

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

Doc. XXII-*bis*
n. 3

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE,
NONCHÉ SULLE CAUSE DELL'INCENDIO SVILUPPATOSI TRA IL 15
E IL 16 DICEMBRE 2001 NEL COMUNE DI SAN GREGORIO MAGNO

Istituita con deliberazione dell'8 maggio 2002

RELAZIONE CONCLUSIVA SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE

Relatore sen. Francesco CARELLA

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 33 del 18 gennaio 2006

Composizione della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause dell'incendio sviluppatosi tra il 15 e il 16 dicembre 2001 nel comune di San Gregorio Magno

(Deliberazione 8 maggio 2002)

Presidente

sen. Francesco CARELLA, Verdi – Un

Vicepresidenti

sen. Sebastiano SANZARELLO, UDC

sen. Ettore LIGUORI, Mar-DL-Un

Segretari

sen. Valerio CARRARA, FI

sen. Aleandro LONGHI, DS

Membri

sen. Emanuela BAILO DOSSI, Mar-DL-U

sen. Giovanni BATTAGLIA, DS-U

sen. Monica BETTONI BRANDANI, DS-U

sen. Laura BIANCONI, FI

sen. Rossana BOLDI, LP

sen. Fiorello CORTIANA, Verdi-Un

sen. Carmine COZZOLINO, AN

sen. Alfredo D'AMBROSIO, Misto, Pop-Udeur

sen. Corrado DANZI, UDC

sen. Gaetano FASOLINO, FI

sen. Liborio OGNIBENE, FI

sen. Augusto Arduino Claudio ROLLANDIN, Aut

sen. Antonio ROTONDO, DS-U

sen. Filomeno Biagio TATÒ, AN

sen. Flavio TREDESE, FI

sen. Roberto ULIVI, AN

INDICE

Composizione, ragioni istitutive, finalità, poteri ed attività della Commissione d'inchiesta	<i>Pag.</i>	5
Sintesi delle maggiori problematiche rilevate nelle regioni visitate dalla Commissione d'inchiesta	»	11
<i>Regione Valle d'Aosta</i>	»	13
<i>Regione Molise</i>	»	17
<i>Regione Campania</i>	»	22
<i>Regione Basilicata</i>	»	34
<i>Regione Puglia</i>	»	37
<i>Regione Calabria</i>	»	51
<i>Regione Sicilia</i>	»	56
Conclusioni	»	70

Composizione, ragioni istitutive, finalità, poteri ed attività della Commissione d'inchiesta

Il Senato della Repubblica con deliberazione dell'8 maggio 2002, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e dell'articolo 162 del Regolamento del Senato, ha istituito la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nonché sulle cause dell'incendio sviluppatosi tra il 15 ed il 16 dicembre 2001 nel comune di San Gregorio Magno.

In ottemperanza all'articolo 5 della deliberazione, il Presidente del Senato ha nominato il senatore Francesco CARELLA a presiedere la Commissione e a farne parte i senatori Emanuela BAI DOSSI, Giovanni BATTAGLIA, Monica BETTONI BRANDANI, Laura BIANCONI, Rossana BOLDI, Leonzio BOREA, Valerio CARRARA, Fiorello CORTIANA, Carmine COZZOLINO, Corrado DANZI, Vincenzo DEMASI, Gaetano FASOLINO, Ettore LIGUORI, Aleandro LONGHI, Liborio OGNIBENE, Antonio ROTONDO, Rocco SALINI, Francesco SALZANO, Sebastiano SANZARELLO e Filomeno Biagio TATÒ.

Nel corso della legislatura, tale composizione ha seguito i seguenti mutamenti:

in data 24 febbraio 2003 il senatore Giuseppe SEMERARO è stato chiamato a far parte della Commissione d'inchiesta in sostituzione del senatore Vincenzo DEMASI, dimissionario; in data 22 luglio 2004 il senatore Roberto ULIVI è stato chiamato a far parte della Commissione d'inchiesta in sostituzione del senatore Giuseppe SEMERARO, dimissionario; in data 30 novembre 2004 i senatori Alfredo D'AMBROSIO e Augusto Arduino Claudio ROLLANDIN sono stati chiamati a far parte della Commissione d'inchiesta in sostituzione, rispettivamente, dei senatori Leonzio BOREA e Francesco SALZANO, dimissionari; in data 16 marzo 2005 il senatore Flavio TREDESE è stato chiamato a far parte della Commissione d'inchiesta in sostituzione del senatore Rocco SALINI, dimissionario.

Il termine dei lavori della Commissione, inizialmente stabilito, in base all'articolo 4, comma 1, della deliberazione istitutiva, in trenta mesi dalla data della sua costituzione, avvenuta il 25 settembre 2002, è stato prorogato, con ulteriore deliberazione del Senato del 15 febbraio 2005, fino alla conclusione della XIV legislatura.

Dopo il suo insediamento, la Commissione ha deciso di dare assoluta priorità all'inchiesta sulla tragica vicenda di San Gregorio Magno, assolvendo, così come stabilito dall'articolo 2 della deliberazione istitutiva, i propri compiti «con riferimento all'incendio sviluppatosi nella notte tra il 15 e il 16 dicembre 2001 nei prefabbricati destinati all'accoglienza dei portatori di

handicap situati nel comune di San Gregorio Magno», nonché «alle cause dei ritardi della riorganizzazione e dell'adeguamento dei servizi ospedalieri e sul territorio forniti dall'azienda sanitaria locale (ASL) SA/2».

Nella seduta del 26 marzo 2003 è stata quindi approvata la relazione conclusiva dell'inchiesta sulle cause dell'incendio sviluppatosi tra il 15 e il 16 dicembre 2001 nel comune di San Gregorio Magno (Doc. XXII-bis, n. 1).

Successivamente, la Commissione ha proseguito nella propria attività nel solco di quanto previsto dalla deliberazione istitutiva. In particolare, in base all'articolo 1, comma 1, si definisce l'ambito dell'inchiesta parlamentare, «finalizzata all'acquisizione di tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni organizzative ed ai modelli produttivi delle strutture sanitarie pubbliche e private di ricovero o di assistenza extraospedaliera».

Nell'articolo 1, comma 2, si precisa altresì che la Commissione ha il compito di verificare «lo stato di attuazione delle politiche sanitarie sull'intero territorio nazionale, controllando la qualità dell'offerta di servizi ai cittadini utenti e lo *standard* delle condizioni di accesso. Più in generale essa dovrà fornire al Parlamento e alle amministrazioni dello Stato, a livello centrale e periferico, indicazioni utili sullo stato della realtà sanitaria, avanzando proposte e suggerimenti e possibili direttrici per l'ammodernamento del settore».

Il medesimo articolo, al comma 3, riconosce alla Commissione la possibilità di acquisire la documentazione prodotta e raccolta dalle precedenti Commissioni d'inchiesta in materia sanitaria, con l'obiettivo di non disperdere tale patrimonio documentale e di continuare il lavoro di indagini avviato.

Una particolare attenzione è stata assegnata alla spesa sanitaria regionale di cui, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della citata deliberazione, la Commissione acquisisce elementi per valutarne le dinamiche, anche al fine di verificare l'esistenza di eventuali sprechi, e gli effetti delle attuali modalità di pagamento delle prestazioni ospedaliere. Il medesimo articolo specifica poi che la Commissione verifica lo stato di realizzazione delle reti di assistenza sanitaria territoriale e domiciliare anche come filtro per l'eliminazione o, quantomeno, per la riduzione dei ricoveri impropri e verifica, conseguentemente, la qualificazione dell'assistenza ospedaliera in direzione dell'alta specialità.

Sempre nell'articolo 3, al comma 2, si stabilisce che la Commissione acquisisce inoltre elementi conoscitivi su:

a) lo stato di attuazione dei dipartimenti di prevenzione e il loro coordinamento con l'attività delle Agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA);

b) lo stato di attuazione, l'organizzazione e il reale funzionamento, nell'ambito dell'azienda sanitaria locale, del distretto socio-sanitario, così come disegnato dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

c) l'organizzazione e la verifica del progetto «Alzheimer» che si articola in una rete di servizi e nel protocollo per il trattamento farmacologico «Cronos»;

d) lo stato di attuazione del progetto obiettivo «Tutela salute mentale» e della normativa vigente in materia;

e) lo stato di attivazione delle agenzie sanitarie regionali;

f) la diffusione delle metodiche di verifica e revisione della qualità (VQR) e la conseguente ricaduta sulla programmazione e gestione dei servizi sanitari.

Ulteriori profili indicati nel comma 3 di tale articolo hanno ad oggetto la valutazione delle dinamiche delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in relazione alla nuova organizzazione delle attività professionali *extramoenia* o *intramoenia*, nel contesto del nuovo modello di organizzazione ospedaliera e delle aziende, mentre il successivo comma 4 specifica che la Commissione propone un confronto tra diversi sistemi organizzativi e gestionali già in atto in alcune regioni italiane.

La Commissione nel corso del suo mandato ha svolto sostanzialmente i compiti indicati nella delibera istitutiva, concentrandosi, in particolare, sui seguenti settori di indagine, per i quali si rinvia alle rispettive relazioni finali:

a) il sistema integrato di emergenza-urgenza nel Servizio sanitario nazionale, comunemente chiamato «118» (relazione approvata nella seduta n. 28 del 6 aprile 2005);

b) le problematiche afferenti il contrasto della *blue-tongue* e delle vaccinazioni stabilite per debellare la malattia (relazione approvata nella seduta n. 31 del 6 dicembre 2005);

c) le problematiche sottese al fenomeno del comparaggio (relazione approvata nella seduta n. 33 del 18 gennaio 2006).

Inoltre, la Commissione ha svolto uno specifico approfondimento in merito al «Caso Regione Toscana – Pfizer Italia» (nelle sedute n. 12 e n. 13, rispettivamente, del 16 aprile e del 7 maggio 2003), al termine del quale si è convenuto di trasmettere alla competente autorità giudiziaria i resoconti delle audizioni, nonché la documentazione acquisita.

È stata altresì siglata una convenzione con l'Università degli Studi di L'Aquila avente ad oggetto lo svolgimento di un'attività di ricerca statistica e campionamento nei seguenti ambiti, oggetto di specifici *report*: emergenza-urgenza; unità sanitarie locali; distretti sanitari; strutture ospedaliere e piani sanitari regionali.

Alla luce di quanto previsto dalla deliberazione istitutiva e tenuto conto di quanto le varie specificità territoriali influenzano il Servizio sanitario nazionale, la Commissione ha focalizzato il proprio impegno anche verso una complessa attività esterna che si è articolata in numerosi sopralluoghi.

L'impegno profuso dalla Commissione in tale attività esterna è stato di grande rilievo, come dimostrano alcuni dati: le delegazioni della Commissione hanno svolto complessivamente 15 missioni, in 7 regioni, con l'audi-

zione di 166 soggetti auditi e visitando 94 ospedali, cliniche ed altre strutture sanitarie.

Nel corso delle audizioni e dei sopralluoghi svolti, essa ha incentrato la sua attenzione sulla comparazione, nelle diverse realtà regionali, di quei profili organizzativi e funzionali, nonché di quelle dinamiche evolutive che assumono rilievo centrale nell'assetto sanitario contemporaneo. Nel dettaglio, la Commissione ha incentrato il suo lavoro sull'analisi dei seguenti profili di comparazione: la spesa sanitaria regionale per il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza; la distribuzione sul territorio della medicina di base; le attività di emergenza-urgenza; le politiche di assistenza farmaceutica; lo stato di realizzazione delle reti di assistenza territoriale residenziale e domiciliare; gli adempimenti regionali in materia di ristrutturazione delle rete ospedaliera; il rapporto tra erogatori pubblici e privati nelle dinamiche assistenziali; l'utilizzo dei fondi destinati all'edilizia sanitaria; il problema del contenimento delle liste di attesa; le problematiche connesse alla mobilità sanitaria interregionale.

Proprio attraverso questa attività esterna è stata avviata un'esplorazione della realtà sanitaria nazionale: mediante la conoscenza diretta delle strutture sanitarie ospedaliere, tanto pubbliche quanto private, la Commissione ha preso cognizione dell'esistenza, in alcune realtà, di un'altra sanità, diversa da quella normalmente descritta dalle relazioni ufficiali, rimettendo in discussione sia i suoi punti di forza che i suoi punti di debolezza. Durante i sopralluoghi la Commissione ha compiuto un approfondimento ed un'analisi sia dei diversi modelli che dei vari sistemi organizzativi gestionali, già in atto in alcune regioni italiane. È maturata, così, la consapevolezza che tali valutazioni costituiscono un elemento necessario per una analisi utile ed urgente delle differenti esperienze, la cui rilevanza è confermata soprattutto dalle domande e dai dubbi emersi nei confronti con tanti operatori e le loro rappresentanze sindacali e associative, con i cittadini e le loro numerose organizzazioni, incontrate nel corso di questo viaggio nella realtà sanitaria e nel corso dei lavori della Commissione.

Queste diverse realtà ed esperienze – in particolare quelle dell'Italia meridionale dove più acute appaiono le difficoltà – sono state indagate non tanto per essere semplicemente raccontate, ma perché esse sono significative per dimostrare il postulato di partenza della Commissione, ovvero che, soprattutto dopo l'attuazione delle nuove politiche sanitarie introdotte con il federalismo e il trasferimento della spesa sanitaria alla responsabilità delle regioni, esiste per il Parlamento la necessità di verificare costantemente l'applicazione di nuove leggi, il loro aggiornamento e la tenuta delle politiche e delle normative di riforma. Ciò è tanto più vero per il settore sanitario che, di per sé, qualifica lo stato di civiltà di un Paese, ma è ancor più necessario anche al fine di accelerare l'attuazione delle riforme e conseguire i migliori risultati. Infatti queste pratiche di monitoraggio e di «accompagnamento» sono apparse di estremo interesse, come si è visto anche dai risultati delle precedenti Commissioni di inchiesta. Si prenda ad esempio, la verifica avvenuta in questi ultimi dieci anni dell'attuazione del programma di edilizia sanitaria e dell'attivazione o meno degli ospedali incompiuti, come pure

quanto verificato soprattutto da questa Commissione in Puglia, nel Salento e in Calabria, nella Locride, dove la situazione resta ancora critica. Queste pratiche si rivelano utili al fine di rendere più efficiente ed efficace ai cittadini utenti, ma anche per gli stessi operatori, tutto il Servizio sanitario nazionale.

La presenza sul territorio della Commissione ha permesso in molte situazioni di stabilire un rapporto virtuoso, di condivisione degli obiettivi tra Parlamento e autonomie regionali, proprio su questo comune obiettivo.

Il rapporto virtuoso tra istituzioni, nel rispetto delle loro rispettive autonomie, consente, contestualmente, l'esercizio di quel ruolo di controllo che è proprio del sindacato ispettivo, così come configurato dall'articolo 82 della Costituzione.

Peraltro, durante i sopralluoghi effettuati, la Commissione si è talvolta imbattuta in alcune emergenze verificatesi presso aziende ospedaliere ed alcune Aziende sanitarie locali (AASSLL), dove, se del caso, ha sollecitato l'intervento della Magistratura e dei Nuclei Antisofisticazioni e Sanità (NAS) dell'Arma dei carabinieri, che, in alcune situazioni, ha condotto a rapidi lavori di adeguamento delle strutture.

Di seguito viene quindi proposta una sintesi delle maggiori problematiche rilevate nelle regioni visitate, problematiche che hanno per lo più investito la situazione delle strutture, il rapporto tra sanità pubblica e sanità privata, la spesa farmaceutica e, in generale, il quadro finanziario di aziende e regioni, il sistema di emergenza-urgenza e le questioni legate alla prevenzione e alla sicurezza. L'analisi regione per regione è completata con l'indicazione degli investimenti e dello stato di attuazione degli interventi previsti ai sensi dell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

**SINTESI DELLE MAGGIORI PROBLEMATICHE
RILEVATE NELLE REGIONI VISITATE DALLA
COMMISSIONE D'INCHIESTA**

REGIONE VALLE D'AOSTA

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Aosta 12-14 aprile 2005

Nei giorni 12, 13 e 14 aprile 2005 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Bettoni Brandani, Bianconi, Boldi, Carrara, Liguori, Longhi, Rollandin e Sanzarello, si è recata in missione ad Aosta.

Mercoledì 13 aprile la delegazione ha ascoltato presso la sede della Ausl, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Antonio Fosson – assessore regionale sanità, salute e politiche sociali;
- dott.ssa Carla Stefania Riccardi – direttore generale Ausl;
- dott. Clemente Ponzetti – direttore sanitario Ausl;
- dott. Lorenzo Ardissonne – direttore amministrativo Ausl;
- prof.ssa Maria Grazia Vacchina – difensore civico;
- dott. Edo Bottacchi – rappresentante Anpo;
- dott. Alberto Gaiter – rappresentante Anaa;
- dott.ssa Anita Mombelloni – rappresentante Sicus – Confedir sanità;
- sig. Guido Corniolo – rappresentante del *Syndicat autonome val-dôtain des travailleurs* (Savt).

Nella stessa giornata la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso la residenza sanitaria assistita di Antey Saint André, il centro traumatologico di Valtournenche, l'eliporto (presso aeroporto «Corrado Gex») di Saint Christophe-Aosta e l'ospedale regionale di Aosta.

Infine, nella giornata di giovedì 14 aprile la delegazione ha completato il programma della missione con il sopralluogo presso il poliambulatorio di Donnas.

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LA MISSIONE

Situazione delle strutture

Nel corso delle audizioni e dei sopralluoghi la delegazione parlamentare ha tratto un giudizio complessivamente positivo della realtà sanitaria

valdostana, sebbene i responsabili dell'Asl abbiano inteso sottolineare alcune criticità.

In primo luogo, la suddivisione dell'area ospedaliera in due sedi principali (viale Ginevra e presidio di Beauregard) ed una secondaria comporta disagi organizzativi e notevoli costi di gestione. Pertanto, si è previsto un ampliamento del presidio centrale di viale Ginevra e la conversione del presidio di Beauregard in struttura dedicata alla lungodegenza ed alla riabilitazione. I dirigenti dell'Asl hanno sottolineato che si è optato per la ristrutturazione – anziché per la costruzione di un nuovo ospedale – perché si è preferito mantenere l'ospedale al centro della città e perché con l'ampliamento si presume di superare diseconomie di costo e di organizzazione.

Ulteriori aspetti problematici attengono alle difficoltà logistiche dovute alle particolari caratteristiche del territorio, all'elevato *turn over* dei medici dedicati all'emergenza territoriale, dovuto alla presenza di laureati provenienti da altre regioni. Inoltre, sono state segnalate la carenza di personale da dedicare all'assistenza di base, l'elevata mobilità sanitaria e liste d'attesa relative a visite allergologiche, elettromiografie, visite dietologiche ed ecografie. Tuttavia, a tale ultimo riguardo, l'Asl sta tentando di contenere i tempi d'attesa attraverso progetti di libera professione a favore dell'azienda, protocolli per l'accesso differenziato alle prestazioni ed il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale tramite apposito sistema informativo.

Infine, è stata evidenziata l'oggettiva difficoltà di realizzare economie di scala, date le dimensioni ed il bacino di utenza, oltre alla durata della degenza media, pari ad 8-9 giorni. Tuttavia, questo dato – che potrebbe apparire eccessivo – dipende dalle particolari problematiche territoriali e dalle distanze tra i centri abitati, nonché dai fattori climatici. In ogni caso, la durata della degenza media potrebbe attenuarsi potenziando la rete territoriale anche attraverso un sistema di informatizzazione dei medici di medicina generale.

