generale del presidio Ospedaliero, consente di affermare come non sia presente un approccio di governo clinico integrato, come i indicato dai seguenti punti.

1. Posti letto: l'unità operativa di Otorinolaringoiatria è composta da 3 posti letto per ricovero ordinario e 6 posti letto per day-surgery: si tratta di una dimensione operativa insufficiente per lo svolgimento di attività cliniche integrate.

2. Dati di attività: dall'esame delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) risultano, per l'anno 2007 (dati forniti dall'Azienda), 230 dimessi in regime ordinario, di cui solo il 21% di casi chirurgici, lo stesso si riscontra nel day-surgery con 83 casi e solo il 13% di casi chirurgici: tali dati quindi sottolineano una scarsa percentuale di attività chirurgica.
3. Protocolli diagnostico-terapeutici: non risulta agli atti la presenza di interventi di indirizzo della Direzione Aziendale volti a promuovere l'adozione di tali comportamenti organizzativi. Ciò vale per l'U.O. di Otorinolaringoiatria, ma sarà necessario verificare come nelle altre U.O. se e quali di tali strumenti fossero stati resi disponibili.
4. Verifica della formazione professionale: si è in attesa di una relazione in tal senso, da parte dell'ufficio formazione.
5. Non è presente una indicazione scritta da parte della direzione sanitaria di presidio rispetto alla presenza di una funzione di gestione del rischio clinico, né vi è una indicazione anche informale ovvero non vi è una previsione in tal senso.

5. L'ispezione dei NAS

Le indagini condotte dai NAS hanno evidenziato altresì la presenza di numerose irregolarità nelle Unità operative del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, in particolare nelle Unità operative di: Nefrologia e dialisi, Chirurgia d'urgenza, Chirurgia generale e blocco operatorio, Malattie infettive, Ginecologia ed Ostetricia, Rianimazione terapia intensiva, Neurologia, Endoscopia, Otorino, Pediatria, Medicina Generale, Cardiologia, Farmacia.

Anche la mensa presenta numerosi deficit. Risultano invece nella norma le Unità operative di Oculistica e Diagnostica

Dall'analisi ispettiva sono risultate inoltre numerose inadempienze alle normative sul lavoro, nonché rispetto alle norme in materia di Requisiti e procedure in materia di accreditamento, come da normativa regionale di recepimento del DPR 14 gennaio 1997.

L'edificio oggetto della verifica presenta un grave stato di abbandono delle strutture e delle parti tecnologiche e non risulta idoneo a contenere tutti i servizi che sono stati realizzati negli anni, che hanno portato alla definizione di spazi e percorsi non in linea con le previsioni normative.

E' stata riscontrata il non mantenimento a norma degli impianti elettrici, con i rischi conseguenti tra i quali la possibilità di incendio: carenza di porte REI - resistenti al fuoco - mancati collegamenti delle manichette antincendio alla rete idrica, presenza di materiale di varia natura accatastato in locali non idonei ed a volte nelle adiacenze delle vie di fuga.

Come indicato dalla relazione del 7 dicembre del Dipartimento Provinciale dell'ARPACAL di Cosenza, la struttura non riunisce i requisiti essenziali di sicurezza per evidenti situazioni che possono pregiudicare lo svolgimento della normale attività

sanitaria, sussistendo ragioni di concreto pericolo per l'incolumità del personale e degli utenti.

