

Piano strutturale per l'uscita della Calabria dal commissariamento sanitario

Di Remo Pulcini e Carlo Guccione

“migliorare la salute dei Calabresi”

«Per 15 anni la Calabria ha pagato il prezzo del commissariamento. Oggi proponiamo il primo piano serio, misurabile e realizzabile per restituire ai cittadini una sanità che funziona. Non con slogan, ma con un percorso scritto, verificabile e costruito insieme allo Stato. La Calabria merita di uscire dal piano di rientro. E adesso abbiamo il metodo per farlo.»

Sommario

CHI SONO E PERCHÉ NASCE QUESTO PIANO	5
INTRODUZIONE UFFICIALE	7
Piano Strutturale per il Rilancio del Sistema Sanitario Regionale e l’Uscita dal Piano di Rientro.....	7
Premessa.....	7
Contesto e motivazione	8
Natura del documento	8
Visione generale del Piano	9
Ruolo delle forze politiche	9
Finalità dell’introduzione	9
Analisi Sanità Calabrese rispetto alle altre Regioni	10
Età della popolazione: Calabria vs resto d’Italia	11
2. Differenze di salute e mortalità.....	11
Speranza di vita e mortalità evitabile	11
3. Possibilità di cura: Calabria vs altre regioni	12
3.1 Posti letto e offerta ospedaliera.....	12
3.2 Mobilità sanitaria (i calabresi che vanno a curarsi fuori)	12
4. Sintesi dei principali “gap” di cura Calabria vs altre Regioni	13
5. Punti deboli strutturali	13
6. Dove si concentrano infiltrazioni e truffe nel settore sanitario calabrese	14
6.1 Appalti e forniture.....	14
6.2 Nomine e gestione del personale dirigente	14
6.3 Accreditamento e rapporti con il privato.....	14
6.4 Frodi sanitarie tipiche (non solo Calabria, ma particolarmente a rischio dove i controlli sono deboli)	14
6.5 Perché proprio la sanità è appetibile per le mafie	15
Come hanno fatto alcune Regioni a rientrare dal piano di rientro	15
Abruzzo.....	15
Campania	16

Lazio	16
Cosa imparare da loro	16
Descrizione breve del Piano per uscire dal Piano di rientro Sanitario.....	17
1. Un patto chiaro con lo Stato.....	17
2. Risanamento dei conti e fine degli sprechi	18
3. I LEA tornano al centro: servizi veri per i cittadini	18
4. Personale qualificato e dirigenti valutati sui risultati	18
5. Trasparenza totale con la sanità digitale	18
6. Uscita dal commissariamento	18
Conclusione	18
Come leggere il Progetto	19
DOVE SIAMO	20
TAVOLO ADDUCE	22
IL PROGETTO STRUTTURALE.....	23
FASE 0	23
FASE 1	24
FASE 2	25
FASE 3	27
FASE 4	29
FASE 5	30
Come potrebbe essere usato questo schema.....	31
Approfondimento di alcuni punti strategici del progetto	32
1. Come trattare il Tavolo Adduce per essere convincenti	32
Cosa mettere sul tavolo	32
2. Come recuperare i ritardi del PNRR (Missione 6) in Calabria – Meglio poche ma buone	32
Come recuperare (approccio operativo).....	32
3. Come recuperare le risorse professionali e diventare attrattivi.....	33
Linee strategiche per la Calabria.....	33
4. Come spendere il saldo (avanzi / margini) senza problemi	34
Principi operativi.....	34
5. Come recuperare i progetti “solo sulla carta” (digitalizzazione, ecc.)	34

Approccio pratico	35
Appendice – Come iniziare concretamente (primi 6–12 mesi)	35
Ultime considerazioni non secondarie	37
✓ A) “Censimento delle competenze reali” (entro 90 giorni)	37
✓ B) “Piano di Riattivazione Professionale” (6–12 mesi).....	37
1. Riattivare chi può essere recuperato	37
2. Ricollocare chi non può tornare operativo	38
✓ C) “Performance e responsabilità” (modello Veneto / Toscana).....	38
✓ D) Azione sui dirigenti.....	38
2. Come trasformare Azienda Zero da fallimento a “Comitato Tecnico di Controllo”	38
✓ 2.1 Nuova missione: “Agenzia tecnica di coordinamento e controllo”	39
“Comitato Tecnico di Controllo Calabria” (CTC Calabria)	39
✓ 2.2 Uffici interni da trasformare	39
1. Unità Conti & Modello CE	39
2. Unità LEA & NSG	39
3. Unità PNRR–M6 War Room	39
4. Unità Personale & Organizzazione	39
5. Unità Digitalizzazione & Sistemi Informativi	40
✓ 2.3 Report giornaliero / settimanale (modello “sala di controllo”).....	40
Ogni giorno.....	40
Ogni settimana	40
Ogni mese.....	40
✓ 2.4 Perché questa rivoluzione funziona.....	40
APPENDICE FINALE — Analisi strategica del modello.....	40
A) Il problema della Calabria non è solo la mafia	40
B) Il personale imboscato è un sintomo, non una causa	40
C) Azienda Zero può diventare la struttura che manca	41
D) In altre regioni ha funzionato.....	41
Chi dovrebbe gestire il progetto uscita piano di rientro e tavolo politico di monitoraggio bipartizan compatibile giuridicamente	42
✓ Chi deve gestire il piano: una “Triade di Vertice” con un Leader unico	42

1	Il Leader: un Commissario/Coordinatore Tecnico con poteri pieni	42
2	Braccio tecnico-operativo: Azienda Zero trasformata in Agenzia Centrale	43
3	Braccio politico-istituzionale: Presidente della Regione + Assessorato alla Sanità ..	43
	Struttura Finale (modello operativo)	43
	VERTICE UNICO	43
	SOTTOSTRUTTURA	43
	SUPERVISIONE POLITICA	43
	COPERTURA CENTRALE	43
	Perché questa è la formula vincente?	44
	Coinvolgimento politico di autocontrollo e non di spartizione	45
	SOLUZIONE: Tavolo Politico di Indirizzo e Monitoraggio (non gestionale)	45
	“Cabina di regia politica per il Piano di Rientro”	45
	Cosa può fare LEGALMENTE questa Cabina?	45
	Cosa NON può fare (per legge) la Cabina?	45
	Perché questa soluzione è OTTIMA politicamente?	46
1	Ti garantisce copertura politica totale	46
2	Rende il piano “del popolo”, non di un colore politico	46
3	Protegge il piano dai cambi di governo	46
4	Evita interferenze nella gestione	46
	La formula vincente	46

CHI SONO E PERCHÉ NASCE QUESTO PIANO

Questo Piano nasce da un percorso professionale e umano che mi ha portato, negli anni, a conoscere da vicino il sistema sanitario, le sue potenzialità e le sue fragilità.

La mia formazione è il risultato di due strade che si sono intrecciate: quella **sanitaria** e quella **giuridica**. Una doppia prospettiva che mi ha permesso di comprendere non soltanto il

funzionamento clinico-organizzativo dei servizi, ma anche la cornice normativa, le responsabilità, le regole e gli obblighi che governano la sanità pubblica.

Ho lavorato a lungo all'interno della macchina sanitaria, in più Regioni, e in Calabria in modo particolarmente intenso. Il mio ruolo come **esperto Agenas**, distaccato presso la Regione Calabria in forza al **DL 150/2021**, mi ha portato al fianco del **Commissario ad acta** durante una fase complessa e decisiva del Piano di Rientro.

Lì, dentro gli uffici, nelle riunioni tecniche, nei confronti con le aziende sanitarie, ho potuto vedere da vicino non solo le criticità amministrative e gestionali, ma anche l'impegno di tanti professionisti che lottano ogni giorno per far funzionare un sistema spesso troppo fragile.

A questa attività si è affiancata la mia collaborazione con l'**Autorità Garante delle Persone Private della Libertà della Regione Calabria**, dove mi sono occupato degli aspetti sanitari e giuridici legati agli istituti penitenziari.

Anche in quel contesto ho trovato una Calabria complessa, fatta di bisogni enormi, strutture sotto pressione e un sistema organizzativo che deve essere ricostruito con metodo, competenza e coraggio.

