

# SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

---

25° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 6 LUGLIO 1995

**Presidenza del vice presidente DI ORIO**

**INDICE****Variazione nella composizione della Commissione**

PRESIDENTE ..... Pag. 3 |

**Esame di un documento relativo alle strutture sanitarie incomplete**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>
ANDREOLI ( <i>Lega Fed. Ital.</i> ) .....	11
BRUGNETTINI ( <i>Lega Nord</i> ) .....	17, 21
CARELLA ( <i>Progr.-Verdi La Rete</i> ) .....	9
CARPINELLI ( <i>Progr. Feder.</i> ) .....	12, 14
COSTA ( <i>PPI</i> ) .....	15, 16
COZZOLINO ( <i>AN</i> ) .....	17
DIONISI ( <i>Rif. Com. Progr.</i> ) .....	21
GALLOTTI ( <i>Forza Italia</i> ) .	11, 12, 14 e <i>passim</i>
MODOLO ( <i>Lab. Soc. Progr.</i> ) .....	7
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) .....	20, 21, 24
XIUMÈ ( <i>AN</i> ) .....	8

*I lavori hanno inizio alle ore 8,30.*

#### **Variazione della composizione della commissione**

**PRESIDENTE.** Comunico che il senatore Andreoli, cui rivolgo il nostro benvenuto, ha preso il posto del senatore Dujany, su conforme designazione del Presidente del Senato.

#### **Esame di un documento relativo alle strutture sanitarie incomplete**

**PRESIDENTE.** L'ordine del giorno reca l'esame di un documento relativo alle strutture sanitarie incomplete, da me predisposto e di cui do lettura:

«La Commissione parlamentare d'inchiesta - dovendo acquisire, in base alla delibera istitutiva, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni sanitarie, organizzative ed economiche delle strutture sanitarie pubbliche e private - ha dedicato particolare attenzione alle "problematiche concernenti il funzionamento", ivi considerate quelle relative alla "riconversione degli ospedali e la riorganizzazione dei servizi territoriali" (articoli 1 e 2 della deliberazione del Senato in data 4 ottobre 1994).

La Commissione ha cercato di attingere un'ampia base conoscitiva ed all'uopo ha effettuato numerosi sopralluoghi, di cui dà conto in specifiche relazioni concernenti le singole strutture. Contemporaneamente, ha sollecitato il Ministero della sanità e le singole regioni a far pervenire dati informativi sugli ospedali incompiuti, esponendo anche i motivi per i quali si è venuto a creare un fenomeno di tali dimensioni.

La Commissione d'inchiesta lamenta l'incompletezza dei dati pervenuti e soprattutto la genericità - più spesso l'assenza totale - delle spiegazioni fomite, che tutte fanno riferimento a fenomeni di sovrapposizione tra normative regionali e statali ovvero a fenomeni più generali relativi alla successione delle leggi nel tempo ed al conseguente sovrapporsi di criteri d'emergenza a criteri di più ordinata amministrazione delle risorse.

Nelle sedute del 14 e 20 dicembre 1994 la Commissione parlamentare ha avuto notizia dal Ministero della sanità - rappresentato in quella sede dal dottor Falcitelli, direttore del Servizio di programmazione sanitaria - che il numero delle strutture incomplete era di 29 ospedali.

In quella occasione fu già rilevata, da parte dei senatori presenti e sulla base delle sole conoscenze personali, la sottostima della fonte ministeriale. I parlamentari fecero notare, per un verso, alcune rimarchevoli assenze come quelle relative alla situazione della Sicilia (di cui si dirà subito dopo) o l'ospedale dell'Aquila in costruzione da 26 anni e oggetto di interrogazioni parlamentari nella dodicesima legislatura; gli

stessi parlamentari, per altro verso, rilevatone la presenza, nell'esposizione di fonte ministeriale, di ospedali ultimati o in fase di ultimazione.

Il primo impegno della Commissione d'inchiesta fu, pertanto, quello di procedere a definire l'entità del fenomeno che in tutta evidenza sembrava del tutto sottovalutata dal Ministero della sanità.

Una rilevazione interna, a cura del Servizio del bilancio del Senato della Repubblica, basata sul confronto tra le informazioni pervenute dalle regioni e quelle del Ministero della sanità, ha stimato una cifra di 6 ospedali incompiuti, cifra approssimata per difetto. Basti pensare che per la sola Sicilia risulterebbe un solo ospedale incompiuto, quello di Giarre, mentre invece un sopralluogo effettuato dalla Commissione ha evidenziato 14 strutture incompiute, peraltro su un campione di due sole province.

Successivamente indagini svolte, in modo particolare, presso le regioni, che certamente non sono state solerti nell'adempiere alle richieste della Commissione anch'esse per insufficiente conoscenza del fenomeno, hanno ulteriormente ampliato il numero delle strutture sanitarie incompiute tanto che a tutt'oggi la Commissione purtroppo, pur avendo ricostruito per sua iniziativa gran parte delle conoscenze acquisibili, non può affatto escludere che l'universo delle strutture sanitarie incompiute sia largamente sottostimato. Anche l'ordine di grandezza delle dimensioni finanziarie del problema risulta per quanto esso pure sottostimato per difetto (perchè considera unicamente gli importi assegnati sulla base del programma straordinario di ristrutturazione edilizia, approvato con la legge finanziaria del 1988) - assai rilevante. Su uno stanziamento globale di 9.400 miliardi risultano approvati con delibere CIPE importi per appena 2.055 miliardi e 805 milioni, pari al 22 per cento del totale (all. 2).

La maggior parte delle strutture incompiute risale al periodo di tempo che corre dal 1970 al 1978, data di istituzione del Servizio sanitario nazionale. È evidente che il riconoscimento di funzioni legislative programmatiche affidate alle regioni, invece di inserirsi positivamente sul livello di competenza spettante costituzionalmente allo Stato - in nome del principio di uguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del Servizio sanitario - ha prodotto contraddizioni e vuoti di potere all'interno dei quali - anche per responsabilità della classe politica centrale e periferica - si è dilatato in maniera abnorme il problema delle strutture incompiute.

Nè gli interventi più recenti, sia pure ispirati al meritorio intento di impostare soluzioni costruttive, hanno sortito effetti positivi, anzi sono serviti ad accrescere la dimensione dei problemi e moltiplicare il numero delle strutture incompiute.

In particolare l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 (la legge finanziaria del 1988) autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, da finanziarsi mediante operazioni di mutuo a carico del bilancio dello Stato, per l'importo complessivo di 30.000 miliardi. L'articolo predetto prevede inoltre che le regioni sono autorizzate a contrarre tali mutui nel

limite del 95 per cento della spesa risultante dal progetto; la parte rimanente deve essere attivata con risorse proprie.

Con questa scelta il legislatore ha cercato di far reagire sul sistema delle competenze regionali un forte elemento di correzione, con la volontà di modificare dal centro quelle tendenze regionali che avevano condotto ad uno sviluppo delle strutture sanitarie fortemente asimmetrico, concentrando geograficamente l'offerta intorno ai nuclei esistenti e più efficienti.

La concentrazione dell'offerta soprattutto di quella più altamente qualificata in alcune regioni del Centro-Nord, aveva creato un sistema inadeguato e costoso, i cui tratti salienti sono così riassumibili:

- a) sottoutilizzo di strutture ben attrezzate al Nord;
- b) sovrappollamento di strutture vecchie e carenti al Sud e moltiplicazione del fenomeno degli ospedali incompiuti, che assume una dimensione prettamente meridionalistica.

Tuttavia, quali che fossero le intenzioni del legislatore – peraltro basate su una valutazione ottimistica sullo stato della programmazione del settore e, in particolare, sulla possibilità che il sistema potesse convergere spontaneamente verso una riduzione dei posti-letto complessivi (sposando le misure tecnico-programmatorie con quelle meramente finanziarie) – si è venuta oggettivamente a creare una commistione, ed un conflitto, tra due opposti meccanismi decisionali, quello straordinario e quello ordinario, che ha poi portato al blocco pressochè totale dei finanziamenti.

In questa situazione sono intervenuti negativamente il decreto ministeriale n. 321 del 1989 e le linee guida ad esso collegate, perchè, invece di riconoscere priorità ai problemi inerenti le strutture incompiute, hanno dato del concetto di ristrutturazione edilizia un'interpretazione talmente estesa da ricomprendere qualsiasi tipologia edilizia, comprese le nuove edificazioni e le acquisizioni di strutture esistenti.

Una successiva nota del Ministero della sanità, diramata alle regioni nel 1990, correggeva le precedenti linee guida, chiarendo come l'orientamento in materia fosse quello di «recuperare al massimo il patrimonio esistente» e di considerare «l'edificazione *ex novo* come soluzione residuale, in assenza di alternative (inesistenza di patrimoni riutilizzabili)».

Le linee guida adottate dal Ministero della sanità nel 1990 hanno stabilito successivamente, quando però buona parte dei giochi da parte delle regioni erano già consumati, che «per evitare il ricostituirsi di opere incompiute» è vietato procedere per stralci o per lotti funzionali, essendo necessaria una delibera approvativa dell'intera opera anche se essa travalica il triennio del piano.