Rapporto tra sanità pubblica e sanità privata

Non sono presenti strutture private che comprendono degenza. Vi sono due strutture private accreditate che erogano prestazioni di riabilitazione ambulatoriale e di radiologia convenzionale. È inoltre attiva una convenzione con una struttura fuori dalla regione per riabilitazione in regime di degenza.

Spesa farmaceutica e quadro finanziario

Secondo i dirigenti ascoltati, la spesa farmaceutica nel 2004 è inferiore al livello stabilito dalla normativa nazionale al 13 per cento, e, nei primi mesi del 2005, si è verificato un calo del 6 per cento. Si è poi constatato che i conti dei bilanci presentano avanzi positivi.

REGIONE VALLE D'AOSTA (*)

PROGRAMMA DI INVESTIMENTI – ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67
– ACCORDO DI PROGRAMMA

Data sottoscrizione:

- 18 aprile 2001.

Impegno finanziario:

- a carico dello Stato euro 27.328.591,57;
- cofinanziamento regionale euro 9.749.398,59.

Numero interventi: 6

Obiettivi:

- razionalizzazione della rete ospedaliera;
- potenziamento dei servizi territoriali;
- potenziamento delle dotazioni tecnologiche con particolare riguardo alla radioterapia;
- adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO

Data sottoscrizione:

- 13 gennaio 2005.

Impegno finanziario:

- a carico dello Stato euro 4.131.655,00;
- cofinanziamento regionale euro 1.150.345,00.

Numero interventi: 3

Obiettivi:

- adeguamento delle strutture e tecnologie alla normativa vigente in materia di requisiti strutturali e tecnologici e organizzativi;
- adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

(*) *Fonte:* Ministero della Salute – Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 6 interventi per un importo totale di euro 27.328.591,57, pari all'86,9 per cento.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N. 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 46.406,66 non ancora richiesti.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

Il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001, ha assegnato alla regione euro 1.418.336,70, non ancora richiesti.

Le risorse finanziarie residue per accordi da sottoscrivere assommano a euro 0.

NOTE

In relazione a quanto previsto all'articolo 10 dell'Intesa del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, la regione ha dichiarato di aver destinato al potenziamento ed ammodernamento tecnologico una percentuale pari al 15 per cento dei finanziamenti complessivi del programma.

REGIONE MOLISE

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Isernia e Campobasso 14 e 15 dicembre 2005

Nei giorni 14 e 15 dicembre 2005 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori D'Ambrosio, Longhi e Ulivi, si è recata in missione a Isernia e Campobasso.

Mercoledì 14 dicembre la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Neuro-med» di Pozzilli, dove si è svolto anche un incontro con il direttore generale dell'istituto.

Nella successiva giornata di giovedì 15 dicembre la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso l'ospedale di Isernia e presso l'ospedale di Campobasso, incontrando i rispettivi direttori generali.

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LE MISSIONI

Situazione delle strutture

IRCCS «Neuromed» di Pozzilli. L'istituto, accreditato dalla regione, è legato al polo dell'università La Sapienza ed è specializzato in neurologia e nelle altre branche affini. I posti letto accreditati sono 160, anche se complessivamente i posti letto ammontano a 308, con la previsione di un aumento, determinato anche dall'attivazione del servizio di neurologia pediatrica.

È l'unica struttura sanitaria della regione che presenta un saldo positivo nei flussi migratori in quanto attrae pazienti provenienti dalle altre regioni confinanti. Nel complesso, si tratta di un istituto d'eccellenza che ha unità operative innovative, come la chirurgia dell'epilessia, la terapia chirurgica per il morbo di Parkinson, la terapia del dolore, nonché la psichirurgia. Di notevole livello è anche la diagnostica per immagini, la risonanza magnetica, la Pet (*Positron emission tomography*) e la Tac, che si avvalgono di macchine digitalizzate.

Con riferimento all'attività di ricerca e formazione, l'istituto si avvale di un parco tecnologico che cura la ricerca di base oltre a varie forme di ricerca a sostegno dell'industria farmaceutica. Complessivamente, l'istituto conta circa 300 dipendenti con contratto a tempo indeterminato, ai quali si aggiunge personale universitario – che, specialmente, nelle posizioni apicali

di primario gioca un ruolo rilevante e costituisce un valore aggiunto – consulenti e borsisti.

Ospedale di Isernia. L'azienda territoriale di Isernia copre una popolazione di circa 75.000 abitanti, con due ospedali, situati ad Isernia e Venafro dove sono nel complesso disponibili oltre 400 posti letto. Per quanto concerne la rete territoriale, nell'area sono presenti alcuni importanti servizi di assistenza domiciliare integrata e programmata, con tre distretti collocati ad Isernia, Venafro e Frosolone.

Con riferimento specifico all'ospedale di Isernia, sono emerse alcune incongruenze rispetto all'ultimo piano sanitario regionale vigente che è ancora quello approvato nel 1996; infatti, alcuni cambiamenti introdotti nella struttura – come l'istituzione di altre tre unità operative – appaiono essere conseguenza dell'opera di riorganizzazione interna seguita all'adozione dell'atto aziendale, mentre si è altresì registrato un aumento dei posti letto che sembra porsi in contrasto con la stessa programmazione regionale che, negli ultimi anni, invece, si è orientata verso una generale contrazione dei posti letto. Inoltre, è avvenuta l'istituzione del reparto di neurofisiopatologia, non previsto *ex lege*, che però non attira un'utenza numerosa.

Nel corso del sopralluogo, la delegazione ha avuto modo di constatare la mancata conformità della struttura agli *standard* alberghieri, oltre che la situazione di alcuni reparti – radiologia, cardiologia, rianimazione, servizio 118, pronto soccorso – in via di trasferimento in nuovi locali dove però le stanze rinnovate sarebbero comunque prive di un bagno interno. Il reparto di oncologia, poi, non ospita, allo stato attuale, alcuna degenza e, pertanto, i locali provvisoriamente disponibili potrebbero essere adoperati per una sistemazione più consona di quei pazienti che sono ora sottoposti alla chemioterapia in un locale piuttosto angusto. Anche in tale reparto, peraltro, come in quelli in precedenza richiamati, le nuove stanze sarebbero comunque sprovviste di un bagno interno, il che implicherà l'avvio di successivi lavori. Infine, la delegazione ha verificato la situazione assai critica presente nel reparto di chirurgia generale con un generale sovraffollamento delle stanze che rende assai difficile l'operato del personale medico ed infermieristico.

Ospedale di Campobasso. La struttura ospita oltre 460 posti letto, anche se si è registrata una tendenza alla diminuzione. Rispetto al piano regionale sanitario del 1996 non sono stati istituiti ulteriori nuovi reparti. Si è appreso inoltre che vi sono circa 80 unità di personale amministrativo, con 13 dirigenti. Con riferimento al quadro finanziario, a fronte di un bilancio di 135 milioni di euro, si rileva un'esposizione debitoria che ammonta a circa 47 milioni di euro, determinata soprattutto dalla riduzione dei fondi assegnati. È stato fatto presente che risparmi nei costi saranno realizzabili attraverso una diminuzione dei ricoveri impropri che l'ospedale deve sostenere anche a causa di un'inadeguata rete territoriale.

Infine, la delegazione ha espresso riserve circa la presenza, nelle vicinanze dell'ospedale, di un inceneritore preposto allo smaltimento dei rifiuti

ospedalieri della struttura, che, in futuro, potrebbe essere destinato allo smaltimento dei rifiuti ospedalieri dell'intera regione.

REGIONE MOLISE (*)

PROGRAMMA DI INVESTIMENTI – ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67
– ACCORDO DI PROGRAMMA

Data sottoscrizione:

– 3 febbraio 2005.

Impegno finanziario:

– a carico dello Stato euro 11.772.891,75;
– cofinanziamento regionale euro 619.625,88.

Numero interventi: 4

Obiettivi:

– riordino funzionale di parte della rete ospedaliera;
– adeguamento dotazione tecnologica;
– avvio del piano di informatizzazione regionale.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 2 interventi per un importo totale di euro 6.250.395,45, pari al 53,1 per cento.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N. 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 152.667,92 non ancora richiesti.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

Il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001, non ha assegnato risorse alla regione.

(*) *Fonte:* Ministero della Salute – Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

Le risorse finanziarie residue per accordi da sottoscrivere assommano a euro 82.585.849,32.

NOTE

In relazione a quanto previsto all'articolo 10 dell'Intesa del 23 marzo 2005 la regione ha dichiarato di aver destinato al potenziamento ed ammodernamento tecnologico una percentuale pari al 15 per cento dei finanziamenti complessivi del programma.

REGIONE CAMPANIA

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Napoli 8-10 luglio 2003

Nei giorni 8, 9 e 10 luglio 2003 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Boldi, Borea, Liguori, Longhi e Salzano, si è recata in missione a Napoli.

Martedì 8 luglio la delegazione ha ascoltato presso la sede della Asl Napoli/1, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- prof. Angelo Montemarano – direttore generale Asl NA/1;
- dott. Roberto Aponte – direttore generale Asl NA/5;
- dott. Enrico Iovino – direttore generale Azienda ospedaliera «A. Cardarelli»;
- dott. Bruno De Stefano – rappresentante dell’Agenzia sanitaria regionale;
- dott. Carmine Marmo – rappresentante prevenzione e sicurezza Asl NA/1;
- dott. Luciano Scatola – rappresentante prevenzione e sicurezza Asl NA/5;
- dott. Salvatore Criscuolo – responsabile emergenza 118 Asl NA/5;
- dott.ssa M. R. Rondinella – responsabile emergenza 118 (regionale) Azienda ospedaliera «A. Cardarelli»;
- dott. Gianfranco Buffardi – responsabile emergenza 118 (Napoli) Azienda ospedaliera «A. Cardarelli».

Nella successiva giornata di mercoledì 9 luglio la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso l’Azienda ospedaliera «A. Cardarelli» di Napoli – dove sono state ascoltate le rappresentanze sindacali –, presso l’ospedale «S. Maria di Loreto Mare» e presso il presidio sanitario intermedio di via Ciccarelli.

Infine, nella giornata di giovedì 10 luglio la delegazione ha completato il programma della missione con i sopralluoghi presso l’ospedale «S. Leonardo» di Castellammare di Stabia e presso la struttura sanitaria in corso di ultimazione di Gragnano.

Salerno 18-19 novembre 2003

Nei giorni 18 e 19 novembre 2003 una delegazione della Commissione, composta dal vice Presidente Sanzarello e dai senatori Borea, Coz-

zolino, Fasolino, Liguori, Longhi e Salzano, si è recata in missione a Salerno.

Martedì 18 novembre la delegazione ha ascoltato presso la Prefettura di Salerno, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Raffaele Ferraioli – direttore generale dell'Asl SA/1;
- dott. Domenico Della Porta – direttore sanitario dell'Asl SA/1;
- dott. Rocco Salvati – direttore amministrativo dell'Asl SA/1;
- dott.ssa Maria Teresa Bruni – direttore generale dell'Asl SA/2;
- dott. Domenico Pirozzi – direttore generale dell'Azienda ospedaliera «Oo. rr. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona».

Nella medesima giornata sono stati effettuati sopralluoghi presso l'ospedale «G. Da Procida» e l'Azienda ospedaliera «Oo. rr. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona» di Salerno.

Nella successiva giornata di mercoledì 19 novembre 2003 la delegazione ha svolto sopralluoghi presso gli ospedali di Nocera Inferiore, di Pagani, «Mauro Scarlato» di Scafati e presso il costruendo ospedale di Sarno.

Provincia di Salerno 26-28 ottobre 2004

Nei giorni 26, 27 e 28 ottobre 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Bettoni Brandani, Borea, Cozzolino, Fasolino, Liguori, Salzano e Sanzarello, si è recata in missione in provincia di Salerno.

Martedì 26 ottobre la delegazione ha svolto un sopralluogo presso l'ospedale di Roccaspide, dove ha ascoltato, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Adriano De Vita – direttore sanitario dell'ospedale di Roccaspide;
- sig. Mario Cammarota – presidente del Tribunale per i diritti del malato;
- don Cosimo Cerullo – rappresentante associazione pro-ospedale;
- dott. Giuseppe Capuano – sindaco di Roccaspide.

Nella stessa giornata, la delegazione ha proseguito il previsto programma, effettuando un sopralluogo presso l'ospedale di Agropoli, dove ha ascoltato, in sede di libera audizione, il dottor Francesco Lombardo, direttore sanitario del medesimo ospedale.

Nella successiva giornata di mercoledì 27 ottobre la delegazione ha dapprima effettuato un sopralluogo presso la casa di cura privata «Malzoni» di Agropoli – dove ha sentito in sede di libera audizione, il dottor Bruno Tozzi, direttore sanitario della medesima casa di cura – e successivamente, un sopralluogo presso l'ospedale «S. Luca» di Vallo della Lucania, dove ha ascoltato, in sede di libera audizione, il dottor Pierfrancesco Lepore, direttore sanitario dell'ospedale.

La delegazione ha poi ascoltato, in sede di libera audizione, presso la Asl SA/3, i seguenti soggetti:

- dott. Claudio Furcolo – direttore generale Asl SA/3;
- dott. Palladino Pantaleo – direttore sanitario Asl SA/3;
- dott. Lorenzo Grippo – direttore amministrativo Asl SA/3;
- rappresentanze sindacali della Cgil Fp, Cisl Fps, Uil Fpl, Anpo, Anaa, Cimo e Cisl.

Nella medesima giornata, la delegazione ha poi effettuato un sopralluogo presso l'ospedale di Sapri, dove ha ascoltato, in sede di libera audizione, la dottoressa Maria Rocco, direttore sanitario dell'ospedale e il dottor Agostino Arguto, rappresentante della Cgil.

Infine, giovedì 28 ottobre la delegazione ha completato il programma della missione, effettuando un sopralluogo presso l'ospedale di Polla, dove ha ascoltato, in sede di libera audizione, il dottor Nunzio Babbino, direttore sanitario dell'ospedale, il dottor Donato Pica, presidente del comitato dei sindacati e don Andrea La Regina, rappresentante di «Cittadinanza Attiva».

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LE MISSIONI

Situazione delle strutture

In via preliminare, da parte dell'Agenzia sanitaria regionale è stato descritto un quadro generale circa gli interventi concernenti l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 – cosiddetta legge «Donat-Cattin» –: risulta esservi stata una prima fase, con risorse pari a circa 1.200 miliardi di lire, per un totale di 188 interventi sul territorio regionale di cui 110 terminati, 60 realizzati tra il 50 per cento ed il 90 per cento, mentre per altri 5 non sono stati eseguiti gli appalti e per altri ancora, come il «Cardarelli», il «S. Giovanni di Dio» di Salerno, l'ospedale di Avellino e quello di Castellammare, per ragioni documentabili si riscontrano dei ritardi.

Asl Napoli/1. Durante le audizioni si è appreso che il processo di ristrutturazione degli ospedali sarebbe iniziato di fatto dagli anni 1998 e 1999 e la prima fase – prevista dall'articolo 20 della citata legge n. 67 del 1988 – sarebbe in via di ultimazione in quanto circa il 90 per cento delle opere sarebbe stato realizzato. Contemporaneamente, si sarebbe provveduto alla riorganizzazione funzionale degli ospedali per evitare sovrapposizioni e per offrire agli utenti un servizio migliore. In particolare gli ospedali «Loreto Crispi» ed «Elena d'Aosta» sono oggetto di trasformazione in *day-hospital* e *day-surgery*, mentre altri ospedali devono essere destinati ad una funzione d'emergenza.

Si prevede poi che l'ospedale «San Paolo» diventi un nuovo centro di emergenza per la parte occidentale della città di Napoli e per la periferia e che, invece, l'ospedale «San Giovanni Bosco» diventi centro di emergenza per la periferia nord-orientale. Nella zona marina, si è puntato alla nascita di un nuovo «ospedale del mare», per la parte orientale della città, ospedale per il quale esiste già un progetto, con conseguente indizione di una gara in-

ternazionale; l'ospedale «S. Maria di Loreto Mare» invece è destinato a diventare un nuovo centro di emergenza per la parte orientale della città di Napoli. Inoltre, le strutture ospedaliere sarebbero state ridotte da 13 a 9 e, quindi, a 7, mentre anche altre strutture saranno oggetto di mutamenti: l'ospedale «CTO» sarà chiamato ad assolvere una funzione esclusivamente orto-riabilitativa, mentre l'ospedale «Incurabili» sarà configurato come struttura ad indirizzo materno-infantile con la realizzazione di una «casa del parto» con miniappartamenti. Infine, è emerso l'obiettivo di un contenimento dei posti letto da 2.000 a 1.700, e, successivamente, a 1.600.

Ulteriori linee di intervento dell'Asl hanno riguardato il settore psichiatrico nel quale si sono concentrati ingenti investimenti, a conferma di una politica complessiva orientata a favore delle cosiddette fasce deboli. In particolare, grazie ad alcune strutture messe a disposizione dal comune, poi ristrutturata in parte con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 ed, in parte, con fondi dell'azienda, sarebbero stati dismessi due manicomi, con il conseguente trasferimento dei ricoverati in 26 strutture residenziali. Altri investimenti saranno destinati in favore delle strutture poliambulatoriali con l'acquisto di apparecchiature e strumentazioni varie e la costruzione di un altro ambulatorio a Ponticelli, in un edificio messo a disposizione dal Comune.

Asl Napoli/5. Il territorio di competenza si caratterizza per la sua estrema disomogeneità, con un'alternanza di aree cosiddette depresse ed aree di risonanza internazionale, come Capri e Sorrento; si tratta di una situazione che rende difficile erogare un servizio sanitario uniforme. In particolare, è stato evidenziato che per quanto riguarda la struttura incompiuta di Boscotrecase, grazie ai fondi derivanti dall'articolo 20 della citata legge n. 67 del 1988, sarebbe stato rivisto il progetto, riaperto il cantiere e garantita al più presto la consegna dell'opera in sostituzione dell'ospedale di Torre Annunziata, un ex convento ove risulta difficile anche l'accesso che diventerebbe una residenza sanitaria assistenziale (RSA). Con riferimento, invece, alla struttura di Gragnano, sono in corso di realizzazione gli impianti mancanti, con la relativa gara. Con l'apertura di questi due nuovi ospedali a Boscotrecase e Gragnano i posti letto ammonterebbero a 1.300.

Nel corso dei sopralluoghi, si è appurata la situazione particolarmente critica dell'ospedale «S. Leonardo» di Castellammare di Stabia la cui struttura è apparsa obsoleta ed inadeguata a servire un bacino d'utenza assai vasto. Soltanto da poco tempo, poi, sono stati avviati i necessari lavori di ristrutturazione sui quali è emersa la necessità di effettuare controlli continui, anche per verificare che i tempi di ultimazione siano rispettati.

Azienda ospedaliera «A. Cardarelli». Le particolari dimensioni di uno dei più importanti ospedali dell'Italia meridionale – con oltre 1.200 posti letto, una superficie di circa 250.000 metri quadri e 21 padiglioni – ha spinto una delegazione della Commissione ad effettuare uno specifico sopralluogo, nel corso del quale sono stati in particolare approfonditi i profili finanziari della struttura. A tale riguardo, si è appreso che il potenzia-

mento ed il miglioramento delle prestazioni non si è accompagnato ad un conseguente aumento dei ricavi. Ulteriori difficoltà di ordine economico sarebbero poi derivate dall'assenza di un *ticket* per le prestazioni. Inoltre, fino al 1999 erano presenti alcuni gravi problemi in ordine al *budget* dell'ospedale in quanto non c'era nessuna forma di aziendalizzazione, gli stessi bilanci non erano oggetto di approvazione, i concorsi erano bloccati dal 1975, mentre si registrava una situazione difficile anche per il personale e per l'assenza di una pianta organica. Pertanto, le problematiche da affrontare con maggiore urgenza sono senz'altro quelle di ordine organizzativo, economico-finanziario e di tipo strutturale.