Il motivo per cui ho deciso di mettere insieme questo Piano non è accademico, né politico, né comunicativo. È un lavoro che nasce da una **richiesta diretta di Carlo Guccione**, persona che apprezzo da molti anni per la sua battaglia costante e coerente in difesa dei diritti dei calabresi, soprattutto sul fronte della sanità.

La sua esperienza, il suo realismo e la sua conoscenza profonda del sistema sanitario regionale hanno rappresentato uno stimolo serio a trasformare ciò che ho visto, studiato e vissuto sul campo in un documento strutturato, utile e concretamente applicabile.

Questo Piano è quindi, prima di tutto, un contributo tecnico.

Non vuole essere una bandiera di parte, né un esercizio retorico.

È il frutto di ciò che ho imparato nella mia attività quotidiana, nei sopralluoghi, nei tavoli tecnici, nelle analisi giuridiche, nell'ascolto degli operatori e nel confronto con le criticità strutturali che impediscono alla Calabria di avere un sistema sanitario all'altezza dei suoi cittadini.

La mia intenzione è semplice: mettere a disposizione una visione chiara, una metodologia e una strada possibile per uscire da un lungo periodo di commissariamento e riportare la sanità calabrese a una condizione di normalità.

Una normalità fatta di servizi funzionanti, personale valorizzato, conti in ordine, governance stabile e una relazione più trasparente e credibile con lo Stato.

Questo documento è quindi, per me, un atto di responsabilità professionale. Un modo per restituire alla Calabria ciò che ho ricevuto lavorando qui: consapevolezza, esperienza, e il desiderio di contribuire – con competenza e onestà intellettuale – a un cambiamento che è possibile, a condizione che sia finalmente serio, organizzato e libero da improvvisazioni.

INTRODUZIONE UFFICIALE

Piano Strutturale per il Rilancio del Sistema Sanitario Regionale e l'Uscita dal Piano di Rientro

Premessa

Il presente documento costituisce la **base tecnica, strategica e organizzativa** del percorso di riforma strutturale del Servizio Sanitario Regionale della Calabria.

Non rappresenta una serie di slide, né una presentazione grafica: è un **documento operativo**, costruito per definire con precisione:

- gli obiettivi,
- le responsabilità,
- i meccanismi di governance,
- i sistemi di controllo,
- e le condizioni necessarie per portare la Regione fuori dal Piano di Rientro e dal Commissariamento.

Il suo contenuto ha carattere **programmatico e strutturale**.

È pensato per essere utilizzato come riferimento da parte delle istituzioni regionali, del Tavolo Adduce, dei Ministeri competenti e delle Aziende del sistema sanitario.

Contesto e motivazione

Il sistema sanitario calabrese attraversa una fase critica e prolungata, caratterizzata da:

- instabilità gestionale,
- insufficiente capacità amministrativa,
- disomogeneità nella qualità dei servizi territoriali e ospedalieri,
- ritardi nella digitalizzazione e nell'utilizzo delle risorse PNRR,
- difficoltà strutturali nel reclutamento e nella valorizzazione delle risorse professionali,
- mobilità sanitaria elevata,
- situazioni di vulnerabilità nelle procedure di acquisto e nei sistemi di controllo.

Questi fattori hanno prodotto una perdita di fiducia nei cittadini e un deterioramento dell'immagine complessiva della sanità regionale.

È necessario avviare un percorso di **rifondazione strutturale**, fondato su criteri tecnici, trasparenza, responsabilità e collaborazione istituzionale.

Il presente Piano intende rispondere a questa esigenza con una visione chiara, con strumenti concreti e con un'organizzazione definitiva delle catene decisionali.

Natura del documento

Il Piano non è un allegato comunicativo:

non contiene grafici, fotografie, slide o elementi decorativi.

Questa scelta è deliberata.

L'obiettivo non è presentare un prodotto narrativo, ma costruire una **architettura funzionale**, in grado di sostenere per anni:

- Programmi Operativi triennali,
- relazioni con il Tavolo Adduce,
- piani di riequilibrio economico,
- riforme del personale,

- razionalizzazioni della rete ospedaliera e territoriale,
- sviluppo delle infrastrutture digitali,
- investimenti PNRR,
- sistemi di verifica e controllo.

La solidità del documento risiede nella sua capacità di essere **uno strumento di lavoro**, un riferimento costante per la guida tecnico-politica del sistema.

Visione generale del Piano

Il Piano si fonda su cinque pilastri strategici:

1. Governance unica, forte e ordinata

Creazione di un vertice tecnico autorevole, riconosciuto da Regione e Stato, affiancato da un'Agenzia Centrale (Azienda Zero riformata) dotata di funzioni reali di controllo, standardizzazione e program management.

2. Risanamento strutturale e trasparente dei conti

Ripulitura del perimetro economico, riduzione del debito commerciale, gestione prudente del saldo e allineamento alle aspettative del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

3. Riequilibrio della rete dei servizi e miglioramento dei LEA

Potenziamento del territorio, presa in carico dei cronici, riorganizzazione delle reti ospedaliere e superamento delle criticità del NSG.

4. Rafforzamento delle risorse umane e attrattività del sistema

Reclutamento, riattivazione e riqualificazione del personale, recupero delle professionalità, valorizzazione dei dirigenti responsabili e creazione di percorsi per attrarre lavoratori qualificati.

5. Digitalizzazione reale e non formale

Riorganizzazione dei sistemi informativi, razionalizzazione dei software, implementazione efficace del Fascicolo Sanitario Elettronico, integrazione dei flussi NSIS/NSG, monitoraggio continuo delle liste d'attesa e delle attività aziendali.

Ruolo delle forze politiche

Pur salvaguardando la necessaria neutralità amministrativa e l'autonomia gestionale del sistema sanitario, il Piano prevede il coinvolgimento **istituzionale e trasversale** delle principali forze politiche attraverso una:

Cabina di Regia Politica di Indirizzo e Monitoraggio,

senza poteri gestionali, con funzioni di garanzia e continuità del percorso di riforma.

Questo organismo garantisce che la sanità calabrese diventi finalmente un terreno istituzionale condiviso e non un campo di contesa politica.

Finalità dell'introduzione

Questa introduzione definisce il quadro generale, i principi, le regole e la postura istituzionale con cui la Regione Calabria intende affrontare il risanamento del proprio sistema sanitario.

Il documento che segue dettaglia:

- strumenti,
- metodi,
- responsabilità operative,
- cronoprogramma,
- criteri valutativi,
- rapporti con i Ministeri,
- e meccanismi di controllo.

Il Piano è quindi la **base di partenza** di un processo che mira al risanamento strutturale, alla stabilità gestionale e alla piena restituzione delle funzioni sanitarie alla Regione.

Analisi Sanità Calabrese rispetto alle altre Regioni

Analisi Sintetica

Demografia e salute

“La Calabria è solo un po’ più giovane della media italiana, ma ha **più mortalità** e **meno anni di vita attesa**. Non è il destino, è un problema di sanità e giustizia sociale.”

Disuguaglianze di cura

“Siamo **ultimi per posti letto**, terzi per **fuga sanitaria** e indietro sui LEA territoriali: un quarto dei calabresi deve andare altrove per curarsi. È una discriminazione sanitaria in base al CAP.”

Legalità e sprechi

“Dove lo Stato è debole, entrano corruzione e 'ndrangheta: appalti, forniture, nomine. Bonificare questi settori non è solo una questione di legalità, ma l'unico modo per liberare risorse e ridare dignità alla sanità calabrese.”

Età della popolazione: Calabria vs resto d'Italia

Parliamo qui della **popolazione generale** (cioè i cittadini, non il personale sanitario).

Struttura per età

Dati ISTAT 2023:

- **Età media**
 - **Calabria:** 46,0 anni
 - **Italia:** 46,6 anni
 - 👉 La Calabria è **leggermente più giovane** della media nazionale.
- **Indice di vecchiaia** (anziani 65+ per 100 giovani 0–14 anni)
 - **Calabria:** 189,4
 - **Italia:** 199,8
 - 👉 Anche qui: Calabria un po' meno anziana, ma **comunque molto vecchia** e in rapido invecchiamento.
- Tasso di mortalità grezzo (decessi per 1.000 abitanti, 2023)
 - **Calabria:** 11,9‰
 - **Italia:** 11,4‰
 - 👉 In Calabria si muore un po' di più **nonostante** la popolazione sia leggermente più giovane.

