

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

12° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 2 APRILE 1998

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

## INDICE

**Seguito e conclusione dell'audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e del dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 8	<i>MASTROBUONO</i> . . . . .	Pag. 4, 6, 8
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-L'Ulivo</i> ) . . . . .	3		
DI ORIO ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	4		
MIGNONE( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	7		
PAPINI ( <i>Misto</i> ) . . . . .	6		

**Comunicazioni della Presidenza sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (legge 31 dicembre 1996, n. 675)**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 9
----------------------	--------

**Inchiesta sulle camere iperbariche: relazione sul sopralluogo svolto all'Istituto Galeazzi di Milano**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 9, 14, 16 e <i>passim</i>
BERNASCONI ( <i>Dem. Sin.-L'Ulivo</i> ) . . . . .	12, 16, 21
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-L'Ulivo</i> ) . . . . .	15, 18
MIGNONE ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	18
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) . . . . .	17, 21
PAPINI ( <i>Misto</i> ) . . . . .	16, 19, 22
LAURIA Baldassarre ( <i>Rin. Ita. e indep.</i> ) . . . . .	20
ZILIO ( <i>PPI</i> ) . . . . .	21

*Intervengono la dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agencia per i servizi sanitari regionali, e il dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,10.*

**Seguito e conclusione dell'audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agencia dei servizi sanitari regionali, e del dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione della dottoressa Isabella Mastrobuono, dirigente dell'Agencia dei servizi sanitari regionali, e del dottor Romano Di Giacomo, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità.

Comunico che nel corso della seduta odierna saranno completati gli interventi che, a causa dei lavori dell'Assemblea, nella precedente seduta hanno subito un differimento.

CAMERINI. È difficile affrontare nuovamente l'argomento dopo un certo numero di giorni trascorsi dall'ultimo incontro. Vorrei comunque ricevere dalla dottoressa Mastrobuono ulteriori informazioni.

I risultati che scaturiscono dall'analisi delle tabelle presentate, esaminati in termini assoluti, si rivelano alquanto deludenti. Sono state prese in considerazione 311 aziende sanitarie; di queste hanno risposto 76, mentre quelle che presentavano un *budget* erano 36, quindi una percentuale poco superiore al 10 per cento. Nell'ultima audizione avevo potuto notare che al Sud, ad esempio, aziende Usl o ospedali che presentavano *budget* erano 2 su 63; eravamo quindi di fronte ad una realtà non attivata dal punto di vista operativo.

Vorrei inoltre – ma questa mia richiesta pecca forse di ingenuità – che la dottoressa Mastrobuono differenziasse i compiti specifici del nucleo di valutazione da quelli specifici del controllo di gestione. Mi ha sorpreso il fatto che all'interno di questi nuclei lavori anche del personale medico. Vorrei quindi sapere se il personale medico ha competenze specifiche per un controllo operativo oppure se non ritiene che sia più giusto che in questi ambiti lavorino persone che non hanno una estrazione medica.

Vorrei poi porre una domanda in ordine al principio di aziendalizzazione. Nel nostro sistema, DRG (*diagnosis related groups*) e aziendalizzazione sono strettamente collegati; per il futuro è anche in progetto un tipo di sistema che non affida il bilancio e gli introiti relativi all'azienda al solo meccanismo di DRG ma che cerca di operare un *mix* di quote di Drg. Vorrei conoscere in merito l'opinione della dottoressa Mastrobuono.

Inoltre, vorrei sapere cosa pensa la nostra ospite del ruolo dei direttori delle aziende nei complessi in cui intervengono convenzioni tra strutture ospedaliere ed università, complessi in cui il direttore è condizionato nella propria operatività dal rapporto con la regione, con l'azienda e, potenzialmente, anche da un rapporto con i comuni e con la conferenza dei sindaci. Quanta libertà sussiste per un direttore di azienda in presenza di questi potenziali e alle volte anche giusti condizionamenti?

DI ORIO. Condivido le domande poste dal senatore Camerini e, contestualmente, vorrei rilevare l'importanza che per noi assume l'aspetto conoscitivo e, quindi, la collaborazione fra Ministero, Parlamento e regioni, necessaria per affrontare globalmente un argomento come quello in oggetto.

Inoltre, esprimo la mia deplorazione per il fatto che l'Abruzzo - la mia regione d'origine - e la Valle d'Aosta non hanno ritenuto opportuno collaborare alla nostra indagine e non hanno così fornito alcuna risposta alle richieste di dati relativi allo stato di sviluppo del sistema di programmazione di *budget* nelle aziende sanitarie. Sarebbe pertanto auspicabile compiere ogni tipo di sforzo per sollecitare tali regioni a rispondere.

È importante che ci sia la possibilità di verificare le questioni che si pongono su argomenti di questa natura; mi riferisco in particolare al sistema di *budget* e, da questo punto di vista, l'Abruzzo sta affrontando notevoli problemi.

MASTROBUONO. Signor Presidente vorrei iniziare il mio intervento rispondendo subito al senatore Diorio.

Per quanto riguarda l'indagine condotta attraverso l'invio di un questionario in cui si chiedeva se fosse stato avviato il processo di *budget* o il controllo di gestione, la data ultima per rispondere era stata fissata al 16 marzo 1998 ma abbiamo permesso alle aziende di continuare a far pervenire le proprie risposte ed in questo senso le stiamo sollecitando affinché ci inviino le informazioni richieste.

Dal secondo rapporto che ho depositato agli atti risulta che le aziende che hanno risposto al questionario sono 90 su 311 ed in realtà, questa mattina, fuori tempo massimo, sono pervenute altre risposte; il numero è quindi aumentato essendo ora le aziende adempienti 117 su 311. Questo non significa che tutte abbiano avviato il processo di *budget* o il controllo di gestione; infatti, la percentuale è ancora molto bassa ed i valori sono quelli riferiti poco fa dal senatore Camerini il quale ha evidenziato una serie di interessanti spunti sui quali riflettere.

L'indagine non si limita a conoscere lo stato del processo di *budget* o del controllo di gestione ma va ben oltre; infatti, abbiamo chiesto alle aziende se avessero operato la programmazione attraverso piani annuali e pluriennali.

L'indagine consentirà sicuramente di indagare su un aspetto importantissimo: vogliamo sapere se le aziende che utilizzano il sistema del *budget* e quello del controllo di gestione si siano prefissate degli obiettivi.

Esaminando la tabella 1/C del secondo rapporto messo a disposizione della Commissione, è possibile notare che le aziende dotate di *budget* ma che, nello stesso tempo, non hanno realizzato piani pluriennali di programmazione, sono ben la metà del totale.

Bisognerebbe allora chiedersi come possano avviare il processo di *budget* e come possano avviare il controllo di gestione non avendo dei piani di programmazione ai quali riferirsi.

Inoltre, sempre da quella tabella (che leggerete poi magari con calma), risulta che molte aziende hanno redatto invece solo dei piani annuali, cioè una programmazione annuale sulla base della quale hanno poi avviato il processo di *budget*. Ma questo che cosa vuol dire? Significa (forse in parte rispondo alla domanda del senatore Camerini relativa ai direttori generali) che in molti casi i direttori generali sono in carica per periodi piuttosto brevi e che quindi sono in grado soltanto di fare programmazioni annuali e non programmazioni per un periodo più lungo.

Un altro aspetto che vorrei rilevare è che è bensì vero che esiste una differenza fra controllo di gestione e nucleo di valutazione, però è anche vero che nel decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, laddove si parla del nucleo di valutazione, si parla di nuclei, di uffici, di servizi e di conseguenza non è prevista questa distinzione netta rispetto al controllo di gestione; diciamo che il controllo di gestione è cosa differente dal nucleo di valutazione nel senso che dovrebbe avere una funzione ben più vasta di controllo generale di tutte le attività e di tutti gli obiettivi che l'azienda si prefigge di raggiungere, mentre il nucleo di valutazione ha una funzione un po' più specifica all'interno dell'azienda, con compiti molto più limitati. Comunque sicuramente il personale medico è presente, come si è visto, in tutti e due i servizi e alle volte sia il controllo di gestione che il nucleo di valutazione coincidono in molte aziende e svolgono le medesime funzioni.