Inoltre, un ulteriore problema è quello di evitare il ricorso improprio al pronto soccorso da parte di utenti che vi si rivolgono non per casi di urgenza, ma per evitare liste di attesa. Ciò spiega il fatto che l'afflusso dei pazienti al pronto soccorso sia particolarmente elevato, registrandosi ogni giorno circa 400 ricoveri di cui il 90 per cento impropri. Pertanto, la delegazione parlamentare ha avuto modo di constatare direttamente l'esistenza di un intollerabile affollamento delle corsie dell'ospedale. Secondo i responsabili dell'azienda ospedaliera l'eccessivo numero dei pazienti sistemati nelle corsie si spiega soprattutto con l'inefficienza delle altre Aassll ed aziende ospedaliere. Ad esempio, la rianimazione e la nefrologia risultano affollate per l'arrivo di pazienti che provengono da altre strutture.

È stato inoltre rilevato che il problema dell'affollamento può essere affrontato intervenendo in due direzioni: in primo luogo, da un punto di vista organizzativo, occorre varare una vera e propria rete dell'urgenza tale da non ingolfare con ricoveri impropri, gli ospedali che, a loro volta, devono effettuare un filtro severo sui pronti soccorsi. In secondo luogo, è stata prospettata l'istituzione di un *ticket* al pronto soccorso per interventi che non sono seguiti da ricovero legato all'urgenza, ma si risolvono in una semplice visita di controllo.

Asl Salerno/3. Per quanto riguarda l'ospedale di Roccaspide sono stati riportati i seguenti punti di debolezza: numero insufficiente di posti letto; assenza di alcune prestazioni specialistiche necessarie soprattutto per la popolazione anziana ed i bambini; mancato completamento di alcuni reparti; liste d'attesa troppo lunghe. Inoltre uno dei maggiori nodi problematici sembra rappresentato dal fatto che la recente normativa regionale ha stabilito una riduzione dei distretti sanitari da 8 a 5, ponendo come condizione quella di una popolazione di 60.000 abitanti per distretto. Tale accorpamento sembra aver penalizzato alcune aree, come quella di Capaccio - la cui popolazione residente nella stagione turistica è di circa 200.000 abitanti - e la stessa Roccaspide. È stato poi fatto presente che, nel giro di un anno, l'ospedale di Roccaspide avrà a regime circa 90 posti letto.

In merito all'ospedale di Agropoli è emerso che la struttura, progettata circa trenta anni fa e per lungo tempo rimasta incompiuta, pur essendo di ottimo livello e disponendo di notevoli spazi, appare sottodimensionata, limitandosi a svolgere funzioni di pronto soccorso attivo. In particolare, è stato

sottolineato che l'attribuzione dei posti letto - circa 100 - è stata stabilita in considerazione della struttura esistente e del rapporto tra medici e popolazione. La stessa definizione della struttura come pronto soccorso attivo è configurata nella legge regionale e ciò ha finora impedito che la struttura potesse essere adibita ad altre attività, oltre a quelle emergenziali. Nonostante il rispetto di quanto stabilito dalla normativa vigente, non si può comunque escludere un mutamento della situazione descritta.

Per quanto riguarda l'ospedale di Polla sono stati sottolineati i seguenti problemi: liste d'attesa lunghe per oculistica e radiologia; alcune carenze nei controlli svolti dall'Asl sul confezionamento dei pasti che è affidato ad una ditta esterna; presenza di badanti che svolgono lavoro remunerato in orario notturno; forte migrazione sanitaria in altre regioni; mancanza di strutture e di attività di recupero per i malati mentali.

Inoltre durante i sopralluoghi, si è potuto rilevare che presso l'Azienda ospedaliera «Oo. rr. San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona» le camere di degenza erano poco ospitali, con quattro - sei posti letto e con servizi igienici esterni in comune.

Rapporto tra sanità pubblica e sanità privata

Asl Napoli/1. Uno dei dati maggiormente rilevanti è rappresentato dal ritardo da parte della regione nel pagamento delle prestazioni effettuate, consistente in circa 15 mesi. I soggetti auditi hanno confermato la gravità di tale problema, sottolineando che sarebbe necessario risolvere da prima il debito pregresso, anche se tale obiettivo non risulta possibile da raggiungere con il finanziamento ordinario, ma solo attraverso una strategia messa a punto dalla regione. In ogni caso il debito, dal 1995 ad oggi, ammonterebbe a circa 1.200-1.300 miliardi di lire.

Per quanto riguarda l'attività *intramoenia*, nessun medico sarebbe stato autorizzato a svolgerla presso strutture private, siano esse convenzionate o non; inoltre, sono stati autorizzati ad effettuare tale attività soltanto i medici che avrebbero garantito l'esecuzione di almeno 40 prestazioni. Per quanto attiene poi alla differenza di costi tra posti letto, è stato sostenuto nel corso delle audizioni che costa sicuramente meno il posto letto in struttura privata convenzionata, in particolare, grazie alla differenza di personale previsto.

È stato rilevato che l'offerta pubblica sarebbe di per sé insufficiente; anche per tale ragione coesistono molte strutture private non convenzionate, che offrono un'assistenza indiretta, la quale dovrebbe trasformarsi in assistenza convenzionata secondo gli indirizzi della regione. Sarebbe poi prevista l'apertura di altri 4 centri dialisi, mentre i centri dialisi privati, a carico dei quali sarebbero previsti severi controlli, verrebbero rimborsati in 4 o 5 mesi.

Asl Salerno/3. Le limitate prestazioni offerte dall'ospedale di Agropoli si confrontano con la casa di cura privata «Malzoni» molto attiva, sicché sembra rovesciato il naturale rapporto di complementarità che le strutture private dovrebbero avere rispetto a quelle pubbliche. Inoltre, si è ap-

preso che la mancanza di personale per l'assistenza domiciliare ad anziani ha spinto ad assegnare questo servizio ad un'azienda esterna, con apposita convenzione.

In generale, circa il possesso dei requisiti per l'accreditamento definitivo, emerge l'esigenza di una revisione totale del settore privato, sia per quanto riguarda la qualità che per quanto riguarda la quantità. Qualora si operasse in tale direzione, molte case di cura private andrebbero verso la chiusura per la mancanza dei requisiti o, comunque, sarebbero ridimensionate. Tuttavia questa necessaria fase di ridimensionamento sembra creare alcune tensioni in quanto i responsabili delle strutture private ritengono che specifiche leggi regionali hanno imposto un determinato personale ed un adeguamento delle strutture, e, pertanto, non sarebbero giustificabili «tagli».

Spesa farmaceutica e quadro finanziario

Asl Napoli/1. È emerso durante le audizioni che l'Azienda sanitaria locale NA/1 attraversa un periodo finanziario abbastanza critico per l'esistenza di un notevole debito economico pregresso derivante dai seguenti fattori:

- l'elevato numero di strutture in regime di provvisorio accreditamento: 350 studi privati, circa 1.200 posti letto in cliniche private. Questa imponente rete privata di posti letto conduce, peraltro, ad una carenza di controlli;
- l'aumento della spesa farmaceutica incidente per più del 20 per cento. In particolare, la spesa farmaceutica sarebbe passata dai 250 miliardi di lire del 1995 ad oltre 500 miliardi di lire nel 2001, anche se l'adozione di un tetto di spesa ha consentito di invertire questa tendenza alla crescita;
- l'aumento delle spese inerenti le case di cura private: si sarebbe infatti registrato un aumento da 170 miliardi di lire a circa 350 miliardi di lire nel 2001, sebbene nel 2002 si sia registrata una riduzione.

È stato inoltre fatto presente che i fondi stanziati annualmente - corrispondenti a circa 2.000 miliardi di lire - risultano insufficienti.

Asl Napoli/5. Per quanto attiene la spesa, a fronte di un preventivo annuo di 1.200 miliardi di lire, l'Azienda avrebbe un bilancio annuo di 960-970 miliardi di lire, sebbene una totale razionalizzazione dei servizi e, in particolare, la trasformazione dell'ospedale di Sant'Agnello in poliambulatorio e l'adozione di un farmacista in ogni distretto per la distribuzione diretta dei farmaci, abbia consentito di ridurre il disavanzo da 216 a 206 miliardi di lire. Sono state sottolineate alcune problematiche relative al pagamento delle prestazioni fornite presso le strutture private convenzionate, mentre, per le farmacie il problema del notevole ritardo nei pagamenti sarebbe stato risolto con la sottoscrizione di un accordo con i farmacisti e con le associazioni di categoria in grado di assicurare il pagamento mensile del 70 per cento del dovuto, consistente nel 30 per cento del mese precedente e nel 40 per cento della spesa corrente, evitando

così decine di decreti ingiuntivi e relative ulteriori spese. Detto accordo avrebbe consentito un risparmio di 4 miliardi di lire subito e 8 miliardi di lire mensili, mentre un ulteriore risparmio si sarebbe ottenuto garantendo un'assistenza domiciliare a circa 40 pazienti che altrimenti sarebbero stati ricoverati in ospedale.

Sistema di emergenza-urgenza

Il Dipartimento di emergenza 118 è costituito da una centrale operativa regionale, varie centrali operative territoriali e provinciali, il servizio di elisoccorso notturno e diurno. Il servizio 118 è funzionante dal 7 agosto 2000, ma, già dal 1992, opera la centrale operativa regionale e dal 1997 le altre centrali. In particolare, è stata rilevata una differenza tra chi opera in un'azienda sanitaria locale (con la possibilità di gestire maggiormente le sue autoambulanze) e chi opera in un'azienda ospedaliera (che eventualmente risponde direttamente del proprio operato davanti alla magistratura). In ogni caso, sarebbe possibile convivere bene sul territorio con un maggiore coordinamento, con più personale e con un funzionamento più uniforme.

Durante le audizioni è stato quindi sottolineato che i problemi del servizio 118 nella regione Campania sarebbero da ricercare nella stessa legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2 - che ha istituito il sistema integrato regionale per l'emergenza sanitaria (SIRES) - in quanto assegna alle centrali operative un ruolo di responsabilità, di coordinamento e di formazione che, di fatto, non può essere assolto perché i singoli servizi 118 adottano un sistema misto, per esempio, per quanto riguarda quello di Napoli, il coordinamento è affidato all'Azienda ospedaliera «A. Cardarelli», le componenti operative del sistema sono dell'Asl NA/1 e della CRI e queste diversità creano ai responsabili difficoltà di gestione.

Inoltre, la disciplina normativa affida la responsabilità senza riconoscere un ruolo specifico e senza fornire i mezzi tecnici per poter intervenire sul sistema, per esempio, per quanto riguarda la formazione, quella attuata dall'Asl NA/1 è probabilmente diversa da quella che svolge l'ASL NA/5, che sarà ancora diversa da quella delle altre Aassll. Pertanto, esiste un ottimo sistema di interrelazioni che però non si riesce ancora a sfruttare a pieno; bisognerebbe cercare, dunque, di uniformare il sistema, tanto è vero che inizialmente si sperava di poter creare un'azienda 118 con direttore generale, sanitario e amministrativo in modo da uniformare il servizio.

È stata quindi rilevata l'esistenza di un problema di carattere tecnico che la società telefonica Telecom non è ancora in grado di risolvere e che comporterebbe una grave disfunzione: un utente che formula il 118 con un telefono fisso da Castellammare di Stabia riceve risposta da un operatore della centrale operativa dello stesso comune, mentre un utente che formula il 118 con un telefono portatile da Castellammare di Stabia riceve risposta da un operatore della centrale operativa di Napoli, il quale dovrà spiegare all'utente che l'eventuale prolungarsi dell'attesa è dovuto al fatto che la chia-

mata deve essere trasferita alla centrale operativa di Castellammare di Stabia.

Con riferimento ai mezzi a disposizione del servizio 118, è stato precisato che tale servizio è affidato al settore pubblico, mentre i mezzi sono in convenzione. In particolare, le ambulanze appartengono alla croce rossa italiana, alle Aassll e alla Misericordia, ma il medico non è presente su tutte le ambulanze. In particolare, in qualche territorio mancano reparti di rianimazione, neurochirurgia, cardiocirurgia, chirurgia vascolare e, ciò nonostante, l'operatore del servizio 118 deve coordinare i soccorsi, le maxi-emergenze, oltre ad individuare un posto dove accompagnare il paziente. Anche la dislocazione delle ambulanze viene effettuata a cura delle Aassll.

Si è constatata poi la problematica situazione nella quale versa in particolare l'Asl NA/5, soprattutto durante il periodo estivo quando le strutture ormai vecchie e fatiscenti non sono in grado di fronteggiare l'emergenza derivante dal notevole afflusso di turisti. Inoltre, la centrale operativa del servizio 118, comune alle Aziende NA/4 e NA/5, sarà trasferita, dall'attuale sede nel plesso di Castellammare di Stabia, alla nuova struttura di Gragnano in corso di ultimazione. Infine, è stato segnalato che l'isola di Capri è servita da un'eliambulanza ed una idroambulanza, ma in estate rimarrebbe la netta sproporzione tra popolazione e servizi.

Questioni legate alla prevenzione ed alla sicurezza

Asl Napoli/1. Nel corso delle audizioni è stato rilevato che i dipartimenti di prevenzione non dovrebbero essere collocati all'interno delle aziende sanitarie locali, in quanto lo stesso datore di lavoro viene a coincidere con il soggetto controllato. Inizialmente, sarebbero state incontrate obiettive difficoltà ed il dipartimento sarebbe stato sempre trascurato. Ciò nonostante, sono stati effettuati controlli e vigilanze sia nell'Azienda NA/1 che in altre aziende, come il «Cardarelli» ed il «Santobono». I controlli sarebbero stati eseguiti innanzitutto per delega della Procura a seguito di infortuni sul lavoro, mentre gli altri controlli previsti avrebbero sempre subito il limite legato alla precarietà degli organici, perché nella Asl Napoli/1, con più di 1 milione di abitanti, con 6 aziende ospedaliere, con 11 ospedali, sono operativi solo tre ingegneri ultrasessantenni che dovrebbero controllare tutti i cantieri, le centrali termiche, oltre alla «messa a terra».

Inoltre, per quanto attiene all'osservanza del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, la situazione risulta migliorata anche grazie ai finanziamenti dell'articolo 20 della citata legge n. 67 del 1988. Tuttavia, anche a causa della presenza di alcuni cantieri in corso, spesso sono state incontrate difficoltà nell'impartire prescrizioni a strutture pubbliche alle quali mancavano i fondi.

Si è poi approfondito il problema legato agli ospedali privi di decreto di agibilità; in particolare è emerso che il caso della regione Campania è significativo, in quanto nessuna struttura pubblica ha una vera e propria autorizzazione sanitaria ed eventuali nuove strutture pubbliche non chiedono l'au-

torizzazione sanitaria, nonostante il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, imponga che qualsiasi struttura sanitaria debba essere autorizzata e nonostante la normativa regionale ponga sullo stesso piano le strutture pubbliche e quelle private, stabilendo tra l'altro requisiti minimi per tutte le strutture pubbliche e private.

Asl Napoli/5. La situazione riguardante il dipartimento di prevenzione della Asl NA/5 è analoga a quella rappresentata per il dipartimento della Asl NA/1. Grave è la carenza di personale: a fronte di una numerosa utenza, ci sono solo tre ingegneri che devono ottemperare alle richieste della Procura per gli infortuni sul lavoro.

Per quanto riguarda gli ospedali, sono stati eseguiti controlli che diverse volte hanno portato anche al deferimento del datore di lavoro. Ci sono realtà differenti e, per esempio, nella penisola sorrentina l'ospedale di Sorrento è quasi ultimato, mentre, per quanto riguarda l'ospedale di Castellammare, si stanno eseguendo lavori senza una preventiva chiusura, il che comporta vari problemi.

Infine, è stato evidenziato che presso l'ospedale di Torre Annunziata sono stati interrotti i lavori un paio di volte e sono state sottratte alcune suppellettili.

ACCORDO DI PROGRAMMA REGIONE CAMPANIA (*)*Data sottoscrizione:*

- 28 dicembre 2000.

Impegno finanziario:

- a carico dello Stato euro 1.110.258.899,84;
- cofinanziamento regionale euro 58.434.678,94.

Numero interventi: 175*Obiettivi:*

- razionalizzazione della rete ospedaliera con particolare riguardo a rianimazione, terapia intensiva, riabilitazione e lungodegenza, servizi psichiatrici, malattie cardiovascolari, malattie oncologiche, ospedalizzazione a domicilio;
- potenziamento della rete dei servizi territoriali, con particolare riguardo all'integrazione dei servizi territoriali con programma per malati terminali;
- riqualificazione delle dotazioni tecnologiche, in particolare radioterapia;
- adeguamento alla normativa;
- realizzazione di residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- sviluppo degli spazi per la libera professione *intramoenia*.

Con tale Accordo la regione ha utilizzato tutte le risorse assegnate dalla delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 12 interventi per un importo totale di euro 294.816.110,27, pari al 26,6 per cento.

La regione non ha trasmesso la dichiarazione relativa al potenziamento tecnologico (articolo 10 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005) per cui alcuni decreti sono sospesi.

Le risorse finanziarie residue per accordi da sottoscrivere assommano a euro 43.684.968,00

(*) *Fonte:* Ministero della Salute – Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N. 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 1.631.924,33 non ancora richiesti da parte della regione.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

Il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001, ha assegnato alla regione euro 79.253.874,72 non ancora richiesti da parte della regione.

REGIONE BASILICATA

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Potenza e Matera 16-18 novembre 2004

Nei giorni 16, 17 e 18 novembre 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Bianconi, Boldi, Danzi, Liguori, Longhi, Salzano e Tatò, si è recata in missione a Potenza e Matera.

Martedì 16 novembre la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'ospedale oncologico regionale di Rionero in Vulture ed ha ascoltato presso la Prefettura di Potenza, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- rappresentanze sindacali della Anaa Assomed, Cimo Asmd, Cgil Fp, Ugl, Anpo e Uil;
- dott. Attilio Salvatore Nunziata – direttore generale dell'Asl di Potenza;
- dott.ssa Angela Pia Pellettieri – direttore sanitario dell'Asl di Potenza;
- dott. Mauro Fioretti – direttore amministrativo dell'Asl di Potenza.

Mercoledì 17 novembre la delegazione ha dapprima effettuato sopralluoghi presso l'Azienda ospedaliera «San Carlo» di Potenza e l'ospedale di Tricarico e, successivamente, ha ascoltato presso la Prefettura di Matera, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- rappresentanze sindacali della Anaa Assomed, Ampo, Cimo, Cisl, Cgil, Ugl;
- dott. Giambattista Macian – presidente del Tribunale per i diritti del malato – ospedale «Madonna delle Grazie» di Matera;
- prof.ssa Angela Rizzo – ex presidente del Tribunale per i diritti del malato – ospedale «Madonna delle Grazie» di Matera;
- dott. Domenico Maroscia – direttore generale dell'Asl di Matera;
- dott. Vito Gaudiano – direttore sanitario dell'Asl di Matera;
- dott. Franco Ruggieri – direttore amministrativo dell'Asl di Matera;
- dott. Carlo Chiurazzi – assessore alla sicurezza e solidarietà sociale della regione Basilicata.