L'ispezione dei NAS ha quindi consentito di riscontrare numerosi illeciti di natura prevalentemente penale, tra i quali:

- mancanza di pulizia
- omessa manutenzione alle attrezzature ed alle installazioni
- impraticabilità delle vie di fuga
- omessa installazione della segnaletica di sicurezza
- impianti ed installazioni elettriche non a norma
- irregolare modalità di stoccaggio dei rifiuti sanitari
- pavimentazione con soluzioni di continuo e conseguente rischio di cadute
- omessa revisione periodica degli estintori
- irregolare tenuta del registro di reparto di carico e scarico delle sostanze stupefacenti

5. Conclusioni a seguito dell'attività ispettiva e sviluppi ulteriori

Le attività di verifica sull'evento e sulle condizioni generali del presidio ospedaliero sia sulla base della ispezione del Ministero della Salute che delle verifiche dei NAS consentono di affermare la presenza di un quadro generale e specifico che presenta numerosi aspetti di criticità. Per quanto attiene alla valutazione complessiva dei profili gestionali di governo clinico, questi devono essere verificati in tutto il presidio ospedaliero, per valutarne in modo omogeneo il grado di attuazione.

Si può rilevare, peraltro, che, in occasione del precedente evento che aveva provocato la morte di Federica Monteleone nel mese di gennaio 2007, il Ministero della Salute aveva indicato la necessità di attuare raccomandazioni specifiche e generali.

In particolare le Raccomandazioni specifiche richiedevano che:

1. Viste le condizioni generali, impiantistiche, strumentali, e la carenza grave di locali accessori, quali filtri di accesso e locali di preparazione per il personale, per i pazienti e per i materiali, la sala operatoria del Presidio ospedaliero G. Jazzolino di Vibo Valentia non può ritenersi idonea per lo svolgimento di attività chirurgica continuativa (interventi programmati).
2. Potrebbe essere utilizzata solo in casi di urgenza e per pazienti, in particolare adulti, non trasferibili per qualsiasi valido motivo, presso altri presidi ospedalieri.
3. Il ventilatore polmonare deve essere sostituito con nuovo apparecchio.
4. L'impianto elettrico deve urgentemente essere adeguato alla suddetta norma CEI facendo sì che le prese del sistema IT-M non siano intercambiabili con le altre presenti nella sala e che gli apparecchi, che possono entrare in contatto anche indiretto con il paziente, possano essere connessi solo a queste.

Allo stato attuale tali raccomandazioni sembrano essere state in parte seguite, visto anche quanto emerge dalla relazione dei NAS, sebbene taluni profili di verifica e controllo del blocco operatorio siano risultati carenti.

Per quanto riguarda le Raccomandazioni generali era stato suggerito che:

1. Devono essere rese disponibili per gli operatori sanitari linee guida e protocolli, compreso una check-list preoperatoria.
2. Deve essere previsto un protocollo per la corretta identificazione del paziente e del lato chirurgico da operare, per il conteggio delle garze e strumenti operatori e per la corretta identificazione del sangue da trasfondere, anche sulla base delle raccomandazioni sulla prevenzione degli eventi sentinella prodotte dal Ministero della salute.
3. Deve essere possibile la ricostruzione sequenziale del percorso clinico assistenziale del paziente in camera operatoria attraverso la documentazione clinica.
4. Deve essere previsto un Protocollo di allerta tra direzione aziendale e Assessorato alla Sanità, che consenta l'attivazione di un sistema rapido di comunicazione in casi analoghi.

Tali raccomandazioni non risultano essere state implementate, a meno di impegni formali presenti in atti di programmazione sanitaria regionale, ma ancora non trasferiti nella pratica.

Per questo si ritiene necessario che la Regione istituisca un organismo centrale regionale che affronti in modo sistematico le problematiche inerenti la gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure. Tale azione potrà ricevere un supporto anche dal Ministero della Salute, come anche da parte di altre regioni.

Allo stato attuale appare opportuno che, sia sulla base delle carenze igienico-sanitarie che delle carenze organizzative aziendali, sia dato rapidamente inizio ad un'azione di bonifica igienico-sanitaria, nonché alla definizione di comportamenti organizzativi e professionali che convenzionalmente vanno a ricadere sotto la dizione del governo clinico, per mettere in atto modalità corrette di gestione inserite in modo stabile nel patrimonio ordinario nella gestione delle attività assistenziali del presidio.

