

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

—————

24° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 5 LUGLIO 1995

—————

Presidenza del vice presidente DI ORIO

INDICE**Discussione sugli indirizzi per la redazione di un documento relativo
alle strutture sanitarie incomplete**

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 9 e <i>passim</i>
BRUGNETTINI (<i>Lega Nord</i>)	9, 13
COZZOLINO (<i>AN</i>)	11
DIONISI (<i>Rif. Com. Progr.</i>)	7, 9
GALLOTTI (<i>Forza Italia</i>)	6, 8
LAVAGNINI (<i>PPI</i>)	10
XIUMÈ (<i>AN</i>)	6, 7, 13

I lavori hanno inizio alle ore 9,15.

Discussione sugli indirizzi per la redazione di un documento relativo alle strutture sanitarie incompiute

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione sugli indirizzi per la redazione di un documento relativo alle strutture sanitarie incompiute.

Prima di dare inizio alla discussione, vorrei informare la Commissione delle linee guida per l'impostazione di un documento propedeutico alla relazione conclusiva della Commissione. Come a tutti noto, ho personalmente sollecitato l'avvio di un'indagine da parte di questa Commissione sulle strutture sanitarie incompiute, avendo purtroppo assistito per anni alla nascita di strutture ospedaliere divenute di fatto soltanto mero oggetto di clientele e di trasferimento di risorse, senza che vi fosse la benchè minima volontà di portare a compimento le stesse.

Sin dall'inizio dei nostri lavori, è stata posta particolare attenzione a questo problema: ricordo l'audizione del direttore della programmazione sanitaria, dottor Falcitelli, il quale, su sollecitazione di molti membri della Commissione, ci ha fornito un documento secondo cui il numero egli ospedali incompiuti risultava grandemente inferiore (29) rispetto a quanto poi dimostrato nonchè alla cifra di 42 indicata dal ministro Costa: sono state infatti sufficienti le semplici testimonianze dei membri della Commissione per raddoppiare il numero degli ospedali incompiuti indicati dal Ministero della sanità. Sin da allora, è nata in noi la consapevolezza di quanto poco conoscesse il Ministero della sanità in merito a questo aspetto.

Essendo la nostra una Commissione d'inchiesta, il documento da questa predisposto rappresenterà già un importante risultato se saprà individuare e definire la reale dimensione del fenomeno, al di là dell'individuazione della sua genesi.

Rilevo ovviamente l'assoluta necessità di continuare a svolgere indagini in tale ambito, in quanto giorno dopo giorno emergono nuove situazioni: i membri di questa Commissione hanno potuto toccare con mano la notevole dimensione del fenomeno, recandosi personalmente nei luoghi indicati diffusi in tutto il territorio italiano e verificando, in particolare nel Centro-Sud, l'effettiva esistenza di numerose strutture ospedaliere rimaste incompiute o, se portate a termine, mai utilizzate; di altre realizzate al di fuori della benchè minima programmazione sanitaria, o di altre ancora nate per qualche capriccio del politico dominante di quel periodo.

La Commissione dovrà innanzitutto porre la sua attenzione sull'individuazione della dimensione del fenomeno riportando con esattezza il numero delle strutture incompiute e la quantità di risorse finanziarie assorbite ed immobilizzate con conseguente spreco per la program-

mazione sanitaria; verificare cioè il danno per l'erario e quanto è costato tutto ciò agli italiani.

All'inizio dello svolgimento dei nostri lavori, proposi l'avvio di un'indagine in tal senso, visto quanto successo nella mia città, L'Aquila, dove da ventisei anni giace incompiuto uno dei primi ospedali italiani ad essere progettati; ho sempre ritenuto emblematico l'esempio della mia città e quindi esportabile ad altre zone del territorio italiano, in particolare, anche se mi dispiace ammetterlo, alle aree del Centro-Sud, dove si è verificata una maggiore diffusione di questi fenomeni.

Per questi motivi, ritengo opportuno che il documento debba fare specifica menzione al riferimento numerico di tutte le strutture che risultano incompiute e, purtroppo, muovere una critica severa nei confronti degli organi conoscitivi dello Stato italiano che non sono neanche a conoscenza delle strutture ospedaliere in via di definizione.

Devo dire che i rappresentanti del Ministero della sanità sono stati obiettivamente superficiali nel farci presente una situazione che poi abbiamo riscontrato non corrispondente del tutto alla realtà. I rappresentanti delle regioni (a prescindere dalla difficoltà di avere da parte loro una risposta), ci hanno fornito dati carenti e disordinati: ad esempio, sono stati inclusi nell'elenco degli ospedali incompiuti quelli già funzionanti ed esclusi invece quelli ancora non realizzati. Ciò la dice lunga sulla capacità conoscitiva delle istituzioni del nostro paese, aspetto che ritengo vada evidenziato nel documento della Commissione.