In questo quadro, il completamento dell'opera sarebbe stato assicurato dalle risorse dei trienni successivi, impiegate prioritariamente a questo fine.

Il meccanismo previsto dalle linee guida del 1990 non ha assicurato – in mancanza di manovre restrittive negli esercizi futuri per il contenimento delle altre spese in conto capitale (diverse dal completamento degli ospedali) – una reale priorità al completamento delle strutture; anzi ha incentivato l'avvio di un ampio numero di iniziative

del primo triennio, eccessivamente frazionate ed artificiosamente programmate su un arco temporale di più trienni.

Si è così innescata una nuova spinta all'allargamento del fenomeno degli ospedali incompiuti, peraltro arginata dal comportamento di alcune regioni, come la regione Lombardia (piano decennale), che hanno agito in difformità dalle direttive ministeriali ed hanno rilevato invece la «necessità di finanziare soltanto lotti funzionanti e funzionali proprio al fine di non originare opere incompiute».

In conclusione la Commissione parlamentare d'inchiesta rileva, con riferimento agli aspetti più recenti e preoccupanti del fenomeno oggetto di indagine, come sia mancata nel legislatore la consapevolezza che le misure di riorganizzazione della rete ospedaliera rappresentavano, come sottolineato dalla stessa amministrazione sanitaria, una misura antecedente «in senso logico e cronologico» al programma straordinario di investimenti (atti parlamentari del Senato della Repubblica - legge finanziaria 1988, n. 470-B del 10 febbraio 1988). In altre parole è mancata la consapevolezza del nesso indispensabile tra programmazione ordinaria e straordinaria, come si rileva dalla mancata approvazione dell'articolo 12 del capo VII (disposizioni in materia sanitaria), che conteneva una serie di misure tese alla riorganizzazione delle strutture ed alla preventiva riduzione dei posti letto ospedalieri.

L'amministrazione sanitaria peraltro ha utilizzato le norme esistenti con scarso senso di discernimento della realtà dei problemi, tanto è vero che ha fatto seguire decreti attuativi e linee guida non del tutto coerenti alle posizioni conclamate, determinando rapide e dannose inversioni nei criteri di indirizzo.

L'aspetto più grave riguarda però il tema della programmazione regionale.

Dall'esame di 14 piani di investimento che è stato possibile confrontare sono emersi i seguenti elementi:

- 1) frequente sovrastima della domanda di ricoveri e quindi una previsione di capacità di offerta in eccesso;
- 2) preferenza accordata alle nuove edificazioni, anche a costo di rinviare alcuni completamenti di opere già avviate in passato;
- 3) rinvio degli studi di fattibilità ad una fase successiva, con l'effetto di conferire un carattere provvisorio e transeunte ai piani stessi.

Le pressioni locali e la ricerca del consenso hanno agito come alternativa alla programmazione anche perché chi non rispetta le regole nel campo della programmazione economica non subisce sanzioni. Nessuna regione ha subito conseguenze per il fatto di non disporre di un piano sanitario aggiornato o per non aver predisposto gli studi di fattibilità nei tempi previsti originariamente. Nessuna USL è stata privata dei finanziamenti per non aver completato il censimento del patrimonio sanitario. E così via continuando.

Accanto all'azione sanzionatoria sarebbe stato opportuno sviluppare la funzione valutativa e di assistenza, che, con particolare riguardo al piano straordinario per la ristrutturazione ed il completamento delle opere, non solo ha avuto un ruolo marginale ma soprattutto è stata impostata dopo la conclusione dei processi decisionali effettivi,

rappresentando così una causa di conflitto tra le amministrazioni centrali e quelle regionali.

Ma il nodo vero riguarda la programmazione, il suo impianto ed il carattere decisionale che ad essa è possibile anettere, non solo per la parte che riguarda la limitazione delle spese ma soprattutto per la parte che riguarda una diversa dislocazione ed impiego delle risorse.

In definitiva si ritiene che il metodo della programmazione onnicomprensiva sia sbagliato perchè assolutamente ininfluente, e vada sostituito da un metodo meno ambizioso e con carattere sperimentale come è la programmazione per progetti.

Da un punto di vista più generale la Commissione d'inchiesta non può che denunciare come il fenomeno degli ospedali incompiuti abbia comportato un costo sociale gravissimo per la collettività. Questa ha subito per decenni distrazione dei fondi per opere mai rese funzionali e un costo sul piano della risposta ai bisogni di salute dei cittadini che nell'attesa della ultimazione delle strutture sanitarie sono costretti a rivolgersi a strutture sanitarie inadeguate.

Si pone inoltre l'esigenza per le regioni di procedere a verifica delle opere in costruzione per stabilire se - essendo cambiate nell'arco di due decenni le condizioni demografiche, tecnologiche e di tipologia delle costruzioni - intendono o meno ultimare le opere o procedere ad una loro riconversione.

Non si può tuttavia sottacere che, stando ad una valutazione approssimativa, risulterà estremamente difficile per gran parte delle opere incompiute indicare una utilizzazione che risponda alle esigenze per le quali sono poste in essere o per scopi analoghi.

Questa ultima drammatica constatazione vale a dimostrare, ove ce ne fosse ancora bisogno, quanto siano rilevanti i costi per la collettività di un fenomeno che meglio di qualsiasi altro esprime la mancanza di criteri di programmazione o, più semplicemente, di un razionale impiego ed applicazione delle risorse pubbliche».

Invito i colleghi a pronunziarsi sul documento in esame.

MODULO. Ho apprezzato il documento perchè affronta molte delle questioni che noi abbiamo cercato di esaminare analiticamente; esso contiene una analisi approfondita delle ragioni per cui, al di là dei buoni e dei cattivi, della corruzione e della gestione compiacente di taluni fenomeni, esistono anche delle difficoltà, dei problemi posti dalla legislazione, dal tipo di programmazione che viene svolta.

A mio avviso questo dimostra anche la debolezza dell'organizzazione del Ministero della sanità. Ritengo infatti che quest'ultimo oggi sia sovradimensionato per quanto riguarda certe funzioni che non gli competono più e, invece, sottodimensionato (o per le meno non sufficientemente qualificato) per la parte programmatoria vera e propria. E credo che questo sia un rilievo che noi dovremmo fare.

Vorrei inoltre avere un chiarimento su un punto. Esaminando alcune relazioni fornite dagli uffici del Senato, mi sembrava fosse stato rilevato che recentemente alcune procedure erano state semplificate poichè talvolta la complessità procedurale aveva impedito la reale applicazione dei provvedimenti del 1988; la semplificazione delle procedure, soprattutto relativamente al passaggio attraverso il Cipe, aveva in parte

accelerato i processi, cioè aveva rimesso in moto qualche cosa. Invece, dal documento testè letto dal Presidente sembrerebbe che ciò non si sia verificato, ma forse ho avuto un'impressione sbagliata e dunque vorrei un chiarimento al riguardo.

Concordo pienamente sull'opportunità di incentivare - come indicato nel documento - gli appalti «chiavi in mano», come anche sulla necessità (peraltro già da noi rilevata in precedenza) di verificare se effettivamente valga la pena di completare le strutture ospedaliere iniziate venti anni fa; su questo credo che bisognerebbe essere molto precisi per evitare il rischio di completare opere del tutto inutili.

**PRESIDENTE.** Vorrei rispondere alla senatrice Modolo, osservando in primo luogo che è vero che il passaggio della gestione finanziamenti al CIPE ha accelerato in qualche modo le procedure, ma abbiamo verificato che comunque il fenomeno dei ritardi ha mantenuto intatta la sua dimensione.

Per quanto riguarda il secondo punto, inerente agli effetti della relazione, siamo tutti arrivati alle stesse conclusioni, per cui, in realtà, si tratta effettivamente di ragionare per il futuro.

**XIUMÈ.** Signor Presidente, mi scuso se ho chiesto di intervenire per primo, ma dovrei recarmi ad un'altra riunione. Ho letto più volte il documento sottoposto al nostro esame e in linea di massima lo ritengo congruo e puntuale, per cui lo approvo.

Vorrei tuttavia richiamare la sua attenzione su quanto riportato a pagina 3, laddove, riferendosi alla concentrazione dell'offerta, si arriva a questa conclusione: vi è «a) sottoutilizzo di strutture ben attrezzate al Nord; b) sovraffollamento di strutture vecchie e carenti al Sud e moltiplicazione del fenomeno degli ospedali incompiuti che assume una dimensione prettamente meridionalistica». Non sono particolarmente d'accordo sulla prima preposizione. Purtroppo, come medico (ma qualche volta anche come paziente) ho dovuto constatare sulla mia pelle che non è facile trovare un posto libero in una struttura ben attrezzata al Nord, per cui - se il Presidente lo ritiene opportuno - proporrei di sostituire la parola «sottoutilizzo» con le parole «incongruo utilizzo», trattandosi, in effetti, di un utilizzo che va dal sovraffollamento alla sottoutilizzazione.