Sulla base del bacino d'utenza di circa 180.000 abitanti a cui va garantito il diritto alla salute ed una risposta efficace ai bisogni, una azione concreta ed un impegno sarà quello di garantire l'adeguatezza di risorse professionali in forma stabile ed appropriata alle esigenze dei cittadini.

E' necessario che su questi punti vi sia un impegno preciso per consentire di superare la fase attuale di emergenza, anche tramite una verifica rispetto alla possibilità di utilizzare i servizi attualmente presenti nel territorio, nell'attesa che tali impegni vengano concretizzati.

Sulla base di tale situazione ho scritto ieri al Presidente della Regione Agazio Loiero in merito all'assoluta necessità di valutare l'adozione di misure cautelari in grado di escludere il ripetersi di casi che mettano in pericolo l'incolumità e la salute dei pazienti afferenti all'ospedale di Vibo Valentia.

A seguito di ciò, nella giornata di oggi il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia ha deliberato la sospensione temporanea delle attività e la riduzione di posti letto di alcune Unità Operative, secondo un calendario

che, da un lato dia immediata attuazione alle azioni concrete per rimuovere le criticità evidenziate e dall'altro consenta il mantenimento di una presenza, seppur ridotta, della struttura sanitaria che possa garantire l'erogazione delle prestazioni per i cittadini senza pregiudicarne la sicurezza. Inoltre il Dipartimento tutela della salute della Regione Calabria si è impegnato a vigilare sui tempi di attuazione delle misure previste, dandone puntuale informazione al Ministero della Salute.

E' del tutto evidente, infatti, che lo stesso mantenimento in attività dell'ospedale senza i necessari interventi di riorganizzazione potrebbe, anziché giovare alla popolazione locale, incidere negativamente sul quadro complessivo dell'assistenza sanitaria fornita a livello regionale, minando la stessa possibilità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali che devono essere garantiti uniformemente sull'intero territorio nazionale.

6. Il contesto della sanità calabrese e il nuovo accordo di programma per la costruzione di 4 nuovi ospedali

Il Piano sanitario regionale 2007-2009, approvato dalla Regione Calabria con DGR del 9 novembre 2007, indirizza le scelte strategiche di programmazione sanitaria in un contesto territoriale e demografico fortemente frammentato su un territorio (circa 15 Km².) che si estende prevalentemente su zone montane e collinari rispetto alle aree pianeggianti. La popolazione calabrese residente risulta distribuita in maniera frammentaria, dato che un terzo di essa risiede in piccoli comuni (n. 324 comuni al di sotto di 5.000 abitanti). I centri abitati più consistenti sono pochi (solo 35 comuni al di sopra dei diecimila abitanti) e in essi risiede la metà della popolazione calabrese distribuita sul 20 per cento del territorio.

Se si tiene conto della presenza di un sistema infrastrutturale carente e in gran parte obsoleto, risulta evidente come il territorio della regione non si caratterizzi certo per essere un territorio in cui l'accessibilità, la rapidità degli spostamenti o la capillarità dei percorsi siano facilitati. L'orografia del terreno, la conformazione geoterritoriale, la perifericità urbana, l'assenza di moderne infrastrutture fanno sì che nel corso degli anni si siano moltiplicate le strutture ospedaliere presenti sul territorio. Ciò sembrava potesse garantire risposte ai cittadini, in realtà la microparcellizzazione ha prodotto esclusivamente presidi che non forniscono risposte sanitarie in regime di efficacia e di efficienza.

Alcune delle strutture esistenti appaiono inadeguate, non opportunamente ristrutturabili, male localizzate rispetto al territorio e, a volte, di difficile accessibilità.

Risulta necessario, in alcuni casi, praticare scelte radicali con la realizzazione di nuove strutture in sostituzione di più strutture piccole, attrezzate al punto di potere fornire un'assistenza adeguata e moderna in termini strutturali-impiantistici, tecnologici e organizzativi in siti facilmente raggiungibili per una migliore copertura territoriale dell'assistenza.