Nella nostra inchiesta ci siamo occupati degli ospedali la cui costruzione è iniziata oltre vent'anni fa, prima quindi di qualsiasi intervento di programmazione e dell'adozione del piano straordinario di interventi in materia di ristrutturazione edilizia, previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 (legge finanziaria). Allora, al fine di un giudizio di carattere politico, dobbiamo innanzi tutto chiederci come sia possibile in uno Stato civile e democratico, con regole e leggi ben precise, decidere di realizzare delle strutture solo sulla carta, cioè senza aver proceduto ad alcuna programmazione e verifica sul piano nazionale e su quello regionale. Mi riferisco, ad esempio, alla regione Sicilia, di cui il senatore Xiumè gentilmente ci ha fornito i dati, che sono emblematici: le strutture sono state realizzate in modo caotico, senza che ci fosse un minimo di programmazione neanche a livello comunale. Tutto ciò ci deve far riflettere: come si è potuti arrivare a prevedere la costruzione di una struttura ospedaliera senza alcun controllo da parte dello Stato centrale e dell'ente regione, la cui istituzione risale a circa 25 anni fa?

Quindi nella relazione - a mio avviso - deve essere valutato il *vulnus* che si è creato nell'apparato giuridico del nostro paese, che ha permesso di fatto di definire delle strutture ospedaliere senza alcun tipo di intervento e di controllo. Non è possibile che si possano edificare degli ospedali senza che vi siano enti preposti al loro controllo soprattutto in relazione all'aspetto della programmazione.

Un altro nodo fondamentale riguarda il ruolo della programmazione sanitaria. Mi chiedo che senso abbia avuto in molte zone costruire ospedali in un numero tale da risultare sovrastimato rispetto alle esigenze del territorio. Nell'elenco degli ospedali incompiuti vi sono strutture ospedaliere di 800-1.000 posti letto, quando in quel territorio al massimo c'è la necessità di 300-400 posti letto. Penso che anche tale me-

galomania di coloro che hanno assunto queste decisioni in quel periodo la dica lunga sulla mancata programmazione sanitaria.

La nostra Commissione ha compiti di inchiesta e quindi deve mettere in risalto questo fenomeno, così rilevante sul piano sanitario, ma poi saranno le regioni a scegliere se ultimare o meno tali strutture. È questo un altro problema. Personalmente sono convinto, in base ai dati di cui dispongo, che non tutte le strutture ospedaliere incompiute debbano essere ultimate; molte sono state iniziate senza alcuna verifica della loro utilità. Quindi è giusto che la regione decida sul da farsi, anche perchè il loro completamento comporta - e ciò va tenuto presente - ulteriori costi; ci si deve chiedere se convenga terminare la costruzione di ospedali che in molti casi si presentano già come strutture vecchie ed obsolete, in quanto realizzati in base ad una vecchia concezione, che risale in alcuni casi a trent'anni fa.

Onorevoli colleghi, la nostra Commissione, oltre a valutare questi aspetti molto importanti, deve riflettere sull'utilizzazione degli interventi straordinari. Quale è stato il rapporto tra lo Stato centrale, che ha promosso il piano straordinario previsto dall'articolo 20 della legge n. 67, e le regioni, e qual è stato il ruolo di quest'ultime? Ritengo che anche questo sia un punto chiave rispetto alla vicenda di cui ci stiamo occupando. Come gli onorevoli colleghi sanno, vi sono dei finanziamenti che si attivano in base ad un rapporto di collaborazione tra lo Stato e le regioni. Allora si deve comprendere se questo intervento è stato funzionale; di fatto i finanziamenti destinati al completamento di queste strutture in molte zone sono stati carenti. La nostra Commissione non può porre ordine in questa materia, ma certamente potrà evidenziare che questo bisticcio istituzionale tra l'ente centrale, il Ministero della sanità poichè il Governo ha effettuato delle scelte ben precise nelle leggi finanziarie) e l'ente regione è uno dei nodi fondamentali su cui bisogna fare chiarezza.

Devo fare un'ultima considerazione sulle conclusioni del documento. La nostra Commissione si è occupata della sanità degli ultimi 20-30 anni e, nello svolgimento della propria attività, si è resa conto (noi siamo quasi tutti medici) che sono stati toccati soprattutto gli interessi dei ceti più deboli che, pur non avendo possibilità, si debbono pagare l'assistenza sanitaria. Quindi ciò che noi dobbiamo evidenziare è che, mentre ci si preoccupava di portare avanti una politica di risparmio nella spesa sanitaria, che toccava i ceti più deboli e i lavoratori, si disperdevano risorse in questo tipo di interventi. Quindi lo Stato, da una parte, richiedeva sacrifici ai cittadini per risparmiare sulla spesa sanitaria, dall'altra, sperperava i finanziamenti - e ritengo in modo del tutto illegittimo - nell'edificazione di queste strutture. Le strutture ospedaliere incompiute dimostrano quale sia stata la politica sanitaria del nostro paese; a prescindere dal giudizio politico di ciascuno di noi (che può essere espressione di una posizione soggettiva), dobbiamo tener conto che nel paese vi sono queste «cattedrali» che testimoniano il malgoverno della sanità di questi anni.