Questo crea un **paradosso politico da sottolineare**:

“Abbiamo una popolazione solo un po' più giovane, ma una mortalità più alta: non è la biologia, è l'organizzazione della sanità e delle condizioni sociali.”

2. Differenze di salute e mortalità

Speranza di vita e mortalità evitabile

Secondo il rapporto ISTAT “Benessere equo e sostenibile per la Calabria”:

- **Speranza di vita alla nascita (2022)**
 - Calabria: **81,6 anni**
 - Italia: circa **82,6 anni**
 - 👉 **-1 anno** rispetto alla media nazionale.
- La Calabria è **peggiore della media italiana** per:
 - **mortalità evitabile** (decessi che potrebbero essere ridotti con prevenzione efficace e cure tempestive);
 - **mortalità infantile**, più alta rispetto al dato nazionale.

Tradotto in linguaggio politico:

“Nascere e vivere in Calabria significa, ad oggi, avere **meno anni di vita attesa** e una **maggiore probabilità di morire per cause evitabili** rispetto alla media nazionale.”

3. Possibilità di cura: Calabria vs altre regioni

3.1 Posti letto e offerta ospedaliera

Un'analisi del Centro Studi Unimpresa sui posti letto pubblici:

- **Posti letto complessivi (acuti + riabilitazione/lungodegenza)**
 - **Calabria:** 315,9 posti letto ogni 100.000 abitanti
 - **Media nazionale:** 390 posti letto ogni 100.000
 - **Piemonte (esempio Nord):** 493,3
 - Lombardia e Valle d'Aosta: oltre 450 posti letto/100.000 [↓](#)

In più, in Calabria:

- copertura **molto bassa** per lungodegenza e riabilitazione, con la quota peggiore d'Italia per lungodegenza (circa 5% del totale posti letto).

Messaggio chiave:

“La Calabria è **l'ultima regione d'Italia per posti letto ospedalieri** e tra le più carenti nella riabilitazione e nella lungodegenza. Questo significa meno possibilità di ricovero, meno riabilitazione dopo eventi gravi, più famiglia lasciata sola.”

3.2 Mobilità sanitaria (i calabresi che vanno a curarsi fuori)

Secondo il Rapporto Osservasalute e altre elaborazioni:

- Circa **un quarto dei calabresi (25,75%)** va a curarsi in un'altra regione: **terza regione italiana per mobilità passiva**.
- Il saldo economico è pesantissimo:
 - nel 2022 la Calabria ha avuto un saldo di mobilità passiva vicino ai **–190 milioni di euro**, tra i peggiori d'Italia (insieme a Campania e Sicilia).

La fuga è soprattutto verso **Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana**, regioni più attrattive per:

- chirurgia complessa,
- oncologia,
- cardiocirurgia,
- neurochirurgia,
- pediatria di alta specialità.

Politicamente:

“Un quarto dei calabresi è costretto a prendere un treno o un aereo per curarsi. Pagano due volte: in tasse e in viaggi. Questa è la misura della distanza tra la nostra sanità e quella di molte regioni del Centro-Nord.”

4. Sintesi dei principali “gap” di cura Calabria vs altre Regioni

Rispetto alle regioni forti del Nord e di parte del Centro (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Veneto):

1. Meno posti letto

- Calabria ultima per dotazione ospedaliera complessiva, soprattutto nella lungodegenza e riabilitazione.

2. Territorio debole

- Nel Nuovo Sistema di Garanzia LEA (NSG), la Calabria è inadempiente soprattutto in **area distrettuale** (territorio, cronici, ADI, strutture intermedie), con punteggi <60.

3. Accesso alle alte specialità

- molte prestazioni di alta complessità non sono disponibili o non sono percepite come affidabili, quindi i cittadini migrano.

4. Liste d’attesa e sovraffollamento

- reparti di medicina interna con **occupazione >100% dei posti letto** e pazienti in corridoio, anche per carenza di servizi territoriali che dovrebbero “scaricare” l’ospedale.

5. Peggior esito medio di salute

- meno anni di vita e più mortalità evitabile rispetto all’Italia;
- divari soprattutto negli indicatori di prevenzione e assistenza territoriale.

5. Punti deboli strutturali

dati pubblici.

1. Governance instabile

- commissariamenti ripetuti,
- aziende sanitarie sciolte (es. ASP di Reggio Calabria sciolta e commissariata per gravi infiltrazioni e irregolarità),
- frequente turn-over dei direttori generali.

2. Territorio sottodimensionato

- pochi servizi domiciliari,
- ADI, cure palliative, strutture intermedie sotto gli standard,
- medicina di famiglia non sufficientemente integrata in team multiprofessionali.

3. Ospedali sovraccarichi

- pochi posti letto, personale insufficiente, pronto soccorso usati come “porta d’ingresso” per tutto, inclusi casi che dovrebbero essere gestiti dal territorio.

4. Capacità amministrativa fragile

- storici problemi di bilanci, residui, debiti verso fornitori,

- ritardi informativi e contabili spesso segnalati anche nei verbali di Tavolo e Corte dei conti.

6. Dove si concentrano infiltrazioni e truffe nel settore sanitario calabrese

Qui ci limitiamo **a ciò che è pubblico e accertato o oggetto di indagini ufficiali**, senza fare nomi singoli.

Le fonti (relazioni DIA, inchieste giudiziarie e articoli di analisi) convergono su alcuni **punti sensibili**:

6.1 Appalti e forniture

- Il caso dell'**ASP di Reggio Calabria**, commissariata nel 2019, è emblematico: le inchieste hanno mostrato un sistema in cui cosche di 'ndrangheta, colletti bianchi e pezzi del management sanitario condizionavano:
 - **forniture di dispositivi medici e materiali sanitari,**
 - **affidamenti diretti e gare pilotate,**
 - **“fatturazione privilegiata” a società legate alle cosche**

Area critica:

Appalti per dispositivi medici, servizi e infrastrutture: forte esposizione a corruzione, cartelli e infiltrazioni mafiose.

6.2 Nomine e gestione del personale dirigente

Nel caso ASP di Reggio Calabria, le indagini hanno evidenziato:

- tentativi di **condizionare le nomine di direttori di distretto e dirigenti,**
- utilizzo di posizioni chiave per orientare forniture, scelte organizzative, trasferimenti di personale.

Area critica:

Selezione dei dirigenti sanitari e amministrativi: rischio di cooptazione politica/clientelare e talvolta mafiosa.

6.3 Accredimento e rapporti con il privato

In linea con quanto osservato in altre regioni italiane:

- l'area dell'**accredimento di strutture private e dei tetti di spesa** è considerata ad alto rischio:
 - possibilità di **concessioni di accreditamento non trasparenti,**
 - riequilibri di budget e tetti “a tavolino”,
 - rapporti opachi tra politica, burocrazia e imprenditoria sanitaria.

6.4 Frodi sanitarie tipiche (non solo Calabria, ma particolarmente a rischio dove i controlli sono deboli)

Tipologie più frequenti, secondo studi su corruzione in sanità e rapporti su mafie e appalti sanitari:

- **upcoding e falsi DRG** (ricoveri classificati come più complessi per aumentare il rimborso);
- **prestazioni mai erogate ma fatturate** da strutture accreditate;
- **prescrizioni e rimborsi farmaceutici gonfiati**, talvolta legati a rapporti anomali tra medici e aziende;
- **uso distorto dei fondi per il privato convenzionato** (più remunerativo rispetto al pubblico, con meccanismi di over-utilizzo).

6.5 Perché proprio la sanità è appetibile per le mafie

Le relazioni DIA e vari dossier sottolineano che la sanità è interessante per la criminalità organizzata perché offre:

- **flussi finanziari enormi e stabili** (quota rilevante del bilancio regionale);
- una **filiera lunga di appalti e subappalti** (costruzioni, manutenzioni, forniture, servizi);
- molte **zone grigie discrezionali** (accreditamenti, nomine, scelte di investimento);
- un forte **potere di influenza sociale**: controllare la sanità significa anche avere consenso e potere sul territorio

“La criminalità organizzata ha certamente condizionato parti della nostra sanità, come documentato negli anni.