Una delle principali cause della scarsa efficienza dell'offerta ospedaliera risiede appunto nella frammentazione della rete, con la presenza di molti piccoli ospedali. Sul territorio regionale insistono infatti 40 stabilimenti ospedalieri pubblici in funzione, compresi quelli delle Aziende ospedaliere e 38 case di cura private accreditate.

In molte Aziende sanitarie la presenza di una pluralità di ospedali pubblici e di case di cura non riesce comunque a garantire efficaci livelli di erogazione dei servizi, appropriate procedure ed adeguate tecnologie, pur impegnando notevoli risorse.

L'attuale politica di governo del Servizio sanitario regionale è volta al riequilibrio dei livelli di assistenza per raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale e Regionale. Questo comporta lo spostamento di quota parte delle notevoli risorse, attualmente impegnate per il mantenimento di un numero eccessivo di presidi ospedalieri, a sostegno del programma di deospedalizzazione e di sviluppo delle attività territoriali.

Partendo dal riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del servizio sanitario regionale (DGR n. 94/2007), la riqualificazione del sistema dovrà necessariamente avere un punto di partenza nella razionalizzazione della rete ospedaliera, recuperando efficienza ed efficacia delle cure, ma anche risorse da investire nella prevenzione e nel territorio.

In tal senso gli interventi che si sono intesi attuare con il secondo Accordo di programma nel settore degli investimenti in sanità, costituiscono le nuove linee di indirizzo regionale tese a dotare le aziende sanitarie di Rossano, Catanzaro, Vibo Valentia e Palmi, di un presidio di riferimento provvisto delle funzioni operative fondamentali e dotato delle discipline specialistiche volte a garantire la sicurezza dell'offerta sanitaria in regime ospedaliero.

Il nuovo Accordo di programma della Regione Calabria, firmato a Roma lo scorso 6 dicembre, che il Ministero della Salute ha fortemente voluto per colmare un ritardo ingiustificato di oltre un decennio, è pertanto orientato, attraverso la realizzazione dei quattro nuovi ospedali (di Vibo Valentia, della Sibaritide, di Catanzaro e della Piana di Gioia Tauro), alla prosecuzione del processo di riorganizzazione e adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standard alberghieri, al rinnovamento e potenziamento della dotazione tecnologica, all'adeguamento alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, alla razionalizzazione dei percorsi, dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevare il livello di sicurezza.

Quest'Accordo rappresenta una netta inversione di tendenza rispetto alle logiche localistiche fin qui attuate e per la prima volta individua obiettivi strategici di programmazione regionale per promuovere la qualità e sicurezza dell'offerta

sanitaria in via prioritaria. Assicurando l'adeguamento e completamento del nuovo presidio ospedaliero di Vibo Valentia (350 p.l.), che costituirà il presidio di riferimento aziendale. Nell'Azienda sanitaria sono presenti quattro ospedali a gestione diretta (Vibo Valentia, Tropea, Soriano Calabro e Serra San Bruno). Nella città di Vibo Valentia si impone la dismissione dell'attuale Ospedale Jazzolino per gli ineliminabili vincoli imposti dalla limitatezza degli spazi. Il vecchio ospedale sarà dimesso con la messa in esercizio del nuovo presidio e sarà destinato ad attività sanitarie e amministrative, diverse da quelle ospedaliere. Il presidio ospedaliero di Serra San Bruno, sito in località montana, resterà come ospedale per acuti con un punto di primo intervento territoriale ed attività sanitarie accessorie. L'ospedale di Soriano Calabro è destinato a piattaforma territoriale mentre confermerà l'attività di struttura riabilitativa per lungodegenza post acuzie ed infine, l'ospedale di Tropea sarà ridestinato ad altre funzioni una volta attivato.

Nell'ambito territoriale Castrovillari-Rossano sono presenti otto presidi ospedalieri a gestione diretta: San Marco Argentano, Castrovillari, Lungo, Mormanno, Corigliano, Cariati, Rossano e Trebisacce.