Anche per questo motivo ho chiesto agli uffici di fornirci una indicazione di massima circa i costi delle strutture ospedaliere incompiute; si tratta di uno dei danni più gravi arrecati alla sanità pubblica del nostro paese. In alcune zone gli ospedali sono stati completamente trascu-

rati, proprio perchè si era in attesa della realizzazione delle nuove strutture ospedaliere; abbiamo anche riscontrato nello stesso territorio, a fronte di ospedali fatiscenti, cliniche private invece fiorenti.

GALLOTTI. Signor Presidente, pur condividendo quasi tutto quel che lei ha detto, vorrei fare alcune considerazioni. E vero che lo Stato ha commesso degli errori gravi e degli sperperi, però dire che non c'è stato un interesse per le classi deboli mi sembra esagerato.

Vorrei cercare di far capire meglio ciò che è effettivamente accaduto. È vero che sono stati compiuti degli errori di programmazione. All'epoca un istituto scientifico avrebbe potuto facilmente prevedere un calo delle nascite. Oggi in alcuni reparti di pediatria costruiti per 50 posti letto ne vengono impiegati solo 5; alcuni reparti di ginecologia, e di conseguenza di pediatria, sono vuoti o mezzi vuoti. Però il politico di allora in fondo cercava di rispondere alle esigenze locali, dando alle popolazioni gli ospedali. Nel bene o nel male, in questa intenzione poteva esserci anche un certo grado di bontà; che poi gli ospedali, strada facendo, non siano stati realizzati è un altro discorso. Sicuramente ci sarà stato il problema delle tangenti, della corruzione, e chi più ne ha più ne metta, però non mi sentirei di enfatizzare in una relazione un atteggiamento così manicheo: l'errore sta tutto da una parte, è della classe politica che ci ha preceduto, che noi quindi denunciavamo al cento per cento. Noi la dobbiamo denunciare, ma con delle riserve.

Forse alcune volte l'intenzione era buona, ma ci sono stati errori di programmazione e di valutazione. Ragion per cui richiamerei un po' ad una moderazione in questo senso.

Era una cultura diversa. Chi parlava vent'anni fa di *day hospital*, di *day surgery*, di dimissioni protette? È tutta una cultura che si è venuta maturando, anche dal punto di vista scientifico. Un esempio banale: la colecistectomia fatta in un giorno al *day surgery* con la videolaparoscopia. Mi ricordo che appena laureato la colecistectomia era un intervento importante, occorrevano almeno quindici giorni. Quindi, non mi sento di condannare il politico di allora *tout court*, perchè per queste operazioni c'era all'epoca effettivamente bisogno di letti e di ospedali. Vorrei cioè sottolineare che non vi è stata solo malafede ma anche buona fede.

XIUMÈ. Signor Presidente, ci sono sempre due verità a questo mondo, anche in questa Commissione esistono due verità, quella del presidente Di Orio e quella del collega Gallotti.

Io porto l'esperienza della prima regione a statuto speciale, che in quasi cinquant'anni di autonomia avrebbe potuto cambiare il volto delle cose e non lo ha fatto. Ho preparato una relazione che fornisce tre chiavi di lettura della situazione ospedaliera siciliana.

In primo luogo molte opere non sono state avviate sulla base delle necessità avanzate dall'utenza, ma su richiesta del potente di turno che nell'operazione vedeva, in un'ottica clientelare, il proprio tornaconto personale.

In secondo luogo, gli amministratori che si sono succeduti alla guida degli ospedali prima e delle USL poi sono stati mossi dalla bramosia di accaparrarsi qualsiasi tipo di finanziamento, anche piccolo,

che consentisse l'inizio dei lavori, anche se questi, poi, difficilmente avrebbero potuto avere un completamento.

PRESIDENTE. Senatore Gallotti, questa è una parziale risposta a ciò che lei diceva prima.

XIUMÈ. In terzo luogo, la maggior parte delle volte si è data più importanza alla committenza in quanto tale e in quanto produttrice di illeciti benefici collaterali e personali che alla reale possibilità di realizzare l'opera.

La mia relazione contiene poi una disamina sulla situazione della mia provincia.

PRESIDENTE. Le analisi locali le faremo in un secondo documento. Le sue tre diagnosi sono già sufficienti.

XIUMÈ. Vorrei però aggiungere a queste chiavi di lettura una constatazione amarissima e cioè il silenzio degli amministratori e delle autorità competenti, provinciali, regionali e statali, di fronte alle proteste dei cittadini, degli utenti e delle forze politiche. Il silenzio assurdo della magistratura, che, di fronte a denunce a raffica, ha iniziato qualche volta delle inchieste che non hanno mai avuto una conclusione. Penso che tutto ciò dovremmo farlo risultare nella nostra relazione ed in maniera opportunamente documentata.

DIONISI. Signor Presidente, mi debbo innanzi tutto compiacere con lei per la completezza e per l'impostazione che intende dare alla relazione della Commissione sugli ospedali incompiuti. Credo che ella abbia toccato con intelligenza, correttezza ed equilibrio questioni fondamentali. La nostra Commissione non può limitarsi a fare una lista delle opere incompiute. Noi non siamo chiamati per fare un elenco degli ospedali più aggiornato o più completo di quelli del Ministero o delle regioni. Sicuramente non ci troviamo di fronte a casi edificanti di buona amministrazione; siamo dinanzi ad uno scandalo, ad una vergogna che, oltre a presentare potenziali risvolti di carattere giudiziario (perchè sicuramente ci sono state responsabilità specifiche, al di là di quelle generiche di tipo politico), è stata soprattutto frutto di una mancanza di programmazione.