Per quanto riguarda il sovraffollamento, rilevo che le strutture del Sud, vecchie e carenti, sono frequentate «obbligatoriamente», solo perchè non c'è scelta; ma le vecchie e carenti strutture del Sud hanno anche creato flussi migratori di malati ed hanno determinato il fenomeno del cosiddetto «turismo sanitario» per cui la gente, anzichè ricoverarsi in un vecchio convento mai ristrutturato, con un solo bagno che serve venti posti letto, preferisce prendere il treno ed andare al Nord. Per quanto riguarda tutto il resto, sono perfettamente d'accordo su quanto ella ha scritto, signor Presidente, perchè - ripeto - trovo la sua relazione puntuale e congrua.

**PRESIDENTE.** La ringrazio, senatore Xiumè. Per le considerazioni testè esposte, credo si possa accogliere il suo suggerimento, cioè



di sostituire alla pagina 3, la parola «sottutilizzo» con le parole «incongruo utilizzo».

Ricordo che il documento, con le eventuali modifiche che si vorranno apportare, verrà posto in votazione al termine della seduta odierna.

CARELLA. Signor Presidente, più che proporre delle modifiche alla relazione, vorrei svolgere delle considerazioni, perchè ritengo che il documento, anche se necessariamente rappresenta una sintesi, per quanto riguarda il fenomeno delle strutture incompiute è abbastanza incompleto. D'altra parte, penso che esso sia stato ben inquadrato sia per quanto concerne le cause che l'hanno determinato che per quanto riguarda aspetti più specifici, direttamente connessi al sistema legislativo ed ai regolamenti esecutivi e attuativi correlati alla volontà del legislatore per la riforma per il completamento e la realizzazione della rete ospedaliera, ma non solo ospedaliera.

Nella relazione emerge che il fenomeno delle opere sanitarie incompiute è prevalentemente meridionale, ma ho una certa esperienza delle realtà meridionali e, facendo parte di questa Commissione, ho anche effettuato visite in Sicilia e in Puglia. Nel nostro Meridione non sono rimaste incompiute soltanto le opere sanitarie pubbliche, ma le opere pubbliche in genere: asili, campi sportivi, mercati ittici, macelli o scuole. Le opere pubbliche sanitarie incompiute rappresentano solo un piccolo tassello di un capitolo molto più complesso. Ritengo infatti che questo fenomeno non sia determinato tanto dalle difficoltà di applicazione della legislazione specifica, e quindi dal ruolo del Ministero della sanità, non sempre svolto in maniera coerente rispetto alla legge, o dalla mancanza di programmazione da parte del singolo Ministero o delle singole regioni: penso invece che le opere incompiute siano il frutto di una concezione politica delle opere pubbliche, che nel Meridione è stata prevalente.

Queste opere sono quasi tutte datate storicamente: si tratta di opere iniziate negli anni Settanta, per cui, nel 1978, quando si è istituito il servizio sanitario nazionale, questa situazione era già esistente e non derivava certo dal nuovo assetto organizzativo della sanità in Italia. Molto probabilmente il fenomeno andrebbe analizzato in maniera più approfondita, perchè ha implicazioni, oltre che di carattere politico, anche psicologiche e sociologiche: molti ospedali, infatti, hanno un nome ed un cognome ben preciso. Un politico del tempo, attraverso meccanismi molto semplici, poneva una prima pietra, attivando quei famosi 500 milioni, che rappresentavano una briciola rispetto ad un progetto faraonico che magari richiedeva 100 miliardi di investimento complessivo. Se andiamo poi ad esaminare attentamente tutte le spese di questi ospedali, rileviamo che, a fronte di un progetto di massima di 60-70 miliardi dell'epoca, l'unico finanziamento disponibile era rappresentato, appunto, da quei 500 milioni. Erano insomma opere che necessariamente avrebbero fatto quella fine, perchè molto spesso rappresentavano segnali demagogici verso le popolazioni locali, poichè in una città la costruzione di un ospedale determinava un aumento delle condizioni di sicurezza sociale, e nascondevano fini reconditi molto diversi da quelli mostrati: si è trattato di meccanismi che hanno favorito la creazione di po-

tentati politici. Questo fenomeno va analizzato anche perchè, appunto, non riguarda soltanto il settore della sanità.

D'altra parte, il problema più grande che ci dovremmo porre è proprio quello di individuare le modalità con le quali uscire da questa situazione.

Visitando alcune realtà locali si può rilevare che vi sono ancora cittadini che da anni aspettano il completamento di un certo ospedale. Il grande dilemma che mi sono posto - ma che a mio avviso dovremmo porci tutti - è se queste opere andranno completate o andranno piuttosto demolite con una carica di dinamite: molto spesso la risposta è che proprio quest'ultima dovrebbe essere la soluzione finale.

A Turi, in provincia di Bari, abbiamo visitato un ospedale che è emblematico perchè sono state costruite solo le strutture in cemento armato: si tratta di opere iniziate negli anni Settanta. Ho incontrato in questi giorni anche il sindaco di Turi, il quale si chiedeva se non era il caso di domandare l'autorizzazione a demolirlo piuttosto che terminare l'opera perchè è un cantiere ormai abbandonato, frequentato da bambini che giocano al suo interno in una situazione di reale pericolo.

Quindi, il problema è rilevante perchè, allo stato attuale, nella maggior parte di queste regioni manca un piano di riordino della rete ospedaliera e, di conseguenza, in sua assenza, è difficile oggi poter stabilire quali debbono essere gli ospedali da completare e quali invece quelli da riconvertire o addirittura da demolire. In molti casi, infatti, forse l'intervento più utile per la collettività è proprio quello della demolizione, anche perchè in tal modo si potrebbero recuperare aree pubbliche da destinare ad altri scopi.

In proposito, ritengo che, come Commissione, potremmo fornire un chiaro indirizzo alle regioni - naturalmente poi occorrerà valutare caso per caso - affinché, in questa fase, privilegino i completamenti anzichè esaminare nuovi progetti, che rischiano di fare poi la stessa fine dei precedenti. Si dovrebbe pertanto favorire il completamento di quelle strutture che si trovano già in fase avanzata di realizzazione, nonchè prevedere che una parte delle risorse venga destinata alle riconversioni ospedaliere. Se è vero infatti che noi, con la legge finanziaria dello scorso anno, abbiamo previsto che gli ospedali con meno di 120 posti letto debbano essere riconvertiti in residenze per anziani o in strutture finalizzate alla riabilitazione, è altrettanto vero però che per portare a termine quest'opera di trasformazione funzionale occorrono dei finanziamenti. Riconvertire in residenza per anziani un ospedale nato per ospitare una sala operatoria, una chirurgia, una pediatria (mi riferisco, per intenderci, al modello classico di ospedale zonale di un tempo) comporta ovviamente una spesa e quindi - lo ripeto - occorrerebbe privilegiare anche i finanziamenti per le riconversioni funzionali.

Questo - secondo me - è il nodo principale da sciogliere; la relazione l'ha affrontato molto bene, ma probabilmente su di esso dovremo approfondire la nostra riflessione, proprio per poter dare delle indicazioni più precise, non solo al Ministero della sanità ma soprattutto alle regioni, per vedere come si possa venir fuori da questa piaga nel modo migliore possibile, e i senatori del Sud non debbono avere moti di ribellione quando si fa riferimento alle nostre

regioni, in quanto questa è una piaga prettamente meridionale, che - lo ripeto - non riguarda soltanto le strutture sanitarie.

ANDREOLI. Signor Presidente, innanzi tutto la ringrazio per le parole di benvenuto che ha voluto rivolgermi all'inizio della seduta. Naturalmente, non conosco tutta la problematica, però - come sapete - mi occupo di sanità e conosco molto bene la situazione del Veneto. Dopo aver ascoltato la relazione, posso dire che essa, pur essendo molto sintetica, è molto ben fatta e purtroppo disegna perfettamente la realtà italiana che, alla fine, è sempre deludente. Le considerazioni finali infatti sono quelle che più amareggiano perchè non lasciano intravedere molte speranze per un recupero immediato di questa annosa situazione. Effettivamente - come diceva il senatore Carella - quello di privilegiare il completamento delle strutture incompiute deve essere il suggerimento e la spinta che deve dare la nostra Commissione.

Inoltre, conoscendo la realtà di alcune strutture del Veneto, ritengo sarebbe doveroso interessare la magistratura, perchè vi sono talune situazioni che non possono essere imputate soltanto a lentezze burocratiche, ma dietro alle quali si celano precise responsabilità dolose o di sfruttamento inadeguato del denaro pubblico. Faccio un solo esempio: in provincia di Verona - come sa benissimo anche il collega Brugnetini esiste un ospedale, quello di Valeggio - che mi pare abbiate anche visitato come Commissione - che è stato realizzato poco più di otto anni fa e che funziona solo per tre quarti. Ebbene, occorrerebbero soltanto 6-7 miliardi per ultimare la struttura e farla funzionare completamente; invece, sia la regione Veneto, sia le unità sanitarie locali interessate, sia addirittura l'azienda ospedaliera, che pure sarebbe interessata al progetto perchè all'interno dell'ospedale si svolge un'attività di insegnamento collegata all'università, preferiscono il suo abbandono allo stato attuale per riconvertire una struttura più vecchia spendendo, anzichè 6-7 miliardi, 42 miliardi. Questo, a mio avviso, è un atteggiamento criminoso; è un episodio che abbiamo il dovere di segnalare alla magistratura, perchè non si deve più compiere questo tipo di scelte.