Probabilmente questo aspetto dovrebbe essere indagato e lo faremo man mano che dai documenti ricaveremo quali sono i compiti e le funzioni che i diversi nuclei di valutazione e i diversi controlli di gestione si sono assunti.

Il personale medico ha certamente delle competenze al riguardo, perché vi sono anche medici che si occupano di organizzazione e, soprattutto, si fanno carico di accertare che cosa, nell'ambito della propria azienda, succede nelle diverse unità operative, se determinati obiettivi sono stati raggiunti e in che modo.

Per quanto riguarda poi il problema del finanziamento, vorrei sottolineare che quest'ultimo rappresenta un aspetto importantissimo, fondamentale. Non credo ci sia qui il tempo per affrontare tale questione in modo analitico, però sicuramente è un aspetto importante che influenza il processo di *budget*, perché i finanziamenti influenzano i comportamenti e influenzano, ovviamente, il modo in cui gli obiettivi devono essere raggiunti. È ovvio che, cambiando le modalità di finanziamento, si modificano anche questi aspetti e molto probabilmente modificare il finanzia-

mento significherà anche influire sui successivi processi di *budget* così come verranno elaborati dalle aziende.

Tenete conto poi del fatto che la stragrande maggioranza delle regioni è alla prima esperienza con il processo di *budget*, poiché solo l'Emilia Romagna e la Toscana sono alla seconda o alla terza esperienza, cioè hanno fatto per due o tre volte il processo di *budget*, mentre tutte le altre regioni sono al primo tentativo e molte hanno risposto che cominceranno nel 1998. Quindi, se le modalità di finanziamento si modificheranno nel prossimo futuro, tenendo conto degli aspetti di cui lei ha parlato, senatore Camerini, sicuramente questo influenzerà – non saprei dirle ora in che modo – il processo di aziendalizzazione, che, nella maggior parte dei casi, è ancora solo all'inizio.

Vorrei poi aggiungere (rispondendo anche al senatore Papini, che aveva posto una domanda specifica al riguardo la scorsa volta) che andare a verificare gli aspetti della qualità in questo momento esula dagli obiettivi che si era posta la nostra indagine; non lo possiamo fare ora perché stiamo valutando a monte se le aziende hanno elaborato piani di programmazione e, qualora lo abbiano fatto, che strumenti hanno attivato per raggiungere questi obiettivi. Sicuramente in un prossimo futuro sarà possibile scegliere quelle aziende che avranno effettuato una programmazione, che avranno un processo di *budget*, che avranno un efficiente controllo di gestione e che avranno prodotto una serie di risultati sui quali poi sarà possibile indagare tenendo conto di indicatori di qualità, sicuramente delle prestazioni; ma attualmente non lo possiamo fare, non abbiamo gli strumenti per farlo, non era negli obiettivi più immediati. Non so se era questo a cui lei si riferiva, senatore Papini.

PAPINI. Se mi è consentito, vorrei aggiungere molto brevemente qualcosa a titolo di chiarimento. Dottoressa Mastrobuono, se non ricordo male, lei aveva anche segnalato che esiste già un elenco di indicatori di risultati predisposto dal Ministero della sanità, per cui avevo chiesto se esisteva un collegamento tra questa indagine e l'accertamento sull'utilizzo di quegli indicatori o se era fattibile.

MASTROBUONO Sì, è fattibile ma in questo momento non è un obiettivo che ci siamo posti con l'indagine. Sicuramente lo potremo fare e lo faremo in un prossimo futuro, magari scegliendo le aziende nelle quali quegli indicatori possono essere testati.

PAPINI. Io vorrei capire se il *budget* prende in considerazione quel parametro, quell'indicatore, cioè, non se si va a verificare puntualmente se l'indicatore corrisponde a quello che è stato dichiarato, ma se il *budget* fa un esplicito riferimento a quell'indicatore: questo sembrerebbe facilmente assodabile.

MASTROBUONO. Ho capito, io invece mi ero riferita al passaggio successivo. Ciò di cui lei parla è assodabile, certo, perché basta prendere

in considerazione l'indicatore, confrontarlo con i documenti relativi al processo di *budget* e vedere se, all'interno del processo, è stato preso in considerazione; e questo lo stiamo facendo, perché nella seconda parte dell'indagine vi è l'analisi di tutti i singoli documenti

MIGNONE. La dottoressa Mastrobuono e il dottor Di Giacomo hanno reso un quadro realistico del sistema sanitario italiano, quadro realistico che purtroppo non è per niente lusinghiero. La dottoressa Mastrobuono verbalmente ha attenuato i suoi toni, ma la relazione è molto dura nei riguardi del nostro sistema sanitario. Invece il dottor Di Giacomo, appassionatamente, ha messo in evidenza le varie distorsioni di questo sistema. Anche gli ultimi dati che ha riferito oggi la dottoressa Mastrobuono aggravano il quadro.

Innanzitutto appare evidente che pochissime regioni hanno attuato il sistema di *budget* e pochissime regioni hanno realizzato il modello dipartimentale nell'organizzazione dei servizi. A ciò si aggiunge un dato ancora più preoccupante, cioè quello del disinteresse delle regioni; è vero, le regioni hanno piena autonomia, però certamente questa autonomia non deve significare disinteresse nel collaborare con il Ministero della sanità affinché possa migliorare il Servizio sanitario nazionale. La circostanza che le regioni a tutt'oggi abbiano risposto soltanto in una percentuale inferiore al 50 per cento, rappresenta un fatto grave e ritengo che noi, signor Presidente, proprio come Commissione d'inchiesta, dovremmo sensibilizzarle con gli strumenti consentiti e nel rispetto dei poteri delle autonomie. Credo che lei, signor Presidente, debba sensibilizzare la Conferenza Stato-regioni affinché a livello centrale arrivino quei dati che costituiscono lo strumento per poter elaborare un piano sanitario nazionale credibile nelle sue proposte. Credo che questo sia un passo importante da compiere.

Ma non volevo soffermarmi su questo, bensì rivolgere una domanda molto secca alla dottoressa Mastrobuono e al dottor Di Giacomo.

Voi avrete letto che i debiti delle unità sanitarie locali stanno ulteriormente aumentando; pertanto, tutti i provvedimenti che noi abbiamo messo in opera recentemente sono stati inefficaci poichè le nostre aziende sanitarie, le nostre unità sanitarie locali stanno di nuovo accumulando debiti e con prospettive abbastanza gravi per i bilanci regionali e forse, alla fine, per il bilancio dello Stato.

Vorrei chiedere, in base ai pochi dati che avete acquisito, se avete avuto la possibilità di effettuare una correlazione tra l'andamento del debito nelle aziende sanitarie che hanno attuato il sistema *budget* e il modello dipartimentale e l'andamento del debito in quelle unità sanitarie che non hanno seguito tali modelli.

Infine, dottoressa Mastrobuono, ho letto nella sua relazione quasi un suggerimento a scorporare la gestione degli ospedali dalle unità sanitarie locali perchè in questo panorama si è costituita una doppia anomalia, e cioè ospedali che hanno la dignità dell'autonomia come azienda ospedaliera e ospedali che sono inseriti nelle USL, quindi gli ospedali aziendali funzionerebbero meglio rispetto a quelli delle unità sanitarie locali. Devo

fare un'altra a osservazione: purtroppo gli ospedali sostituiscono spesso quella medicina territoriale che in effetti non è stata realizzata e quindi la lunga serie di inadempienze viene a ricadere sull'unico presidio sanitario esistente in una unità sanitaria locale, cioè l'ospedale. Alla base del suo suggerimento di incorporare la gestione degli ospedali dalla gestione della USL nel suo contesto, c'è qualche dato più corposo oppure si tratta soltanto di un suggerimento intuitivo?

*MASTROBUONO.* Per quanto riguarda il primo punto evidenziato, cioè quello di mettere a confronto il processo di *budget*, il controllo di gestione come è stato avviato e l'eventuale programmazione con il discorso dei disavanzi, sottolineo che questo è uno degli obiettivi che ci siamo prefissati. Non so se riusciremo a fare delle valutazioni il più possibile coerenti; i dati, come ben sapete, non sempre sono così chiari, non sempre è possibile sapere con certezza a quanto ammonti un determinato disavanzo, però non si tratta di una cosa difficilissima o impossibile; si tratta, in effetti, di prendere due dati e di metterli a confronto. Credo di poter affermare che chi ha maggiore esperienza in processi di costruzione del *budget* e utilizza degli strumenti idonei a portare avanti le attività aziendali, sicuramente è maggiormente in grado di controllare i propri disavanzi, ma questo dovremo verificarlo.