Ma sarebbe troppo facile attribuire tutto alle mafie.

La Calabria paga anche decenni di **scelte sbagliate, incapacità gestionale, nomine senza merito, instabilità e mancanza di programmazione**.

La responsabilità non è solo della 'ndrangheta: è di una classe dirigente che, a tutti i livelli, avrebbe dovuto impegnarsi di più e controllare di più.”

Come hanno fatto alcune Regioni a rientrare dal piano di rientro

Abruzzo

- **Commissariamento**: 2008–2016.

- **Uscita:** DPCM 15 settembre 2016 – il Consiglio dei Ministri delibera la fine del commissariamento; prima Regione a uscire.
- **Strategia:**
 - successione di Programmi Operativi (2010, 2011–12, 2013–15, 2016–18) focalizzati su:
 - rientro dal disavanzo,
 - riqualificazione della rete ospedaliera,
 - potenziamento dei distretti.
 - miglioramento congiunto di conti e LEA, fino al superamento delle verifiche del Tavolo.

Campania

- **Commissariamento:** 2009–2019.
- **Uscita:** il 5 dicembre 2019 il Consiglio dei Ministri approva il “Piano triennale 2019–2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano” ai fini dell’uscita dal commissariamento; De Luca parla di “risultato storico”.
 - forte focus sul rientro dai disavanzi;
 - miglioramento graduale dei LEA fino alla soglia di adempienza;
 - Piano triennale con chiara integrazione tra sviluppo (investimenti) e riqualificazione (chiusure/riorganizzazioni).

Lazio

- **Commissariamento:** 2008–2020.
- **Uscita:** luglio 2020 – al Tavolo di verifica del 22 luglio il MEF certifica la chiusura della fase di commissariamento dopo 12 anni.
- **Strategia:**
 - adozione di un **Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo 2019–2021** (DCA 81/2020 e DCA U00018/2020) specificamente “ai fini dell’uscita dal commissariamento”;
 - drastica riduzione del disavanzo;
 - miglioramento dei LEA e forte spinta su:
 - rete ospedaliera,
 - digitalizzazione (RECUP, sistemi informativi),
 - controllo della spesa.

Cosa imparare da loro

1. **Un piano esplicito “ai fini dell’uscita”**, non solo generico.
2. **Conti e LEA trattati insieme**, mai separati.
3. **Rapporto costante con il Tavolo**, usando le verifiche come leva di miglioramento, non solo come giudizio.

4. **Pochi assi strategici chiari:**

- conti puliti,
- rete ospedaliera razionalizzata,
- territorio rafforzato,
- governance e digitale.

Descrizione breve del Piano per uscire dal Piano di rientro Sanitario

1. Un patto chiaro con lo Stato

Il primo passo è definire un **accordo formale** con Governo e Tavolo Adduce.

Per la prima volta poniamo sul tavolo **scadenze, indicatori e condizioni precise** per il ritorno alla normalità.

La Regione si impegna, lo Stato certifica: tutto alla luce del sole.

2. Risanamento dei conti e fine degli sprechi

Nei primi due anni:

- ripuliamo i conti da irregolarità storiche,
- centralizziamo gli acquisti per evitare sprechi,
- paghiamo i fornitori con tempi certi,
- avviamo un piano di rientro dalla mobilità sanitaria che oggi vale centinaia di milioni l'anno.

La Calabria non può più permettersi di finanziare gli ospedali delle altre regioni.

3. I LEA tornano al centro: servizi veri per i cittadini

Il nostro tallone d'Achille non sono gli ospedali: è il territorio.

Per questo potenziamo:

- medici di famiglia, infermieri di comunità e assistenza domiciliare;
- strutture intermedie, cure palliative e cronicità;
- pronto soccorso più forti e collegati con telemedicina.

L'obiettivo è semplice e misurabile: **Calabria pienamente adempiente nei LEA.**

4. Personale qualificato e dirigenti valutati sui risultati

Partiamo con un piano straordinario di assunzioni nei reparti critici.

Riduciamo il precariato e investiamo nelle competenze.

Nasce la **Scuola di Management Sanitario della Calabria**, per formare dirigenti capaci e stabili, responsabili degli obiettivi.

5. Trasparenza totale con la sanità digitale

Una piattaforma regionale unica integrerà tutti i dati sanitari.

Ogni tre mesi pubblicheremo il **Dossier Calabria Sanità:**

conti, LEA, liste d'attesa, spesa, personale.

Niente più opacità: tutto sarà verificabile da cittadini, stampa e istituzioni.

6. Uscita dal commissariamento

Quando avremo:

- conti in ordine,
- LEA sopra le soglie ministeriali per due anni consecutivi,
- governance stabile e trasparente,

la Calabria firmerà con lo Stato il **ritorno alla gestione ordinaria.**

Non più commissari, ma una Regione finalmente autonoma nella propria sanità.

Conclusione

«Oggi non presentiamo un libro dei sogni.

Presentiamo un percorso concreto, operativo, misurabile, costruito insieme allo Stato.

La Calabria ha pagato abbastanza: è il momento di restituire ai cittadini una sanità che

funziona.
Oggi inizia il cambiamento.»

Come leggere il Progetto

1. Una **diagnosi sintetica** di “dove siamo”.

2. Una **lettura del ruolo del Tavolo Adduce**.
3. Un **progetto strutturale a tappe (5–6 anni)** pensato in logica tecnico-politica, con KPI chiari e “materiale” per i verbali del Tavolo.

DOVE SIAMO

1. Dove siamo: diagnosi tecnica (molto sintetica)

1.1 Commissariamento e piano di rientro “storico”

- Il piano di rientro calabrese viene approvato nel 2009 (DGR 845/2009 e accordo 2010–2012) con obiettivi di riequilibrio economico e riorganizzazione strutturale del SSR.
- Nonostante oltre 15 anni di commissariamento, la sanità calabrese è ancora commissariata (insieme al Molise) e le organizzazioni sindacali chiedono di accelerare la fine del commissariamento perché ritenuto ormai contro-produttivo rispetto alla qualità dei servizi.

1.2 Conti sanitari

- Il Tavolo di verifica chiede periodicamente chiarimenti sui conti (modello CE), come da recente richiesta del MEF sul IV trimestre 2023, oggetto di relazione regionale per la riunione congiunta Tavolo adempimenti / Comitato LEA dell’11 aprile 2024.
- Il finanziamento sanitario regionale è fortemente condizionato dalle **maggiorazioni IRPEF/IRAP** decise proprio dal Tavolo Adduce come manovre fiscali vincolate all’equilibrio sanitario.

1.3 LEA e Nuovo Sistema di Garanzia

- Dal 2020 la vecchia “griglia LEA” è sostituita dal **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** basato su 22 indicatori CORE su tre macro-aree: prevenzione, distrettuale, ospedaliera. Una Regione è “adempiente” solo se supera 60 punti in tutte e tre le aree.
- Per il 2022 la Calabria è risultata **inadempiente**: punteggio <60 in prevenzione (36,59) e distrettuale (34,88), sufficiente solo l’area ospedaliera (63,78).
- Nel 2023, secondo l’analisi Gimbe sul monitoraggio LEA, la Calabria:
 - raggiunge un punteggio complessivo 177/300, 19^a in Italia;
 - torna **“verde”** (≥60) in prevenzione (≈68) e ospedaliero (≈69);
 - resta **insufficiente nell’area distrettuale** e quindi ancora formalmente “inadempiente”.

Tradotto: **l'anello debole strutturale è il territorio** (assistenza distrettuale, cronici, medicina di famiglia, ADI, strutture intermedie, ecc.), non tanto l'ospedale in sé.

1.4 Criticità amministrative e organizzative

- I verbali del Tavolo Adduce hanno più volte certificato **gravi criticità amministrative**, in particolare su alcune ASP (Cosenza, Reggio), con problemi di gestione, doppi pagamenti, residui patologici, irregolarità nei flussi informativi.
- Il quadro politico-amministrativo è stato segnato da scioglimenti di ASP, turn-over continuo di commissari e DG, e da una sostanziale **instabilità della governance** che rende difficile la continuità dei programmi operativi.