Infine, nella giornata di giovedì 18 novembre la delegazione ha svolto un sopralluogo presso l'ospedale «Madonna delle Grazie» di Matera.

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LA MISSIONE

Durante le audizioni e nel corso dei sopralluoghi è stato rilevato che il problema principale della regione Basilicata è rappresentato dalla conformazione orografica del territorio e dall'esiguo numero di abitanti. Tale situazione crea la necessità di ridimensionare il numero delle Asl da 5 a 2, di chiudere alcune delle 17 strutture ospedaliere operanti e di rimodulare e riorganizzare alcuni presidi sanitari attraverso nuove soluzioni. Difatti, il nuovo piano sanitario, adottato dalla regione, non prevede di chiudere i presidi sanitari, ma di riconvertirli attraverso un graduale incremento di nuove funzioni. Esempio ne è l'ospedale di Tricarico, dove è in progetto la sua trasformazione in un polo per le attività specialistiche riabilitative, anche se verrebbe chiuso un punto di riferimento sanitario della popolazione locale.

Nel complesso, durante la visita, è emersa l'esigenza di restituire alla rete dei servizi territoriali alcune funzioni e prestazioni di base, allo scopo di alleggerire le strutture ospedaliere.

Per quanto concerne il servizio 118, esso costituisce una struttura autonoma ed estesa su tutto il territorio, con personale qualificato con corsi di primo e secondo livello. È stato comunque rilevato che sarebbe necessario disporre di un elisoccorso soprattutto nel periodo invernale, unico modo per raggiungere zone impervie.

Inoltre, durante la missione, la delegazione parlamentare ha avuto modo di apprendere che i livelli della spesa farmaceutica si sono sostanzialmente mantenuti al livello degli anni precedenti; risulta poi contenuta la mobilità sanitaria dalla Basilicata verso altre regioni vicine, mentre si riscontra un elevato numero di pazienti che preferiscono i centri lucani rispetto a quelli delle regioni di provenienza.

Con riferimento alla situazione di talune strutture, è stato fatto presente che l'ospedale di Matera «Madonna delle Grazie» incontra alcune difficoltà nell'erogare prestazioni inerenti la risonanza magnetica, sebbene tali prestazioni siano garantite da un servizio mobile gestito da privati e pur avendo l'ospedale stesso reparti di ottima qualità.

Infine, da parte delle rappresentanze sindacali, ascoltate nel corso della missione, sono state evidenziate carenze del personale, mentre il Tribunale per i diritti del malato ha rilevato, quale ulteriore problematica, la sussistenza di lunghe liste d'attesa.

REGIONE BASILICATA (*)

PROGRAMMA DI INVESTIMENTI - ART. 20 L. 67/88 - ACCORDO DI PROGRAMMA

Data sottoscrizione:

- 19 gennaio 2000.

Impegno finanziario:

- a carico dello Stato euro 124.771.855,16;
- cofinanziamento regionale euro 27.238.969,77.

Numero interventi: 56*Obiettivi:*

- riorganizzazione della rete degli ospedali;
- organizzazione e potenziamento dei servizi territoriali;
- innovazione e potenziamento delle dotazioni tecnologiche;
- adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa esistente in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 23 interventi per un importo totale di euro 57.507.656,45, pari al 46,1 per cento.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N. 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 207.515,64 dei quali al 12 dicembre 2005 richiesti euro 197.234,89, pari al 95,05 per cento.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

Il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001, ha assegnato alla regione euro 27.613.917,48 non ancora richiesti.

Le risorse finanziarie residue per accordi da sottoscrivere assommano a euro 5.396.975,00.

(*) *Fonte:* Ministero della Salute - Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

REGIONE PUGLIA

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Bari e Foggia 5-8 luglio 2005

Nei giorni 5, 6, 7 e 8 luglio 2005 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Boldi, Liguori, Longhi, Rollandin, Sanzarello e Tatò, si è recata in missione a Bari e Foggia.

Martedì 5 luglio la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'ospedale «M. Sarcone» di Terlizzi dove ha ascoltato, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Vito Verrecchia – direttore generale Ausl BA/1;
- dott. Giuseppe Coratella – direttore sanitario Ausl BA/1;
- ing. Vincenzo Di Tria – sindaco di Terlizzi.

Successivamente, si è svolto un sopralluogo presso l'ospedale psichiatrico «Don Uva» di Bisceglie dove sono stati ascoltati, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Antonio Albano – direttore generale dell'ospedale;
- dott. Giovanni Caprioli – direttore amministrativo dell'ospedale;
- dott. Antonino Riggio – direttore sanitario dell'ospedale;
- dott. Pier Giulio Petrone – componente del consiglio di amministrazione dell'ospedale.

Nella medesima giornata la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso gli ospedali di Trani e di Barletta.

Mercoledì 6 luglio si è dapprima svolto un sopralluogo presso l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Casa Sollievo della Sofferenza» di S. Giovanni Rotondo dove sono stati ascoltati, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- Mons. Domenico Umberto D'Ambrosio – Delegato Pontificio per il Santuario e le Opere di San Pio da Pietralcina;
- dott. Massimo Bufacchi – direttore generale dell'Istituto;
- dott. Luigi Pacilli – direttore sanitario dell'Istituto;
- dott. Bruno Dalla Piccola – direttore scientifico dell'Istituto;
- dott. Salvatore Mangiacotti – sindaco di S. Giovanni Rotondo.

Successivamente si è svolto un sopralluogo presso l'ospedale «Umberto I» di San Marco in Lamis dove sono stati ascoltati, in sede di libera audizione, i seguenti soggetti:

- prof. R. Savino Raffaele Cannone – direttore generale Ausl FG/1;
- dott. Giuseppe D'Alessandro – direttore sanitario Ausl FG/1.

Dopo un ulteriore sopralluogo presso l'ospedale di San Severo, la delegazione ha visitato l'Azienda ospedaliera «Ospedali Riuniti» di Foggia dove sono stati sentiti in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Nicola Cardinale – direttore generale dell'Azienda ospedaliera;
- dott. Gaetano Fuiano – direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera;
- dott. Aldo Capasso – direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera;
- pro-rettore dell'Università degli Studi di Foggia;
- rappresentanze sindacali.

Nella successiva giornata di giovedì 7 luglio la delegazione si è trasferita presso le isole Tremiti e nella sede del comune ha incontrato i seguenti soggetti:

- dott. Giuseppe D'Alessandro – direttore sanitario Ausl FG/1;
- Presidente del Consiglio comunale;
- rappresentanti dei cittadini.

Ha quindi, visitato il presidio sanitario dell'isola di San Nicola e l'ambulatorio medico dell'isola di San Domino, sempre nelle isole Tremiti. Successivamente ha svolto un sopralluogo presso il pronto soccorso di Vieste.

Infine, nella giornata di venerdì 8 luglio la delegazione ha concluso il programma dei propri lavori, effettuando sopralluoghi presso l'ospedale «San Camillo de Lellis» di Manfredonia e l'ospedale «G. Tatarella» di Cerignola.

Brindisi, Taranto e Lecce 4-6 ottobre 2005

Nei giorni 4, 5 e 6 ottobre 2005 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Bettoni Brandani, Liguori, Longhi, Tatò e Ulivi si è recata in missione a Brindisi, Taranto e Lecce.

Martedì 4 ottobre la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'Azienda ospedaliera «A. Di Summa» – ospedale «A. Perrino» di Brindisi dove ha incontrato il direttore generale, un sopralluogo presso l'Azienda ospedaliera «SS. Annunziata» di Taranto dove ha incontrato il direttore generale e il direttore sanitario e un sopralluogo presso l'ospedale «S. Giuseppe Moscati» (ex ospedale Nord) di Taranto dove ha incontrato il direttore generale.

Mercoledì 5 ottobre la delegazione ha svolto sopralluoghi presso l'ospedale «Sacro Cuore di Gesù» di Gallipoli, «D. Romasi» di Gagliano del Capo, «Card. G. Panico» di Tricase, «F. Ferrari» di Casarano e «M. Tamborino» di

Maglie, dove nelle rispettive sedi ha incontrato i direttori generali dei citati ospedali.

Infine, nella successiva giornata di giovedì 6 ottobre la delegazione ha concluso il programma dei propri lavori, svolgendo un sopralluogo presso l'ospedale «V. Fazzi» di Lecce dove ha incontrato il Direttore generale.

Bari 22, 23 e 24 novembre 2005

Nei giorni 22, 23 e 24 novembre 2005 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Longhi, Rollandin, Tatò e Ulivi si è recata in missione a Bari.

Martedì 22 novembre la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Saverio de Bellis» di Castellana Grotte dove ha incontrato il commissario straordinario, avvocato Francesco Paolo Sisto.

Mercoledì 23 novembre la delegazione ha svolto sopralluoghi presso l'Azienda ospedaliera «Ospedale Policlinico Consorziato» di Bari e l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) «Mater Dei» di Bari, dove nelle rispettive sedi ha incontrato i direttori generali dei citati ospedali, dottor Pompeo Traversi e dottor Rosario Polizzi (commissario straordinario).

Infine, nella successiva giornata di giovedì 24 novembre la delegazione ha concluso il programma dei propri lavori, ascoltando in libera audizione, presso gli uffici del palazzo della Presidenza della regione Puglia:

- dott. Antonio Campobasso – Presidente del Tribunale per i diritti del malato di Bari;
- dott. Domenico Carnevale – Vice Presidente del Tribunale per i diritti del malato di Bari;
- dott. Mario Morlacco – Direttore dell'Agenzia regionale sanitaria;
- dott. Alberto Tedesco – Assessore regionale alle politiche della salute.

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LE MISSIONI

Situazione delle strutture

Sia nel corso dei diversi sopralluoghi sia attraverso gli incontri e le audizioni, la Commissione ha avuto modo di conoscere una realtà sanitaria assai diversificata, la quale, però, appare contrassegnata, come elementi negativi, da una generale inadeguatezza e vetustà delle strutture sanitarie, ma anche della rete assistenziale territoriale e distrettuale; quest'ultima carenza si riflette sugli ospedali che sono costretti a farsi carico di una domanda inappropriata di prestazioni che dovrebbero essere fornite dalla rete extraospedaliera. Pertanto, l'attenzione della Commissione si è concentrata in questa regione sulle problematiche derivanti dallo stato critico in cui versano molte strutture sanitarie; del resto, le competenze e le professio-

nalità, pur esistenti, trovano un oggettivo impedimento ad esprimersi appieno in presenza di tali carenze strutturali.

Ma oltre al basso livello di qualità delle strutture, si è appreso che risulta grave la carenza di organico che ammonterebbe a circa 15.000 addetti. Tale dato, secondo l'assessorato regionale competente, si spiegherebbe con l'adozione di politiche che non solo hanno impedito l'adeguamento delle piante organiche, ma hanno anche imposto il blocco delle assunzioni per esigenze legate al contenimento delle spese per il personale. In questo modo, si è altresì alimentato il fenomeno del precariato nell'ambito di diverse qualifiche professionali.

Inoltre, sono emersi diversi indirizzi nella pianificazione sanitaria tra i governi regionali che si sono succeduti, soprattutto per quanto concerne la collocazione, il numero e l'adeguamento delle strutture ospedaliere. A tale riguardo, infatti, gli orientamenti della giunta regionale, insediatasi nel corso del 2005, confermano l'esigenza di un potenziamento dei distretti e della rete assistenziale extraospedaliera e mirano alla costruzione di un congruo numero di strutture ospedaliere (circa 10-12), di medie o grandi dimensioni, abbandonando così un indirizzo, spesso adottato nel passato, volto in prevalenza a modernizzare o riqualificare strutture in realtà irrecuperabili.

Nell'ambito del menzionato riordino della rete ospedaliera, secondo quanto illustrato dall'assessorato regionale competente, oltre ad una contrazione del numero dei posti letto, si perseguirebbe un programma di delocalizzazione delle medesime strutture attualmente ubicate in contesti urbani congestionati (come l'ospedale SS. Annunziata di Taranto e gli ospedali di Andria e Manfredonia), nonché l'adeguamento dei grandi ospedali cittadini che presentano gravi carenze strutturali (ospedali di Foggia, Lecce, policlinico di Bari) e la realizzazione di strutture ospedaliere volte ad assorbire quelle presenti in paesi limitrofi.

Per l'attuazione di questo importante processo di riforme, anche sulla base delle esperienze analoghe maturate in altre regioni, occorrono non meno di dieci anni, ma esso si può avviare già a partire dal 2006, non appena il Ministero della salute avrà varato il piano sanitario nazionale al quale seguirà il necessario adeguamento del piano sanitario regionale. In ogni caso, risulta indispensabile individuare un sistema che garantisca il flusso delle risorse finanziarie che servono per realizzare questi impegni. In merito alle modalità per reperire i finanziamenti, l'assessorato regionale alla sanità ha specificato che intende avvalersi di una pluralità di opzioni: in primo luogo, circa 500 milioni di euro potrebbero essere ricavati dal fondo residuo previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988; in secondo luogo, ulteriori 200 milioni di euro si potrebbero reperire da investimenti e progetti che non saranno più realizzati; in terzo luogo, si potrebbe attivare un sistema di cartolarizzazioni che, tramite i mutamenti di destinazione d'uso, consenta di attingere risorse dalla dismissione di beni immobili. Infine, ulteriori fonti di finanziamento potrebbero provenire dai fondi stanziati dall'Unione europea per le regioni inserite nell'obiettivo 1 e dal ricorso alla finanza di progetto.

Da un punto di vista normativo, sulla base di quanto riferito dall'Agenzia regionale per i servizi sanitari (Ares), i requisiti per l'accreditamento

delle strutture risultano definiti da una recente normativa regionale che, peraltro, impone di conformarsi a tali *standard* entro cinque anni. Inoltre, nel 2002 è stato siglato un accordo di programma stralcio che prevedeva lo stanziamento di 750 milioni di euro per la realizzazione di interventi di adeguamento, accordo che, tuttavia, è stato bloccato dal Ministero dell'economia e delle finanze per assenza dei fondi necessari. Di conseguenza, all'inizio del 2004, tale accordo è stato rimodulato per un importo inferiore, pari a 200 milioni di euro, con conseguente individuazione di nuove e ridotte priorità progettuali: realizzazione e completamento dell'ospedale Cotugno, dell'ospedale della Murgia e di Barletta, costruzione del nuovo ospedale di San Severo, nonché realizzazione presso il policlinico di Bari di un padiglione per ospitare la radioterapia e la Pet (*Positron emission tomography*).

Ospedale «M. Sarcone» di Terlizzi. Sono stati rilevati il mancato adeguamento di strutture e nuovi reparti in seguito al piano di riordino sanitario varato dalla precedente giunta regionale di centro-destra. In particolare, è emersa l'inadeguatezza del pronto soccorso e, in generale, l'insufficienza della parte alberghiera dell'ospedale, con carenze relative ai servizi igienici e agli impianti di climatizzazione. Da parte degli amministratori locali è stato espresso un giudizio critico sul citato piano di riordino sotto il profilo dell'efficienza e dell'integrazione dei servizi territoriali. Difatti, prima di questa riforma, l'ospedale serviva con buoni risultati un ampio bacino di popolazione, mentre ora si sta registrando una caduta dell'efficienza dei servizi. In tal senso, uno degli obiettivi della nuova giunta comunale è la riorganizzazione del sistema territoriale in termini più razionali.

Il vertice dirigenziale dell'ospedale ha invece sottolineato che, anche per effetto di un accordo di programma Stato-regione in merito ad alcuni finanziamenti, si è avviato un adeguamento delle strutture ed un miglioramento del pronto soccorso.

Ospedale psichiatrico «Don Uva» di Bisceglie. È stato rilevato che dopo la legge 13 maggio 1978, n. 180, le strutture psichiatriche hanno incontrato serie difficoltà, soprattutto perché si è verificata una fuga dei pazienti ed un conseguente esubero di personale. Tali problemi hanno riguardato anche l'ospedale Don Uva dove per alcuni anni sono rimasti impiegati circa 1.200 dipendenti con inevitabili ripercussioni di ordine finanziario. In seguito, si è promosso un esodo incentivato del suddetto personale che, tuttavia, pur ridotto, si mantiene su livelli superiori rispetto ai parametri fissati *ex lege*. Per ovviare a tale sovradimensionamento si sono presentate alcune alternative: avvio di particolari attività negli istituti ortofrenici (unità spinale, neuroriabilitazione); richiesta dell'accreditamento della risonanza magnetica per evitare lunghe liste d'attesa in altri centri. Inoltre, è proseguita l'attività di riqualificazione e formazione del personale e si è proceduto ad esternalizzare alcuni servizi non sanitari. Sempre in merito alla situazione del personale, si è appreso che allo stesso sarà applicato il nuovo contratto previsto per la sanità privata.

In merito ad alcuni decessi di pazienti avvenuti negli ultimi tempi presso l'ospedale, i responsabili della struttura hanno dichiarato che tali eventi non sono imputabili a carenze assistenziali, ma sono ascrivibili alle patologie di cui soffrivano tali soggetti.

Ospedale «Umberto I» di San Marco in Lamis. Il piano di riordino sanitario ha comportato la disattivazione di un'unità di chirurgia generale, di ostetricia-ginecologia e pediatria e nel contempo ha previsto alcuni potenziamenti. Si è appurato poi che il reparto di psichiatria necessita di urgenti opere di rifacimento strutturale e del ricambio di suppellettili. Inoltre, sono stati aperti ospedali-comunità che hanno reso disponibili altri posti letto. Si è infine appreso che il livello della spesa farmaceutica si attesta intorno al 16 per cento.

Azienda ospedaliero-universitaria «Ospedali riuniti» di Foggia. Le maggiori criticità attengono alla carenza di locali e di posti letto, soprattutto in rianimazione. Nonostante la presentazione di alcuni progetti esecutivi, i finanziamenti attesi sono stati ridimensionati e sono ancora sottoposti all'esame della regione. Tuttavia occorrerebbe sbloccare al più presto tali risorse che permetterebbero di avviare alcune ristrutturazioni. Sono state inoltre segnalate le seguenti problematiche: lunghezza delle liste d'attesa; carenza di infermieri e di personale amministrativo; eccessivo ricorso all'esternalizzazione; situazione precaria di alcuni immobili.

Inoltre, nel corso del sopralluogo, la delegazione della Commissione ha richiesto chiarimenti circa la regolare occupazione del reparto di cardiologia presso il primo piano del monoblocco - corpo h.

Isole Tremiti. È emersa la particolare difficoltà nell'assicurare servizi sanitari in un territorio come le isole Tremiti; la regione ha previsto un solo posto di guardia medica che potrebbe sembrare sufficiente visto il ridotto numero di residenti nella stagione invernale. Tuttavia, poiché tale unità si rivela insufficiente in caso d'emergenza e soprattutto nel periodo estivo, si è attivato, pur in assenza della prescritta autorizzazione, un altro posto di guardia medica. Le due guardie mediche sono dotate di cardiotelefono collegato all'ospedale di San Severo, mentre per il trasporto in casi di emergenza c'è un'eliambulanza che parte da Vieste nelle ore diurne ed un elicottero che parte da Foggia nelle ore notturne.

Si è poi segnalato l'eccessivo *turn over* del personale che comporta conseguenti disagi per la popolazione; in particolare, il posto da titolare del medico di famiglia non è stato ancora ricoperto e la popolazione, a tale riguardo, ha espresso la volontà di poter scegliere direttamente questo soggetto che dovrebbe essere originario delle isole Tremiti.