È vero che negli anni '60 anche comuni molto piccoli pensavano di dotarsi di ospedali ed è anche vero - e abbiamo anche scritto in proposito - che le trasformazioni della medicina hanno imposto una diversa organizzazione delle strutture sanitarie.

Però, quanto detto dal senatore Gallotti, anche se verità, non giustifica la mancata utilizzazione di strutture ospedaliere, la cui realizzazione, risalente a trent'anni fa, ha comunque dato luogo ad una notevole dispersione di denaro. Concordo quindi con il Presidente quando considera comunque rilevante la mancanza di attenzione posta all'eventuale diversa destinazione di certi ospedali, quand'anche questi avessero visto il completamento definitivo delle relative strutture diagnostiche e terapeutiche.

Anche per fornire una lettura più chiara delle trasformazioni avvenute nella medicina, porto la testimonianza di quanto avvenuto trent'anni fa nel mio paese di origine, che conta tremila abitanti e che dista 10 chilometri dalla città di Rieti, dove esisteva sin da allora un ospedale fornito, tra l'altro, di attrezzature mediche dignitose per la tecnologia sanitaria dell'epoca. Nonostante ciò, negli anni '60 il comune di questo piccolo paese pensò alla realizzazione di un ospedale, anche se più tardi ne comprese l'inutilità, vista l'estrema vicinanza con quello di Rieti. Da quel momento in poi, questa struttura ha ospitato l'ambulatorio, la scuola e la Casa-famiglia; quindi, avendo modificato la sua iniziale destinazione, questo edificio non è rimasto incompiuto o inutilizzato per cui la sua stessa realizzazione non ha comportato una dispersione di risorse monetarie per la collettività, differentemente da quelle strutture oggetto della nostra indagine che costituiscono dei veri e propri scandali: per riferire un esempio a me noto, nella località di Poggio Mirteto la realizzazione dell'ospedale ha avuto inizio venticinque anni fa per volontà di un potente politico di allora che decise di avviare la sua costruzione perchè al paese vicino era stata costruita la strada, non considerando però che Poggio Mirteto dista soli venti chilometri da Magliano Sabina, dove sin da allora era già funzionante un ospedale in grado di contenere 110 posti letto e di fornire diversi servizi medici specialistici, presso cui prestano tuttora servizio medici motivati e professionalmente preparati.

Come abbiamo avuto modo di verificare noi stessi, l'ospedale di Poggio Mirteto è stato finalmente portato a compimento, ma presumo che sarà costata miliardi la sola rampa per gli handicappati. Per non ricordare l'ospedale incompiuto di Viterbo e della struttura psichiatrica situata sulla collina che lo fronteggia, costituita da uno scheletro di cemento armato vecchio di vent'anni, ormai inutilizzabile, una vergogna insomma che sarebbe meglio per tutti cancellare completamente; ed infine, quell'ospedale oncologico su cui sono state presentate numerose interrogazioni.

Non mi dilungherò riportando altri esempi ma, come dichiarato dal presidente Di Orio, ribadisco che tutto ciò è stato causato da una totale assenza di programmazione sanitaria, spesso coadiuvata da una cattiva amministrazione; di conseguenza, il dovere della Commissione è far rilevare l'impossibilità di una futura corretta gestione della sanità senza la previsione di una logica programmazione a priori; la nostra indagine deve pur servire a questo scopo e non soltanto a riferire sul numero degli ospedali incompiuti.

Come si fa poi a non mettere in relazione l'enorme quantità di denaro sperperato e le tasse che i cittadini hanno dovuto comunque pagare senza avere nulla in cambio? Si dice che i cittadini più deboli sono garantiti dal punto di vista sanitario, ma non si può affermare che tale sia un operaio padre di due, tre figli, che guadagna un milione e mezzo mensili e che deve pagare 70.000 lire di *ticket* per un'ecografia. Ma se le cose stanno davvero così, allora caro senatore Gallotti, per la povera gente facciamo gli inceneritori!

GALLOTTI. Gli ospedali sono fatti per i cittadini.

DIONISI. Gli ospedali sarebbero fatti per i cittadini se ad essere realizzati fossero quelli necessari. In ogni caso, uno Stato corretto e democratico...

PRESIDENTE. Come affermato dal senatore Xiumè, la realizzazione degli ospedali serviva anche per permettere alle ditte di ottenere le commesse.

DIONISI. Non voglio soffermarmi su cose che anche il senatore Gallotti sa perchè tutti noi lavoriamo nel campo sanitario: gli ospedali sono serviti anche per favorire il cosiddetto «primariato»; però se, da un lato si dice, i *ticket* permettono alla Stato un introito di 2500 miliardi annui, dall'altro, non si può negare lo sperpero di alcune migliaia di miliardi, buttati al vento senza seguire alcun criterio.