PRESIDENTE. La ringrazio, senatore Andreoli. Vorrei precisare che, per quanto concerne considerazioni relative a casi specifici, queste saranno oggetto della seconda relazione che riguarderà appunto tutte le diverse situazioni regionali. Quello oggi in esame è invece un documento di cornice contenente un riferimento tipicamente politico.

GALLOTTI. Mi chiedo se la parte finale della relazione non possa contenere delle linee guida propositive.

PRESIDENTE. Sì, certamente.

GALLOTTI. In proposito, vorrei svolgere alcune brevi considerazioni. Sono d'accordo che, in linea generale, la relazione sia esaustiva e ben fatta, però vi aggiungerei alcune postille. Alcuni ospedali incompiuti sono infatti necessari. Non scendo nei particolari perchè noi dobbiamo parlare in generale, tuttavia vi sono dei casi in cui l'ospedale incompiuto va salvato perchè, in sua assenza, i cittadini

sono costretti a rivolgersi ad ospedali con corsie con 20 posti letto e un solo bagno.

**PRESIDENTE.** Senatore Gallotti, questo è detto nella relazione, nel passaggio in cui si fa riferimento al fatto che gli ospedali incompiuti, di fatto, fanno coesistere strutture sanitarie inadeguate.

**GALLOTTI.** Sì, però cercherei di esplicitare meglio tale concetto.

Vorrei sottolineare poi che il problema degli ospedali incompiuti è intimamente connesso a quello dei piccoli ospedali da 20-30 posti letto, che dovevano essere chiusi o riconvertiti, adempimento questo che non è stato ottemperato da parte di nessuna regione. Recentemente, abbiamo avuto un incontro con la Commissione sanità francese, dal quale è emerso che, in Francia, in poco più di un mese sono stati chiusi e riconvertiti numerosi ospedali. Ora, dal momento che le regioni non sono in grado di chiudere alcunchè, mi chiedo se non possiamo noi rivolgere un indirizzo al legislatore perchè approvi una legge che contempli un esercizio di poteri sostitutivi da parte dello Stato centrale nei confronti delle situazioni di inadempienza.

**PRESIDENTE.** Spetta al piano sanitario regionale decidere quali ospedali debbono essere chiusi e quali no.

**GALLOTTI.** A noi interessa portare modernità ed efficienza nelle strutture sanitarie, quali che siano i mezzi per raggiungere tale fine. La regione Lazio, ad esempio, non è stata in grado di agire neanche in un caso eclatante, quale quello di due ospedali a distanza di 8 chilometri l'uno dall'altro, con 20 posti letto ciascuno, contro la cui chiusura vi sono state sommosse popolari guidate dagli stessi sindaci. Se dunque la regione non ha la forza di intervenire, ci vuole un potere sostitutivo e quindi, in questo senso, occorrerebbe studiare una soluzione in proposito. Pertanto, io vorrei che, se fosse possibile, si accennasse nella relazione ad una risposta da dare a questo problema.

**PRESIDENTE.** Senatore Gallotti, per quanto riguarda la questione da lei sollevata, non credo che si possa invocare il potere sostitutivo dello Stato; certi interventi rientrano nella sfera di competenza tipica delle regioni, i piani sanitari regionali servono anche a questo, cioè ad indicare le strutture efficienti e quelle che non lo sono e a procedere alle necessarie riconversioni.

**GALLOTTI.** Allora, non si farà nulla.

**PRESIDENTE.** Senatore Gallotti, pensa che lo Stato sia necessariamente più efficiente delle regioni?

**CARPINELLI.** Signor Presidente, spendo due parole per esprimere, dal punto di vista metodologico, soddisfazione; abbiamo individuato una serie di problemi per grandi filoni e stiamo cercando di dare delle soluzioni a tali problemi. Quindi, dal punto di vista metodologico, è così che deve svolgersi il lavoro di una Commissione.

Passo a fare alcune riflessioni.

Viene fortemente accentuato il ruolo negativo delle regioni: questo è vero, perchè effettivamente la stragrande maggioranza delle regioni ha patito in maniera pesantissima l'incapacità programmatica e la incapacità di affrontare in termini anche drastici i problemi della sanità; c'è però da dire che anche da parte dello Stato e del governo centrale non c'è stata sufficiente chiarezza. La legge finanziaria del 1988, che individuava 30.000 miliardi per gli investimenti, i quali poi in qualche misura si sono persi per la strada in base a successive disposizioni, hanno dato di nuovo la sensazione, poi provata, che effettivamente non ci fosse una linea programmatica molto chiara da parte del governo centrale, dello Stato, evidenziando di conseguenza la necessità di continuare le vecchie strategie. Quindi era opportuno mettere un paletto, un punto fermo, agganciarsi a quello e poi, piano piano, avanzare ulteriori richieste.

Non è più tollerabile che vengano finanziati lotti funzionali; questa è una linea di intervento serio che può essere seguita a livello centrale. Chiunque lavora ed opera dentro le strutture sanitarie sa che il lotto funzionale è «una bufala», per il semplice motivo che è estremamente complesso e difficile, in una struttura nuova, trasferire un reparto o due reparti e poi dire che successivamente si farà il resto; questo non è vero: esso è un mero strumento per perseguire determinate soluzioni.

Allora qual è l'elemento centrale al quale il Parlamento deve fare riferimento? È la razionalizzazione della rete ospedaliera. In Umbria noi abbiamo decine di ospedali, quando, come impostazione generale, potrebbero essere sufficienti due ospedali di livello superiore e cinque ospedali di livello intermedio; invece ne abbiamo dai 17 ai 20 circa, considerando anche piccole strutture.

Io non ritengo assolutamente più valido, anche se questo costa a livello elettorale, a livello di impatto con la collettività, l'ospedale da 30 o 40 posti letto, pur se in qualche modo rappresenta un presidio. Sono sempre dell'avviso che più presidi abbiamo meglio sia, ma ritengo anche che, in termini di sicurezza e di validità del servizio offerto, sia necessaria oggi una concentrazione delle strutture, soprattutto in una realtà cui la mobilità è estremamente elevata e in cui il valore della vita è aumentato. Neanche questo infatti dobbiamo dimenticare, cioè che il valore, in tutti i sensi, della vita umana di un cittadino italiano, per esempio, è diverso da quello di cittadini di altri paesi meno fortunati o meno sviluppati del nostro. La concentrazione si rende necessaria perchè, sotto certi aspetti, dà una maggiore qualificazione al servizio che viene reso all'utente con una spesa minore.

Ciascuno di noi sa perfettamente che di fronte ad un problema serio sceglierà *a priori* il presidio ospedaliero al quale rivolgersi e non andrà alla cieca, rivolgendosi magari a quello più vicino: questo è un fatto acquisito.

Quindi occorre evidenziare soprattutto la necessità di procedere alla razionalizzazione della rete ospedaliera e, di conseguenza, prevedere una rigidità dei finanziamenti, dei trasferimenti dello Stato, *sub condicione* rispetto al ragionamento sulla razionalizzazione. Non possiamo ipotizzare che la ristrutturazione a livello regionale delle reti ospedaliere possa essere fatta attingendo di nuovo ai fondi dello Stato centrale: è necessario che prima vengano razionalizzate le strutture interne alla re-

gione e con quelle, semmai, provare a realizzare delle opere di riconversione che abbiano poi un ritorno immediato (perchè noi magari i nostri anziani li mandiamo nelle strutture convenzionate e paghiamo dalle 200.000 alle 400.000 lire al giorno).

Quindi e su questo ragionamento che va impostato un futuro nostro lavoro di parlamentari, seguendo una serie di linee di indirizzo.

Rispetto a ciò va invece (e quindi non condivido quello che diceva il collega Gallotti) esaltata la funzione delle regioni. Il regionalismo (uso questo termine che forse è desueto) è un elemento di responsabilizzazione. Mi rivolgo ai colleghi della Lega: vogliamo chiamarlo federalismo? Noi lo sosteniamo dagli anni 1970; allora chiamavamo regionalismo, poi si dica come si vuole. Comunque questo è un elemento centrale, perchè se vogliamo veramente dare una risposta alle necessità del territorio, sono le regioni le uniche in grado di dare una risposta in termini di razionalizzazione.

GALLOTTI. Ma non la danno.

CARPINELLI. Li obbligheremo, nel senso che non daremo più la possibilità di fare cose diverse.

GALLOTTI. Allora indirettamente viene al discorso mio.