TAVOLO ADDUCE

2. Il ruolo del Tavolo Adduce (e perché va usato a nostro favore)

Il cosiddetto “**Tavolo Adduce**” è, in sostanza:

- il **Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali** (MEF, Salute, Regioni) + il **Comitato permanente LEA**, in seduta congiunta per le Regioni in piano di rientro;
- verifica:
 - equilibrio economico e correttezza contabile;
 - rispetto degli adempimenti LEA;
 - coerenza delle manovre fiscali e dell'uso delle risorse.

È il Tavolo che:

- **certifica adempienze/inadempienze** (con ricadute su trasferimenti e vincoli);
- può imporre o confermare **maggiorazioni IRPEF/IRAP** finalizzate a coprire i disavanzi;
- valuta Programmi Operativi e piani di rientro integrativi.

Per uscire dal piano di rientro, quindi, serve un percorso in cui ogni tappa sia **documentabile e “tavolizzabile”**:

ogni fase deve produrre indicatori, delibere e risultati leggibili nei verbali del Tavolo.

IL PROGETTO STRUTTURALE

3. Progetto strutturale pluriennale: 5–6 anni, 5 fasi + fase 0

Obiettivo di fondo:

in 5–6 anni portare la Calabria

- ad **adempienza LEA** stabile (≥ 60 in tutte le aree per almeno 2 anni consecutivi);
- ad **equilibrio economico strutturale** senza extra-aliquote straordinarie;
- a una **governance ordinaria** (fine commissariamento) con un patto di consolidamento.

FASE 0

Fase 0 – Patto politico-tecnico con il Governo e il Tavolo (0–6 mesi)

Obiettivi

- Trasformare il Tavolo Adduce da “tribunale” a **co-designer del percorso di uscita**.
- Mettere nero su bianco *quando e a quali condizioni* si esce dal piano.

Azioni concrete

1. Accordo quadro Stato–Regione–Struttura commissariale:

- definizione di **target quantitativi**:
 - LEA/NSG: punteggi minimi per ciascuna area (es. ≥ 70 prevenzione, ≥ 70 ospedaliera, ≥ 65 distrettuale);
 - conti: pareggio economico annuale, riduzione stock debito commerciale X%/anno, tempi di pagamento < 60 giorni;
 - mobilità passiva: riduzione del saldo negativo di almeno Y% in 5 anni.

2. Programma Operativo “Calabria 2026–2030”:

- integrato con PNRR e fondi FSC;
- con 4–5 **assi strategici** (Conti, Territorio/LEA, Personale, Digitale, Governance).

3. Costituzione di una **Unità di Program Management (UPM)** regionale:

- struttura tecnica snella (economisti sanitari, esperti contabili, analisti dati, organizzatori sanitari) che alimenta il Tavolo con dossier trimestrali.

Output verso il Tavolo

- Documento di “**Percorso di uscita dal commissariamento**” con condizioni, indicatori e cronoprogramma approvato dai Ministeri.

FASE 1

Fase 1 – Pulizia contabile e riequilibrio finanziario (anni 1–2)

Obiettivo: azzerare il disavanzo corrente e rendere “pulito” il perimetro dei conti.

Azioni

1. Riaccertamento straordinario dei residui sanitari:

- cleaning delle partite patologiche (fatture doppie, contenziosi ultra decennali, crediti inesigibili);
- utilizzo di strumenti di definizione transattiva e piani di rientro con i fornitori.

2. Centralizzazione avanzata degli acquisti sanitari:

- valorizzare la stazione unica appaltante regionale, definendo **cataloghi standard** per farmaci, dispositivi e servizi;
- controllo incrociato dei prezzi con banche dati nazionali (CONSIP, BDCR).

3. Revisione delle esternalizzazioni:

- audit su laboratori, diagnostica, RSA, strutture accreditate;
- ridefinizione dei tetti di spesa e del mix pubblico/privato in base a fabbisogni, non a storici.

4. Manovra su mobilità passiva:

- individuare i “pacchetti di fuga” (es. oncologia, ortopedia elettiva, cardiocirurgia, diagnostica avanzata) e costruire progetti mirati di rientro (accordi con IRCCS/aziende calabresi, nuove linee produttive).

5. Negoziazione with Tavolo:

- definizione di **scalini di riduzione graduale** delle extra-aliquote IRPEF/IRAP legati al raggiungimento di target di disavanzo e debito.

KPI chiave

- Disavanzo sanitario annuo → 0 entro fine anno 2.
- Stock debito commerciale → -30% in 2 anni.
- Tempi di pagamento fornitori → < 90 giorni entro fine anno 2, <60 giorni entro fine anno 3.

FASE 2

Fase 2 – Riequilibrio dei LEA, con focus sul territorio (anni 1–4)

Questa è la vera “chiave di volta”, perché il **tallone d’Achille è l’assistenza distrettuale**.

Obiettivo: portare l’area distrettuale del NSG sopra 60 punti, mantenendo prevenzione e ospedaliera sopra soglia.

Azioni principali

1. Ridisegno della rete distrettuale:

- mappatura di tutti i distretti, case della comunità, strutture intermedie (anche PNRR);
- definizione di “**micro-aree di prossimità**” per aree interne e coste;
- potenziamento ADI, cure palliative domiciliari, assistenza residenziale e semiresidenziale.

2. Medicina generale e team multiprofessionali

- attivazione reale di AFT/UCCP con indicatori di attività e presa in carico cronici;
- introduzione estesa di **infermiere di famiglia e comunità**, fisioterapisti di territorio, tecnici e professioni di supporto;
- incentivi selettivi per MMG/PLS in aree carenti e interne.

3. PDTA regionali per cronicità “pesanti”

- diabete, BPCO, scompenso, oncologia, insufficienza renale, sfera mentale;
- PDTA legati a indicatori NSG (ricoveri evitabili, riacutizzazioni, accessi in PS).

4. Rete dell’emergenza-urgenza e degli ospedali

- revisione della **rete ospedaliera** con logica hub & spoke (max 3 hub di riferimento regionale, spoke territoriali ben definiti);
- potenziamento PS ad alto afflusso e razionalizzazione dei pronto soccorso marginali, con sostituzione dove possibile con **Punti di primo intervento + teleconsulto**.

5. Progetti bandiera “per il Tavolo”

- Rete stroke regionale (ictus).
- Rete oncologica integrata con tumor board multidisciplinari.
- Rete emergenza-urgenza (118–PS–territorio).

- Programma “Calabria cronici” (cronicità + telemedicina).

KPI chiave

- NSG area distrettuale:
 - ≥ 55 entro anno 3;
 - ≥ 60 entro anno 4.
- Riduzione ricoveri evitabili e accessi impropri in PS ($-X\%$ in 4 anni).
- Tassi di copertura ADI e residenziale allineati alla media nazionale.

FASE 3

Fase 3 – Persone, competenze e management (anni 1–5)

Senza persone non si fa nessun piano.

Obiettivo: ridisegnare il mix di personale e creare una **classe dirigente sanitaria** stabile e competente.

Azioni

1. Piano straordinario di assunzioni mirate:

- PS, anestesia-rianimazione, radiologia, personale tecnico, personale amministrativo contabile e di controllo;
- concorsi **unici regionali** con graduatorie utilizzabili da tutte le aziende.

2. Stabilizzazione e valorizzazione del personale esistente:

- riduzione strutturale del precariato;
- sistemi di valutazione e premialità legati a indicatori di risultato (LEA, liste d'attesa, conti).

3. Scuola di Management Sanitario Calabria:

- in partnership con Agenas e università calabresi/nazionali;
- percorsi per DG, DS, DA, direttori di distretto, coordinatori professionali;
- formazione specifica su:
 - contabilità sanitaria;
 - gestione dei flussi informativi LEA/NSIS;
 - riorganizzazione di reti cliniche.

4. Ridisegno della governance delle aziende:

- criteri stringenti di nomina dei DG (CV, esperienza, indicatori di performance);
- introduzione di **contratti di mandato** con obiettivi legati a:
 - LEA aziendali;
 - equilibrio di bilancio;
 - liste d'attesa;
 - qualità e sicurezza.