I presidi ospedalieri di riferimento nell'ambito territoriale sono rappresentati dall'ospedale di Castrovillari, che dovrà essere potenziato e dal nuovo presidio della Sibaritide.

La realizzazione del nuovo ospedale della Sibaritide (350 p.l.) comporta prima di tutto una razionalizzazione delle risorse esistenti, sia di natura tecnologica e strutturale ma soprattutto umane, il che permetterebbe al management un più razionale utilizzo, tanto da consentire la programmazione di reparti e servizi ad oggi non presenti sul territorio. La concentrazione degli interventi sanitari su un'unica struttura rende anche più chiara l'offerta sanitaria, che oggi è confusa e dislocata su quattro piccoli presidi, permettendo all'Azienda di evitare una mobilità veramente imponente per il territorio. La realizzazione di una nuova importante struttura di riferimento che centralizzi l'offerta ospedaliera permetterebbe ai distretti di effettuare una politica sanitaria di maggiore consistenza e visibilità realizzando così un nuovo stile di assistenza sanitaria, basata sulla qualità, l'umanizzazione e la centralità del fruitore dei servizi. Un nuovo ospedale, agile, funzionale, tecnologicamente avanzato, che risponda a canoni consolidati dal punto di vista igienico-sanitario, avrà un livello di attrazione senza dubbio di gran lunga superiore a qualsiasi altra equivalente realizzazione originatasi da ristrutturazioni. Inoltre, la costruzione di questo ospedale permetterà la riorganizzazione degli altri ospedali esistenti, nel senso che l'attuale ospedale di Rossano diventerà sede della Direzione strategica, con tutti gli uffici annessi, del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale ecc.. L'ospedale di Corigliano diventerà parte sede del distretto e parte potrà essere destinata ad alienazione e l'ospedale di Cariati , riconvertito in struttura di riabilitazione intensiva e lungodegenza, manterrà una dotazione di 30 p.l per acuti al fine di garantire l'assistenza ospedaliera di base al

bacino di utenza e saranno potenziati il Pronto Soccorso, la diagnostica laboratoristica e per immagini.

L'ospedale di Trebisacce è destinato a presidio per acuti, data la sua collocazione di confine, per ridurre la consistente migrazione verso la regione limitrofa e per garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza. L'ospedale ospiterà la lungodegenza, oltre che la dialisi, la chirurgia, la medicina e la cardiologia; verrà potenziato il Pronto Soccorso e la diagnostica laboratoristica e quella per immagini.

Il presidio di Mormanno è destinato a struttura di riabilitazione e lungodegenza, quello di Lungro a piattaforma sanitaria territoriale e quello di San Marco Argentano a Casa della salute.

Nella Piana di Gioia Tauro sono attive cinque strutture ospedaliere (Polistena, Palmi, Gioia Tauro, Taurianova e Oppido Mamertina) non in grado, nel loro complesso, di dare concrete risposte sanitarie alle esigenze della popolazione (circa 160.000 abitanti). Ciò dipende dalla inadeguatezza delle strutture, vetuste e a volte fatiscenti, di concezione, anche distributiva, ormai superata, molto carenti dal punto di vista del confort alberghiero, per lo più con scarsa, se non irrilevante, capacità ricettiva, spesso con difficili collegamenti con la viabilità principale. Il solo ospedale di Polistena possiede le potenzialità per fornire un livello accettabile di assistenza sanitaria, purché si effettuino seri interventi di ammodernamento e adeguamento. La creazione del nuovo ospedale della Piana (300 p.l.) consentirà di sopperire alle problematiche prospettate e darà concrete risposte sanitarie oggi cercate altrove, determinando l'emigrazione per salute. Inoltre realizzerà numericamente e qualitativamente la ricettività ospedaliera allineandosi alle percentuali nazionali di ricoveri per acuti rapportati ai residenti nel territorio, eliminando la frammentarietà dell'offerta e potenziando l'attività di lungodegenza e riabilitazione. La struttura di Taurianova sarà riconvertita in Casa della salute e gli ospedali di Palmi e Gioia Tauro, nell'attesa della costruzione del nuovo presidio, continueranno a garantire la funzione ospedaliera per acuti e, successivamente, saranno dismessi e destinati ad attività diverse da quelle ospedaliere.