Ospedale «San Camillo de Lellis» di Manfredonia. Nel corso del sopralluogo si è constatato che i locali del pronto soccorso risultano insufficienti e necessitano di interventi radicali di straordinaria manutenzione ed interventi di pulizia. Carenze igieniche e strutturali sono state rilevate

nei reparti di psichiatria, radiologia, pediatria, ortopedia, nel laboratorio di analisi e nei locali di ginecologia ed ostetricia.

Azienda ospedaliera «A. Di Summa» – ospedale «A. Perrino» di Brindisi. Dopo l'ultimo piano di riordino, l'ospedale ha registrato l'afflusso di circa 60.000 pazienti con conseguenti ripercussioni sui tempi d'attesa nel pronto soccorso: da 120 accessi giornalieri nel 2000 si è passati ai 163 nel 2004 con punte di 270 nel periodo estivo. In generale, sussiste un problema di congestionamento della struttura che potrebbe risolversi solo potenziando la rete territoriale. Inoltre, per quanto concerne la situazione del personale, è stata evidenziata la carenza di infermieri, anche a causa di una pianta organica risalente a 13 anni fa. Per sopperire alle reali esigenze molti infermieri sono nominati «ad incarico» oramai da diversi anni con contratti a tempo determinato. Vi è, infine, carenza di primari a causa del blocco dei concorsi da parte della regione.

Azienda ospedaliera «SS. Annunziata» – ospedale «S. Giuseppe Moscati» (ex ospedale Nord) di Taranto. Nell'ultimo piano di riordino è previsto un unico presidio ospedaliero centrale, composto, oltre che dall'ospedale SS. Annunziata, dall'ospedale Nord Moscati. Tuttavia, questa duplicazione degli ospedali, motivata da ragioni storiche, non sembra aver avuto riflessi sulle prestazioni e specialità che risultano differenziate tra le due strutture. Nel corso del sopralluogo, la delegazione ha avuto modo di riscontrare che l'ospedale necessita di interventi di adeguamento, soprattutto per risolvere il sovraffollamento delle stanze.

Si è poi posto l'accento sulle liste d'attesa, spesso create dal fatto che la popolazione preferisce richiedere la prestazione a Taranto piuttosto che rivolgersi a strutture limitrofe dove i tempi d'attesa sarebbero minori. Nel complesso, pur essendo dislocati nel territorio vari distretti ed ambulatori, non è ancora sufficientemente sviluppata quella rete di servizi territoriali che è la sola risposta per l'abbattimento delle liste d'attesa. In ogni caso, la rilevanza dell'integrazione socio-sanitaria è dimostrata dall'esistenza di un'apposita disciplina normativa, contenuta nella legge regionale 25 agosto 2003, n. 17.

Circa il rapporto tra la sanità pubblica e quella privata, il direttore generale appena nominato ha rilevato che è prioritario privilegiare la qualità di servizi e prestazioni e che il settore pubblico deve impegnarsi per il raggiungimento di questo obiettivo.

Mentre per quanto attiene alla situazione del personale non risultano particolari carenze – sebbene il Tribunale per i diritti del malato abbia lamentato problemi per il recente blocco delle assunzioni – è emerso, invece, che il dipartimento di prevenzione incontra una serie di difficoltà legate sia all'alto numero della popolazione sia all'ingente patrimonio zootecnico; inoltre, vi sono carenze nei sistemi di prevenzione e sicurezza presso i luoghi di lavoro, specialmente all'Ilva che conta circa 14.000 dipendenti.

Ospedale «Sacro Cuore di Gesù» di Gallipoli. Nel corso della visita è emersa la presenza nella struttura di numerosi ambulatori che potrebbero essere dislocati in modo più efficiente sul territorio attraverso il potenziamento di strutture alternative. L'ospedale si caratterizza per le sue notevoli dimensioni – stimato all'origine per circa 500 posti letto, ne ha ora attivati circa 200 – che richiederebbero interventi per conformarsi agli *standard* alberghieri.

Ospedale «D. Romasi» di Gagliano del Capo. È stata riscontrata una complessiva inadeguatezza della struttura, specialmente per quanto riguarda le camere.

Ospedale «Card. G. Panico» di Tricase. La struttura, gestita da un ordine religioso, si distingue come un punto d'eccellenza della zona. Per questa struttura emergono le stesse considerazioni sviluppatesi nel corso della visita all'ospedale IRCCS – Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo.

Ospedale «V. Fazzi» di Lecce. La delegazione parlamentare ha avuto modo di verificare che la struttura richiede interventi di riammodernamento – ad eccezione del rinnovato polo oncologico – soprattutto per alcune specialità, come la Tac i cui *standard* sono rimasti quelli del periodo a cui risale la costruzione dell'ospedale. Inoltre, è stato rilevato un sovrappollamento delle camere con insufficienza dei servizi igienici, il mancato rispetto dei parametri di ricezione alberghiera, ed il sovraccaricamento del pronto soccorso che registra circa 60.000 accessi all'anno, anche se soltanto una minima parte di questi meriterebbe di usufruire di tale servizio.

Azienda ospedaliera «Ospedale Policlinico Consorziiale» di Bari. Attraverso il sopralluogo e l'incontro con i vertici sanitari ed amministrativi sono state evidenziate diverse problematiche.

In primo luogo, il policlinico, concepito alla fine degli anni Venti del secolo scorso, presenta problemi strutturali irrisolvibili; basti pensare, ad esempio, che in molte stanze le volte superano i cinque metri e qualsiasi lavoro di adattamento produce danni e disagi. Inoltre, l'organizzazione per padiglioni comporta difficoltà e dispersione delle risorse. Anche per tale ragione, si è prospettata la realizzazione di una struttura *ex novo* (Asclepios), sempre all'interno del policlinico, con una copertura di circa 300 posti letto. Tuttavia, negli ultimi quindici anni, sono stati effettuati lavori di manutenzione con costi assai rilevanti, non accompagnati, però, da alcun visibile beneficio. Un ulteriore aspetto critico è rappresentato dal numero esiguo di sale operatorie, a fronte del fatto che il policlinico ha una capacità di circa 1.500 posti letto.

In secondo luogo, vi è una grave carenza di personale dovuta al blocco delle assunzioni che si protrae da diversi anni; si è quindi sopperito a tale problema attraverso l'impiego di persone con contratto a tempo determinato, le quali, però, non appena hanno acquisito la necessaria competenza professio-

nale, sono costrette a lasciare l'impiego per la scadenza contrattuale. Sono stati anche banditi concorsi pubblici per alcune qualifiche, ma, a stento, si è riusciti a coprire i posti. Si è poi lamentato uno scarso ricambio delle figure dirigenziali.

In terzo luogo, la coesistenza tra università e policlinico è un'opportunità - tenuto conto della presenza di alcune unità operative di buon livello, come oculistica ed immunologia - ma anche una causa di problemi viste le differenze organizzative e finanziarie e la ristrettezza degli spazi.

Infine, è stato rilevato che la collocazione del policlinico all'interno della città risulta penalizzante a causa del traffico, sebbene la creazione di un'area per i parcheggi debba migliorare la situazione, mentre, circa gli aspetti finanziari, si è sottolineata la necessità di disporre di finanziamenti mirati al raggiungimento di specifici obiettivi.

Anche ad avviso del Tribunale per i diritti del malato il policlinico del capoluogo pugliese presenta complesse problematiche.

Sotto il profilo delle prestazioni e degli *standard* strutturali si è evidenziata la presenza di barriere architettoniche, di lavori iniziati e mai ultimati, di impianti non a norma, di sale d'attesa improvvisate in corridoi, oltre che la mancanza di segnaletica. Inoltre, si è lamentato l'eccessivo numero dei reparti di chirurgia generale che, in alcuni casi, ospitano pochi posti letto, nonché l'assenza di una sala intensiva o di rianimazione in neurochirurgia. È altresì emersa, per quanto riguarda le figure professionali, l'assenza di psicologi, mentre, in relazione alle prestazioni fornite, grave risulta l'assenza di una radioterapia oncologica - con conseguente trasferimento dei pazienti a San Giovanni Rotondo e a Brindisi - e della Pet.

Secondo l'Ares, inoltre, bisogna interrogarsi seriamente sulle prospettive di riordino del policlinico che potrebbe prevedere l'abbattimento dei padiglioni più vecchi, realizzando, accanto a quella già esistente di Asclepios, altre nuove strutture. In tal modo, il policlinico - che attualmente è articolato in più di trenta padiglioni - ne conterebbe non più di quattro o cinque. Tale soluzione avrebbe poi il merito di assicurare la popolazione barese che sembra propensa al mantenimento del policlinico nella sua attuale collocazione urbanistica.

Ospedale pediatrico «Giovanni XXIII» di Bari. Nella struttura, risalente agli anni Settanta, è prevista la creazione di un ulteriore settore per la chirurgia che, però, non è ancora entrato in funzione a causa del mancato allineamento degli edifici. Secondo quanto riferito dall'Ares, l'ospedale è oggetto di un programma che ne prevede la trasformazione in un centro di eccellenza; sulla base di questo programma saranno meglio precisati gli interventi di adeguamento che dovrebbero riguardare anche la struttura più recente. Inoltre, nell'ospedale è assente una sala intensiva o di rianimazione per gli operati pediatrici che, quindi, sono costretti a disagevoli e rischiosi trasferimenti in ambulanza.

Situazione degli IRCCS della regione Puglia

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono ospedali di eccellenza che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

La Puglia è una regione particolarmente ricca di IRCCS ospitandone ben quattro, il 13 per cento, dei 31 IRCCS italiani. Due sono gli istituti pubblici, il «Mater Dei» di Bari e il «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte, e due privati la «Casa Sollievo della Sofferenza» di San Giovanni Rotondo e la «Fondazione Salvatore Maugeri» di Cassano Murge.

Questa ricca presenza di istituti, rende la regione particolarmente impegnata non solo sul fronte scientifico, ma anche su quello di restituire alla spesa sanitaria regionale una parte della migrazione passiva invertendone i flussi.

La produzione scientifica di eccellenza dovrebbe consentire proprio a questi istituti di avviare con la regione un lavoro importante di promozione delle scelte regionali e delle strategie di cura e di promozione della salute.

Anche la programmazione regionale dovrebbe consentire a questi istituti di non dover supplire a funzione di ospedali di base con i quali sono ancora spesso confusi.

Per questi istituti sono importanti da risolvere sia i problemi del trasferimento alle nuove sedi («Saverio De Bellis» di Castellana Grotte e «Mater Dei» di Bari), sia la necessità di rivedere e aggiornare i *Diagnosys Related Group* (DRG), per queste strutture riconosciute ospedali di eccellenza. Per tali strutture si rende indispensabile una corretta rivalutazione dei DRG, indicatori tariffari non più aggiornati dal 1997, non solo in una logica ultraregionale, di competenza del Ministero della salute, ma anche attraverso il riconoscimento da parte della regione di specifici finanziamenti a copertura delle prestazioni di più elevata complessità, oltretutto per far fronte alla crescente dinamica dei costi per le prestazioni offerte.

IRCCS «Casa Sollievo della Sofferenza» di S. Giovanni Rotondo. I nuovi dirigenti dell'Istituto hanno evidenziato che il principale obiettivo è far sì che, dopo un periodo di difficoltà, in via di superamento grazie anche all'accordo stipulato con la regione ed il Ministero della salute a fine 2004, la struttura notoriamente punto di eccellenza nel Centro Sud, e riferimento scientifico per la ricerca genetica delle malattie rare ed eredo-familiari, ritrovi l'equilibrio economico e finanziario necessario a tenere il passo con il continuo adeguamento tecnologico richiesto dai progressi della medicina. Proprio in adesione a quanto previsto nel sopraccitato accordo, è stato elaborato e presentato un piano di riorganizzazione e rilancio, in sintonia con il Piano regionale di riordino ospedaliero, inteso a potenziare alcune attività di tipo particolarmente complesso, come, ad esempio, la cardiocirurgia e il trapianto di fegato, rinunciando nel contempo a prestazioni che potranno essere svolte in maniera più adeguata dai cosiddetti «Ospedali di comunità» o a livello distrettuale.

Rimangono da risolvere le generali problematiche, individuate a suo tempo, di ospedali come questo, quali «Ospedali religiosi classificati» in quanto fornitori di assistenza clinica sovrapponibile per qualità agli ospedali pubblici; tuttavia, tali strutture, come nel caso dell'IRCCS «Casa Sollievo della Sofferenza» di S. Giovanni Rotondo, a differenza del «pubblico», sono necessitate ad investire in proprio (non meno di 150 milioni di euro tra il 1995 e il 2003) per continuare ad offrire elevati *standard* con prestazioni di eccellenza (Casa Sollievo, come risulta dal più recente rapporto CENSIS, è l'ospedale del Centro-Sud con il maggior numero di ricoveri provenienti dalle regioni limitrofe, ed uno dei primi in Italia, oltre al fatto che il Centro svolge una intensa attività di ricerca).

In questa logica occorre garantire parità di trattamento con gli ospedali pubblici, mentre, come in precedenza rilevato si ripropone il tema di una inadeguata valutazione dei DRG. Il problema finanziario si pone anche per gli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, dal momento che per le strutture del Servizio sanitario nazionale tali incrementi di costo sono coperti da finanziamenti specifici e dalla futura necessità di riammodernamento di alcune parti della struttura, pur se dotata di buoni *standard* alberghieri, in vista degli interventi che si renderanno necessari a seguito della definizione dei nuovi criteri per l'accreditamento.

Da parte dei sindacati, infine, si è rilevato che l'azienda ha presentato un piano strategico le cui linee essenziali non sono pienamente condivise in quanto propone una riduzione del personale, anche se minima per via della riduzione dei posti letto prevista dal piano di riordino regionale, a fronte di una maggiore attività specialistica. Inoltre, nonostante in ospedale si sia applicato finora il contratto del Servizio sanitario nazionale, è stata ventilata la possibilità di applicare il contratto collettivo nazionale di lavoro degli «ospedali religiosi classificati» che, ad avviso dei sindacati, sarebbe meno favorevole in termini economici ai dipendenti.

IRCCS «Saverio De Bellis» di Castellana Grotte. L'Istituto svolge attività di ricerca nel campo della gastroenterologia, con un interessante progetto che prevede la ricerca per la cura di malattie correlate alle disfunzioni metaboliche ed alimentari, con campi di applicazione alla ricerca sulle materie prime alimentari. Nella sede attuale dell'istituto sono emerse carenze strutturali e logistiche, mancata conformità agli *standard* alberghieri, assenza di spazi, impiego nelle unità di endoscopia digestiva e gastroenterologia di apparecchiature specialistiche collocate in ambienti angusti che non consentono l'osservanza di condizioni di sicurezza. In generale, è apparso anomalo che un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico assolva le funzioni tipiche di un ospedale di base.

Inoltre, la delegazione della Commissione ha effettuato un sopralluogo anche nella nuova struttura dove l'istituto dovrebbe essere trasferito. Tuttavia, l'immobile, iniziato nel 1980, non è stato ancora attivato a causa della mancata erogazione di un finanziamento di circa 3 milioni di euro. L'Ares ha precisato che occorre un intervento normativo per delineare una proce-

dura che consenta di sbloccare le risorse necessarie a completare il previsto trasferimento.

IRCCS «Mater Dei» di Bari. L'istituto oncologico è particolarmente impegnato sul fronte della ricerca per la diagnostica veloce e la cancerogenesi; ma anche sullo studio biologico degli stadi *pre* e *post* operatori, così pure per la sperimentazione di nuove terapie. Di grande interesse è pure la linea di ricerca relativa alla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi e gestionali in ambito sanitario. Il problema di maggior rilievo segnalato dai responsabili dell'istituto attiene al suo trasferimento nella nuova struttura situata presso l'ospedale Cotugno. Infatti, nella sede attuale, presso le ex case di cura riunite, l'istituto è tenuto al pagamento del corrispettivo per la fornitura dei locali e delle dotazioni. In relazione al pagamento di questo prezzo, però, si è verificata una vertenza con i proprietari della struttura, aggravata dal fatto che i costi del contratto di fornitura sono coperti da finanziamenti erogati dalla regione, in misura però insufficiente rispetto a quanto fissato nel contratto di fornitura.

In ogni caso, il trasferimento nella nuova struttura dovrebbe completarsi entro un anno e permetterà all'istituto di realizzare la propria vocazione oncologica, soprattutto nel settore della ricerca. Tuttavia, è stato evidenziato che gli interventi necessari per questo trasferimento e per il conseguente allestimento delle dotazioni sono coperti da finanziamenti in prevalenza statali che, però, stabiliti qualche anno fa, dovrebbero essere integrati.

In generale, l'istituto ha un *deficit* di bilancio che trae origine non solo nel pagamento del prezzo della convenzione per la fornitura dell'attuale struttura e della relativa dotazione, ma anche in una inadeguata valutazione dei DRG. Pertanto, i responsabili dell'istituto hanno richiesto di poter disporre di maggiori risorse finanziarie, anche considerata l'alta produttività delle prestazioni fornite.

REGIONE PUGLIA (*)

PROGRAMMA DI INVESTIMENTI – ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67
– ACCORDO DI PROGRAMMA

Data sottoscrizione:

– 27 maggio 2004.

Impegno finanziario:

– a carico dello Stato euro 238.918.739,91;
– cofinanziamento regionale euro 12.574.670,52.

Numero interventi: 122

Obiettivi:

- razionalizzazione della rete ospedaliera;
- potenziamento delle strutture territoriali;
- rinnovamento e potenziamento della dotazione tecnologica;
- adeguamento delle strutture e tecnologie alla normativa vigente.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 34 interventi per un importo totale di euro 99.390.377,60 pari al 41,6 per cento.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N. 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 1.186.587,05 dei quali al 12 dicembre 2005 richiesti euro 593.293,52, pari al 50 per cento.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

(*) *Fonte:* Ministero della Salute – Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

Il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001, ha assegnato alla regione euro 53.948.571,22 dei quali richiesti al 12 dicembre 2005 euro 9.690.000,00.

Le risorse finanziarie residue per accordi da sottoscrivere assommano a euro 557.718.395,45.

NOTE

In relazione a quanto previsto all'articolo 10 dell'Intesa del 23 marzo 2005 la regione ha dichiarato di aver destinato al potenziamento ed ammodernamento tecnologico una percentuale pari al 15 per cento dei finanziamenti complessivi del programma.

REGIONE CALABRIA

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Catanzaro e Vibo Valentia 3 marzo 2004

Il giorno 3 marzo 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Bianconi, Carrara, Liguori, Longhi, Salzano e Tatò, si è recata in missione a Catanzaro e Vibo Valentia.

La delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'ospedale «G. Jazolino» di Vibo Valentia e l'Azienda ospedaliera «Pugliese – Ciaccio» di Catanzaro e, successivamente, presso la Prefettura di Catanzaro ha ascoltato, in libera audizione, i seguenti soggetti:

- dott. Mario Spagnuolo – procuratore aggiunto presso la procura della Repubblica di Catanzaro;
- Ten. Col. Mario Pantano – comandante Gruppo antisofisticazione di Napoli dell'Arma dei carabinieri;
- ing. Giovanni Angotti – commissario giudiziale dell'Azienda ospedaliera «Pugliese – Ciaccio» di Catanzaro;
- dott. Gianfranco Luzzo – assessore alla sanità della regione Calabria;
- rappresentanze sindacali della Cisl e della Cgil.

Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza 29 giugno-1° luglio 2004

Nei giorni 29, 30 giugno e 1° luglio 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Bianconi, Boldi, Longhi, Ognibene e Sanzarello si è recata in missione a Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza.

La delegazione ha ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Reggio Calabria, i seguenti soggetti:

- dott. Giovanni Luzzo – assessore alla sanità della regione Calabria;
- dott. Guido Sansotta – direttore generale dell'Ausl n. 11 – Reggio Calabria;
- arch. Renato Carullo – direttore generale dell'Azienda ospedaliera «Bianchi Melacrino Morelli».

Nella medesima giornata sono stati svolti sopralluoghi presso l'Azienda ospedaliera «Bianchi Melacrino Morelli» e presso l'ospedale di Oppido Mamertina.

Nella successiva giornata di mercoledì 30 giugno la delegazione, dopo aver proseguito il previsto programma di audizioni, ascoltando, in libera audizione, presso la Prefettura di Reggio Calabria, il dottor Domenico Minicucci, direttore generale dell'Ausl n. 10 - Palmi, ha effettuato sopralluoghi presso: l'ospedale «G. Jazzolino» di Vibo Valentia, l'Azienda ospedaliera «Pugliese - Ciaccio» e l'Azienda ospedaliera «Mater Domini» di Catanzaro. Successivamente ha ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Catanzaro: il dottor Antonio Carnovale, direttore generale dell'Azienda ospedaliera «Mater Domini», il dottor Nicola Bisceglia, direttore generale dell'Ausl n. 7 - Catanzaro e il dottor Riccardo Fatarella, direttore generale dell'Azienda ospedaliera «Pugliese-Ciaccio» di Catanzaro.

Giovedì 1° luglio la delegazione, dopo aver sentito, in libera audizione, presso la Prefettura di Cosenza il dottor Francesco Buoncrisiano, direttore generale dell'Ausl n. 4 - Cosenza e il dottor Antonio Belcastro, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Cosenza, ha svolto un sopralluogo presso la casa di cura privata «Villa Verde», contrada Fiego, Donnici Inferiore (CZ).

PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LE MISSIONI

Situazione delle strutture

Nel corso delle missioni è emersa in particolare la delicata situazione nella quale versa l'Azienda ospedaliera «Mater Domini» di Catanzaro, la cui sede è stata dismessa con relativo trasferimento in una nuova struttura in collaborazione con la locale università. Ciò ha determinato un cambiamento dello stato giuridico della proprietà che dalla regione era stata trasferita all'Università «Magna Grecia».

Inoltre, è stata rilevata la presenza sul territorio di circa 2.500 posti letto gestiti da cliniche private; tale quota non solo rappresenta un terzo del numero complessivo di posti letto della regione, ma dovrebbe essere oggetto di una riconversione in base alle esigenze reali.

È stata poi particolarmente significativa l'attività svolta dalla Commissione in merito a taluni sopralluoghi. Infatti, l'individuazione nel settore sanitario regionale di un vero e proprio scandalo con la scoperta di reati quali la corruzione, la turbativa d'asta e la truffa, aveva condotto al sequestro giudiziario dell'ospedale «A. Pugliese» di Catanzaro per gravi condizioni igienico-sanitarie e strutturali. Anche per approfondire questa situazione, la Commissione si è occupata della struttura citata, attraverso l'interlocuzione dei magistrati che avevano assunto provvedimenti giudiziari. Peraltro le medesime carenze igienico-sanitarie e strutturali, soprattutto nel reparto di psichiatria, venivano ravvisate dalla delegazione parlamentare presso il presidio ospedaliero «G. Jazzolino» dell'Azienda sanitaria n. 8 di Vibo Valentia. In tale caso, la Commissione non solo si è limitata a visitare la struttura in questione, ma ha altresì sollecitato un sopralluogo da parte dei carabinieri del competente nucleo dei NAS. In conseguenza di tali azioni veniva disposta

la chiusura del reparto di psichiatria ed il trasferimento in altri ospedali della zona dei relativi degenti.

A distanza di circa tre mesi la delegazione parlamentare ha effettuato un nuovo sopralluogo nella menzionata struttura vibonese, oggetto di sequestro di alcuni reparti. In questo lasso di tempo si sono registrati progressi, nel senso indicato dalla delegazione: in particolare, si è constatato un generale miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie della struttura, nonché delle stesse condizioni di vivibilità dei pazienti.

Un ulteriore intervento, sia da parte della delegazione parlamentare, che del competente nucleo dei NAS, ha avuto ad oggetto la casa di cura privata «Villa Verde», in contrada Fiego - Donnici Inferiore, in provincia di Cosenza. All'esito del sopralluogo e dei successivi accertamenti si constatavano numerosi problemi legati alle condizioni di sicurezza e igienico-sanitarie della struttura.

Ugualmente problematica si è rivelata la situazione riscontrata durante l'ispezione presso l'ospedale di montagna di Oppido Mamertina, nella piana di Gioia Tauro. Nel corso della visita ci si è trovati di fronte al più clamoroso caso di ospedale incompiuto. Infatti, alle spalle della vecchia struttura, si erge un «nuovo edificio» i cui lavori sono iniziati più di venti anni fa e che già mostrano i segni di cedimento nelle strutture portanti. Al suo interno è stata attrezzata una sala operatoria che non potrà mai essere usata, anche perché i locali adiacenti si trovano allo stato grezzo dei lavori.

Spesa farmaceutica e quadro finanziario

Nel corso delle audizioni e dei sopralluoghi effettuati, si è avuto modo di apprendere dell'esistenza di specifiche problematiche relative al quadro delle risorse finanziarie. Ad esempio, presso l'Asl n. 10 - Palmi emergeva la presenza di un elevato numero di infermieri a carico dell'azienda, circa 700, in esubero alle reali necessità, con inevitabili ripercussioni sul bilancio annuale. Difatti, la gran parte delle risorse messe a disposizione erano destinate al pagamento degli stipendi, senza tener conto delle risorse finanziarie necessarie per il pagamento dei contributi assistenziali e previdenziali. Peraltro, questa situazione di per sé già critica risulta altresì aggravata dalla sussistenza, in taluni casi, di un contenzioso con la regione a causa del mancato trasferimento dei fondi di competenza.

Un ulteriore profilo problematico segnalato alla Commissione d'inchiesta è costituito dagli alti indici di spesa farmaceutica, che mediamente si attesta al 16,8 per cento, raggiungendo addirittura il 25 per cento del bilancio presso l'Asl n. 7 di Catanzaro.

REGIONE CALABRIA (*)

PROGRAMMA DI INVESTIMENTI – ARTICOLO 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67
– ACCORDO DI PROGRAMMA

Data sottoscrizione:

– 16 dicembre 2004.

Impegno finanziario:

– a carico dello Stato euro 61.086.564,38;
– cofinanziamento regionale euro 3.215.082,34.

Numero interventi: 8

Obiettivi:

– razionalizzazione della rete ospedaliera;
– riqualificazione della dotazione tecnologica;
– adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 6 interventi per un importo totale di euro 39.782.581,45, pari al 65,1 per cento.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N. 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 618.823,92 dei quali al 12 dicembre 2005 richiesti euro 618.823,92, pari al 100 per cento.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

(*) *Fonte:* Ministero della Salute – Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

Il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001, non ha assegnato risorse alla regione.

Le risorse finanziarie residue per accordi da sottoscrivere assommano a euro 349.662.653,06.

NOTE

In relazione a quanto previsto all'articolo 10 dell'Intesa del 23 marzo 2005 la regione ha dichiarato di aver destinato al potenziamento ed ammodernamento tecnologico una percentuale pari al 15 per cento dei finanziamenti complessivi del programma.

REGIONE SICILIA

IL PROGRAMMA DELLE AUDIZIONI E DEI SOPRALLUOGHI

Palermo 9-11 marzo 2004

Nei giorni 9, 10 e 11 marzo 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Battaglia Giovanni, Bianconi, Borea, Carrara, Liguori, Longhi, Ognibene, Rotondo, Salzano e Sanzarellò, si è recata in missione a Palermo.

Martedì 9 marzo la delegazione ha ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Palermo i seguenti soggetti:

- prof. Ettore Cittadini – Assessore alla sanità della regione Sicilia;
- on. Vincenzo Lo Giudice – Presidente della Commissione servizi sociali e sanitari dell'Assemblea regionale siciliana;
- dott. Vito Amari – dirigente generale dell'Ispettorato sanitario regionale dell'Assessorato alla sanità;
- dott.ssa Patrizia Munzi Bitetti – Dirigente dipartimentale dell'Assessorato alla sanità;
- dott. Giampaolo Staro – Dirigente del servizio interventi sul territorio dell'Assessorato alla sanità;
- Ten. Col. Mario Piraino – Componente della «Commissione tecnica per le comunicazioni in Sicilia» del Dipartimento trasporti e comunicazioni della Regione siciliana.

Mercoledì 10 marzo, la delegazione ha proseguito gli incontri, presso la Prefettura di Palermo, ascoltando, in libera audizione:

- dott. Pietro Grasso – Procuratore della Repubblica di Palermo;
- dott. Giuseppe Pignatone – Procuratore aggiunto della Procura della Repubblica di Palermo;
- dott. Guglielmo Stagno D'Alcontres – Commissario regionale CRI – Sicilia e presidente della «Sise spa»;
- dott. Salvatore Cerra – Direttore regionale «Sise spa»;
- dott. Giuseppe Passannanti – ex amministratore delegato «Sise spa»;
- dott. Mario Re – responsabile regionale del SUES-118 regione Sicilia e direttore centrale operativa 118 (PA-TR);
- dott. Gesualdo Palazzo – Direttore centrale operativa 118 (CT-RG-SR);
- dott. Bernardo Alagna – Direttore centrale operativa 118 (ME);
- dott. Elio Barnabà – Direttore centrale operativa 118 (CL-EN-AG);

- dott. Luca Bevilacqua – ex Direttore centrale operativa 118 (CL-EN-AG);
- Ten. Col. medico dott. Maurizio Marsala – Presidente della commissione medica istituita per un concorso per 118;
- avv. Francesco Riggio – Presidente del Ciapi (Centro interaziendale addestramento professionale integrato);
- dott. Emilio Pomo – Presidente regionale Anpas;
- sig. Ugo Bellini – Consigliere nazionale della Confederazione nazionale delle Misericordie d'Italia.

La delegazione ha poi effettuato un sopralluogo presso l'Ospedale dei Bambini «G. Di Cristina». Sono poi proseguiti gli incontri in libera audizione, presso la Prefettura di Palermo con i seguenti soggetti:

- dott. Guido Catalano – Direttore generale Ausl n.6 – Palermo;
- dott. Santo Conti – Direttore sanitario Ausl n.6 – Palermo;
- dott. Antonino Mira – Direttore dell'osservatorio epidemiologico;
- dott. Francesco Giuffrè – Amministratore unico della clinica «Villa Santa Teresa» di Bagheria.

Nella giornata di giovedì 11 marzo, la delegazione ha svolto sopralluoghi presso le seguenti strutture:

- clinica « Villa Santa Teresa» di Bagheria;
- ospedale civico di Palermo;
- Istituto mediterraneo per i trapianti e terapie ad alta specializzazione (ISMETT) di Palermo;
- clinica «La Maddalena» di Palermo.

Catania e Messina 6-8 aprile 2004

Nei giorni 6, 7 e 8 aprile 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Baio Dossi, Battaglia Giovanni, Bianconi, Boldi, Borea, Carrara, Cozzolino, Longhi, Ognibene, Rondo, Salzano e Sanzarello, si è recata in missione a Catania e Messina.

Martedì 6 aprile la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'ospedale «S. Vincenzo» di Taormina. Ha quindi ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Messina i seguenti soggetti:

- dott. Giuseppe Stancanelli – Direttore generale Ausl n. 5 – Messina;
- dott.ssa Giuliana Fazio – Responsabile ospedalità privata dell'Ausl n. 5 – Messina;
- dott.ssa Sara Faucello – Responsabile specialistica convenzionata esterna Ausl n. 5 – Messina;
- dott. Gustavo Barresi – Presidente provinciale Aiop;
- dott. Francesco Mangano – Presidente provinciale Federfarma.

Mercoledì 7 aprile la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso le seguenti strutture:

- Azienda ospedaliera «Piemonte» di Messina;
- Azienda ospedaliera «Papardo» di Messina;
- Casa di cura ortopedica Iomi di Messina.

La delegazione ha poi ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Catania i seguenti soggetti:

- dott. Giorgio Ragona – Direttore generale Ausl n. 3 – Catania;
- dott. Giuseppe Longo – Responsabile ospedalità privata dell’Ausl n. 3 – Catania;
- dott.ssa Giovanna Fidelio – Responsabile specialistica convenzionata esterna dell’Ausl n. 3 – Catania;
- dott. Luigi Nesi – Presidente provinciale Aiop;
- dott. Gioacchino Nicolosi – Presidente regionale Federfarma.

Nella giornata di giovedì 8 aprile, la delegazione ha svolto sopralluoghi presso le seguenti strutture:

- Azienda ospedaliera «Cannizzaro» di Catania;
- Sede centrale operativa 118 presso l’ospedale;
- Azienda ospedaliera «Garibaldi» di Catania.

Siracusa e Ragusa 12-14 ottobre 2004

Nei giorni 12, 13 e 14 ottobre 2004 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Battaglia Giovanni, Bianconi, Boldi, Borea, Carrara, Longhi, Rotondo e Sanzarello, si è recata in missione a Siracusa e Ragusa.

Tale sopralluogo è stato preceduto da una audizione, avvenuta il 4 maggio 2004 in Commissione, degli amministratori e dei rappresentanti di associazioni per l’acquisizione di elementi conoscitivi sulla situazione sanitaria in Sicilia. In particolare, in quella occasione sono stati ascoltati il dottor Corrado Failla, direttore generale della Ausl n. 8 di Siracusa; il dottor Alfredo Gurrieri, direttore generale dell’azienda ospedaliera «Umberto I» di Siracusa, accompagnato dal dottor Francesco Cirillo, direttore sanitario; il dottor Innocenzo Galatioto, presidente provinciale dell’Aiop di Siracusa e il dottor Sebastiano Rizzo, presidente provinciale Federfarma di Siracusa.

Martedì 12 ottobre la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso l’Ospedale di Lentini, in costruzione, e presso l’Azienda ospedaliera «Umberto I» di Siracusa.

Ha quindi ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Siracusa i seguenti soggetti:

- dott. Albino Di Giovanni – sindaco di Avola;
- avv. Michele Accardo – sindaco di Noto;
- rappresentanze sindacali della Cgil, Cisl, Uil, Ugl, Conf.Sal, Anaa, Cimo e Fials;
- dott. Mario Leto – Direttore generale Ausl n. 8 – Siracusa;

- dott. Giuseppe Di Pietro – Direttore amministrativo Ausl n. 8 – Siracusa;
- dott.ssa Adriana Caruso – responsabile emergenza urgenza;
- dott. Salvatore Bianca – rappresentante dell'Associazione nazionale emodializzati (ANED).

La delegazione ha quindi effettuato un sopralluogo presso l'Istituto psico-pedagogico «Fondazione S. Angela Merici» di Siracusa.

Mercoledì 13 ottobre la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso le seguenti cliniche convenzionate di Siracusa:

- Villa Rizzo;
- Villa Azzurra;
- Villa Mauritius;
- Santa Lucia.

Ha quindi effettuati sopralluoghi presso:

- Istituto ortopedico «Villa salus» di Augusta;
- Ospedale civile di Augusta;
- Ospedale «G. di Maria» di Avola;
- Ospedale «G. Trigona» di Noto.

La delegazione ha quindi ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Ragusa i seguenti soggetti:

- rappresentanze sindacali della Anaa, Ampo, Cimo, Cgil, Cisl, Uil;
- dott. Antonio Cusumano- Direttore generale dell'Ausl n. 7 – Ragusa;
- dott. Francesco Blangiardi – Direttore sanitario dell'Ausl n. 7 – Ragusa;
- dott. Armando Caruso – Direttore amministrativo dell'Ausl n. 7 – Ragusa;
- dott. Calogero Termini – Direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Ragusa;
- dott.ssa Adriana Curcio – Direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera di Ragusa;
- dott. Giovanni Puglisi – Direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera di Ragusa;
- dott. Pasquale Granata – Direttore sanitario dell'ospedale civile di Ragusa.

La delegazione ha quindi effettuato sopralluoghi presso le seguenti strutture:

- ospedale civile di Ragusa;
- residenza sanitaria assistita di Ragusa.

Agrigento e Caltanissetta 15-17 febbraio 2005

Nei giorni 15, 16 e 17 febbraio 2005 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Carella e dai senatori Battaglia Giovanni, Bettoni Brandani, Bianconi, Boldi, Carrara, Longhi, Ognibene, Rollandin, Sanzarelli e Ulivi, si è recata in missione ad Agrigento e Caltanissetta.

Martedì 15 febbraio, la delegazione ha effettuato un sopralluogo presso la struttura ospedaliera di Modica, dove ha incontrato, in libera audizione, il dottor Roberto Ammatuna, sindaco di Pozzallo.

Ha poi effettuato sopralluoghi presso la struttura ospedaliera di Comiso, la struttura ospedaliera di Vittoria e la casa di cura «Santa Barbara» di Gela.

Mercoledì 16 febbraio la delegazione ha ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Agrigento i seguenti soggetti:

- dott. Salvatore Milioto – Direttore generale Ausl n. 1 – Agrigento;
- dott. Salvatore Iacolino – Direttore amministrativo Ausl n. 1 – Agrigento;
- dott. Gaetano D’Antoni – Direttore generale dell’Azienda ospedaliera «S. Giovanni di Dio» di Agrigento;
- dott. Giuseppe Roccaro – Presidente del Tribunale per i diritti del malato;
- dott. Massimo Mazza – Presidente provinciale Federfarma;
- dott. Vincenzo Siracusa – Presidente provinciale Aiop;
- rappresentanze sindacali della Cgil, Cisl, Uil, Anaa, Cimo e Fials.

La delegazione ha poi effettuato sopralluoghi presso l’Azienda ospedaliera «S. Giovanni di Dio» di Agrigento e il presidio sanitario di Favara.

La delegazione ha poi ascoltato, in libera audizione, presso la Prefettura di Caltanissetta, i seguenti soggetti:

- dott. Giovanni Pistorio – Assessore alla sanità della regione Sicilia;
- dott. Salvatore Milioto – Direttore generale Ausl n. 1 – Agrigento;
- dott. Salvatore Iacolino – Direttore amministrativo Ausl n. 1 – Agrigento;
- direttore del distretto di Favara;
- responsabile della sicurezza della Ausl n. 1/ distretto;
- dott. Rocco Vizzini – Presidente provinciale Federfarma;
- rappresentanze sindacali della Cisl, Cgil, Uil, Ugl, Anaa, Ampo e Cimo;
- sig. Lorenzo Lo Coco – presidente del Tribunale per i diritti del malato;
- dott. Ignazio Morgana – rappresentante dell’Ordine dei medici;
- dott. Francesco Crimaldi – Presidente provinciale Aiop;
- dott. Elio Barnabà – Responsabile emergenza 118;
- dott. Ettore Costa – Direttore generale dell’Ausl n. 2 – Caltanissetta;
- dott. Salvatore Oliveri – Direttore generale dell’Azienda ospedaliera «S. Elia» di Caltanissetta;
- dott. Corrado Failla – Direttore generale dell’Azienda ospedaliera «Vittorio Emanuele» di Gela;

- dott. Massimo Bellomo - presidente del collegio dei revisori dei conti dell'Azienda ospedaliera «S. Elia» di Caltanissetta;
- dott. Salvatore Calafato - componente del collegio dei revisori dei conti dell'Azienda ospedaliera «S. Elia» di Caltanissetta;
- dott. Vito Milisenna - esperto di statistica sanitaria.