KPI

- % posizioni apicali coperte con selezione pubblica e CV adeguati.
- Riduzione turn-over dei DG e DS (durata media ≥ 3 anni).
- % personale stabile vs precario.

FASE 4

Fase 4 – Digitalizzazione e data governance (anni 1–4)

Questa fase è un “moltiplicatore” di tutte le altre.

Obiettivo: costruire una **piattaforma informativa regionale unica** che alimenti in automatico Tavolo Adduce, Comitato LEA, Regione e aziende.

Azioni

1. **Completare e davvero implementare i sistemi di Autorizzazione & Accredimento:**
 - piattaforma unica regionale per autorizzazioni, accreditamenti, rinnovi, controlli;
 - integrazione con contabilità, flussi SDO, specialistica, farmaceutica.
2. **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e sanità digitale**
 - piena interoperabilità tra aziende, MMG, PLS, strutture private accreditate;
 - moduli per: ricette, referti, piani terapeutici, PDTA, telemonitoraggio.
3. **Data warehouse sanitario regionale**
 - integrazione di tutti i flussi NSIS e NSG;
 - dashboard per:
 - LEA per distretto/azienda;
 - conti (modello CE, debiti, tempi di pagamento);
 - personale (dotazioni, turn-over);
 - liste d’attesa e mobilità.
4. **Sala di controllo regionale**
 - produzione di un **“Dossier Tavolo Adduce” trimestrale:**
 - 10–15 indicatori sintetici (LEA, conti, personale, governance);
 - allegati tecnici aziendali.

KPI

- % flussi NSIS trasmessi correttamente e nei tempi.
- Riduzione errori e incongruenze segnalati dal Comitato LEA.

FASE 5

Fase 5 – Uscita ordinata dal commissariamento e piano di consolidamento (anni 4–6)

Condizioni per chiedere formalmente l'uscita

- **LEA/NSG:**
 - ≥60 in tutte le tre aree per **almeno 2 anni consecutivi** (es. 2026–2027).
- **Conti:**
 - pareggio o avanzo di gestione;
 - stock debito commerciale sotto soglia nazionale media;
 - nessuna grave irregolarità contestata da MEF e Corte dei Conti.
- **Governance:**
 - quadro stabile di DG/commissari;
 - nessuno scioglimento aziendale per infiltrazioni o irregolarità gravi negli ultimi anni.

Passi operativi

1. **Relazione finale al Tavolo Adduce:**
 - bilancio dei Programmi Operativi;
 - dimostrazione analitica del rispetto di tutte le condizioni.
2. **Nuovo accordo Stato–Regione:**
 - chiusura del piano di rientro;
 - **riduzione e progressiva eliminazione** delle extra-aliquote IRPEF/IRAP;
 - istituzione di un “**Patto di stabilità sanitaria**” con verifica annuale leggera per 3–5 anni (Tavolo di accompagnamento non più commissariale).
3. **Rientro alla piena responsabilità regionale:**
 - trasferimento progressivo delle funzioni dalla Struttura commissariale alla Giunta/Dipartimento Salute;
 - mantenimento dell'UPM come struttura tecnica interna alla Regione.

Come potrebbe essere usato questo schema

Questo schema:

- è **coerente con la logica del piano di rientro originario** (parte organizzativa + risanamento strutturale)
- parla la lingua del **Tavolo Adduce** (conti, LEA, adempimenti, IRPEF/IRAP);
- è traducibile in:
 - Programmi Operativi triennali;
 - un “**Piano Calabria LEA & Conti 2030**” da presentare formalmente ai Ministeri;
 - dossier tecnico con cronoprogramma e KPI.

Approfondimento di alcuni punti strategici del progetto

1. Come trattare il Tavolo Adduce per essere convincenti

Qui la chiave è: **parlare la lingua del Tavolo** (conti, LEA, atti) e presentarsi come partner affidabili, non come “imputati”.

Cosa mettere sul tavolo

1. Un “Patto di percorso” scritto

- Proposta di *Percorso di uscita dal piano di rientro* con:
 - obiettivi numerici su: disavanzo, debito commerciale, tempi di pagamento, punteggi NSG/LEA, mobilità passiva;
 - tappe temporali (anno per anno) e Programmi Operativi.

2. Dossier trimestrale standardizzato

- Stessi indicatori a ogni riunione:
 - Modello CE, disavanzo e sue cause;
 - LEA/NSG per macro-area (prevenzione, distrettuale, ospedaliera);
 - stato attuazione PNRR-M6 (fisico + finanziario);
 - stato dei piani su personale e digitalizzazione.

3. Messaggio politico-tecnico chiaro

- “Noi non chiediamo sconti.

Chiediamo di concordare, *prima*, le condizioni per la fine del commissariamento e ci impegniamo a rispettarle, con un monitoraggio congiunto.”

Errori da evitare

- Arrivare al Tavolo con documenti diversi tra Regione, Commissario, Aziende.
- Scaricare tutto su “mafia” e “passato”: il Tavolo vuole **soluzioni operative**, non narrativa.
- Chiedere flessibilità sui conti senza mostrare misure strutturali su LEA, personale, organizzazione.

2. Come recuperare i ritardi del PNRR (Missione 6) in Calabria – Meglio poche ma buone

La Missione 6 (Case e Ospedali di Comunità, COT, ammodernamento tecnologico) è in ritardo in tutta Italia, con lavori avviati in meno della metà delle strutture e una quota significativa ancora in progettazione o ferma.

In Calabria, atti regionali e monitoraggi segnalano ritardi ma anche un recupero parziale: lavori avviati per una parte delle Case della Comunità previste, altre ancora ferme o a rischio target temporali.

Come recuperare (approccio operativo)

1. War room PNRR – Salute

- Un'unica cabina di regia PNRR-M6 con:

- tracciamento settimanale di: progettazione, gare, affidamenti, stato lavori, pagamenti;
- elenco chiaro di progetti “critici” (alto rischio perdita fondi).

2. Gerarchia dei progetti

- Priorità assoluta a:
 - strutture con lavori già avviati (portarle a completamento in tempo);
 - interventi ad alto impatto sui LEA territoriali (Case della Comunità in aree con carenze croniche, Ospedali di Comunità dove mancano strutture intermedie).
- Possibile revisione/accorpamento di progetti marginali, se compatibile con vincoli ministeriali.

3. Task force appalti e progettazione

- Supporto tecnico centralizzato ad ASP/AO su:
 - progettazione esecutiva;
 - gestione delle gare e varianti;
 - gestione delle controdeduzioni con MIT/MEF/Salute.

4. Legare il PNRR agli obiettivi LEA

- Ogni opera PNRR deve essere “venduta” al Tavolo come:
 - pezzo di rete territoriale (es. CdC → gestione cronici → riduzione ricoveri evitabili);
 - strumento per migliorare indicatori NSG.

3. Come recuperare le risorse professionali e diventare attrattivi

Il gap di personale è nazionale, ma al Sud è più pesante, e la stessa Fondazione Gimbe segnala che anche dove le strutture PNRR si realizzano, il pieno funzionamento è compromesso dalla **carenza di infermieri e professionisti sanitari**.

Linee strategiche per la Calabria

1. Pacchetto di attrazione “Sud competitivo”

- Incentivi economici selettivi per aree difficili (indennità di sede disagiata, alloggio temporaneo, contributi affitto).
- Contratti chiari e stabili (ridurre il precariato strutturale).

2. Carriera e formazione

- Percorsi di carriera verticali e orizzontali per medici, infermieri, tecnici, dirigenti sanitari.
- Accordi con università per borse di specializzazione “mirate” (es. emergenza-urgenza, anestesia, radiologia, territorio), abbinando la formazione a vincoli di permanenza *ragionevoli*.

3. Employer branding della sanità calabrese

- Vendere il sistema non come “ultima spiaggia” ma come **grande cantiere di innovazione**:
 - digitalizzazione forte,
 - sviluppo di modelli avanzati di territorio e telemedicina,
 - **possibilità di avere ruoli di responsabilità prima che altrove.**

4. Rientro dei professionisti calabresi fuori regione

- Campagna mirata sui calabresi che lavorano in altre regioni:
 - bandi che riconoscano l’esperienza maturata fuori,
 - percorsi rapidi per ruoli apicali e di coordinamento.