Per quanto riguarda il discorso degli ospedali, già da queste prime indagini possiamo vedere che le aziende ospedaliere sembrano funzionare un po' meglio rispetto alle aziende USL, ma anche questo è comprensibile perchè le varie tipologie riguardano i ricoveri e le attività ambulatoriali all'interno degli ospedali, mentre nelle aziende unità sanitarie locali vi è una serie immensa di servizi e di attività che devono essere garantiti oltre a quelli ospedalieri. Certamente l'aver stabilito con la legge n. 382 del luglio 1996 che si deve portare avanti la ristrutturazione della rete ospedaliera fa pensare più a reti tra ospedali e quindi a qualcosa che sicuramente, anche dal punto di vista delle modalità con cui viene finanziata, dovrebbe percorrere una strada separata da quella delle aziende unità sanitarie locali. Sarà scopo del nostro lavoro dimostrare se effettivamente non si tratta di una suggestione bensì di un vero campo d'indagine, una vera realtà, qualcosa da proporre per migliorare e non certo per rendere più complicata la situazione.

*PRESIDENTE.* Non essendovi altre richieste di intervento, possiamo chiudere qui l'audizione, dichiarandoci molto soddisfatti per le informazioni ricevute, come diceva poco fa il senatore Mignone. L'Ufficio di Presidenza valuterà poi la possibilità di avvalersi, in maniera più continuativa, di un'eventuale ulteriore collaborazione.

Per quanto riguarda la richiesta avanzata dal senatore Mignone, il Presidente, sentito l'Ufficio di Presidenza, è più che disponibile a farsi carico di un richiamo alla Conferenza Stato-regioni, perchè riteniamo che la rilevante discrepanza nella presentazione dei dati da parte degli uffici del Ministero della sanità rispetto a quella verificata nel campo pratico sia da



colmare con l'attività delle regioni, cioè con l'incarico alle regioni stesse ad ottemperare a quanto è disposto per legge.

Ringrazio quindi nuovamente la dottoressa Mastrobuono e il dottor Di Giacomo per essere intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

*(La dottoressa Mastrobuono e il dottor Di Giacomo vengono congedati).*

**Comunicazioni della Presidenza sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (legge 31 dicembre 1996, n. 675)**

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, do lettura di una lettera inviata dal presidente Mancino: «Caro Presidente, ritengo, d'intesa con il Presidente della Camera dei deputati, che l'attuazione della legge 31 dicembre 1996, n. 675 («Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali»), rientri nell'autonomia di ciascuna Commissione bicamerale e d'inchiesta. Pertanto, al di là delle determinazioni che verranno adottate da parte del Consiglio di Presidenza del Senato. Le preciso che esse comunque non concerneranno i trattamenti di dati personali effettuati dalla Commissione da lei presieduta la quale, invece, potrà adottare le opportune decisioni nell'ambito dell'autonomia che le è propria».

Ho ritenuto mio dovere mettere al corrente la Commissione di tale lettera.

**Inchiesta sulle camere iperbariche: relazione sul sopralluogo svolto all'Istituto Galeazzi di Milano**

(Discussione ed approvazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'inchiesta sulle camere iperbariche, l'esame della relazione sul sopralluogo svolto all'Istituto Galeazzi di Milano. Tale sopralluogo, svolto da una delegazione della Commissione il 21 novembre 1997, costituisce la prima ispezione nell'ambito dell'inchiesta che stiamo svolgendo.

La relazione, il cui testo integrale verrà allegato al resoconto stenografico della seduta odierna, è già stata sottoposta all'attenzione dei componenti della delegazione ed è ora a disposizione degli altri commissari. Questo momento però giunge tardivo nell'ambito di quanto successo a livello nazionale, perchè alcune informazioni che sto per dare alla Commissione nel suo *plenum* sono già state oggetto di diffusione sugli organi di stampa e di informazione. D'altronde noi eravamo stati pregati dal magistrato di non rendere pubblica la nostra relazione fino a quando non fossero state depositate le inchieste preliminari.

Rispetto al mandato riguardante l'accertamento di quali fossero state sotto il profilo tecnico-scientifico-amministrativo le responsabilità in ordine a quell'incidente, occorre rilevare che sono emerse responsabilità sia a livello locale che a livello nazionale, fermo restando che le più gravi - credo che i colleghi che hanno partecipato al sopralluogo possano con-

dividere questa opinione – sono sicuramente quelle locali, ovviamente senza escludere le altre.

È apparso subito chiaro, sia nel sopralluogo sia nell'audizione del magistrato, che gravissime superficialità ed omissioni erano state riscontrate proprio nell'ambito dell'organizzazione del servizio. In particolare nel sopralluogo, oltre a ciò che avete già tutti sentito e visto scritto dappertutto (l'insufficienza dell'impianto antincendio, la mancanza di personale ai monitor di controllo riguardo all'andamento della terapia all'interno delle camere, il problema dei tempi tra l'inizio della tragedia e la possibilità di far uscire le persone dalla camera), è stata segnalata una taratura al di fuori di ogni limite di sicurezza della pressurizzazione della camera iperbarica, che avrebbe dovuto avere come limite critico quello di 23 volumi mentre l'apparecchio era tarato a 27 volumi. E questo era chiaramente visibile nel sito in cui è stato effettuato il sopralluogo.

Dall'audizione dei direttori sanitari è poi emerso un atteggiamento di disimpegno da parte degli stessi che hanno sostenuto di avere affidato l'intero settore al primario anestesista dell'unità terapeutica in questione e, ovviamente, non hanno saputo dare alcuna risposta quando sono stati posti di fronte alle proprie responsabilità oggettive nell'organizzazione specifica.

I direttori sanitari auditi si sono dissociati anche dalle responsabilità di carattere storico, da quelle responsabilità derivanti dal fatto che un particolare servizio è stato attivato sulla base di un protocollo elaborato in sede regionale, dallo Stato e dalle istituzioni regionali in collaborazione con un gruppo di esperti. Le norme contenute in questo accurato protocollo probabilmente possono sembrare eccessivamente rigide ma sostanzialmente non sono mai state rispettate ed attuate.

Anche l'amministratore delegato ha cercato di sollevarsi da qualsiasi tipo di responsabilità e l'audizione del primario di medicina iperbarica ha fatto emergere un quadro desolante per quanto riguarda le modalità di utilizzazione degli strumenti.

Non vi è alcuna prova circa l'esistenza di norme scritte per il personale addetto alla camera iperbarica e non c'è stata alcuna testimonianza o possibilità di controllo riguardo ad un adeguato consenso informato e ad una sufficiente selezione rispettosa dei criteri igienico-sanitari per coloro che entravano nella camera iperbarica. A fronte di una situazione di questo tipo, si registrava comunque un incredibile afflusso di pazienti; abbiamo potuto constatare direttamente che i turni, che venivano scritti su una lavagna affissa alla parete, prevedevano un numero incredibile di pazienti giornalieri, erano incessanti ed intervallati l'uno dall'altro da pochissimi minuti.

Gli operatori, personale medico e paramedico, hanno poi fatto rilevare lo stato di *shock* in cui versa tutto il personale che ha vissuto la tragedia e dalla loro audizione è chiaramente emerso che tutto ciò che riguardava quanto previsto dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, non era stato eseguito nella maniera opportuna, anche perché tutto il personale abilitato per legge ad attuare tali norme si era rifiutato di farlo.

Allo stesso tempo, sono state espresse alcune perplessità relativamente alla gestione e al numero delle unità impiegate.

Inoltre, il controllo della manutenzione, affidato ad una ditta esterna, non è stato eseguito nel modo corretto ma, in ogni caso, non poteva essere delegato perché il decreto legislativo n. 626 prevede che alcuni obblighi di carattere oggettivo ricadano sul direttore generale dell'azienda.

Gli stessi sindacati e gli operatori hanno fatto capire che poche erano le possibilità di contrastare i condizionamenti della proprietà, condizionamenti che invadevano anche la sfera delle autonomie e delle prerogative della direzione sanitaria.