Giovedì 17 febbraio la delegazione ha poi effettuato sopralluoghi presso le seguenti strutture:

- Azienda ospedaliera «S. Elia» di Caltanissetta;
- Presidio ospedaliero «Maddalena Raimondi» di San Cataldo;
- Dipartimento di salute mentale «Chirandà» della Ausl n. 2 - Caltanissetta.

PRINCIPALI PROBLEMATICHE EMERSE DURANTE LE MISSIONI

Situazione delle strutture

Asl Agrigento/1. La maggior parte dei soggetti ascoltati ha fatto presente che il trasferimento nella nuova sede dell'ospedale «S. Giovanni di Dio» ha permesso di disporre di una struttura più ampia, in grado di offrire prestazioni maggiormente qualificate; tuttavia, l'insufficienza del personale medico ed infermieristico rischia di incidere sui livelli minimi di assistenza ed un inadeguato livello di informatizzazione si riflette sulla qualità dei servizi. Questi due problemi, secondo il Tribunale per i diritti del malato, riguardano anche altre aree dell'Asl, come Favara, Sciacca e Ribera, mentre da parte di talune rappresentanze sindacali si è sostenuto che i presidi ospedalieri di Ribera, Licata e Canicattì sono quelli più in difficoltà tanto da rischiare la chiusura o un accorpamento. Alla luce di queste valutazioni, gran parte dei soggetti auditi hanno auspicato un potenziamento degli organici ed una maggiore razionalizzazione dei servizi, mentre alcune rappresentanze sindacali hanno lamentato l'assenza di un polo oncologico.

La delegazione, inoltre, durante l'ispezione presso il presidio sanitario di Favara ed il suo relativo poliambulatorio, ha constatato lo stato di degrado sotto ogni profilo, in particolare per quanto attiene all'aspetto sanitario, strutturale e di sicurezza, sia per gli utenti che per gli operatori, nonché la vetustà degli arredi, delle apparecchiature e della strumentistica medica. Nella circostanza, il presidente della Commissione disponeva che il NAS effettuasse più approfonditi controlli in merito a quanto accertato sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista della sicurezza degli ambienti di lavoro. Il presidio sanitario nei giorni seguenti è stato oggetto di ulteriori ispezioni da parte del NAS e di organi tecnici, ma soprattutto ha mobilitato in modo inconsueto la sanità pubblica locale che in tempi brevissimi ha provveduto ad eliminare parte delle carenze per lo più igieniche e logistiche. Infatti, si è rilevato che la struttura è stata oggetto di interventi tecnici di straordinaria manutenzione e pulizia quali tinteggiatura, applicazione delle placche copri in-

terruttori mancanti, rimozione di prolunghie elettriche volanti, eliminazione e sostituzione delle sedie obsolete con altre nuove sia per il personale che per il pubblico, eliminazione di vecchie apparecchiature e materiale cartaceo da distruggere; inoltre, i lavandini degli ambulatori sono stati muniti di rubinetteria a pedale.

Asl Caltanissetta/2. Sono emerse nel confronto tra i soggetti ascoltati alcune serie di disuguaglianze tra la parte settentrionale e quella meridionale della provincia; in quest'ultima, infatti, la presenza di un polo petrolchimico merita attenzione per i suoi riflessi sociali, economici e sanitari, senza dimenticare poi che a Gela vi sono strutture fatiscenti e lo stesso ospedale sorge nell'area più congestionata della città. Inoltre, il Tribunale per i diritti del malato si è soffermato sui gravi problemi che riguardano la psichiatria nella zona di San Cataldo e sull'assenza nel poliambulatorio di Caltanissetta di servizi essenziali come Tac e risonanza magnetica che però, secondo quanto dichiarato dal direttore generale dell'Asl, dovrebbero essere attivati in breve tempo. Tra le ulteriori criticità sono state indicate l'eccessiva lunghezza delle liste d'attesa, l'assenza di servizi per gli anziani e la mancanza di radioterapia.

Per quanto attiene l'Azienda ospedaliera «S. Elia» di Caltanissetta, il direttore generale della stessa ha individuato tra i punti di forza l'opera di riconversione e riqualificazione, l'assenza di contenzioso e l'adeguamento dell'organico, mentre, tra i punti di debolezza, ha segnalato un *deficit* di comunicazione con l'Asl. In merito al profilo finanziario, i revisori dell'Azienda ospedaliera di Caltanissetta, pur attestando la presenza di un bilancio in pareggio, hanno evidenziato un frequente ricorso all'anticipazione di cassa, giustificato dal ritardo nei trasferimenti da parte della regione. In particolare, è stata rilevata un'aggiudicazione di un appalto di ristrutturazione effettuato tramite frazionamento con la procedura della trattativa privata, anziché con gara ad evidenza pubblica.

Asl Messina/5. Nel corso del relativo sopralluogo presso l'Azienda ospedaliera «Piemonte» di Messina sono state riscontrate gravi carenze delle condizioni igienico-sanitarie, oltre ad una complessiva inadeguatezza della struttura. Al contrario, l'ospedale Sirina di Taormina presenta *standard* tecnici ottimi, attrezzature di prim'ordine, personale professionalmente qualificato, nonché reparti di divisione di eccellenza.

Asl Palermo/6. Durante il sopralluogo, la delegazione parlamentare si è concentrata su un aspetto inquietante della realtà del polo oncologico palermitano e su una inchiesta della Procura della Repubblica di Palermo che ha coinvolto una clinica di Bagheria. Le indagini – ancora in corso nel momento della visita della Commissione – non hanno impedito al Procuratore Grasso di essere audito.

Asl Ragusa/7. Si è riscontrato un giudizio positivo sullo stato della sanità ragusana i cui *standard* sono migliori rispetto a quelli del resto

della regione, sebbene si sia evidenziato un sottodimensionamento delle risorse e dell'organico che presenta carenze soprattutto per anestesisti e radiologi. L'azienda ospedaliera esercita una forte attrazione per alcune specialità come chirurgia, oculistica, urologia e oncologia.

Asl Siracusa/8. Una prima problematica emersa attiene alla previsione, contenuta nel piano ospedaliero, di un accorpamento degli ospedali di Noto ed Avola; ad avviso dei sindaci dei due comuni l'ipotesi dell'accorpamento dovrebbe ritenersi superata sulla base di un accordo siglato nel 2002 che stabiliva un impegno da parte della regione per l'istituzione di reparti ed il trasferimento di risorse. I sindaci hanno pertanto richiesto l'esecuzione di quell'accordo i cui impegni non sarebbero stati rispettati. Il vertice amministrativo dell'azienda, pur riconoscendo che all'inizio si sono privilegiati interventi edilizi, ha fatto presente che sarà dato più spazio ad interventi per un adeguamento delle apparecchiature.

Durante le audizioni i sindacati hanno espresso un giudizio negativo sullo stato della sanità siracusana dove non sarebbero garantiti i livelli minimi essenziali a causa del depauperamento degli organici; l'inosservanza delle condizioni contrattuali incide poi sulla stessa motivazione del personale. Non è prevista poi alcuna assistenza domiciliare per gli anziani e le liste d'attesa restano lunghe. Ulteriori elementi critici riguardano il mancato completamento dell'ospedale di Lentini - la cui progettazione risale a venti anni fa -; l'assenza di presidi sanitari in molte zone della provincia, soprattutto montane; la scarsità di posti letto, in particolare per la dialisi, e di attrezzature tecniche, nonostante l'area si caratterizzi per un elevato rischio di terremoti ed inquinamento. Si è lamentata poi la mancanza di un polo oncologico tanto più grave in presenza di un bacino chimico ed industriale, con una conseguente migrazione sanitaria per la cura delle patologie, nonché l'erogazione di disponibilità finanziarie inferiori rispetto a quelle riconosciute ad altre province siciliane. Alcuni interventi critici hanno poi riguardato l'ospedale «Umberto I» di Siracusa che presenta strutture al limite dell'agibilità. Il direttore generale dell'Asl ha sostenuto che si sta decidendo se rinnovare o no la convenzione per l'unità mobile di risonanza magnetica nucleare.

Sistema di emergenza-urgenza

È stata sottolineata l'onerosità del servizio 118 che consta di numerose postazioni senza però un livello sufficiente di personale, tanto che si sta tentando di avvalersi delle guardie mediche attraverso corsi per l'emergenza.

Dal punto di vista organizzativo, esiste nella regione il servizio d'urgenza ed emergenza sanitaria - SUES 118 -, istituito con la legge regionale n. 8 del 1986 e concretamente attivato grazie a due convenzioni stipulate tra l'Assessorato regionale alla sanità e la Croce Rossa Italiana, aventi ad oggetto la fornitura di ambulanze da adibire al funzionamento del SUES. Tale servizio è svolto in tutto il territorio regionale che è suddiviso nei se-

guenti bacini: Palermo – che comprende le province di Palermo e Trapani –; Messina, comprendente la sola provincia di Messina; Caltanissetta, comprendente la province di Caltanissetta, Enna e Agrigento; Catania, comprendente le province di Siracusa, Ragusa e Catania.

L'attuazione del Piano di emergenza/urgenza 118 (proprio in coincidenza con la visita della Commissione di inchiesta sono state consegnate 36 automobili medicalizzate) prevede la fornitura di autoambulanze e la formazione di personale infermieristico adeguatamente preparato. Durante l'audizione è emersa anche una nota polemica sullo stato dei corsi di formazione e sui criteri di selezione del personale da formare e sulle convenzioni con gli enti formativi. Fino a quel momento risultavano assunti, con la qualifica di autisti, lavoratori socialmente utili, per i quali erano stati predisposti corsi-concorsi di riqualificazione professionale per le qualifiche sanitarie necessarie.

Oltre alla carenza di personale infermieristico qualificato, è stata evidenziata la cronica carenza di medici anestesisti per coprire i turni delle autoambulanze medicalizzate per i servizi di rianimazione.

Relativamente al servizio di eliambulanza, la regione, su 30 elisuperfici, solo su 15 può soddisfare il servizio H/24 con la possibilità di effettuare il volo notturno.

Le osservazioni critiche avanzate dai cinque responsabili delle centrali operative con le quali si vuole coprire tutto il territorio regionale e gli arcipelaghi limitrofi, si arricchiscono della nota dolente della carenza di frequenze dedicate specificatamente al numero 118. Attualmente il servizio è coperto con l'uso dei telefonini e rischia il *black-out*.

Asl Agrigento/1. Il Tribunale per i diritti del malato ha riportato le lamentele di molti pazienti che non avrebbero ricevuto un trattamento adeguato ed ha inoltre segnalato la mancanza di autoambulanze attrezzate per la rianimazione.

Asl Caltanissetta/2. Alcuni soggetti auditi hanno evidenziato le criticità presenti nel servizio, rilevando in particolare il mancato avvio di corsi di formazione per il personale medico e paramedico a causa dell'assenza delle risorse finanziarie necessarie. Inoltre, delle cinque basi di elicotteri attivate in Sicilia, quella di Caltanissetta funziona soltanto in ore diurne.

Asl Messina/5. Il servizio, pur dotato di buone potenzialità, soffre per la carenza di personale specializzato, in particolare dei rianimatori.

Asl Siracusa/8. I sindacati hanno posto in risalto che nella provincia è disponibile una sola ambulanza per il servizio 118, rispetto alle due previste.

Rapporto tra sanità pubblica e sanità privata

Uno dei dati più preoccupanti attiene alla spesa per l'impiego di attività sanitarie esterne che, almeno in parte, sembra dovuto ai numerosi decreti regionali che favoriscono l'impiego di risorse sanitarie private, con conseguente accrescimento dei posti letto e delle spese.

Ad avviso dell'amministrazione regionale, se in passato la sanità privata ha svolto un ruolo di supplenza rispetto ai *deficit* presenti nella sanità pubblica, negli ultimi tempi quest'ultima ha fatto registrare progressi nelle prestazioni. Il sistema dell'accreditamento con una puntuale verifica dei requisiti, sembra garantire una più uniforme tutela della salute ed in futuro si dovrebbe pertanto ottenere una riduzione delle convenzioni con le cliniche private. In ogni caso, è emerso che rispetto alle altre regioni italiane, la Sicilia presenta un numero eccessivo di convenzioni per la diagnostica specialistica.

Uno dei profili maggiormente delicati attiene ai tentativi di infiltrazioni della criminalità organizzata di matrice mafiosa in merito al numero assai elevato di convenzioni con cliniche private per prestazioni specialistiche.

Asl Messina/5. È stato evidenziato che le strutture pubbliche presentano buone potenzialità rispetto alle case di cura accreditate, sebbene le prime siano ancora oggetto di forte sfiducia da parte dei cittadini. È emerso, inoltre, che molte case di cura offrono prestazioni non necessarie in quanto offerte dalle strutture pubbliche. Peraltro, un ulteriore aspetto critico nasce dall'aumento del 25-30 per cento di *budget* sulle prestazioni erogate, anche a causa dell'adeguamento del tariffario. Tuttavia, tale aggiornamento tariffario ha comportato lo sfioramento del tetto di spesa erogato dalla regione.

Inoltre, è stato rilevato che la sanità privata ha una dotazione di circa 700-800 posti-letto che però non garantisce prestazioni di alta specialità, ma attività di medicina e chirurgia di base. In questo ambito è emblematico il dato inerente le prestazioni di ortopedia: in tutta Italia i posti letto convenzionati sono all'incirca 4000, mentre nella sola Messina sono circa 400.

Asl Ragusa/7. L'incremento della casa di cura privata sembra legato più a ragioni di sistemazione alberghiera che di professionalità.

Asl Siracusa/8. Durante le audizioni è emerso un sovradimensionamento della sanità privata rispetto a quella pubblica, soprattutto nell'assorbimento dei posti letto. L'incremento delle strutture sanitarie private si è di conseguenza avuto nel segno della sovrapposizione e della concorrenza sleale e non dell'integrazione rispetto alle strutture sanitarie pubbliche e senza alcun reale apporto qualitativo. Alcuni interventi hanno però precisato che la preferenza per la sanità privata nasce da un'offerta pubblica inesistente in alcune aree o comunque tale da non garantire prestazioni di qualità.

A seguito di specifici sopralluoghi, la delegazione della Commissione ha avuto modo di rilevare l'evidente differenza in termini di qualità della ricettività in favore dell'ospedalità privata, i cui *standard* sono stati giudicati più alti rispetto a quelli offerti dall'ospedalità pubblica, inficiata dall'utilizzo di strutture obsolete e scarsamente ristrutturate.

Spesa farmaceutica e quadro finanziario

Rispetto al tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del Servizio sanitario nazionale - fissato, a livello nazionale ed in ogni singola regione, al 13 per cento (Associazione italiana ospedalità privata) della spesa sanitaria complessiva dall'articolo 5 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 - la Commissione ha appreso da parte dell'amministrazione regionale che la spesa farmaceutica nel 2004 si attesta intorno al 19 per cento, anche se dal 2005 si inizia a registrare una riduzione per effetto di alcuni provvedimenti diretti ad una migliore correttezza delle prestazioni, tramite nuove ricette, nonché ad un più efficace controllo delle spese attraverso un sistema di lettura ottica curato dal competente assessorato regionale. Peraltro, tra il 2001 e il 2003 c'è stato quasi un raddoppio della spesa sanitaria regionale e la spesa corrente ha fatto registrare un disavanzo di 400 milioni di euro. Sempre negli ultimi tre anni la spesa farmaceutica comunque è oscillata tra il 18 per cento e il 22 per cento.

Durante le audizioni ed i sopralluoghi effettuati, la Commissione è venuta a conoscenza di situazioni differenziate in merito a questa problematica.

Il ciclo delle audizioni programmate nella missione di Palermo ha permesso la ricostruzione del quadro di insieme della realtà sanitaria presente nella regione autonoma della Sicilia.

Durante l'audizione dell'Assessore regionale alla sanità, si è illustrato il quadro complessivo della regione, fornendo dati che descrivono un territorio con particolari caratteristiche urbanistiche e orografiche. Inoltre, il fondo sanitario regionale si costituisce per il 58 per cento della quota capitaria del fondo sanitario nazionale e per il 42 per cento di fondi del bilancio regionale; vi sono 9 ASL, 17 Aziende ospedaliere, 48 ospedali di comunità, 59 case di cura private (di cui solo 30 provviste dei requisiti minimi, nel rispetto di quanto previsto da un apposito decreto regionale del 2004). L'effetto di questo eccesso di case di cura private comporta che nella Asl di Catania vi siano 3.500 posti letto in case di cura private su 3.200 posti letto nelle strutture pubbliche; a Palermo il polo oncologico è costituito da due strutture private, la clinica «Villa Santa Teresa» di Bagheria e la clinica «La Maddalena» di Palermo.

Negli ultimi tre anni si è registrato un progressivo aumento della spesa assorbita dalle strutture private proprio per effetto della richiamata normativa regionale, con la quale si sono potute accreditare tutte quelle strutture che dall'assistenza indiretta sono passate all'assistenza diretta, facendone richiesta, pur non possedendo i requisiti minimi ed impegnandosi a farlo, se-

condo quanto prescritto nel decreto della Regione autonoma siciliana n. 890 del 2002.

Anche la spesa per la medicina specialistica convenzionata è totalmente fuori controllo, per un totale di 1.600 specialisti convenzionati e un tetto del 113 per cento.

Asl Agrigento/1. La Commissione ha riscontrato alcune incertezze nei criteri che permettono di determinare con esattezza la misura della spesa farmaceutica: difatti, durante le audizioni dei vertici amministrativi dell'Asl si è appreso che i livelli della spesa farmaceutica non si discostano rispetto a quelli stabiliti *ex lege*, dall'altra, invece, il Tribunale per i diritti del malato e Federfarma hanno evidenziato che gli oneri per la spesa farmaceutica sono ancora eccessivi, sebbene Federfarma abbia sottolineato l'adozione di recenti provvedimenti che invertirebbero questa tendenza.

Asl Caltanissetta/2. Secondo Federfarma la spesa farmaceutica si attesta intorno al 16 per cento, anche se da inizio anno vi sono segnali di una diminuzione per effetto di programmi di controllo e razionalizzazione. Inoltre, non vi sono problemi di contenzioso pregresso con i farmacisti.

Asl Catania/3. Risulta preoccupante la crescita della spesa farmaceutica, come pure l'aumento dei posti letto in case di cura private, con conseguente raddoppio delle spese negli ultimi anni.

Asl Messina/5. È emerso il ritardo da parte della regione nella distribuzione delle risorse finanziarie, ritardo che, oltre a ripercuotersi nel pagamento delle prestazioni ai fornitori ed alle case di cura private convenzionate, ha dato luogo a procedure di richiesta di pagamento di penali. Un ulteriore ragione di contenzioso con la regione ha ad oggetto la consistenza e la distribuzione delle risorse finanziarie che, a fronte di un aumento normale della spesa pubblica dal 2001 al 2003, non ha avuto lo stesso indice di incremento dal 2001.

Inoltre, l'aumento della spesa farmaceutica registratosi negli anni precedenti sembra dovuto, almeno in parte, all'eliminazione di farmaci dalla tabella mutuabile. Per raggiungere l'obiettivo di un contenimento della spesa farmaceutica è stata prospettata quale soluzione quella della rivisitazione dei *ticket* che dovrebbero essere differenziati in base al reddito ed alla gravità della patologia.