4. Come spendere il saldo (avanzi / margini) senza problemi

Qui il punto è: **ogni euro va collegato a un obiettivo coerente con il piano di rientro**, altrimenti il Tavolo può contestare l’uso delle risorse.

Principi operativi

1. Priorità: spese una tantum che riducono costi strutturali

- investimenti in:
 - digitalizzazione (sistemi informativi unici, FSE, CUP/RECUP),
 - efficientamento energetico,
 - riduzione debito commerciale (definizioni transattive, accordi quadro).

2. No espansione incontrollata di spesa corrente

- Evitare di usare gli avanzi per:
 - aumenti strutturali di personale non concordati col Tavolo,
 - spese correnti “politicamente gradevoli” ma non sostenibili a regime.

3. Co-progettazione con MEF/Salute

- Piano di utilizzo del saldo condiviso *prima*:
 - elenco interventi;
 - impatto economico e sui LEA;
 - cronoprogramma.
- Chiedere un **parere formale** per ridurre il rischio di contestazioni ex post.

4. Tracciabilità e trasparenza

- Ogni intervento finanziato deve essere:
 - tracciato in un documento unico (“Piano utilizzo saldi per uscita dal commissariamento”),
 - rendicontato nel dossier trimestrale per il Tavolo.

5. Come recuperare i progetti “solo sulla carta” (digitalizzazione, ecc.)

Classico problema: progetti digitali finanziati, software acquistati, ma uso reale minimo.

Approccio pratico

1. Assessment rapido 60–90 giorni

- Censimento di:
 - tutti i progetti digitali attivati negli ultimi 10 anni;
 - stato (in esercizio, parzialmente usato, mai usato);
 - utenti reali, criticità, costi di manutenzione.

2. Architettura unica regionale

- Definire una **architettura target**:
 - un solo FSE interoperabile,
 - un solo sistema di accreditamento/autorizzazione,
 - uno/due sistemi di prenotazione (non 5 diversi),
 - integrazione dei flussi NSIS/NSG.

3. Ripulire e razionalizzare

- Spegnerne i sistemi duplicati o inutilizzati.
- Rinegoziare contratti con i fornitori:
 - pagamenti legati a utilizzo reale e risultati (non solo “licenza”).

4. 3 progetti faro “visibili” a Tavolo e cittadini

- Es.:
 - Piattaforma unica autorizzazione/accreditamento funzionante;
 - FSE realmente usato da MMG, PLS, ospedali e strutture private;
 - Portale unico prenotazioni (RECUP regionale) con monitoraggio liste d’attesa.

Questi 3 progetti diventano **case history** da portare al Tavolo come prova di capacità gestionale.

Appendice – Come iniziare concretamente (primi 6–12 mesi)

Se dovessi trasformare tutto in una sequenza di avvio, direi:

1. Mettere insieme un nucleo tecnico-politico piccolo ma fortissimo

- Commissario/Regione + 5–7 tecnici (conti, LEA, personale, PNRR, digitale, legale).

2. Scrivere e approvare un “Documento di percorso”

- Condizioni di uscita,
- tappe annuali,
- indicatori,
- connessione con PNRR.

3. Convocare Tavolo Adduce con impostazione nuova

- Non “difendersi” ma presentare:

- analisi onesta dei problemi;
- piano con cronoprogramma e target;
- richiesta di condivisione formale del percorso.

4. **Aprire la War room PNRR-M6 e la War room personale**

- Una per opere e investimenti,
- una per organici, concorsi, mobilità sanitaria.

5. **Avviare l'assessment dei sistemi digitali e degli appalti critici**

- Con obiettivo di presentare al Tavolo, entro 6–9 mesi, un **piano di “pulizia” e rilancio** di questi due ambiti.

Ultime considerazioni non secondarie

Gestione del personale “imboscato” o demotivato / de-professionalizzato

Rilancio di Azienda Zero come vero “Comitato Tecnico di Controllo Sistemico” tra Regione e Ministero

1. Come gestire il personale imboscato / demotivato / de-professionalizzato

Problema reale:

in Calabria (come in molte regioni), una quota di personale:

- è stata parcheggiata in ruoli non coerenti,
- non viene formata da anni,
- ha perso manualità operativa,
- vive in contesti privi di leadership e organizzazione,
- si autoregola secondo abitudini non più accettabili.

Questa è una criticità *organizzativa*, non “caratteriale”.

Serve una risposta strutturale, non punitiva, ma **funzionale al rilancio dei servizi**.

✓ A) “Censimento delle competenze reali” (entro 90 giorni)

Un’operazione silenziosa ma potentissima.

- Ogni Azienda sanitaria avvia un **assessment del personale**:
 - formazione posseduta,
 - abilità cliniche o tecniche mantenute,
 - mansioni svolte realmente,
 - gap di competenze,
 - idoneità al ruolo,
 - casi di evidente sotto-occupazione funzionale.
- Questo produce una **mappa della forza lavoro**:
 - chi è realmente operativo,
 - chi può tornare operativo dopo un breve percorso,
 - chi ha bisogno di riconversione,
 - chi deve essere riallocato dove serve.

Politicamente: non un controllo “punitivo”, ma un’azione di **riqualificazione e giustizia organizzativa**.

✓ B) “Piano di Riattivazione Professionale” (6–12 mesi)

Si divide in due binari:

1. Riattivare chi può essere recuperato

- tirocini pratici (2–4 mesi),

- affiancamento a professionisti esperti,
- programmi di simulazione per professioni sanitarie,
- ricertificazione delle competenze,
- corsi obbligatori su procedure, protocolli, sicurezza, PDTA.

2. Ricollocare chi non può tornare operativo

Non tutti possono tornare in corsia o in radiologia, ma **tutti devono essere utili**.

Ricollocazioni funzionali:

- CUP e servizi al pubblico,
- amministrazione di supporto,
- logistica sanitaria,
- gestione flussi informativi e anagrafe sanitaria,
- supporto ai distretti e ai progetti PNRR,
- controllo qualità, audit, compliance.

Niente più “stanze vuote”: chi non può fare attività clinica diventa **risorsa amministrativa**, ma con obiettivi chiari.

✓ C) “Performance e responsabilità” (modello Veneto / Toscana)

Serve una cultura nuova: **lavoro misurato, non discrezionale**.

Implementare:

- schede di valutazione annuali,
- indicatori individuali e di team,
- obiettivi minimi (presenze, produttività, qualità),
- premi solo ai team che raggiungono risultati.

Il ritorno al merito è il vero antidoto agli imboscanti.

✓ D) Azione sui dirigenti

Un personale imboscato nasce **perché i dirigenti lo permettono**.

Serve:

- valutazione dura dei direttori,
- rotazione obbligatoria per chi gestisce male i team,
- rimozione dei responsabili incapaci di controllare, organizzare e distribuire il personale.

2. Come trasformare Azienda Zero da fallimento a “Comitato Tecnico di Controllo”

Oggi Azienda Zero in Calabria:

- è percepita come un carrozzone burocratico,
- non ha migliorato la performance del sistema,
- non ha prodotto standard,

- non è un centro di programmazione,
- non esercita un controllo quotidiano su conti e LEA.

La soluzione NON è abolirla, ma cambiarne la missione.

✓ 2.1 Nuova missione: “Agenzia tecnica di coordinamento e controllo”

Azienda Zero diventa:

“Comitato Tecnico di Controllo Calabria” (CTC Calabria)

Ruolo nuovo:

- **filtro tecnico** tra Regione – Territorio – Ministero
- **sala operativa permanente** su:
 - conti sanitari,
 - LEA,
 - PNRR,
 - personale,
 - digitalizzazione.

Non fa politica, non sostituisce le aziende:

controlla, standardizza, misura.

✓ 2.2 Uffici interni da trasformare

Da creare/riorganizzare:

1. Unità Conti & Modello CE

- controllo mensile dei conti aziendali,
- verifica debiti,
- pre-revisione prima dell’invio al Ministero.

2. Unità LEA & NSG

- calcolo degli indicatori in tempo reale,
- supporto ai distretti,
- allerta rapida per criticità (pronto soccorso, prevenzione, territorio).