CARPINELLI. Noi dobbiamo giocare una partita che si pone come una scommessa: o le regioni saranno in grado di dare questa risposta, e i cittadini ne valuteranno le conseguenze in termini di consenso, o le regioni non saranno in grado di farlo, e i cittadini ne valuteranno le conseguenze in termini di consenso. Però noi non possiamo pensare che da Roma saremo in grado di chiudere, con un tratto di penna, delle strutture o delle situazioni che riguardano tutto il territorio nazionale: questo non è possibile perchè probabilmente non potremmo rispondere, in termini proprio di conoscenza e di programmazione, ai bisogni reali e agli intendimenti dei territori.

Si parla della Francia, ma lì ancora oggi vi è una gestione dello Stato diametralmente opposta rispetto a quella verso la quale noi tendiamo; in Francia c'è ancora una struttura che deriva dal codice napoleonico, in cui i prefetti hanno ancora una loro funzione, in cui lo Stato centrale ha una sua funzione, ma soprattutto vi è una differenza rilevante rispetto all'Italia: la Francia ha una pubblica amministrazione che funziona in relazione ad una sua storia e ad una sua cultura della pubblica amministrazione. Noi non possiamo dimenticare che dall'Enea (Ecole Nationale d'Administration) escono *manager* pubblici e *manager* privati e che c'è un'effettiva interscambiabilità tra gli uni e gli altri, proprio in relazione alla matrice comune.

Noi non possiamo dall'oggi al domani ribaltare le situazioni pensando che effettivamente lì hanno fatto le cose in un certo modo e funzionano. Noi oggi scommettiamo sulle potenzialità regionali. Penso ad una regione, l'Umbria, che nel 1970 partì con una grandissima capacità propositiva e fu portata ad esempio in tutta Italia per le sue iniziative di programmazione. Queste, peraltro, si sono poi perse per la strada, e ciò è avvenuto proprio in relazione alla necessità di gestire materie che non

competevano alla regione, perchè le competeva solo la programmazione.

Noi dobbiamo (e in questo tentativo sta lo sforzo legislativo del Parlamento) riportare le regioni nell'alveo dei loro fini istituzionali, dare loro non solo le disponibilità e la possibilità di programmare, ma anche la capacità di decidere e di essere responsabili delle decisioni che hanno preso; nel futuro non potrà esserci ancora la doppia sponda per cui, anche se non funziona la situazione a livello regionale, c'è sempre comunque un secondo appello a livello statale in cui, indipendentemente da una programmazione complessiva, si possa intervenire per stralci, per settori, per canali trasversali.

Io credo che questo sia un elemento centrale che noi dovremmo far emergere (come del resto già è stato fatto rilevare) dall'elaborato finale di questo nostro lavoro.

COSTA. Signor Presidente, considero questo documento sugli ospedali incompiuti come un momento di riflessione sul più lungo cammino che dovrà condurci alla predisposizione di un elaborato che in modo spietato analizzi l'esistente e che in maniera determinata suggerisca i provvedimenti da adottare per rimuovere le anomalie. Dico questo per la storia di questa Commissione, perchè potrebbe accadere che nel prosieguo, leggendo questo documento, si prenda atto che la Commissione, pur generosamente applicatasi, «ha scoperto l'acqua calda».

L'occasione è buona per riconfermare a me stesso l'opinione che, se questa Commissione avesse ottenuto una collaborazione tecnica più congeniale, più adeguata, meglio strutturata, probabilmente avrebbe avuto la possibilità di fare di più e meglio in minor tempo, posto che i dati e le notizie - pur nella generosità mostrata dal senatore Di Orio in questo elaborato - potevano essere assunti da un apparato tecnico ausiliario della Commissione, il che avrebbe consentito ai suoi componenti di entrare nel merito degli aspetti propri della funzione stabilita dalla sua stessa legge istitutiva.

Prendo atto che la stragrande maggioranza delle strutture incompiute sono situate nel Mezzogiorno d'Italia. Ciò è ascrivibile alla circostanza che dalla fondazione del Regno fino al 1945 in Italia si sono costruiti ospedali nel Centro e nel Nord del paese e che l'iniziativa per la realizzazione dell'edilizia ospedaliera nel Mezzogiorno data essenzialmente dall'immediato dopoguerra: per questo motivo è ivi localizzata la stragrande maggioranza delle opere incompiute.

Con riferimento alla causa che avrebbe determinato l'esistente, ritengo che la motivazione fondamentale sia da ricercare nell'incapacità di spesa della pubblica amministrazione. Si pensi che l'amministrazione delle ferrovie dello Stato, a fronte di tutti i cantieri esistenti in Italia volti a realizzare il raddoppio, la velocizzazione e l'elettrificazione delle linee, ha una capacità di spesa di appena 4.000 miliardi. Quel che accade in ogni ambito dei lavori pubblici non poteva non verificarsi nel comparto dell'edilizia ospedaliera.

È d'uopo, quindi, il suggerimento del collega che mi ha preceduto: deve essere utilizzata ogni occasione per riportare all'efficienza l'apparato burocratico dello Stato, anche come presupposto per gestire le risorse nella fase della spesa; altrimenti, mentre noi discutiamo, conti-

nuerà a perpetuarsi quanto avvenuto per vent'anni e, pur nella consapevolezza - o forse nell'illusione - di essere più bravi di quelli che ci hanno preceduto, accadrà che quelli che verranno dopo diranno di noi esattamente quello che, forse ingenerosamente, a tratti abbiamo detto con riferimento ai nostri predecessori.

Ritengo quindi necessario redigere la relazione in modo spietato e preciso, anche per gli atti di ufficio, affinché chi verrà dopo di noi non possa leggere che nella regione Puglia vi sono solo due ospedali incompiuti (come riportato dal collega Di Orio nella sua relazione) quando, soltanto nella provincia di Lecce, vi sono diverse strutture ospedaliere, come l'ospedale oncologico, quello di Campi Salentina e quello di Gallipoli, che ancora non sono state completate.

È anche inesatto affermare che non sono stati previsti stanziamenti adeguati: ad esempio, l'ospedale di Gallipoli era destinatario di uno stanziamento di 4 miliardi e 500 milioni, che solo l'incapacità di spesa della pubblica amministrazione ha reso nel tempo inadeguato.

Per quanto attiene alle modalità da definire, riterrei opportuno inventariare l'esistente e ripianificare l'edilizia ospedaliera, perchè a distanza di venti anni (evidentemente sulla base di un piano di lungo periodo, che mediamente interessa un arco temporale che va dai dieci ai quindici anni) non può non determinarsi la necessità di una riconsiderazione dei progetti, ma si potrebbe anche adottare la soluzione che qualcuno ha definito «chiavi in mano». Direi di più: che si adotti pure una qualsiasi soluzione, purchè essa riesca ad evitare il ripetersi di quanto si è verificato in passato, proprio perchè se non si pone mano ad una riforma seria dell'apparato burocratico, che lo metta in grado di utilizzare efficacemente gli stanziamenti previsti, fra dieci anni ci si ritroverà a dire esattamente quello che altri hanno detto prima di noi.

**PRESIDENTE.** Senatore Costa, per quanto riguarda il problema dei soli due ospedali incompiuti in Puglia risultanti dalla relazione, vorrei precisarle che ci siamo basati su quanto comunicatoci dalle fonti ufficiali. Nella relazione, inoltre, è riportato che ancora non siamo riusciti a definire la complessità del fenomeno, perchè purtroppo - per deficienza dello Stato centrale e delle regioni - non abbiamo a tutt'oggi indicazioni precise sull'entità del fenomeno stesso. I nominativi dei due ospedali riportati nella relazione sono quelli che ufficialmente ci ha comunicato il Ministero della sanità, dei quali non potevo non fare cenno in quanto, appunto, provenienti dal Dicastero competente.

Nella prossima relazione che la Commissione effettuerà, vi sarà una sezione interamente dedicata alla mancanza di informazioni ed a tutto ciò che abbiamo scoperto nello svolgimento della nostra attività conoscitiva. A nostro avviso, infatti, siamo entrati in possesso solo di circa il 25 per cento del dato reale complessivo.

**COSTA.** Vorrei ripetere che, se questo lavoro fosse stato affidato ad un idoneo supporto organizzativo, burocratico ed amministrativo a disposizione della Commissione, probabilmente quelle generose visite che abbiamo effettuato sul territorio - pure senz'altro opportune ed utili - sarebbero state certamente più proficue, perchè esso avrebbe



potuto metterci in condizione di venire a conoscenza di quanto l'apparato burocratico dello Stato non era stato in grado di fornirci.

Fin dalle prime battute del mio intervento rilevavo che era ingiusto che questa Commissione, composta di tanti senatori, si dovesse a momenti ridurre a «fare conversazione», come se avesse il solo desiderio di informare se stessa. Sarei stato più felice se qualcun altro si fosse recato nei luoghi opportuni per effettuare questa indagine, magari un'impresa specializzata, anche se poi mi sarei comunque potuto recare a Bari o presso qualche ospedale della mia provincia!

**BRUGNETTINI.** In linea di massima sono d'accordo con quanto espresso sul documento.

Concordo anche con le considerazioni svolte dal senatore Carella, perchè non credo che tutte le opere incompiute siano ubicate al Sud, ma ritengo piuttosto che il fenomeno sia rilevabile in tutta Italia: al Sud il fenomeno è più marcato, per motivi che non sto qui ad indagare, ma la stessa cosa si è verificata ovunque. Forse si è in presenza di problemi legati alla mancata programmazione, che però concerne tutte le opere incompiute.