Nel pomeriggio di quella stessa giornata sono stati auditi anche i rappresentanti delle istituzioni. Da un lato, i rappresentanti regionali hanno potuto dimostrare di avere prestato attenzione alla questione dei controlli attraverso l'emanazione di una serie di circolari, ma non hanno potuto dimostrare che l'azienda sanitaria locale deputata ai controlli li avesse veramente eseguiti nella maniera dovuta.

È anche risultato poco credibile che la ASL abbia visto effettuare oltre 30.000 prestazioni annue senza mai avvertire la necessità ed il dovere di controllare come questa attività era eseguita.

L'audizione dei tecnici dell'ISPESL ha confermato le nostre ipotesi: una serie di «peccati» istituzionali a livello nazionale per una mancata regolamentazione; ma, allo stesso tempo, abbiamo potuto prendere atto di uno dei più importanti elementi finora sconosciuto, cioè che delle tre camere iperbariche in dotazione all'Istituto Galeazzi solamente due (una camera multipla ed una camera singola) erano omologate per il funzionamento e quindi in regola sin dall'inizio, mentre la terza camera non risultava omologata e, nonostante questo, era quella maggiormente utilizzata ed è stata proprio quella in cui si è verificato l'incidente.

I rappresentanti dell'ISPESL hanno ricordato che il loro istituto aveva l'obbligo di omologare l'apparecchiatura delle camere iperbariche - e questo è stato fatto - e che tale omologazione doveva essere effettuata al momento della messa in opera. La camera iperbarica in questione, quella non omologata, risultava a tutti gli effetti inesistente e per questo motivo era sottratta ad ogni tipo di controllo.

Dall'audizione dei vigili del fuoco è stato possibile constatare che la legislazione nazionale è, per certi aspetti, carente perché i vigili del fuoco, come compito di prevenzione, devono sottoporre a controllo soggetti ed apparecchiature indicati in un elenco composto da ben 94 voci tra le quali, ad esempio, risultano gli istituti di cura privati; ma i vigili del fuoco non erano tenuti a controllare l'impianto delle camere iperbariche perché questo non era specificato nell'elenco.

Tale giustificazione è comunque poco accettabile se si pensa che proprio i vigili del fuoco, insieme ai tecnici della ASL, il 15 maggio dello scorso anno hanno eseguito un'ispezione di verifica nell'istituto controllando le camere iperbariche durante le ore di funzionamento, ma nessuno

si è accorto che delle tre camere solamente due funzionavano regolarmente, ad esclusione quindi di quella non omologata.

In seguito, abbiamo avvertito la necessità di ascoltare anche i proprietari del Galeazzi i quali, inizialmente, hanno tentato di impartirci una sorta di sermone declamando la bontà e l'ottima funzionalità del loro istituto. Successivamente, in modo veramente inaccettabile, hanno negato una serie di situazioni di fatto: dicevano di non sapere da chi fosse composto il consiglio di amministrazione del proprio istituto, di non conoscere le scelte perseguite e neanche il numero dei pazienti accettati dall'istituto. Le loro dichiarazioni erano talmente assurde che non ho potuto evitare di suggerire loro di non rispondere.

Per doverosa informazione nei confronti della Commissione, devo dire che, successivamente, la regione Lombardia ha istituito due commissioni d'inchiesta, una in rappresentanza del consiglio regionale ed una tecnica.

Entrambe le commissioni sono pervenute alle nostre stesse conclusioni e la commissione tecnica, oltre a riscontrare le carenze legislative già da noi rilevate in ordine alle camere iperbariche, ha anche evidenziato una serie di problemi relativi alla mancata messa a norma, al non funzionamento degli impianti e ad omissioni e incurie riscontrate in tutte le case di cura che fanno parte di questo gruppo. Data poi la necessità di tutelare i posti di lavoro dei dipendenti e la buona immagine dell'istituto, peraltro avallata da alcuni interventi clinici effettuati al suo interno, ha stabilito un tempo limite di sei mesi, a cominciare dal gennaio 1998, affinché gli impianti delle case di cura private siano messi a norma di legge.

In conclusione, è possibile sostenere che le responsabilità generali sono apparse molto gravi. Abbiamo potuto riscontrare non solo responsabilità storiche per l'iniziale impostazione riservata al problema, ma anche responsabilità individuali per le gravissime negligenze delle istituzioni locali, che non hanno attuato un sufficiente controllo, e delle istituzioni nazionali che mancano di un'attività di coordinamento e di indirizzo.

Lascio a questo punto la parola ai colleghi che vogliono intervenire. Dichiaro quindi aperta la discussione sullo schema di relazione proposto.

**BERNASCONI.** Signor Presidente, non a completamento ma come integrazione del suo intervento e premesso che la relazione è stata sottoscritta da chi faceva parte della delegazione, alcune questioni a mio parere vanno sottolineate.

La prima riguarda la sensazione, che abbiamo avuto tutti, di «tante colpe, nessuna colpa». Abbiamo avuto l'impressione che nessuno, sia le singole persone che i vari gruppi ascoltati, fosse interessato al problema, come se si rimandasse sempre a qualcun altro la responsabilità dell'accaduto. Questo è da attribuire, non tanto alla carenza di leggi, quanto al fatto che non vi è stata un'applicazione delle norme contenute nel decreto legislativo n. 626 che, in fin dei conti, tira un po' le fila del discorso, per così dire, e indica un responsabile e un gruppo partecipato di controllo di tutti i rischi. E invece si è giocato con una serie di competenze specifiche le

quali non solo non comunicavano tra di loro, ma neppure si preoccupavano di argomentare e di inserire la loro specifica funzione in un contesto più generale. Il fatto più assurdo è da riferire ad una serie di ispezioni in due stanze comunicanti che contenevano tre camere iperbariche, di cui due omologate ed una no, proprio quella bruciata. Era quindi visibile l'uso che si faceva della camera non omologata, nessuno se ne è preoccupato: non risultava omologata e quindi teoricamente non esisteva anche se era lì fisicamente.

Ricordo questo per evidenziare che il vero problema non è tanto quello di creare leggi o preoccuparci di capire quante leggi mancano quanto quello di applicare le leggi già vigenti e di responsabilizzare il più possibile gli organi istituzionali, in particolare quelli periferici di controllo, ASL e regione.

In questo caso, trattandosi di una struttura privata, si è sofferto ancora di più per tale deresponsabilizzazione. Nella bruttissima intervista fatta all'amministratore delegato Antonino Ligresti, durante la quale io personalmente gli dissi di alzarsi e di andarsene, lo stesso Ligresti disse di non conoscere neppure il suo consiglio di amministrazione e quindi di aver delegato (ma non c'era nessuna carta scritta di questa delega) una serie di organismi tecnici e sanitari a specifici compiti di direzione gestione e controllo. Gli organismi sanitari a loro volta dissero che, trattandosi di una clinica privata, faceva tutto l'amministratore delegato e quindi loro non conoscevano nè le delibere nè cosa si decideva e quindi si poteva fare.

Pertanto siamo di fronte anche qui ad una teorizzazione della deresponsabilizzazione o almeno a giocare sulle responsabilità. Fatto gravissimo, anche rispetto a chi invece aveva la titolarità operativa del controllo ed era responsabile della camera iperbarica. Infatti il responsabile della camera iperbarica scriveva montagne di libri e partecipava a congressi mondiali, di cui faceva parte lo stesso Istituto Galeazzi. Ricordo che nell'Istituto c'era un tabellone che magnificava, ad esempio, un convegno mondiale sulla terapia iperbarica, sostenendo la necessità di effettuare una serie di controlli, non solo sulla immissione di ossigeno nella camera, che non doveva superare il 23 per cento, ma anche di osservazione di determinate cautele nell'accesso dei pazienti nonchè dopo ogni trattamento, e così via. Di fatto, però, persone non formate controllavano il *monitor*, persone quindi non tecnicamente preparate e (ci risulta perchè ce l'hanno detto) con rapporti addirittura di parentela con il medico responsabile dell'unità terapeutica. Nè vi era alcuna preparazione dei pazienti, tanto meno una nota informatica, in quanto nessuno di loro aveva in mano, al di là del consenso informato, un foglio in cui fossero indicate chiaramente quali erano le cautele di preparazione necessarie per l'accesso alla camera iperbarica. Al momento dell'incendio la percentuale di ossigeno era sopra soglia, perciò pericolosa in sè. Ma non ha preso fuoco un materiale sintetico, bensì è esploso uno scaldamani acceso che probabilmente era stato usato in altre sedute di ossigenoterapia. Questi sono fatti di una gravità estrema.