Per tali motivi, ritengo che la relazione debba assolutamente evidenziare questi aspetti e, nonostante oggi si faccia sempre riferimento al rapporto costo-benefici, riterrei più idoneo in questi casi parlare di costi-malefici e forse di costi delle malefatte o dei malefici perchè quanto abbiamo visto va ben al di là della nostra stessa immaginazione e del nostro pessimismo.

Sono inoltre d'accordo con la proposta del Presidente di modificare la destinazione di queste strutture per una loro utilizzazione, lasciando alle regioni la facoltà di scelta; vista però la mancanza di alcune strutture, riterrei importante fornire degli indirizzi generali in merito, nella stesura del documento stesso.

Infine, sono molto perplesso sull'attacco del senatore Xiumè alla magistratura: sembrerebbe davvero eccessivo far ricadere su questa le responsabilità di quanto commesso da pessimi assessori regionali e da certi ministri, a meno di insabbiature di denunce perchè, in tal caso, è giusto denunciare i magistrati - e sono sicuro che ve ne sono tantissimi - responsabili di questo tipo di malaffari.

PRESIDENTE. Certamente, l'opera della magistratura avrebbe potuto essere più incisiva.

BRUGNETTINI. Sono d'accordo sulle linee guida proposte per la redazione della relazione, ma riterrei importante rimarcare un altro aspetto del problema: da un certo momento in poi, infatti, la sanità è stata affidata esclusivamente al potere politico, tralasciando completamente il parere tecnico: dal momento in cui il consiglio sanitario, preposto ad esprimere pareri, è stato demolito, i politici hanno fatto quel che hanno voluto.

DIONISI. Tutto ciò è successo all'epoca in cui era in funzione il consiglio sanitario.

BRUGNETTINI. In realtà, la programmazione sanitaria è stata decisa da politici, cui lo stesso senatore Dionisi ha fatto specifico riferimento, che concedevano strade o quant'altro in modo da accontentare un pò tutti, senza mai minimamente pensare che forse la sanità era cosa diversa da un negozio di abbigliamento o quant'altro

e che quindi avrebbe necessitato di una programmazione più complessa.

L'errore quindi, commesso anche del legislatore, è stato quello di affidare esclusivamente al solo indirizzo politico un'area che avrebbe obbligatoriamente richiesto un intervento tecnico, magari solo nell'espressione di un parere.

Inoltre sottolineerei il fatto che le regioni addirittura non erano a conoscenza di tutte le strutture ospedaliere incompiute. Personalmente sono preoccupato: le regioni come hanno fatto ultimamente il piano socio-sanitario? Come trattano la sanità? Onorevoli colleghi, sono d'accordo sulle linee guida indicate dal Presidente; se il nostro lavoro deve essere proficuo, la Commissione deve mettere in evidenza come la programmazione - importantissima - debba essere effettuata sulla base di precise necessità sanitarie del territorio, accertate oggettivamente, e non sulla base di considerazioni politiche.

Per quanto riguarda Tangentopoli e tangenthospital, in Italia c'è stato un indirizzo di questo tipo ed è stato applicato anche alla sanità, in quanto rappresentava un terreno fertilissimo. Non ci dimentichiamo che tante strutture ospedaliere sono state realizzate per quello che potevano rendere oppure (e mi riferisco ad alcuni episodi particolari) la loro costruzione è stata interrotta perchè nella stessa area si era insediata una clinica privata, che poteva risultare svantaggiata dalla presenza di una struttura pubblica. Per quanto riguarda i finanziamenti *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, mi chiederei non soltanto come e quando utilizzarli; ma anche perchè tale disposizione non è stata data attuazione. È vero che molte strutture ospedaliere sono state iniziate negli anni '70; ma, anche dopo che è stata approvata questa norma, molte regioni non hanno utilizzato gli stanziamenti a loro disposizione (si trattava di 300-400 miliardi) per completare le strutture ospedaliere iniziate. Perchè lasciarle incompiute? Per questo motivo insisto che in relazione alla programmazione venga espresso un parere tecnico, anche vincolante.

LAVAGNINI. Signor Presidente, non ho potuto seguire l'esposizione delle linee guida del documento, ma certamente sono d'accordo su di esse, se non altro per l'apprezzamento che hanno ricevuto da parte dei colleghi. Comunque debbo consigliare di evitare una generalizzazione: le Commissioni di inchiesta si caratterizzano anche per gli approfondimenti a cui procedono, non solo per le valutazioni politiche. Inoltre propongo di evidenziare nel documento alcuni aspetti storici di questo fenomeno: noi ci siamo occupati di strutture ospedaliere la cui edificazione è cominciata non da qualche anno, ma dagli anni '70 e '80. In quel periodo non era stata ancora approvata la riforma sanitaria, anche se si era già proceduto ad una semipubblicazione delle strutture ospedaliere. Ricordo, infatti, che con una legge della fine degli anni '70, gli ospedali vennero classificati in zonali, provinciali e regionali sulla base delle loro caratteristiche strutturali e specialità interne; inoltre, con essa venne riorganizzato e ristrutturato il settore che era affidato esclusivamente ad iniziative di pubblica assistenza e beneficenza (organizzate dai comuni, dalle curie, dagli istituti di beneficenza ed assistenza) in quanto cominciava a presentare i primi *deficit*.