3. Unità PNRR–M6 War Room

- monitoraggio fisico e finanziario,
- supporto alle gare,
- report settimanale.

4. Unità Personale & Organizzazione

- mappa del personale regionale,
- piani di assunzione e riqualificazione,
- controllo dell’uso corretto delle dotazioni organiche.

5. Unità Digitalizzazione & Sistemi Informativi

- mappatura dei software,
- integrazione dei flussi,
- realizzazione effettiva del FSE e del RECUP unico.

✓ 2.3 Report giornaliero / settimanale (modello “sala di controllo”)

Azienda Zero produce:

Ogni giorno

- Stato dei pronto soccorso,
- personale in servizio,
- segnalazioni critiche dalle aziende.

Ogni settimana

- andamento spesa,
- indicatori LEA,
- avanzamento PNRR.

Ogni mese

- report consolidato per il Dipartimento,
- pre-dossier per Tavolo Adduce.

Questo crea una **catena del controllo** che oggi non esiste.

✓ 2.4 Perché questa rivoluzione funziona

Perché sposta il sistema:

- dalla politica → alla tecnica,
- dalla discrezionalità → ai dati,
- dal silenzio → alla trasparenza,
- dalla frammentazione → al coordinamento.

APPENDICE FINALE — Analisi strategica del modello

A) Il problema della Calabria non è solo la mafia

Ma l'assenza di:

- controllo,
- standard,
- misurazione,
- responsabilità reale.

B) Il personale imboscato è un sintomo, non una causa

Il problema vero:

- mancanza di direzione,
- assenza di program management,
- cultura del “si è sempre fatto così”.

C) Azienda Zero può diventare la struttura che manca

Non un duplicato delle aziende, ma il “**motore del cambiamento**”:

- controllo,
- trasparenza,
- standardizzazione,
- supporto,
- relazione continua con il Ministero.

D) In altre regioni ha funzionato

Veneto, Toscana, Emilia-Romagna hanno agenzie tecniche forti che:

- controllano i conti,
- verificano i LEA,
- standardizzano procedure,
- guidano la digitalizzazione,
- supportano il territorio.

La Calabria può replicare quel modello **adattandolo**, non copiandolo.

Chi dovrebbe gestire il progetto uscita piano di rientro e tavolo politico di monitoraggio bipartizan compatibile giuridicamente

✓ Chi deve gestire il piano: una “Triade di Vertice” con un Leader unico

Il vertice deve essere composto da **tre livelli**, ma con **un'unica guida riconosciuta**, per evitare conflitti, rimbalzi di responsabilità e caos decisionale.

1 Il Leader: un Commissario/Coordinatore Tecnico con poteri pieni

Figura ideale:

- un *Commissario Tecnico Straordinario* o *Direttore Generale della Programmazione Sanitaria Regionale*,
- nominato con accordo **Regione + Stato**,
- con **poteri operativi veri** su:
 - conti,
 - personale,
 - PNRR,
 - digitalizzazione,
 - relazioni col Tavolo Adduce.

Caratteristiche del profilo:

- forte credibilità tecnica,
- zero appartenenza alle filiere di potere locali,
- capacità manageriale e di project management,
- esperienza in sistemi sanitari complessi,
- capacità di parlare ai Ministeri “da pari a pari”.

Perché serve un capo unico?

Perché:

- il Tavolo Adduce vuole UN referente;
- le aziende sanitarie rispondono SOLO se c'è un'autorità unica;
- il PNRR richiede un capo di missione;
- la digitalizzazione va centralizzata.

Messaggio politico chiave:

“Se tutto è di tutti, nulla funziona. Serve un vertice unico, autorevole, con pieni poteri e piena responsabilità.”

2 Braccio tecnico-operativo: Azienda Zero trasformata in Agenzia Centrale

Come spiegato prima, Azienda Zero deve diventare:

👉 Centro di Program Management Regionale

con inside:

- Unità conti
- Unità LEA
- Unità PNRR
- Unità personale
- Unità digitalizzazione
- Unità appalti e compliance
- Sala di controllo quotidiana

Il leader del Piano comanda l'Agenzia.

L'Agenzia controlla, standardizza, misura e “tiene la linea”.

In Veneto e Toscana funziona così:

un capo forte + un'agenzia tecnica fortissima.

3 Braccio politico-istituzionale: Presidente della Regione + Assessorato alla Sanità

Il livello politico deve:

- garantire il mandato,
- coprire le scelte,
- negoziare con lo Stato,
- proteggere la struttura tecnica da pressioni locali.

Non deve dirigere operativamente il piano.

Deve dare forza, copertura e continuità.

■ Struttura Finale (modello operativo)

VERTICE UNICO

◆ *Commissario/Coordinatore Tecnico Regionale per l'Uscita dal Piano di Rientro*
(riconosciuto da MEF + Ministero Salute + Regione)

SOTTOSTRUTTURA

◆ **Azienda Zero = Agenzia Centrale Operativa**

che controlla tutti i dati e coordina tutte le Aziende

SUPERVISIONE POLITICA

- ◆ Presidente della Regione
- ◆ Assessorato alla Sanità

→ danno legittimazione e supporto istituzionale

COPERTURA CENTRALE

- ◆ Rapporto diretto con Tavolo Adduce

🔥 Perché questa è la formula vincente?

Perché evita le tre trappole che hanno distrutto la sanità calabrese:

1. **Frammentazione delle responsabilità**
2. **Assenza di dati e controllo centrale**
3. **Influenza locale sulle decisioni tecniche**

E impone un modello tipo:

- Veneto (Azienda Zero forte)
- Lazio (Commissario tecnico forte + Regione coesa)
- Toscana (Agenzia regionale forte + controllo quotidiano)

Coinvolgimento politico di autocontrollo e non di spartizione

SOLUZIONE: Tavolo Politico di Indirizzo e Monitoraggio (non gestionale)

Si può creare — con delibera di Giunta — un organismo:

“Cabina di regia politica per il Piano di Rientro”

con:

- Presidente della Regione,
- Assessore alla Sanità,
- due membri della maggioranza,
- due membri dell’opposizione,
- eventuali rappresentanti dei partiti più importanti (come “osservatori”).

Ma attenzione:

- **NON ha potere gestionale,**
- **NON firma atti amministrativi,**
- **NON interferisce con concorsi, appalti, nomine,**
- Si occupa SOLO di:
 - monitoraggio,
 - trasparenza,
 - aggiornamenti politici,
 - comunicazione,
 - garanzia pluripartisan che il piano prosegue anche se cambia governo regionale.

■ **Cosa può fare LEGALMENTE questa Cabina?**

- ✓ Ricevere report periodici
- ✓ Segnalare criticità al vertice tecnico
- ✓ Dare indirizzo generale (non vincolante)
- ✓ Funzione di garanzia istituzionale
- ✓ Evitare personalismi e lottizzazioni tra partiti
- ✓ Garantire continuità politica anche dopo un eventuale cambio di Giunta

■ **Cosa NON può fare (per legge) la Cabina?**

- ✗ Scegliere direttori generali o sanitari
- ✗ Decidere appalti, assunzioni, forniture
- ✗ Interferire nella gestione operativa
- ✗ Dire cosa deve fare il Commissario o l’Agenzia Zero
- ✗ Firmare atti amministrativi

🔥 Perché questa soluzione è OTTIMA politicamente?

Per quattro motivi:

1 Ti garantisce copertura politica totale

Tutti i partiti sono coinvolti → nessuno può fare opposizione sterile.

2 Rende il piano “del popolo”, non di un colore politico

La sanità non è né di destra né di sinistra → così eviti lo scontro politico.

3 Protegge il piano dai cambi di governo

Se cambiano colori politici, il piano resta in piedi, perché la cabina è **trasversale**.

4 Evita interferenze nella gestione

Politica fuori dalla stanza operativa → Tavolo Adduce ti rispetta di più.

■ La formula vincente

“La gestione operativa rimane nelle mani dei tecnici.

La politica mantiene una funzione di indirizzo e vigilanza.

Tutti i partiti partecipano al Tavolo politico di monitoraggio, ma nessuno mette le mani sulla gestione.”