Devo aggiungere a livello personale che ancora più spiacevole è stato rilevare che non vi era nè pentimento nè angoscia per questi undici morti,

perchè tutti gli auditi erano persone assolutamente tranquille dal punto di vista emotivo. Parlavano di questi morti come se non fossero deceduti lì e non ci fosse quindi anche una loro colpa indiretta.

Un altro elemento molto importante, che io credo debba costituire soprattutto materia della nostra Commissione per quanto riguarda l'inchiesta che andremo a completare sulle camere iperbariche ma che io estenderei poi ad un campo più vasto, riguarda l'appropriatezza delle prescrizioni per accedere alla camera iperbarica. Undici morti rappresentano un episodio grave comunque, ma capite che è molto più grave se si pensa che dieci pazienti (uno era un infermiere) sono morti per niente, poichè erano entrati nella camera iperbarica per eseguire una terapia opzionale, cioè per delle motivazioni non strettamente giustificate sul piano sanitario.

Io credo dunque che sia importante l'aspetto dell'appropriatezza delle prescrizioni e quindi delle garanzie di salute, e pertanto che si debbano garantire solo le prescrizioni appropriate. Siccome ogni manovra sanitaria comporta un rischio, si deve far prevalere, laddove non vi sia una specifica indicazione terapeutica, la considerazione dell'eventuale rischio, per limitare queste prescrizioni. Credo che questo sia un imperativo che deve seguire il Servizio sanitario nazionale. Quando abbiamo posto domande specifiche su questo punto, abbiamo scoperto, per quanto riguarda le indicazioni terapeutiche che davano luogo al rimborso da parte della regione Lombardia, che c'era un lungo protocollo di indicazioni terapeutiche che conteneva di tutto un po' e che mi sembra, a memoria, finisse con l'espressione «e altro», cioè in maniera molto generica. Mi risulta inoltre che nella sua composizione la commissione preposta a tale funzione comprendesse anche coloro che poi avrebbero, diciamo, usufruito dei criteri di accesso; voglio dire che il dottor Oriani, che era gestore di una camera iperbarica privata, contemporaneamente era anche una persona che stabiliva i criteri di accesso a questa camera iperbarica che davano luogo a rimborso. Capite la delicatezza oggettiva del doppio ruolo.

Da parte del Consiglio superiore di sanità sarà compiuta una revisione profonda delle indicazioni per la camera iperbarica ed io sono tra coloro che ritengono vi siano sicuramente tre indicazioni da tenere presenti in questo senso. Questo non vuol dire che altre indicazioni non possano, in particolari condizioni, rappresentare qualche eccezione, ma è chiaro che il paziente deve avere un foglio dove sia riportato qual è il beneficio atteso, quali sono i rischi, quali sono tutte le cautele di accesso di cui dicevo prima.

Comunque, come sempre, noi stiamo valutando l'appropriatezza delle prescrizioni dopo che è successo un fatto. Sarebbe opportuno che nel nostro documento sottolineassimo il fatto che quanto prima indicato deve diventare un criterio diffuso, ben oltre eventi tragici.

**PRESIDENTE.** Ringrazio per le ultime riflessioni che hanno messo in luce alcuni elementi particolari che io non avevo citato.

Mi sembra poi doverosa un'ulteriore precisazione: alla nostra specifica domanda su quale tipo di attitudine avessero i tecnici che erano de-

putati alla sorveglianza dei monitor e della pressione dei gas e quindi del sistema di compressione e di decompressione della camera iperbarica, ci fu risposto che avevano seguito un corso con il primario del reparto. Pertanto, il primario del reparto li aveva sommariamente istruiti, per cui non avevano titoli di origine sanitaria né professionale che li rendessero idonei; inoltre, al momento della tragedia erano assenti dalle loro posizioni di controllo.

CAMERINI. Alcune riflessioni che volevo fare sono state chiaramente anticipate dalla senatrice Bernasconi.

In verità ho letto con attenzione la relazione del Presidente e ho avuto la sensazione che l'inchiesta sia stata accentrata essenzialmente sulla tecnologia. Ho sentito parlare di omologazione, di sicurezza, di sistemi di controllo, di funzionamento delle macchine, eccetera, ma è stato appena citato il discorso dei turni continui e del numero incredibile di trattamenti giornalieri. Penso che tutti siamo d'accordo sul concetto che le modalità di pagamento condizionano in maniera chiara quelle che sono le indicazioni e, nei sistemi dove esiste il pagamento a prestazione, vi è un aumento del numero delle indicazioni sia per trattamenti, sia per procedure diagnostiche.

Leggevo tempo fa che in alcuni paesi vi è una rete di camere iperbariche che sono dislocate soltanto in alcuni punti nodali e le indicazioni rigorose sono tre, come già ricordato dalla senatrice Bernasconi, cioè l'embolia gassosa, l'intossicazione da CO<sub>2</sub>, la cancrena gassosa, con eventuali eccezioni. Apprezzerei molto che in questa Commissione d'inchiesta si compisse uno sforzo per rendersi conto di quella che era l'appropriatezza delle indicazioni in questo istituto dove veniva effettuata una serie di trattamenti che non ha pari se non in poche altre parti del mondo. Del resto il concetto dell'appropriatezza delle indicazioni – scusate se esco dal tema – dovrebbe interessare più profondamente la nostra Commissione, tenuto conto che c'è una serie di patologie – come quelle che prevedono l'indicazione dei *pacemaker*, l'angioplastica, e così via – per le quali ormai esistono delle chiare indicazioni che provengono dalla comunità scientifica.

Un altro aspetto da considerare riguarda il ruolo delle istituzioni. Ora, poiché la sanità è delegata alle regioni, mi domando qual è stato il ruolo della regione nel controllare le indicazioni a questo tipo di trattamento, se questo controllo esiste, oppure se questi trattamenti venivano prepagati «a piè di lista» senza controllo alcuno. Ho avuto occasione di sentire un illustre ricercatore americano il quale mi diceva che in un sistema puramente liberistico un evento di questo genere non sarebbe potuto accadere, perchè negli Stati Uniti le assicurazioni stanno così attente alle indicazioni, che il pagamento, in casi come questo, non avviene. Per cui in un sistema come il nostro dovrebbe essere estremamente doveroso, per l'istituzione locale, la regione nel caso specifico, controllare ciò che sta succedendo nei sistemi privati o pubblici che sono supportati finanziariamente dalla regione stessa.

PAPINI. Vorrei considerare questo mio intervento sull'ordine dei lavori – per cui mi riserverei di intervenire ancora successivamente – per chiedere al Presidente che cosa ci apprestiamo a fare per quanto riguarda la relazione presentata dai commissari che hanno svolto il sopralluogo. La Commissione ne prende atto o si tratta di una relazione che, diventando della Commissione, può essere emendata dalla Commissione stessa nel suo *plenum*? Che pubblicità si intende dare a questa relazione? In particolare vorrei sapere se si intende trasmettere la relazione al procuratore della Repubblica. Questi punti evidentemente condizionano il tipo di *iter* di lavoro che dobbiamo svolgere, per cui gradirei molto avere una risposta in merito.

PRESIDENTE. Noi abbiamo sempre lasciato questa discrezionalità al *plenum* della Commissione, nel senso che il documento che viene presentato è proposto da coloro che hanno partecipato all'audizione o al sopralluogo, completo di tutti gli elementi di confronto. È questa la prassi che abbiamo seguito finora, per cui se si ritiene di accettare la relazione così com'è, essa viene inviata immediatamente al Ministro della sanità e al Presidente del Senato; è quello che abbiamo sempre fatto e, una volta acquisita agli atti, la relazione diventa pubblica.

Tuttavia, nel caso si ritenesse necessaria l'acquisizione di ulteriori elementi, e quindi non si acquisisse agli atti la relazione, oppure si ritenesse di inoltrarla per opportuna conoscenza a specifiche strutture come la magistratura, evidentemente la proposta dovrebbe essere avanzata dai componenti della Commissione. In tema di rapporti con la magistratura, personalmente ritengo che anche le nostre valutazioni vadano consegnate a chi sta seguendo la materia dal punto di vista processuale e, d'altro canto, il magistrato è stato da noi audito.