Nella Città di Catanzaro si è ritenuto opportuno realizzare una struttura ex novo piuttosto che continuare a investire risorse importanti in una struttura, il vecchio ospedale Pugliese, sicuramente non idonea a sopportare l'impatto di una nuova sanità. IL nuovo complesso ospedaliero di Catanzaro (450 p. l.), da costruire in adiacenza alla struttura ospedaliero-universitaria già esistente in località Germaneto, sostituirà l'ospedale Pugliese che in parte manterrà attività sanitarie potenziando l'offerta dei servizi territoriali di base, oggi assai carente, ed in parte sarà destinato ad altre funzioni.

L'intervento consente di ridurre inoltre l'estrema frammentarietà dell'offerta ospedaliera e di garantire l'integrazione e la sinergia tra risorse ospedaliere e risorse universitarie, finalizzate anche alla riduzione dei costi di gestione. Il PSR individua

infatti nell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio e dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini, quest'ultima già a servizio dell'università, un momento importante per la crescita e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria.

Il nuovo Accordo 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. Gli impegni finanziari per ciascun nuovo ospedale sono i seguenti:

1. Nuovo Ospedale della Sibaritide per un importo a carico dello Stato di euro 57.000.000,00;
2. 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. Tale finanziamento si aggiunge alle risorse già autorizzate dallo Stato, nell'ambito del programma di investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 e della legge n. 135/1990 (AIDS), pari a complessivi euro 32.000.672,67.
4. Nuovo Ospedale della Piana per un importo a carico dello Stato di euro 57.000.000,00.

In relazione alla particolare situazione venutasi a creare in Calabria è stato deciso, d'intesa con la Regione, di avviare una procedura straordinaria per la gestione dell'accordo di programma, prevedendo un'ordinanza della protezione civile al fine di garantire rapidità di esecuzione dei lavori e la massima trasparenza nella gestione degli appalti. Il primo atto di tale procedura è stato adottato stamattina dal Consiglio dei Ministri che ha decretato lo stato di emergenza socio-sanitaria nella regione Calabria. E' stato inoltre stabilito che il monitoraggio e la cabina di regia della realizzazione di tutte le opere programmate abbia sede a Roma presso il Ministero della Salute.

Ho inoltre deciso di istituire una Commissione ministeriale, alla cui presidenza intendo chiamare l'ex prefetto di Roma Achille Serra, per un esame complessivo dello stato dei servizi sanitari operanti in Calabria, che dovrà concludere i suoi lavori entro tre mesi dalla sua istituzione ed offrire allo Stato e alla Regione un quadro generale di riferimento per meglio orientare le azioni di risanamento della rete sanitaria regionale.

7. Quadro delle iniziative e della normativa per la sicurezza delle cure

Il Ministero della Salute ha avviato da tempo un programma specifico di promozione della sicurezza delle cure che ha trovato un primo significativo risultato nell'intesa

con le Regioni del 19 novembre scorso per la costituzione di un **Comitato Strategico Nazionale** per la Gestione del Rischio Clinico, presso il Ministero della Salute, costituito da un rappresentante ciascuno del Ministero della Salute, della ASSR, dell'ISS, del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, dell'AIFA e dell'ISPEL.

Il Comitato strategico individua le priorità per la produzione di linee guida, raccomandazioni e altri documenti di carattere tecnico-scientifico allo scopo di fornire indicazioni ed indirizzi teorico-pratici agli operatori sanitari.