Poichè il pagamento veniva corrisposto in base alle prestazioni e non a piè di lista (come poi è stato previsto alla fine degli anni '80), nei programmi autonomi di questi ospedali vi era quello di poter ampliare le proprie strutture. Certamente queste scelte sono state avventate, ma ancora non aveva preso piede il concetto del monoblocco (il che è avvenuto intorno agli anni '80) e quindi la costruzione a padiglioni si dimostrava più flessibile e duttile al fine della costruzione «a tappe» di un ospedale. In questo modo alla palazzina dedicata alla chirurgia, si potevano aggiungere quelle dedicate alle varie specialità e agli ambulatori.

Signor Presidente, approfondirei tutti questi aspetti anche in relazione ad altre questioni che mi accingo ad evidenziare. Bisogna tenere presente che, poichè il pagamento veniva corrisposto in base alle prestazioni, gli ospedali, nella loro autonomia, si erano organizzati come una città. Anche per questo motivo mi preoccuperei di prendere visione delle piante organiche che sono completamente diverse da quelle attuali. Infatti, se l'ospedale veniva gestito da quei famosi consigli di amministrazione (composti dalle persone per bene della comunità o dell'area di riferimento), in quella sede avveniva tutto e il contrario di tutto, per cui magari l'ampliamento degli organici non riguardava tanto i reparti o le divisioni quanto i servizi (le portinerie, le lavanderie, le cucine, il guardaroba eccetera). Sarebbe molto interessante accertare come mai le spese per beni e servizi sono aumentate e sono arrivate quasi al 20 per cento dell'intera spesa ospedaliera (quando negli anni '80 non comportavano alcun onere perchè a questi ultimi erano adibiti i dipendenti delle strutture pubbliche) e come mai a tale aumento (a proposito di Tangentopoli) non ha corrisposto una riduzione delle piante organiche e una riorganizzazione e ristrutturazione del personale. Signor Presidente, non escludo che anche in questo settore si possa essere verificato il fenomeno della tangente, però ritengo difficile che per opere che risalgono agli anni '80 ci siano stati 20 anni di cattiva gestione; piuttosto, a mio avviso, in questi 20 anni la situazione non è stata definita. Non ci dimentichiamo che dopo l'avvento delle unità sanitarie locali, noi non abbiamo corrisposto più nemmeno i finanziamenti per la manutenzione straordinaria delle strutture ospedaliere, il cui valore era di circa 10 miliardi; ad esse non abbiamo destinato neanche i fondi necessari per poter cambiare i vetri, ritinteggiare i reparti, eccetera. È evidente allora che un patrimonio di queste dimensioni inevitabilmente sarebbe decaduto e che da interventi di manutenzione ordinaria si sarebbe passati a quelli di manutenzione straordinaria.

Signor Presidente, questi passaggi, cioè la trasformazione degli ospedali in enti ospedalieri negli anni '70 e nelle unità sanitarie locali negli anni '80, hanno notevolmente penalizzato gli aspetti strutturali, medici ed organizzativi rispetto alla gestione precedente. Quindi, a mio avviso, è necessaria una riflessione su questo problema, anche in considerazione di una riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere.

COZZOLINO. Ritengo che le linee guida esposte dal Presidente, da un punto di vista generale, corrispondano al giudizio di ciascuno di noi che, oltre ad essere senatori della Repubblica, siamo medici e quindi abbiamo vissuto direttamente la realtà che abbiamo riscontrato nella nostra attività di indagine e di inchiesta.

Appare chiara la mancanza di una programmazione sanitaria, che è stata l'origine di tutti i fenomeni delinquenziali e degenerativi rilevati, come tangentopoli o le clientele di varia natura esistenti in alcune zone del Paese, ad esempio nella zona nocerina, dalla quale provengo, che è al centro di una area camorristica. Tutto ciò è nato per tanti motivi e le riflessioni politiche bisogna farle.

La nostra Commissione ha valore se, oltre ad individuare quel che non va, riesce ad esprimere un giudizio politico, che non deve servire solo per «inchiodare» qualcuno alle sue responsabilità, ma soprattutto per cercare di correggere gli errori fatti e prevenirne altri. Le riflessioni politiche purtroppo ci portano a dover confermare di fronte a dati di fatto quanto è stato detto: gli ospedali, soprattutto nel Centro-Sud, in gran parte sono nati perchè il potente del luogo ne aveva bisogno e non solo per realizzare progetti tipo tangentopoli, ammesso che si riesca ad accertarne la presenza, ma anche per alimentare fenomeni di tipo clientelare. Occorreva assicurare non tanto al sarto di diventare infermiere o guardaportone dell'ospedale, ma soprattutto a taluni medici di fare carriere politiche, perchè su di esse andavano poi ad inserirsi fortune, politiche e professionali.