PAPINI. La Presidenza quindi ci sta proponendo una presa d'atto, cioè di accettare o non accettare la relazione: si tratta, dunque, di una relazione che la Commissione fa propria integralmente? Un'altra proposta è quella della trasmissione alla procura della Repubblica in termini ufficiali.

PRESIDENTE. Per quanto riguarda la prima domanda devo dire che quando una relazione viene acquisita agli atti vuol dire che è approvata al 100 per cento, come è sempre avvenuto prima. La diffusione ad altri organi, invece, è rimessa alla valutazione della Commissione, nel senso che fino ad ora la Commissione, quando ha acquisito agli atti un documento, ha trasmesso poi il documento stesso al Ministro della sanità e al Presidente del Senato.

BERNASCONI. Abbiamo adottato questo procedimento in altre occasioni: ogni relazione che i commissari redigono su quello che hanno visto viene esaminata e quindi approvata. Le relazioni sull'Istituto tumori di Milano, sul Galeazzi, sulle visite agli ospedali incompiuti sono state sottoposte alla Commissione perchè diventassero atti della Commissione



stessa. È chiaro che i commissari non presenti ai vari sopralluoghi, per quanto riguarda i contenuti, debbono fidarsi di coloro che erano presenti; possono semmai fare una valutazione politica di merito se inserire nelle relazioni alcune cose che i commissari hanno visto oppure non inserirle.

Ricordo che per l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori abbiamo deciso di redigere una relazione preliminare sotto forma di un documento molto scarno, riservandoci di presentare in seguito una relazione definitiva. È chiaro che il tutto passerà poi all'esame della Commissione affinché ne prenda atto e avalli il lavoro dei commissari.

Nel caso specifico, il richiamo alla magistratura è comunque improprio perché è già in atto un'azione giudiziaria, la cui prima fase peraltro si è conclusa con una serie di rinvii a giudizio emessi dal pretore.

Inoltre, durante l'audizione, il pretore ci ha fornito informazioni che erano coperte da segreto e che non sono state diffuse perché la nostra Commissione si è correttamente riservata di redigere la relazione immediatamente dopo la conclusione del lavoro dei pretori i quali, peraltro, hanno presentato una relazione di rinvio a giudizio individuando una serie di gravi responsabilità, precise e puntuali, dei soggetti che devono essere sottoposti a processo.

Noi non abbiamo aggiunto nient'altro, nel senso che molti dei dati contenuti nella nostra relazione ci sono stati riferiti dagli stessi pretori. La nostra Commissione d'inchiesta detiene il potere inquirente ma entro certi limiti, per cui molte informazioni che la magistratura ha utilizzato per emettere i rinvii a giudizio non sono state comunicate alla Commissione d'inchiesta la quale, oltretutto, non le ha nemmeno richieste perché i due organi hanno poteri diversi.

Pertanto, rinviare i nostri atti alla magistratura può rappresentare solo un atto di cortesia perché non credo che le nostre informazioni possano essere rilevanti dal punto di vista delle acquisizioni; infatti, i presunti responsabili sono stati interrogati dagli organi inquirenti in maniera molto più approfondita di quanto abbia potuto fare la nostra Commissione e quindi i pretori dispongono di una più ampia documentazione. Non vorrei quindi che la nostra Commissione parlamentare si sovrapponesse alla magistratura stessa.

**MONTELEONE.** Ritengo che, in questa fase, ove la magistratura dovesse ritenere che quanto da noi prodotto possa servire ad ulteriori indagini, nulla osti a che la Commissione, di propria iniziativa, consegni la relazione ai magistrati.

Alla luce di questa vicenda, ed in base alle conclusioni formulate relativamente alle responsabilità storiche e istituzionali (locali e nazionali), ritengo che si imponga la necessità di continuare la nostra inchiesta e di completarla attraverso l'effettuazione di sopralluoghi in altri istituti, indicati a campione sul territorio nazionale, che dispongono di camere iperbariche. La Commissione, infatti, ha la possibilità di operare una verifica più dettagliata perché ciò che è accaduto a Milano potrebbe anche ripetersi.

Le istituzioni dovrebbero inoltre adottare accorgimenti e operare eventuali modifiche in positivo per correggere le disfunzioni e, in particolare, il mancato raccordo tra enti locali e nazionali, assessorati e ASL di appartenenza.

Inoltre, si è molto dibattuto sulle competenze dei vigili del fuoco e dell'ISPESL e sarebbe opportuno modificare anche l'attività di questi soggetti addetti ai controlli.

Esprimo, infine, i miei complimenti per il lavoro svolto dai colleghi, non ritenendo, per gli stessi motivi esposti dalla senatrice Bernasconi, che la Commissione debba trasmettere la relazione alla magistratura.

CAMERINI. Ritengo opportuno che la magistratura segua il suo corso perché il suo compito è quello di accertare le responsabilità civili e penali mentre il compito della nostra Commissione d'inchiesta è quello di approfondire gli aspetti sanitari, rilevare le disfunzioni e suggerire i meccanismi correttivi. Ritengo quindi che sussistano due campi d'azione in gran parte ben delineati.

Condividendo quindi il giudizio già espresso dalla senatrice Bernasconi, ritengo che la relazione sia da completare evidenziando l'aspetto dell'appropriatezza delle indicazioni. Inoltre, dal momento che siamo tutti per una società trasparente, ritengo opportuno che, una volta completa, tale relazione sia resa pubblica.

MIGNONE. Ovviamente esprimo un apprezzamento positivo per il lavoro svolto dai commissari che a Milano hanno completato le indagini sul disastro avvenuto nell'Istituto Galeazzi; la Commissione, infatti, ha dimostrato effettiva serenità di valutazione.

Purtroppo, dalla relazione emergono gravi colpe, omissioni ed inadempienze e ciò dimostra che quando delle strutture sanitarie private perseguono scopi di lucro è possibile che si verifichino delle tragedie; mi riferisco in particolare a strutture che sono attrezzate dal punto di vista tecnologico ma inadeguate per quanto riguarda l'effettuazione dei relativi controlli.

Ritengo che tra le finalità di una Commissione d'inchiesta ci sia anche quella di offrire alcuni spunti propositivi a tutto campo e guai se la nostra attività dovesse consistere in un puro esercizio letterale. È necessario allora che la nostra Commissione esamini l'aspetto strutturale più che quello giudiziario o sanzionatorio, verifichi cioè la presenza di carenze legislative e normative che dovremmo senz'altro proporci di sanare proprio allo scopo di prevenire queste tragedie e correggere le disfunzioni presenti nel sistema sanitario nazionale.

Vorrei anche andare oltre questo aspetto. Per esperienza diretta, ho cominciato a sospettare tanti anni fa che ci potesse essere una distorsione del mercato nella collocazione delle camere iperbariche e a questo aspetto si collega il tentativo di estendere il numero delle indicazioni terapeutiche anche a malattie che certamente non hanno bisogno della camera iperbarica.

Ricordo di ospedali periferici che, soltanto per essere collocati sul mare, sono stati sollecitati ad impiantare una camera iperbarica, anche come donazione, nel senso che la camera iperbarica sarebbe stata donata. Io fui coinvolto personalmente in un caso del genere e ovviamente, poiché conoscevo la limitatezza delle indicazioni terapeutiche, rifiutai questa donazione liberale, anche se ebbi a rifiutarla cortesemente dicendo che prima della camera iperbarica mi doveva arrivare del personale addestrato per metterla in opera e per farla funzionare e, inoltre, mi dovevano indicare il bacino di utenza, cioè da dove dovevano arrivare i pazienti per questa camera iperbarica.

Ciò è avvenuto alcuni anni fa e quel tentativo è stato neutralizzato facilmente; però purtroppo tentativi del genere oggi ancora esistono, perché vi sono aziende sanitarie locali periferiche che in atti ufficiali, in piani di programmazione (fra l'altro, voglio ricordare che, con la cosiddetta riforma Bassanini, anche i comuni oggi potranno intervenire nella programmazione sanitaria) addirittura propongono l'installazione in piccoli ospedali di camere iperbariche.