Asl Ragusa/7. La spesa farmaceutica si mantiene su indici tra i più bassi della regione grazie al funzionamento di controlli tramite lettura ottica delle prescrizioni, al coordinamento dei medici di famiglia e alla distribuzione diretta dei farmaci. In merito all'affidamento della risonanza magnetica a ditta esterna tramite gara, i cui costi sarebbero lievitati, sono state fornite assicurazioni circa il fatto che il costo della prestazione non sarebbe aumentato di molto e che comunque il coinvolgimento di una

ditta esterna è dovuto alla scarsità di centri privati. Perciò l'Asl si è fatta carico di garantire tale servizio che permetterà di offrire, grazie alle apparecchiature utilizzate, una risonanza magnetica di qualità.

Asl Siracusa/8. La spesa farmaceutica è sottoposta a rigidi controlli da parte di ispettori interni, mentre si ravvisano sprechi delle risorse dovuti all'assenza di razionalizzazione e all'eccessivo ricorso al medico di base. Il disavanzo dell'Asl è pari a circa 45 milioni di euro nel 2003 ed è di circa 50 milioni di euro nel 2004, ma la situazione è tale da mettere a rischio gli stessi stipendi del personale.

ACCORDO DI PROGRAMMA REGIONE SICILIANA (*)*Data sottoscrizione:*

- 30 aprile 2002.

Impegno finanziario:

- a carico dello Stato euro 1.104.676.801,27;
- cofinanziamento regionale euro 58.140.884,28.

Numero interventi: 224*Obiettivi:*

- completamento della rete ospedaliera, con particolare riguardo alle alte specialità localizzate nelle aree metropolitane anche attraverso la realizzazione di «Centri di Eccellenza» nei settori maggiormente sensibili alla mobilità sanitaria verso altre regioni (materno infantile oncologico, ortopedico);
- realizzazione e potenziamento della rete dei servizi territoriali;
- potenziamento delle strutture per le prestazioni in *day hospital* e *day surgery*, adeguamento delle strutture e delle tecnologie alla normativa vigente;
- interventi per le isole minori finalizzati a colmare la condizione di marginalità che caratterizza tali località.

L'Accordo stipulato riguarda una parte della quota assegnata alla regione dalla delibera CIPE 6 maggio 1998, n. 52.

Stato di attuazione

Al 12 dicembre 2005 sono stati ammessi a finanziamento 155 interventi per un importo totale di euro 633.359.221,62, pari al 57,3 per cento.

PROGRAMMA PER IL POTENZIAMENTO DELLA RADIOTERAPIA (LEGGE 23 DICEMBRE 1999, N 488)

Il decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 79 del 4 aprile 2002, ha assegnato alla regione euro 1.830.415,26 di cui è stata richiesta l'ammissione a finanziamento.

PROGRAMMA PER LA LIBERA PROFESSIONE INTRAMOENIA (DECRETO LEGISLATIVO 28 LUGLIO 2000, N. 254)

La regione non ha avuto assegnazioni con il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001.

(*) *Fonte:* Ministero della Salute – Direzione generale e della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

CONCLUSIONI

In riferimento ai profili di analisi, l'impressione complessiva che si desume dal confronto interregionale sembra testimoniare che le problematiche rilevate in alcune realtà territoriali sono da attribuirsi non solo ad una carenza o ad una limitatezza delle risorse finanziarie, quanto piuttosto ad una incapacità organizzativa ed attuativa rispetto agli obiettivi programmatici concordati a livello nazionale e poi ulteriormente definiti a livello regionale. Sotto questo profilo, si può affermare che – nonostante i ritardi accumulati sul versante della programmazione sanitaria in alcune regioni – le differenze riscontrate nelle diverse aree territoriali sembrano determinate non tanto da una palese difformità e/o inadeguatezza nei profili di normazione e programmazione regionali, quanto piuttosto dall'incapacità di alcune regioni di adottare gli adempimenti necessari per l'attuazione dei suddetti obiettivi ovvero di verificarne il compiuto rispetto.

In particolare, i sopralluoghi svolti dalla Commissione nell'Italia del Sud hanno permesso di verificare a che punto sono le regioni meridionali nel grado di offerta e nella qualità dei servizi sanitari.

Il quadro di fondo che emerge, seppure all'interno di una certa diversità tra le varie regioni e tra diverse aziende nella stessa regione, è la sostanziale inadeguatezza ed arretratezza della rete assistenziale che conferma quanti e quali siano i divari territoriali nell'accesso alle cure e le fortissime differenze tra le regioni meridionali e l'altra parte del Paese.

Questo quadro viene confermato da un dato molto significativo, definito dagli economisti e dagli esperti di materia sanitaria «mobilità sanitaria» e che i cittadini ben conoscono come i «viaggi della speranza» verso le altre regioni, perché nella propria mancano le strutture e i mezzi che garantiscono le cure.

La problematica della mobilità sanitaria presenta senza dubbio una notevole varietà di cause, a volte contrastanti, che tuttavia complessivamente esprimono un bisogno di salute da parte del cittadino.

Il ricovero di cittadini delle regioni meridionali in altre regioni rappresenta un grave problema per l'intera collettività meridionale in quanto, da un lato, esprime il bisogno di salute che non trova risposte adeguate nella regione di residenza e, dall'altro, causa un notevole impoverimento di risorse economiche per i sistemi sanitari meridionali e per l'intera economia del Mezzogiorno d'Italia.

Nel 2003 la mobilità sanitaria è costata alle regioni visitate circa 800 milioni di euro (Campania 246 milioni di euro, Puglia 84 milioni di euro, Basilicata 56 milioni di euro, Calabria 166 milioni di euro, Sicilia 202 milioni di euro, Molise 13 milioni di euro).

Nell'ottica di un sistema sanitario in grado di garantire su tutto il territorio nazionale uguali livelli di assistenza appare necessario, in attesa di colmare le evidenti carenze che oggi si registrano, concordare e coordinare la provvisoria copertura da parte delle regioni più sviluppate per le prestazioni di alta complessità e specialità e al tempo stesso individuare interventi finalizzati al recupero di tutte quelle componenti di bassa complessità della mobilità passiva che possono trovare una adeguata risposta nelle regioni di residenza.

Tale problema, da un lato, dipende dalla carenza e dalla mancanza al Sud di strutture ad alta specialità e di oncologia, ma, dall'altro, dalle diffuse situazioni di inefficienza e dalla bassa qualità dei servizi che sono state riscontrate nel corso dei sopralluoghi eseguiti.

Dalla lettura delle schede riepilogative delle regioni visitate il dato che emerge e che le accomuna è il diffuso riscontro di carenze strutturali che riguardano l'offerta del sistema ospedaliero erogata da strutture obsolete, inadeguate, nelle quali, in molti casi non sono garantiti gli *standard* di sicurezza e le elementari condizioni igienico-sanitarie. A questa situazione, ampiamente diffusa nelle province meridionali, non si sottraggono molti capoluoghi di provincia e neanche le grandi strutture ospedaliere di riferimento delle grandi città meridionali come Napoli, Palermo e Bari. Emblematiche sono le condizioni riscontrate al Policlinico di Bari, al Policlinico di Palermo, al Cardarelli di Napoli, a Catanzaro o quelle di Vibo Valentia che hanno costretto la Commissione a chiedere, tramite l'intervento dei NAS, la chiusura di alcuni reparti.

Le considerazioni maturate nel corso dei sopralluoghi svolti nelle regioni Puglia, Calabria, Sicilia e Campania introducono un argomento, strettamente correlato a quello della qualità della rete assistenziale: l'implementazione dei programmi di edilizia sanitaria. È infatti significativo rilevare come le realtà regionali ove si registrano maggiori ritardi nel raggiungimento degli obiettivi di adeguamento della rete ospedaliera siano anche quelle ove maggiori inerzie ed inefficienze continuano a perpetuarsi relativamente all'utilizzo dei fondi di edilizia sanitaria. Il riferimento è, evidentemente, all'utilizzo delle risorse stanziare nell'ambito del programma straordinario di investimenti in edilizia e in tecnologie sanitarie di cui alla legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67, in relazione al quale continuano a registrarsi, da un lato, l'inerzia di alcune regioni nell'impiego dei finanziamenti disponibili e, dall'altro lato, diffusi ritardi nella concreta attuazione delle opere che hanno conseguito l'autorizzazione. Tali problematiche sono state riscontrate dalla Commissione soprattutto nel corso dei sopralluoghi nella regione Campania, ove persistono consistenti ritardi nell'attuazione degli interventi finanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. In particolare, le risorse messe a disposizione della regione con l'accordo di programma sottoscritto nel dicembre 2000, pari a circa 1.110 milioni di euro, sono state destinate alla realizzazione di 175 interventi, di cui solo 25 sono stati ammessi a finanziamento, in quanto cantierabili, per un importo pari al 26 per cento delle risorse assegnate. Seppure con toni meno accentuati, alla stessa data, si registrano ritardi anche nelle altre regioni: la regione Puglia ha realizzato il 41 per cento

degli interventi ammessi a finanziamento, la regione Sicilia ha realizzato il 57 per cento, la regione Calabria il 61 per cento. Ancora più critica appare la situazione per alcune regioni, anche perché il dato è fortemente indicativo della capacità di programmazione, se si confrontano le risorse complessivamente assegnate con quelle formalmente impegnate: la regione Calabria ha impegnato solo il 14 per cento delle risorse disponibili, mentre la regione Puglia il 29 per cento.

Un ulteriore problema che la Commissione ha riscontrato in alcune realtà territoriali in merito al tema dell'edilizia sanitaria è quello delle cosiddette «incompiute» e delle cosiddette «cattedrali nel deserto», ovvero degli ospedali incompiuti che vengono abbandonati prima della conclusione dei lavori e degli ospedali appena completati che rientrano nei piani di ridimensionamento o necessitano di impegnativi interventi di adeguamento alle nuove norme per l'accreditamento: il caso più clamoroso è stato individuato nel corso dell'ispezione presso l'ospedale di montagna di Oppido Mamertina, nella piana di Gioia Tauro in Calabria, i cui lavori sono stati iniziati più di venti anni fa e che già mostra segni di cedimento nelle strutture portanti. All'interno della struttura è stata addirittura realizzata una sala operatoria, che tuttavia non potrà mai essere utilizzata, anche perché i locali adiacenti si trovano allo stato grezzo dei lavori.

Sempre relativamente alla assistenza ospedaliera, la Commissione di inchiesta ha rilevato in alcune regioni una persistente inerzia o inefficienza nel raggiungimento degli *standard* di ristrutturazione della rete ospedaliera al fine di riequilibrare l'offerta di posti letto per acuti e per la riabilitazione e lungodegenza: così, ad esempio, in Basilicata si impone il problema della riconversione dei presidi sanitari che, organizzati in ben 5 Asl in un territorio dal numero di abitanti assolutamente esiguo, necessitano di essere complessivamente ripensati alla luce delle nuove esigenze del territorio. Analogamente, in Puglia, a fronte di una rete di assistenza territoriale assolutamente carente, permangono, in alcune aree, duplicazioni degli ospedali, spesso motivate da ragioni storiche, mentre in altre aree si registra un congestionamento delle strutture ospedaliere.

Sempre nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, la Commissione ha peraltro rilevato come in alcune realtà regionali persista un rapporto tra ospedalità pubblica e privata assolutamente sproporzionato rispetto alla media: tale rilievo sembra caratterizzare, in primo luogo, realtà come la Calabria e la Sicilia, ove la Commissione ha constatato una presenza di posti letto privati nettamente più elevata di quella della media delle altre regioni. In Calabria, ad esempio, si è rilevata la presenza sul territorio di circa 2.500 posti letto gestiti da cliniche private, che rappresentano circa un terzo del numero complessivo di posti letto della regione; è peraltro importante evidenziare come tale presenza predominante del settore privato rispetto a quello pubblico abbia spesso ostacolato o comunque complicato il processo di riconversione della rete assistenziale.

Analoghe problematiche si sono ravvisate anche in Sicilia, ove fino ad ora la sanità privata ha svolto un ruolo di supplenza rispetto ai *deficit* presenti nella sanità pubblica. Nella consapevolezza che tale sovradimensionamento

del settore privato rispetto a quello pubblico solleva problemi sia in termini economici che in termini di ristrutturazione della rete, l'amministrazione regionale ha annunciato alla Commissione l'intenzione di ridurre in futuro le convenzioni con le cliniche private, soprattutto nel settore della diagnostica sperimentale, che è quello ove si registrano maggiori accreditamenti privati.

In merito al ruolo della sanità privata nella rete assistenziale, si evincono problemi diffusi anche nella regione Campania, non tanto nel rapporto tra posti letto privati e pubblici, quanto piuttosto negli stessi requisiti e condizioni di accreditamento. Nel corso dei suoi sopralluoghi, la Commissione ha infatti rilevato come in Campania permanga un elevato numero di strutture in regime provvisorio di accreditamento, pari a 350 studi privati e circa 1.200 posti letto in cliniche private. Tale problema degli accreditamenti provvisori si inserisce, d'altronde, nelle più generali anomalie che ancora oggi caratterizzano il sistema sanitario campano, dove numerosi sono gli ospedali privi di decreto di agibilità e dove nessuna struttura pubblica ha una vera e propria autorizzazione sanitaria, in palese violazione sia del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, che della normativa regionale che subordina le strutture pubbliche e private al medesimo processo di autorizzazione per la verifica della sussistenza dei requisiti minimi strutturali e funzionali.

Alla presenza nelle regioni meridionali di un sistema tendenzialmente ospedalocentrico, con vaste sacche di inappropriata e di inadeguatezza, si contrappongono i bassissimi indici di attività delle prestazioni di assistenza territoriale e livelli di spesa nettamente superiori alla media nazionale relativamente alla medicina di base e alla farmaceutica. Peraltro, appare necessario che la quota del 5 per cento del complesso dei fondi destinati alle regioni sia effettivamente utilizzata per finalità legate alla prevenzione, senza essere più adoperata per altri scopi.

Dal confronto dei dati nazionali è agevole evidenziare come le oscillazioni che si sono rilevate nella spesa per la medicina di base siano determinate prevalentemente dal diverso costo del servizio di guardia medica registrati nelle singole realtà territoriali e che, soprattutto nelle regioni dell'Italia meridionale, sembra mantenersi su livelli nettamente superiori alla media nazionale. Tali percentuali di costo più elevate sono legate direttamente alla non omogenea distribuzione delle guardie mediche in rapporto alla popolazione (misurata come tasso di guardie mediche ogni 1.000 abitanti), che raggiunge in alcune regioni meridionali rapporti assolutamente sproporzionati rispetto alla media nazionale (7,8 in Basilicata e 6,6 in Molise a fronte dell'1,1 del Piemonte e dell'1,7 di Lombardia, Veneto e Liguria).

Viceversa i valori molto bassi che si registrano in alcune regioni meridionali nella spesa media *pro capite* per l'emergenza ed urgenza sembrano determinati dalla tendenza di queste regioni a svolgere prevalentemente nei servizi di pronto soccorso ospedalieri l'attività di emergenza, con conseguente incremento del rischio di inefficienza ed accesso improprio al servizio.

Tale constatazione sembra trovare un'indiretta conferma in alcuni dei rilievi che sono stati elaborati dalla Commissione nel corso dei suoi sopral-

luoghi: così, ad esempio, in molte delle strutture della regione Puglia – che sono state sede di ispezione da parte della Commissione – si è ravvisato un vero e proprio sovraccaricamento del pronto soccorso, ove si registrano percentuali molto elevate di accessi impropri, mentre per altra parte permane una diffusa inadeguatezza delle stesse strutture allo svolgimento di tale attività. Anche nella regione Sicilia si sono ravvisati cospicui problemi nel sistema di emergenza-urgenza che, a fronte della consistente onerosità del servizio, si presenta carente sia di personale che di auto medicalizzate, con conseguente insoddisfazione degli utenti per il servizio fornito e relativo incremento dei codici bianchi negli accessi al pronto soccorso.

Uno dei livelli di assistenza in cui, nel macro-ambito dell'assistenza distrettuale, si registra una maggiore variabilità regionale è quello legato all'assistenza farmaceutica, ove le differenze nei dati di spesa sono il frutto, da un lato, delle eterogenee scelte compiute nel settore dalle regioni a seguito dell'accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001 (che, come noto, ha attribuito alle regioni ampi margini di manovra in ordine alle politiche di compartecipazione alla spesa farmaceutica e ai meccanismi di distribuzione diretta) e, dall'altro lato, ai diversi orientamenti degli stessi utenti del servizio in ordine al ricorso al farmaco come alternativa al ricovero.

In linea generale, si deve registrare ancora una volta una sostanziale incapacità delle regioni meridionali a contenere la spesa farmaceutica territoriale entro il tetto programmato del 13 per cento fissato dal decreto-legge n. 347 del 2001; né, peraltro, si può negare che l'entità degli sfondamenti registrati rispetto al valore percentuale programmato (la spesa farmaceutica territoriale raggiunge infatti livelli del 17,3 per cento in Puglia, del 17,26 per cento in Sicilia e del 16,99 per cento in Calabria) testimonia una sostanziale incapacità delle regioni meno virtuose ad adottare efficaci politiche di contenimento dei costi e di razionalizzazione degli sprechi.

In conclusione, il «viaggio» della Commissione nelle regioni meridionali, unitamente ai dati emersi dall'attività di ricerca statistica e di campionamento sul Sistema sanitario nazionale, svolta in collaborazione con l'Università degli Studi di L'Aquila, rileva, in un quadro di diffusa disomogeneità regionale in ordine al rispetto dei principali *standard* qualitativi, quantitativi e di attività, una situazione nelle regioni meridionali che sembra essere determinata dai perduranti ritardi che sono stati maturati sul versante della programmazione sanitaria e della sua implementazione attraverso interventi di ristrutturazione della rete ospedaliera e di riorganizzazione del sistema di prestazioni territoriali. Nella consapevolezza che le risorse nel settore sanitario sono essenziali e che il nuovo concetto di federalismo fiscale obbligherà tutte le regioni ad erogare servizi in funzione delle proprie risorse economiche non può essere ignorato un dato di fondo: la dimostrazione che nella realtà meridionale i finanziamenti si sono tradotti, in modo contraddittorio, in una offerta legata ai bisogni, anzi essi hanno influenzato l'andamento stesso della spesa e le fortissime differenze tra questo territorio e la restante parte del Paese.

Per ovviare a tali disomogeneità diffuse, nonché alle anomalie di sistema che sono state rilevate nel corso dei sopralluoghi svolti, è indubbia-

mente auspicabile la valorizzazione dell'attività concertativa e di «accompagnamento» a livello nazionale e interregionale, affinché sia favorito il confronto attivo tra le diverse realtà territoriali e sia promossa la predisposizione di comuni strategie di intervento, elaborate anche sulla scorta di esperienze positive. Accanto agli strumenti di cooperazione orizzontale e verticale, è peraltro auspicabile che continui e si intensifichi anche l'attività di monitoraggio e controllo sull'andamento dei diversi sistemi sanitari regionali, perché solo attraverso la condivisione di dati ed informazioni si potrà attivare un dialogo comune su quei profili organizzativi e di attività dei sistemi sanitari regionali che, per l'impegno di risorse richiesto e l'impatto sulla tutela del diritto alla salute costituzionalmente garantito, richiedono omogeneità di risultati, pur nella fisiologica ed auspicabile differenziazione delle strategie di intervento.