Questi episodi noi li abbiamo talvolta osservati. Ne abbiamo sentito parlare e non può essere diversamente. Siamo tutti medici e nella nostra esperienza quotidiana non potevano di certo sfuggirci determinati fatti o la possibilità di fare certe riflessioni. Se è vero che come senatori della Repubblica partecipiamo ad un'inchiesta, è anche vero che come medici queste vicende le abbiamo viste dall'interno delle strutture, nelle zone in cui abbiamo operato o operiamo.

Ritengo inoltre di dover segnalare come la nostra Commissione si sia trovata dinanzi ad una mancanza di dati sia da parte dello Stato centrale che delle regioni.

Ci sono degli esempi chiarificatori di questo stato di cose. Abbiamo leggi regionali che sono state pensate tenendo conto di realtà completamente diverse da quelle che venivano prese in considerazione. Ad esempio, insieme al senatore Sica abbiamo constatato la presenza in Campania di ospedali a distanza di appena 700-800 metri uno dall'altro. A Nocera inferiore l'ospedale con 420 posti letto ultimato l'anno scorso, in base alla programmazione fatta dalla regione Campania, dovrebbe perdere oltre 300 posti letti, i quali sarebbero ceduti ad un altro ospedale costruito esattamente ad 870 metri di distanza, che non è mai stato ultimato e che richiede una spesa di 35-40 miliardi per essere completato. Quindi, l'ospedale di Nocera inferiore dovrebbe perdere oltre 300 posti letto per permettere ad un altro ospedale che non è ancora stato ultimato di divenire un istituto di secondo livello.

Queste situazioni, che possono far sorridere - forse amaramente - i colleghi che non vivono in queste zone, esistono realmente. Ecco quindi che il discorso della spesa, del sacrificio del popolo, in particolare dei meno abbienti, diviene di primaria importanza. Quando a noi cittadini si chiede un sacrificio perchè bisogna migliorare lo stato generale delle cose, quelli che potrebbero sacrificarsi di più probabilmente non lo fanno, ma quelli che hanno di meno si sacrificano tutti.

Bisogna però vedere se questo sacrificio è poi finalizzato a qualche obiettivo perchè, se chiediamo sacrifici ai meno abbienti ma non assicu-

riamo loro l'assistenza che dovrebbero avere o facciamo pagare un'assistenza che purtroppo non riusciamo a fornire come si deve, non ha senso. E anche vero che questi soldi vengono realmente sperperati e su tale argomento dovremo ritornare. Ciò considerato, ritengo che nella relazione occorra tener conto di tutte le varie responsabilità.

È necessario intervenire anche a livello degli enti regionali, bisogna rivedere soprattutto i piani regionali. Ad esempio, il piano regionale dell'amministrazione campana, oltre alle vicende cui mi sono riferito, chissà quali altri misfatti nasconde, e non credo tanto per mancanza di volontà o per volontà di delinquere, ma soprattutto per una disorganizzazione gravissima; non è possibile fare delle leggi senza tener conto della realtà.

Un'altra questione molto importante è la proliferazione di ospedali in alcune zone. Nella mia zona, a distanza di cinque-sei chilometri, operano sette-otto ospedali, i quali effettuano tutti gli stessi tipi di intervento (appendicectomia, colecistectomia, eccetera), fornendo tutti lo stesso tipo di assistenza. Pur volendo spendere questi soldi, non si è programmato un piano sanitario che potesse prevedere la creazione, tanto per dire, di un centro per ustionati, eventualmente da crearsi in una zona dove io, che faccio il chirurgo d'urgenza, spesse volte mi sono visto costretto a mandare dei pazienti in elicottero all'ospedale Sant'Eugenio di Bari, perchè in Campania c'è un solo centro per ustionati, sempre congestionato e non in grado di assicurare in misura adeguata l'assistenza necessaria. Per converso, ogni ospedale dispone di reparti di pediatria e di neonatologia, quando sappiamo che la natalità va diminuendo. È quindi quanto mai necessaria la programmazione in questo settore.

Volevo poi fare un riferimento alle considerazioni del senatore XIUMÈ sulla magistratura. Non ritengo che egli volesse fare un attacco alla magistratura, ma che volesse semplicemente affermare che la magistratura deve tener conto delle realtà che conosce. Il magistrato ha potere di iniziativa, non è detto che si debba muovere solo perchè gli si va a dire che qualcosa non funziona. Il magistrato è un cittadino come noi, che vive nello stesso nostro ambiente; anche lui può andare all'ospedale o accompagnarvi qualcuno. È un cittadino come gli altri che vive sul territorio e quindi i fatti che conosco io li conosce anche lui; non si deve attivare solo a seguito di segnalazioni, perchè egli ha anche un preciso dovere di iniziativa.

Concludendo, credo che la relazione sia nel complesso esaustiva, sufficiente per quanto riguarda le linee generali. Andrebbe approfondita inserendo anche qualche riferimento a vicende locali, ma solo quelli necessari perchè altrimenti diventerebbe poi troppo prolissa.