Sono anche d'accordo con quanto ha sostenuto il collega Carpinelli: è chiaro che le regioni non hanno avuto difficoltà a promuovere le nuove opere senza impegnarsi nel loro completamento, perchè tanto, a fine anno, c'era sempre chi andava a saldare i relativi debiti. Ma ritengo che sarebbe bene accelerare il processo verso il federalismo: la regione dovrà essere responsabile di queste opere *in toto*, perchè quando essa dovrà rispondere in prima persona delle proprie azioni e dovrà magari comunicare ai cittadini che disporrà il pagamento di nuove tasse per il completamento delle opere in questione, non le inizierà senza avere la certezza di finirle, perchè poi dovrebbe risponderne direttamente. Se è uno Stato centrale, invece, che effettua questa operazione, non esistendo un rapporto diretto con i cittadini, a nessuno importa nulla di rispettare gli impegni presi.

Credo quindi che vada inclusa in questo documento una esortazione verso una maggiore responsabilizzazione delle regioni, nel senso di dar loro attribuzioni complete per questo settore.

Poi, se si può, sarebbe opportuno fornire un indirizzo sull'utilizzo degli stanziamenti previsti all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria), perchè noto che per molte strutture sembra difficile operare una riconversione per la creazione di residenze sanitarie per anziani. Tutti sappiamo che l'età media della popolazione tende ad aumentare e si sostiene spesso che non vi sono i soldi necessari al mantenimento dell'attività di certe strutture che quindi devono essere chiuse o trasformate. Organizziamo una programmazione seria, destinando alcuni fondi a questa riconversione, senza iniziare la costruzione di altre opere. Se spetta a questa Commissione dare un indirizzo al riguardo, esso dovrebbe proprio consistere nel rilevare la necessità di potenziare le attività di completamento e di riconversione delle strutture esistenti.

**COZZOLINO.** Ritengo che il lavoro svolto dalla Commissione e questa relazione abbiano risposto in gran parte alle motivazioni iniziali e agli interrogativi che ci eravamo posti.

Emerge innanzi tutto una gravissima confusione, che riguarda l'organo centrale, il Ministero della sanità, ma anche le regioni.

Sembra impensabile dover ammettere - però, purtroppo, dobbiamo farlo - che, da una semplice ricognizione della Commissione, risultano complessivamente 64 strutture ospedaliere non completate, a fronte delle 29 che ci erano state comunicate dal Ministero della sanità. Innanzi tutto, quindi, credo occorra rimarcare lo stato di estrema confusione in cui versa proprio l'organo che dovrebbe conoscere la situazione e effettuare i controlli. Pertanto, anche se i dati della Commissione non sono definitivi (e necessariamente non possono esserlo in quanto la fase di indagine non è ancora conclusa), emerge chiaramente una situazione di estrema gravità, sulla quale bisogna insistere, proprio perchè ritengo che la nostra Commissione, oltre ad avere un potere di inchiesta, debba anche fornire degli indirizzi. Al riguardo, dunque, dobbiamo interrogarci sull'attività che viene svolta sia a livello centrale che a livello regionale in questo come in altri campi perchè, quando si parla di strutture incompiute nel settore sanitario, si rientra - come diceva poco fa il collega Carella - nel più grande mare delle opere incompiute. Infatti, il Centro-Sud, rispetto al Nord, dove pure vi saranno dei lavori non portati a termine, versa in una situazione ancora più grave perchè il fenomeno riguarda non solo le strutture sanitarie, ma anche gli acquedotti, le strade e in generale tutto il settore delle opere pubbliche.

Queste considerazioni ci portano poi ad un'ulteriore riflessione di natura politica sul perchè avviene tutto questo ed allora dovremmo tornare indietro di decenni per spiegarci perchè al Nord c'è una burocrazia che funziona in un certo modo e al Sud ve n'è una che funziona in modo diverso; dovremmo parlare della presenza al Nord di una struttura mitteleuropea, che riesce ancora ad assicurare una certa funzionalità burocratica, mentre al Sud, per tradizioni diverse, essa purtroppo è assente. Ma andremmo troppo lontano.

Certamente, però, occorre razionalizzare la rete ospedaliera nazionale, ma come? Mediante un potenziamento delle funzioni regionali, attraverso la creazione di qualcosa di nuovo a livello centrale o mediante l'utilizzo di strumenti già esistenti? La risposta, purtroppo, ritengo non possa essere univoca. La regione, infatti, è un ente territoriale che esiste da 25 anni e che, per quanto riguarda la Campania, ad esempio, non sa che un ospedale funziona da un anno, ad appena 30 chilometri da Napoli, sulla statale n. 18. Le stesse carenze, probabilmente, si registrano in altre parti d'Italia, specie al Sud e nelle isole. In Sicilia, ad esempio, si sapeva che un solo ospedale non era stato terminato, quello di Giarre, e invece, a seguito della nostra indagine, abbiamo scoperto che, in due sole province, vi sono 14 strutture incompiute. Ed allora, va ridiscusso anche il ruolo della regione.

D'altra parte, sottolineo come in un altro passaggio della relazione si afferma che: «La maggior parte delle strutture incompiute risale al periodo di tempo che intercorre tra il 1970 e il 1978, data di istituzione del servizio sanitario nazionale. È evidente che il riconoscimento di funzioni legislative programmatiche affidate alle regioni, invece di inserirsi positivamente sul livello di competenza spettante costituzionalmente allo Stato - in nome del principio di uguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del servizio sanitario - ha prodotto contraddizioni e vuoti di

potere all'interno dei quali - anche per responsabilità della classe politica centrale e periferica - si è dilatato in maniera abnorme il problema delle strutture incompiute». Ciò sta a indicare che in questo campo, come in altri, l'aver attribuito delle competenze alle regioni ha significato creare ulteriori motivi di confusione.

Quanto poi al problema specifico delle opere incompiute, dobbiamo purtroppo riconoscere - e lo faccio io per primo, che sono un rappresentante del Meridione - che esse hanno molte volte motivazioni politiche. Personalmente, auspicherei che la nostra Commissione svolgesse un'indagine per verificare in quali periodi sono iniziati i lavori di queste strutture ospedaliere che poi non sono mai state portate a termine e vedere se essi corrispondono a periodi pre-elettorali. Se questo dato venisse confermato, proverebbe quanto abbiamo detto e cioè che in passato (senza voler fare distinzioni fra partito e partito), quando si avvicinavano le elezioni, ogni uomo politico faceva costruire per il proprio paese un ospedale - o per lo meno dava l'impressione di voler far costruire -, per cui nel tempo, soprattutto al Sud si sono instaurati questi meccanismi clientelari che hanno prodotto quei guasti di cui oggi ci stiamo occupando.

Dobbiamo porci anche un'altra domanda e cioè se queste opere iniziate e mai completate, una volta portate a compimento, possono avere ancora, da un punto di vista sanitario, secondo quelli che sono gli *standard* odierni, una certa utilità o risulterebbero essere delle costruzioni non utilizzabili perchè non più funzionali non solo da un punto di vista assistenziale, ma anche sotto il profilo della spesa. Dovremmo quindi rivedere le tipologie di tutti questi ospedali per verificare se conviene recuperarli o se, alla fine, è più opportuno riconvertirli in altre strutture, quali, ad esempio, quelle finalizzate all'assistenza agli anziani o alla riabilitazione, settori, anche questi, in cui si registrano sprechi notevolissimi.

Questi servizi infatti sono purtroppo, nella maggior parte dei casi, in mano a strutture private, che potrebbero avere una diversa utilizzazione e quindi una diversa spesa se venissero gestite dallo Stato: logicamente, uno Stato che sappia e voglia amministrare la cosa pubblica, non certo questo Stato che ci pone di fronte a delle realtà come questa. E allora il discorso diventa di tipo politico, perchè ci sono delle chiare responsabilità che riguardano tutta una classe politica, tutta una struttura di potere. Non ci si può semplicemente limitare a dire che queste sono opere incompiute e che occorre stabilire cosa si può fare al riguardo, bisognerebbe andare a vedere, caso per caso, nei limiti del possibile, quali sono le responsabilità oggettive. Certo, sarebbe un discorso lungo da farsi, ma sarebbe anche un discorso necessario perchè ritengo che la comunità nazionale non possa e non debba essere gravata, come avviene per tutte le opere pubbliche, da sprechi e, in questo caso particolare, da veri e propri scempi. Non possiamo chiedere al cittadino, soprattutto a quello nullatenente o indigente, di sostenere dei costi quando tali costi non servono ad altro che ad alimentare l'inutile e, in certi casi, a creare sospetti di Tangentopoli, che vengono poi sistematicamente confermati dalle indagini della magistratura.