Allora, la domanda che io pongo, in termini problematici, ovviamente, è la seguente: noi abbiamo la possibilità di verificare se vi sono distorsioni del mercato per quanto riguarda la collocazione delle camere iperbariche? È un quesito che pongo a tutti i componenti della Commissione d'inchiesta per valutare se è il caso di procedere in questo senso, proprio per prevenire una diffusione impropria di questi presidi terapeutici, diffusione impropria che ovviamente gonfierà il mercato, gonfierà le richieste di indicazioni terapeutiche che di per sé saranno quindi inappropriate.

PAPINI. Signor Presidente, avendo ottenuto i chiarimenti che avevo chiesto circa l'ordine dei lavori, di cui ringrazio il Presidente, mi unisco ai colleghi che hanno rivolto parole d'apprezzamento ai commissari che hanno partecipato al sopralluogo, però vorrei chiedere una modifica della relazione, nel senso innanzi tutto di distinguere con chiarezza, in maniera netta gli elementi che noi riferiamo oggettivamente da quelle che sono le convinzioni che noi abbiamo maturato.

Cito un caso per tutti (ma vi sono molti punti in cui capita questo). A un certo punto della relazione, laddove si parla dell'ISPESL, si dice: «Uno dei principali problemi in tutta questa costruzione legislativa è costituito dall'insufficienza delle strutture che dovrebbero effettuare questi controlli» e, dunque, sottolineando che si usa l'espressione «è costituito», non è chiaro nel contesto se questa sia la conclusione a cui la Commissione arriva o se invece si è ancora nell'ambito del riferire ciò che ci è stato detto dai diversi auditi.

Quindi auspicherei una più chiara distinzione degli elementi raccolti dalle conclusioni, anche utilizzando in diverso modo i verbi.

In secondo luogo, nella fase descrittiva delle audizioni, toglierei qualunque aggettivazione che carichi di valore emotivo la descrizione delle vicende: trovo che in questo caso non vi sia da aggiungere nulla alla tragi-

cità delle stesse e quindi «asciugherei» molte delle aggettivazioni che in qualche modo esprimono già un'opinione e invece rafforzerei le conclusioni. In particolare, siccome da tutta la relazione sembra quasi emergere una sorta di area grigia in cui nessuno ha una responsabilità precisa, chiedo che la Commissione nella sua interezza proceda ad un ulteriore approfondimento di questo aspetto, perché evidentemente la questione sembra essere ancora aperta a livello nazionale.

Infine, vorrei chiedere, *de jure condendo*, ai colleghi (mi riferisco in particolare all'intervento del senatore Camerini, ma anche ad altri) che hanno sostenuto che la modalità di pagamento della prestazione conduce a prescrizioni non adeguate, se queste affermazioni le dobbiamo in qualche modo assumere come punto di valutazione della nostra attuale legislazione, laddove prevede che gli ospedali pubblici, ad esempio, siano finanziati sostanzialmente sulla base di prestazioni. Se questa è la considerazione che noi siamo indotti a cogliere da questa tragica vicenda, dobbiamo porci il problema se l'attuale legislazione per quello che riguarda il finanziamento di tutto il sistema ospedaliero pubblico debba essere rivista da questo punto di vista.

LAURIA Baldassare. Signor Presidente, onorevoli colleghi, ritengo che la relazione presentata sia completa e puntuale rispetto ai compiti della Commissione.

In merito alla tragedia, purtroppo i problemi si sollevano quando avvengono fatti gravi: in questo caso sono morte 11 persone. Per quanto riguarda le indicazioni terapeutiche, come medici ci eravamo già accorti che in alcune situazioni vi erano delle forzature; talune indicazioni non ci convincevano assolutamente. La camera iperbarica è nata per le embolie polmonari, e ha salvato molte vite, specialmente dei sub, ma poi le indicazioni hanno cominciato ad allargarsi di molto e questo ci ha indotto a riflettere. In realtà, sotto vi era anche una speculazione, vi erano ditte che dovevano vendere questi impianti ma, purtroppo, solo quando avviene un fatto molto grave, apriamo gli occhi.

Questa Commissione è stata veramente attenta e ha aperto una strada, come diceva la senatrice Bernasconi: è importante infatti fare ordine anzitutto nelle indicazioni affinché siano certe, non allargate ingiustificatamente, e alla fine si restringano a pochi casi.

Inoltre, anche dai controlli effettuati sul territorio nazionale, risulta importantissimo ridurre, dov'è opportuno, il numero delle camere iperbariche, non concedendo più la convenzione ed operando quindi dei controlli accurati, con l'assunzione di responsabilità che possono essere anche delle regioni.

Penso dunque che il problema resti aperto, che debba essere ulteriormente chiarito e che, in particolare, occorra fare chiarezza sulla problematica delle indicazioni terapeutiche. Adesso che il sistema sanitario è a prestazione, ancora di più si corre il rischio che si aumentino ingiustificatamente le indicazioni, per esempio dermatologiche o di altro

genere; in effetti la camera iperbarica stava diventando anche un impianto dove, in termini di patologie, si metteva dentro di tutto.

ZILIO. Sono d'accordo anch'io con il senatore Monteleone ed altri colleghi che hanno tenuto a distinguere i compiti della Commissione d'inchiesta da quelli della magistratura, la quale può richiedere i documenti acquisiti o prodotti dalla Commissione, se ritiene che siano utili per completare il proprio lavoro.

Condivido, infine, l'esigenza emersa da vari interventi di un supplemento di indagini sia per quanto riguarda l'aspetto sanitario (lo diceva il senatore Camerini, se non erro) sia per dare una risposta al problema sollevato dal collega Mignone sulla effettiva necessità della dislocazione in certe aree delle camere iperbariche nonché sul numero eccessivo di prescrizioni, che magari non corrispondono all'effettivo bisogno.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti. Mi pare chiaro che, proprio in quanto questa inchiesta verrà completata con ulteriori sopralluoghi di nostre delegazioni presso altre camere iperbariche, la Commissione si riserva di completare la relazione riguardo alle linee guida, all'appropriatezza delle cure, eccetera.

Evidenzio però una questione importante. Siccome sono state avanzate due proposte, e precisamente quella del senatore Monteleone, che chiede di acquisire agli atti la relazione così com'è, e quella del senatore Papini, che chiede di modificare e sottoporre a discussione la relazione stessa, è necessario che la Commissione si esprima, perchè potrebbe costituire precedente rispetto a quanto abbiamo fatto finora.

MONTELEONE. Credo che il problema posto dal senatore Papini non vada verso il senso di rigettare questa relazione. Egli giustamente ha affermato che, vista la gravità del caso, occorre sfrondare la relazione da alcune aggettivazioni che potrebbero apparire non dico forzature ma rilievi in eccesso sulla questione. Stando così le cose, non vedo come l'eventuale sottrazione di qualche aggettivo possa inficiare quanto è stato fatto. Non si tratta, a mio parere di una questione così rilevante da mettere in discussione la relazione stessa.

PRESIDENTE. Si tratta soltanto di stabilire se acquisire oggi la relazione o rinviare di una settimana.

BERNASCONI. È vero, occorre sfrondarla dagli aggettivi, ma è necessario distinguere le opinioni dei commissari dalle testimonianze acquisite dalla Commissione stessa. Siccome i due rilievi avanzati sono molto chiari, credo si possa dare mandato al Presidente di rivedere la forma della relazione tenendo conto di queste osservazioni.

MONTELEONE. Questo è stato già fatto in precedenza, concorde tutta la Commissione.

PAPINI. Sono d'accordo con la senatrice Bernasconi di dare ampio mandato al Presidente per coordinare la relazione senza che ci sia la necessità di tornare nuovamente in Commissione.

PRESIDENTE. La relazione dunque sarà rivista tenendo conto delle proposte emerse in sede di dibattito, dando per approvati all'unanimità i contenuti della relazione stessa. Se non si fanno osservazioni, così resta stabilito.

Vorrei far presente che, una volta effettuato il coordinamento di cui mi ha testè dato mandato la Commissione, mi riservo di sottoporre la stesura definitiva della relazione alla Commissione medesima prima di disporre la formale acquisizione agli atti.