Presso il Ministero della Salute opera, inoltre, un **Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella** al quale affluiscono i dati sugli eventi sentinella (incidenti gravi sui quali effettua regolarmente le inchieste, anche previo accordo con le istituzioni regionali) secondo quanto previsto dal **Sistema informativo**, il SIMES, elaborando un rapporto annuale che viene approvato dal Comitato strategico.

Presso lo stesso Ministero della Salute si riunisce, sotto la presidenza del Ministro o di un suo delegato la **Consulta Nazionale per la Sicurezza del Paziente**, quale Coordinamento della Rete Nazionale per la Sicurezza del Paziente, che riunisce i rappresentanti al livello nazionale di tutte le istituzioni che operano sul territorio per la sicurezza del paziente, centri, istituzioni pubbliche e private, rappresentanti della comunità scientifica e professionale, organizzazioni di tutela. La Consulta ha funzioni di indirizzo.

La **Agenzia per i servizi sanitari regionali**, dal canto suo, svolge funzioni di: Osservatorio Nazionale sui Sinistri e sulle Polizze Assicuratrici, a cui affluiscono i dati sui Sinistri e le Polizze Assicuratrici; monitoraggio delle Buone Pratiche. L'Assr è anche sede del Comitato tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente. Questo Comitato svolge funzioni di diffusione ed implementazione di raccomandazioni per la sicurezza del paziente al livello delle Regioni, avvalendosi delle competenze tecnico-scientifiche presenti nella ASSR e nelle Regioni.

Il lavoro già svolto

Nel corso degli ultimi due anni sono stati comunque già messi a punto e divulgati diversi documenti per la gestione del rischio clinico da parte del Ministero della Salute:

1. Rapporto Nazionale sulle Iniziative di Gestione del Rischio Clinico;
2. Glossario in tema di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico;
3. Individuazione di alcuni indicatori di sicurezza dei pazienti desunti dai flussi informativi correnti;
4. Protocollo Nazionale sperimentale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella e relativo rapporto sui primi 18 mesi di attività
5. Attivazione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli stessi (SIMES);

6. Emanazione di una serie di Raccomandazioni per gli operatori sanitari:
 - per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di potassio – KCl;
 - per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
 - per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura;
 - per la prevenzione del Suicidio in ambito ospedaliero;
 - per la comunicazione dell'errore;
 - per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
 - per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
 - per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
 - per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
7. Documento di indirizzo sulle modalità di formazione per gli operatori, che ha dato luogo alla stesura di un Corso di Formazione A Distanza (FAD), rivolto a tutti gli operatori, insieme a FNOMCeO ed IPASVI;
8. Questionario sulle modalità di coinvolgimento dei pazienti da parte di Regioni, Ordini e Collegi professionali, Società Scientifiche;
9. Rapporto sulla rilevazione su tutto il territorio nazionale delle modalità assicurative.

L'attività legislativa per la qualità e la sicurezza delle cure

L'11 maggio 2007 il Consiglio dei Ministri ha approvato il ddl sulla sicurezza delle cure su proposta del Ministro della salute Livia Turco con il quale si prevede tra l'altro:

1. l'adozione da parte delle Regioni e Province autonome di un sistema per la gestione del rischio clinico finalizzato alla sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi e cura, incluso il rischio di infezioni ospedaliere, e ciò attivando una specifica funzione aziendale in ogni Asl e in ogni Ospedale;
2. l'istituzione di un servizio di ingegneria clinica che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti sanitari, prevedendo procedure specifiche e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza;

3. norme per facilitare la soluzione stragiudiziale delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari, in linea con quanto già sperimentato positivamente in alcune Asl e in altri Paesi europei e ciò per consentire al cittadino forme più celeri di risarcimento.

Questo ddl (AS 1598-bis) è tutt'ora all'esame del Senato. Anche per questo è stato deciso di anticiparne le norme nell'ambito del disegno di legge collegato alla finanziaria 2008 per la "qualità e la sicurezza del SSN" approvato lo scorso 16 novembre dal Consiglio dei Ministri.