BRUGNETTINI. Signor Presidente, la situazione è la medesima in tutte le zone: forse non si arriva all'assurdo di avere due ospedali ad 870 metri l'uno dall'altro, ma abbiamo molti ospedali che distano tra loro solo 6 chilometri e che impegnano per il loro completamento le medesime cifre cui faceva riferimento il senatore Cozzolino.

XIUMÈ. Vorrei chiarire i motivi retrostanti il giudizio da me in precedenza espresso sulla magistratura e, malgrado mi dispiaccia, devo ri-

portare degli esempi: nel 1966 svolgevo la funzione di medico primario di una divisione di 120 posti letto, con un indice occupazionale del 110 per cento, cui erano aggregate una sezione di chirurgia maxillofacciale ed una di dialisi. Quindi, nella perfetta legalità, si stabilì di costruire un monoblocco di 120 posti letto per questa divisione, ottenendo un finanziamento pari a 160 milioni, ma raggiungendo poi una spesa di 7 miliardi per la realizzazione dell'opera senza che questa fosse mai portata a termine.

Infatti, al momento del completamento dei lavori, fu cambiata destinazione d'uso della struttura, essendo il sottoscritto di una diversa «lunghezza d'onda» rispetto a quella dell'allora presidente dell'ospedale: fu deciso che il quarto piano del monoblocco ospitasse l'unità coronarica con terapia intensiva, per raggiungere la quale - pensate - sarebbe stato necessario utilizzare due ascensori; mentre fu deciso che il terzo piano ospitasse la rianimazione anestesiológica, con le sale operatorie sotto piazzale, implicando dunque tale scelta la necessità di trasportare, non si sa come, il malato ed apparecchiature annesse dalla sala operatoria al terzo piano.

A tale scopo, furono apportate modifiche ai lavori iniziali, compromettendo però le strutture dell'edificio stesso; per questo motivo, si decise di aprire un contenzioso ancora in atto.

Nel 1990 la regione ha stanziato 6 miliardi per il completamento di questa opera; il programma attuale prevede il ridimensionamento del reparto chirurgico (che in pratica si può considerare finito con il mio pensionamento); il reparto di malattie infettive al terzo piano ed il laboratorio di analisi aperto al pubblico al quarto.

Come medici, potrete facilmente immaginare cosa possa significare un laboratorio di analisi aperto al pubblico situato al quarto piano, per raggiungere il quale è necessario salire per una scala che attraversa il reparto di malattie infettive: queste sono storie di ordinaria follia!

Tornando quindi a quanto espresso in merito alla magistratura, ho denunciato questi fatti con esposti alla regione ed al Ministero della sanità, con articoli sul giornale, con interviste e con comizi. Ma nonostante tutte le iniziative intraprese, la magistratura si è fatta viva solamente quando il giornale «La Sicilia» ha titolato una mia intervista con la seguente frase: «La magistratura non esiste». Certamente, non avevo scelto io il titolo, però, quando il procuratore della Repubblica, recatosi nell'ospedale in cui lavoravo, me ne ha chiesto ragione, gli ho confermato che la scelta non era stata mia, anche se, in ogni caso, la sottoscrivevo.

Per ben due mesi i carabinieri sono rimasti presso l'ospedale, scoprendo cose allucinanti: strutture di cemento armato senza armatura di ferro; infissi portati via, apparecchi sanitari spariti, ma alla fine di tutto ciò non è successo niente.

In poche battute vorrei raccontare un'altra allucinante vicenda avvenuta nella mia provincia: un personaggio, peraltro mio carissimo amico, occupandosi di psichiatria, ritiene opportuno venire nel nostro ospedale e, come direttore sanitario, gli faccio una sezione distaccata ed il concorso di aiuto di psichiatria.

Intanto, la provincia, cui spettava allora questo compito, decide di incrementare lo sviluppo di questi servizi e con un finanziamento pari

ad 1 miliardo e 800 milioni nel 1970 viene costruito l'ospedale psichiatrico. Successivamente però, con l'entrata in vigore della legge Basaglia, si abbandona tutto, compreso l'ospedale, ed il mio carissimo amico prosegue la sua carriera nel servizio di tutela della salute mentale.

Attualmente a Ragusa, con tre ospedali già esistenti che contano 400 posti letto quando una volta ne contenevano 1.200, si sta programmando un nuovo ospedale del costo di 160 miliardi per il quale è stata data la committenza per affidamento.

Personalmente, ho presentato una serie di denunce rivelando i nomi di chi aveva lucrato e di chi si era comportato male, ma la magistratura non ha creduto opportuno di perseguire me per calunnia o di verificare se quanto avessi detto fosse vero.

Questi sono dunque i miei sentimenti nei confronti di un certo tipo di magistratura.

PRESIDENTE. Anche in riferimento all'intervento del senatore Cozzolino, vorrei ricordare che queste situazioni particolari saranno trattate nella seconda relazione, che si occuperà specificatamente di tali problematiche.

Ringrazio i membri della Commissione per le considerazioni espresse in questa sede, che verranno certamente prese in considerazione nella redazione del documento.

Dichiaro conclusa la discussione.

I lavori terminano alle ore 10,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