In conclusione, dunque, anche se deve essere approfondito qualche aspetto e occorre evidenziare meglio se vi sono state responsabilità og-

gettive, esprimo un parere favorevole sul documento in esame, rinviando alla successiva relazione, allorchè passeremo all'esame specifico delle singole realtà, ulteriori approfondite riflessioni.

MONTELEONE. Signor Presidente, cercherò di non ripetere alcuni concetti che mi sono sembrati comuni a questa Commissione.

Credo ci sia bisogno di affermare che, alla luce di quanto si è acquisito fino ad oggi, il documento non poteva che essere concepito così come è stato concepito. Manca però una parte fondamentale, che non so se competa a noi o meno, ma che credo non debba mancare in questo documento. Noi siamo stati affiancati, visita per visita, ospedale per ospedale, da un capitano della finanza o da un capitano dei carabinieri, eccetera: ebbene, è un fatto, questo, che credo debba essere considerato in questo documento, laddove siano stati rilevati - se lo sono stati - ammanchi, difetti, omissioni in termini di legge.

Non so se poi risponda a verità, ma tra gli ospedali incompiuti risulterebbe essercene alcuni di cui non sono a conoscenza nè il Ministero della sanità nè il Ministero dei lavori pubblici, e credo che ciò debba essere ben messo in rilievo. Ritengo che questo non sia un aspetto marginale ma al contrario, abbastanza rilevante, anche perchè in questo probabilmente si individua ciò che molti dei colleghi hanno espresso circa il modo di far politica in un certo periodo.

Così pure credo che volutamente siano state compiute scelte di un certo tipo, altrimenti non si spiega come, regione per regione, siano stati creati i cosiddetti doppioni, di cui siamo a conoscenza tutti, il motivo per cui si sono costruiti a distanza di 7-8 chilometri, 15 al massimo, ospedali «fotocopia»: evidentemente in quel momento quella era stata la scelta politica, di indirizzo politico-sanitario.

Quando il collega Carpinelli giustamente parla di razionalizzazione, io insisto a dire che prima ancora di questa fase manca la normalizzazione. Senatore Carpinelli, d'accordo che dobbiamo razionalizzare, eccome, è un bisogno che avverte lei come lo avvertiamo un po' tutti, ma ho la sensazione che per razionalizzare dobbiamo prima normalizzare, dobbiamo cioè, alla luce di ciò che è successo in tutti questi anni, prima portare alla normalizzazione e poi procedere alla razionalizzazione.

Un concetto che è venuto fuori e che penso sia nuovo è quello per cui finalmente stiamo sgombrando la mente dall'idea che la salute possa essere considerata in termini numerici: se un ospedale è al di sopra dei 120 posti letto ha diritto di vivere, se ne ha 119 ha il dovere di morire. Nel quadro della aziendalizzazione, io penso che possa essere estremamente produttivo un ospedale di 60 posti letto, come può esserlo un ospedale con più di 120 posti letto. (*Commenti del senatore Brugnellini*). Guardi, senatore Brugnellini, è un mio modo di interpretare il problema in libertà. Insisto su questo concetto perchè non la mettiamo, collega Brugnellini, sul piano della contrapposizione tra Nord e Sud, in quanto, se continuiamo ancora, alle soglie del 2000, a parlare di Nord e di Sud come fossero due mondi che appartengono uno alla Norvegia e un altro alla Cambogia, allora penso che neanche di sanità possiamo parlare. (*Interruzione del senatore Brugnellini*). Mi creda: non è questione di federalismo quella della salute.

**BRUGNETTINI.** Lei ha completamente travisato ciò che ho detto: io stavo pensando a un'altra cosa.

**MONTELEONE.** Va bene, se è così ne prendo atto. Comunque, porto fino in fondo il concetto: per me non è questione di federalismo, ripeto, o di regionalismo avanzato o quel che sia, ma è questione effettivamente di razionalizzazione. Ma per razionalizzare – lo ribadisco – bisogna prima normalizzare, fare in modo che le regioni finalmente producano i piani regionali sanitari: è qui che deve intervenire lo Stato, piaccia o no; il potere centralistico deve essere usato affinché i piani regionali sanitari vengano redatti entro tre anni o perchè, altrimenti, la regione paghi la penale, come è giusto che sia, se questi piani vengono disattesi di volta in volta. È successo per il sangue, laddove la carenza dei piani regionali sanitari ha prodotto ciò che ha prodotto, ed è successo anche per gli ospedali.

Quindi questa spinta al regionalismo ad ogni costo io la interpreto come carenza centralista per demandare, per riversare ancora in periferia i problemi, non avendo concetti chiari alla fonte, appunto, non in periferia.

Circa gli ospedali incompiuti al Sud, non si scopre niente perchè, maledettamente, il Sud vive ed ha vissuto per anni queste tragedie. Ma proprio sugli ospedali incompiuti al Sud, se fosse possibile, desidererei che in questa relazione o in altra si potesse essere fermi e si costringesse comunque chi non lo ha fatto fino ad oggi a fornire dati precisi (e il Presidente sa che, durante alcune visite fatte insieme, espressamente sono state chieste relazioni dettagliate, con tanto di indicazione di responsabilità); ove ciò non avvenisse, ritengo che questa Commissione abbia il potere e tutti i mezzi per richiederli.

Se si fa luce veramente su ciò che è successo negli ospedali incompiuti, per i quali sono stati spesi miliardi, si incomincia ad indicare un indirizzo su come comportarsi per il futuro.

La valutazione sul territorio dell'impegno di spesa è demandata, come è giusto che sia, ai piani regionali sanitari, che mi auguro finalmente trovino attuazione nei tempi in cui regione per regione vengono programmati.

**DIONISI.** Non interverrò analiticamente in merito a tutte le questioni sollevate perchè mi dilungherei troppo, però vorrei rappresentare il mio punto di vista sulle singole questioni, non su tutte, ovviamente, altrimenti esprimeremmo un giudizio molto approssimativo.

**GALLOTTI.** Non rivolge un saluto al presidente Martelli, assentatosi per un breve periodo?

**DIONISI.** Un saluto al presidente Martelli? Gli auguri per il matrimonio, sì però forse si vorrebbe in parte riequilibrare, attraverso questo, un implicito giudizio sulla conduzione della Presidenza: invece io faccio al presidente Martelli gli auguri per il matrimonio e al presidente Di Orio i complimenti per la relazione svolta e per come sta conducendo i lavori in questa fase, del tutto provvisoria, lo speriamo almeno, per la salute del senatore Martelli.

Tornando ai problemi della sanità, già ieri il Presidente ci aveva anticipato le linee guida di questo documento ed io avevo avuto modo di esprimere la mia opinione favorevole circa i contenuti (che erano stati solo abbozzati) e anche per come si era impostato il lavoro da un punto di vista metodologico.

Ritengo che questo documento sia utile proprio per gli scopi che ci eravamo proposti all'inizio.

Questi lavori, infatti, devono servirci a valutare i limiti della legislazione in materia, ma devono anche far emergere una critica costruttiva sul come è stata gestita la sanità nel nostro paese e, in particolare, sulla questione - che appare a tutti noi abbastanza scandalosa - degli ospedali incompiuti.

Certo, sono convinto che dobbiamo anche qui mitigare un po' il giudizio, che resta negativo, in base a tutto quello che è stato detto dagli altri colleghi: vi sono stati senz'altro clientelismo, improvvisazione, mancanza di una programmazione, ma qualche volta si è assistito alla spinta reale delle popolazioni che, specialmente nei decenni passati, chiedevano questo tipo di servizio, quando la medicina non aveva ancora raggiunto lo sviluppo tecnologico di questi ultimi anni e l'ospedale, quindi, rappresentava ancora una certa qual forma di assistenza. Magari si trattava di un'assistenza non strettamente sanitaria, ma a carattere alberghiero, perchè nelle case non c'erano *comforts* e l'alimentazione non era quella attuale. Oggi, però, dobbiamo prendere atto dell'evoluzione della medicina e della necessità di razionalizzare la rete ospedaliera, ristrutturando questo costosissimo comparto della sanità.

Trovo anche puntuale l'analisi svolta nel documento, che però ritengo debba arricchirsi di altri elementi, inerenti alle risultanze dei sopralluoghi che abbiamo effettuato. Ha ragione il collega Monteleone quando sostiene la necessità di riportare questi dati nel rapporto (non a caso, nei nostri sopralluoghi, siamo stati accompagnati da un capitano della Guardia di finanza), ed alcuni giudizi dovranno emergere.

Ad esempio, sono rimasto particolarmente e negativamente colpito dall'esperienza di Viterbo, dove non ci hanno degnato della minima attenzione: il direttore sanitario non ci ha nemmeno ricevuto: questo, in qualche modo, dovrà risultare agli atti, che non dovranno riportare gli aspetti formali ed esteriori, ma quelli concreti, e nell'occasione citata si è trattato di una questione sostanziale, quantomeno consistente in una sottovalutazione delle funzioni di questa Commissione.

Credo che bisognerà anche esplicitare meglio un giudizio articolato sulle motivazioni di questo scandalo. Alcune cose sono state scritte in questo documento, ma forse, non per amore di massimalismo, ma per amore di verità, anche altre questioni andranno sottolineate. È vero, ad esempio, che alla base della costruzione di piccoli ospedali, specialmente di quelli rimasti incompiuti, non vi erano motivazioni tanto forti, perchè se le esigenze delle collettività locali fossero state particolarmente sentite, essi sarebbero stati senz'altro terminati. Non desidero certo fare lo strutturalista a tutti i costi, ma questo è un dato oggettivo; evidentemente queste opere sono «calate dall'alto» per svariati motivi, anche se c'era una certa attesa da parte delle popolazioni.

È stato giustamente messo in risalto il fatto che gli sperperi delle risorse impiegate in queste opere incompiute hanno impedito il funziona-

mento e l'aggiornamento tecnologico degli ospedali operanti. Aggiungerei forse un ulteriore elemento: anche questo, signor Presidente, non è solo dovuto al caso o alle difficoltà amministrative, perchè dove l'ospedale incompiuto ha impiegato risorse, quelli vicini e funzionanti sono stati mantenuti nel degrado strutturale, non hanno usufruito di nessuna manutenzione e perciò hanno mantenuto non soltanto quell'aspetto «alberghiero» cui prima mi riferivo, ma anche una tecnologia di basso livello, con un'incapacità a fornire prestazioni adeguate, a tutto vantaggio delle strutture private. Tutto ciò non è certo avvenuto per caso! Vi sono ospedali che non possono permettersi di acquistare un apparecchio per effettuare la TAC, perchè i soldi sono stati spesi nella costruzione di altri ospedali, poi rimasti incompiuti, per cui negli ospedali già esistenti le strutture si deteriorano e mancano i servizi. Ma questo è servito (visto che niente accade per caso) a dirottare il mercato della salute verso le strutture private, che ovviamente hanno potuto offrire una maggiore qualità ai cittadini, se non altro dal punto di vista dell'immagine, dell'estetica.

Volevo anche fare una riflessione su quanto ha osservato poc'anzi il collega Carpinelli, che ora si è allontanato dall'Aula. Trovo un po' utopistico ritenere che oggi possa essere compiuta e realizzata una programmazione ospedaliera secondo un criterio di maggiore razionalità e sulla base delle esigenze reali dei cittadini. Dobbiamo infatti ricordare che il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si riferisce al principio dell'accreditamento. Una programmazione intelligente e razionale dovrebbe partire dall'esame delle strutture esistenti e poi, sulla base dei calcoli epidemiologici e sulla valutazione dei bisogni, dovrebbe valutare le strutture necessarie per realizzare una rete efficiente. Ma tutto questo contrasta con la logica dell'accreditamento e rimarrebbe ancora all'interno delle convenzioni; si dovrebbe ragionare nel senso di valutare le strutture, individuare i bisogni ed identificare i centri cui appoggiarsi. L'accreditamento invece comporta soltanto il riconoscimento della capacità di una struttura locale a prestare quel dato servizio; dopodichè si realizzerà un'eccedenza di offerta rispetto alla domanda.

Non entro nel merito di altre questioni, ma su questo punto voglio fare un passo indietro. Tutto questo nostro ragionamento può essere positivo se comporta una critica al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ma anche un impegno - che non so quanto noi potremo portare avanti e quando potrà essere realizzato - per modificare la legislazione sanitaria esistente, ed in particolare gli ultimi provvedimenti, che giudichiamo particolarmente negativi.

Sul regionalismo ha ragione il collega Carella: purtroppo nel Sud abbiamo visto quali situazioni si sono create.

Termino il mio intervento rilevando che è auspicabile che un'indagine come quella che abbiamo condotto negli ospedali si estenda anche alle altre opere pubbliche incompiute. Proprio sulla base di questa esperienza ho preparato una proposta per l'istituzione di una Commissione d'inchiesta sulle opere pubbliche incompiute, che presenterò questa mattina stessa. Analoghi fenomeni, infatti, si sono determinati per strade, per i palazzi di giustizia o per le scuole.

Questo dovrà servire non soltanto per conoscere e denunciare le malefatte, ma anche per privilegiare il finanziamento delle opere pubbli-

che, in modo tale che, prima di realizzare in una certa regione o in una certa provincia altre strutture, vengano terminate quelle già iniziate perchè altrimenti si crea un circolo vizioso, che non si arresta fino a che non si mette un punto fermo.

In conclusione, ribadisco il mio apprezzamento per il documento predisposto.

**PRESIDENTE.** Ringrazio tutti i presenti per il contributo dato ai nostri lavori.

Tutti gli interventi hanno toccato principalmente tre aspetti; il primo è stato quello relativo al ruolo delle regioni. Ebbene, io sono convinto che questa relazione, anche se in modo un poco paludato - come è forse il mio stile - contenga però notevoli critiche nei confronti di tali enti. A mio avviso, infatti, una parte importante del documento è proprio quella relativa alla assoluta carenza da parte delle regioni di sistemi informativi. Vorrei ricordare che nel nostro ordinamento le regioni dovrebbero essere i soggetti a cui compete istituzionalmente il controllo del territorio, per cui dovrebbero essere i terminali delle informazioni complessive sul territorio. Così purtroppo non è; pertanto, concordo con tutti i colleghi che si sono espressi in tal senso. Al riguardo, vorrei soltanto ricordare l'esperienza degli osservatori epidemiologici che - come voi sapete bene - nel nostro paese è fallimentare quasi ovunque; del resto, non vedo come tali strutture si possano organizzare se non si conosce nè la morbilità nè la mortalità di un territorio.

**MONTELEONE.** Questo è un concetto fondamentale, signor Presidente.

**PRESIDENTE.** Non sappiamo, ad esempio, quale è la migrazione sanitaria che avviene all'interno delle regioni; tutte carenze queste che, obiettivamente, non permettono di fare programmazione a livello regionale. Questo è - a mio avviso - un punto estremamente importante della relazione, pur non sottacendosi il fatto che le regioni debbono comunque assolvere al ruolo per cui sono state istituite, anche se ci rendiamo conto delle difficoltà che ancora permangono in questa direzione.

Il secondo aspetto riguarda le responsabilità dello Stato. Ebbene, anche a questo proposito la relazione contiene una serie di critiche, ad esempio, in merito alla confusione delle competenze, alla gestione dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, al fatto di non capire che non mettere a disposizione mezzi burocratici snelli significa condannare le regioni ad un ruolo, anche da questo punto di vista, subalterno. Vi sono quindi inefficienze che si sono sommate tra l'uno e l'altro livello.

Un terzo aspetto, secondo me importante, è quello relativo alle cause di questo problema. Io le espongo in una riga, quando a pagina 4 affermo che: «Le pressioni locali e la ricerca del consenso hanno agito come alternativa alla programmazione». Io credo che questo sia il punto fondamentale della questione: se nel nostro paese è mancata la programmazione è perchè essa si basa unicamente su criteri oggettivi. Purtroppo, nel nostro paese, in passato - perchè dobbiamo sempre riferirci alle esperienze acquisite, anche se dai segnali che ho tuttora questa cultura stenta ad affermarsi - si è ricercato molto di più il consenso, cioè



la strada del comportamento non oggettivo e questo è il motivo per cui ci troviamo nell'attuale situazione. Pertanto, come hanno sottolineato tutti i colleghi intervenuti, esiste questo *vulnus* per quanto riguarda la programmazione che, di fatto, non è mai stata lo strumento su cui siamo abituati a confrontarci.

In conclusione, ritengo di poter condividere quanto affermava il senatore Monteleone, ossia che, date le condizioni, questa era l'unica relazione possibile; mi scuso con i colleghi se risulta troppo sommaria per quanto riguarda gli aspetti conoscitivi - del resto, sono stato il primo a riconoscerlo - ma, purtroppo, questo è lo stadio a cui sono le nostre attuali conoscenze. Sicuramente, nei prossimi mesi, disporremo di altri dati.

Si è parlato poi della Guardia di finanza che - come sapete - ha operato presso alcune regioni, in particolare presso la regione Sicilia. Ebbene, per quanto mi riguarda, sono del parere che si dovrebbe estendere l'utilizzo di questo strumento a tutte le regioni, non enfatizzandone però più di tanto il ruolo. Infatti, quello che la Guardia di finanza può fornire è un contributo ai nostri lavori, ma non credo che poi le regioni possano essere messe in riga da essa. Comunque, se l'indicazione della Commissione va nel senso di una maggiore collaborazione con tale Arma, ne prendo atto.

Ritengo altresì che tutte le considerazioni svolte verranno riprese nella seconda relazione, che, sul piano conoscitivo, sarà sicuramente più approfondita, mentre, per quanto riguarda il piano della considerazione politica, mi auguro sappia individuare, con maggiore certezza, le singole responsabilità, che qui vengono espresse più che altro come sensazioni, perchè sia chiaro a tutti che, nei prossimi mesi, il malcostume che si cela dietro questo fenomeno deve essere radicalmente superato.

Metto pertanto ai voti il documento sulle strutture sanitarie incomplete, da me predisposto.

**È approvato.**

*I lavori terminano alle ore 10,30.*