*I lavori terminano alle ore 16,35.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. GIANCARLO STAFFA

ALLEGATO

*Inchiesta sulle camere iperbariche:  
relazione sul sopralluogo svolto il 21 novembre 1997  
all'Istituto Galeazzi di Milano*

A seguito dell'avvenuta tragedia alla camera iperbarica dell'Istituto Geleazzi e constatato che numerose notizie riportavano che oltre due terzi delle camere iperbariche non erano a norma di legge e che vi erano inoltre notevoli carenze normative, la Commissione ha ritenuto opportuno avviare un'inchiesta sull'episodio in particolare, estendendolo poi ad una indagine più approfondita su tutto il territorio nazionale.

Gli obiettivi dell'inchiesta erano i seguenti:

constatare sui luoghi dell'incidente la situazione, analizzando le possibili cause che avevano determinato la tragedia;

effettuare audizioni che coinvolgessero tutti i soggetti interessati: magistrato inquirente e perito d'ufficio, direzione sanitaria e amministrativa, responsabile dell'unità terapeutica, rappresentanza degli operatori sanitari medici e non medici, rappresentanti sindacali, rappresentanti degli organi di controllo regionale e delle istituzioni nazionali, ed infine del rappresentante la proprietà;

individuare se è possibile quali carenze normative od operative fossero da colmare al fine di prevenire il ripetersi di tali episodi;

valutare la appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche.

La presente relazione costituisce un elemento di valutazione conclusivo per quanto riguarda il Geleazzi, ma solamente preliminare per quanto riguarda la situazione complessiva delle camere iperbariche, per la quale ci si riserva un completamento al termine degli altri sopralluoghi.

Per quanto concerne il resoconto dettagliato si rinvia alla intera registrazione delle audizioni nonché ai documenti raccolti dall'Assessorato sanità della regione Lombardia che comprende anche l'atto di convenzione iniziale ed il regolamento di questa attività medica, ed alla relazione del gruppo di lavoro istituito dalla regione Lombardia per «acquisizione degli elementi utili sotto il profilo tecnico, scientifico ed amministrativo per la verifica delle condizioni necessarie per il mantenimento o la sospensione dell'accreditamento dell'Istituto Galeazzi e degli altri istituti appartenenti al gruppo proprietario».

## SOPRALLUOGO

Il sopralluogo ove erano poste le tre camere iperbariche mostrava evidenti i segni raccapriccianti della tragedia: ci pare inutile soffermarci sui dettagli, ma quanto osservato lasciava intravedere i segni di una combustione durata per più tempo di quanto era immaginabile; di un assem-

bramento piuttosto artigianale dei sistemi di controllo rispetto alle camere iperbariche; di uno spazio angusto entro il quale i malati dovevano muoversi in grande numero e con grande costrizione dei tempi (a conferma di ciò era ancora ben evidente una lavagna con scritti i nomi dei pazienti, le rotazioni dei turni terapeutici ed il numero di sedute); dell'utilizzo contemporaneo, di facile constatazione, di tutte e tre le camere iperbariche; della presenza di un unico impianto anticendio, peraltro riferito non funzionante e ignorato quanto a dislocazione e percorso delle tubature; di insufficiente controllo di sistemi di taratura e allarme dell'immissione di ossigeno e di controllo dei volumi, in quanto era ben visibile una taratura a 27 quando il livello massimo di ossigeno nell'atmosfera tollerabile, ai fini del contenimento nel rischio di incendio, era del 23 per cento, secondo quanto risulta dalla letteratura internazionale sull'argomento e, in particolare, dal manuale del professor Giorgio Oriani, primario del reparto di ossigenoterapia del Galeazzi.

#### LE AUDIZIONI

##### 1) *Il magistrato e il consulente d'ufficio*

Dalla audizione del sostituto procuratore della Repubblica, dottor Francesco Prete, emergevano i seguenti dati salienti: i malati entravano nella camera iperbarica a turni veramente incessanti, poco controllati nel vestiario e negli oggetti.

Non vi erano indicazioni di comportamento esposte e visibili, fatto per altro da noi stessi constatato. In tal modo una delle pazienti, e non per la prima volta, aveva portato con sè uno scaldino per le mani, i cui vapori probabilmente avevano innescato l'incendio dell'ossigeno.

L'incendio si era sviluppato all'inizio della seduta e per almeno 10 minuti si era prorogato senza possibilità di aprire il portello della camera stessa durante la decompressione.

I pazienti nella camera quindi, preda delle fiamme, avevano cercato disperatamente di bussare sulle pareti e sul portello, prima di morire a causa delle ustioni e del soffocamento.

Di tutto ciò nessuno si era reso conto, perchè ai monitor non era presente nessuno dei tecnici preposti.

Dell'incidente si erano viceversa resi conto i pazienti usciti dal ciclo di terapia dell'altra camera iperbarica che avevano visto attraverso i monitor gli altri in preda alle fiamme.

Il consulente d'ufficio, ingegner Massimo Bardazza, confermava sostanzialmente le dinamiche, sottolineando però come l'apparecchio fosse irresponsabilmente tarato oltre i limiti di sicurezza (a 27 piuttosto che a 23) e come fosse stato estremamente difficoltoso riuscire ad identificare la collocazione del serbatoio anticendio che risultava per altro vuoto, mai utilizzato e mai controllato.

Dall'audizione del magistrato e del consulente emergeva poi sorprendentemente che le camere iperbariche autorizzate ed omologate al Ga-



leazzi erano solo due. La terza, proprio quella ove era avvenuto l'incidente, figurava a tutti gli effetti «inesistente».

#### 2) *Direttori sanitari*

Sono stati quindi ascoltati il dottor Mario Maffeis, che rivestiva la carica di direttore sanitario al momento della stipula della convenzione, e il direttore sanitario in carica al momento dell'incidente, dottor Ezio Zambrelli. Entrambi sostanzialmente affermavano di non essere al corrente di quanto avveniva per l'attività della camera iperbarica avendo, a loro dire, delegato ogni compito al professor Oriani, primario anestesista a titolare dell'Unità terapeutica. Entrambi sostenevano di non essere ascoltati nella loro attività dalla proprietà e di essere fortemente condizionati nelle loro competenze, alludendo inoltre più o meno velatamente ad una sorta di direttore sanitario «ombra». Soprattutto il direttore sanitario dottor Zambrelli in carica al momento dell'incidente sosteneva di non essere al corrente di quanto era stato posto in opera all'interno dell'Istituto ai fini dell'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994; appariva del tutto disinformato su chi avesse dato disposizione e autorizzazione all'utilizzo di tutte e tre le camere iperbariche.

Era stato invece possibile per la Commissione accertare che tale compito era stato affidato ad una ditta esterna di nome Clinical Service Srl, il cui responsabile, ingegner Raffaele Bracchi, non aveva peraltro dato la propria disponibilità all'audizione, adducendo di non essere stato ancora interrogato dal pubblico ministero; la mappatura dei rischi e comunque i provvedimenti per l'applicazione del decreto legislativo n. 626 non avevano ricevuto il consenso da parte della commissione interna.

#### 3) *Amministratore delegato.*

Anche l'amministratore delegato, ragioniere Silvano Ubbiali, tendeva sostanzialmente a riversare ogni responsabilità sulla ditta incaricata dei controlli periodici e della applicazione del decreto legislativo n. 626; a confermare che la gestione delle camere era soprattutto affidata al professor Oriani; ad attribuire alla proprietà ogni evento decisionale; a dissimulare quasi la non consapevolezza dell'enorme flusso e prestazioni delle camere iperbariche e dell'utilizzo anche della terza camera iperbarica non omologata.

#### 4) *Primario responsabile dell'unità operativa*

Per il primario responsabile dell'unità operativa, professor Giorgio Oriani, non vi era altra spiegazione degli eventi che non quella della tragica fatalità. Anch'egli affermava di non essere a conoscenza della inesistente omologazione della terza camera iperbarica. Alla contestazione sul perchè non fossero presenti disposizioni scritte e visibile per gli utenti, il personale di assistenza, il personale di controllo, riguardo alle modalità d'uso e le precauzioni da utilizzare durante l'uso della camera, rispondeva che tutto questo veniva comunicato oralmente e i pazienti istruiti prima di

ogni ingresso. Risultava tuttavia alla Commissione che non esisteva all'interno del Galeazzi una carta dei servizi, e non era messa in atto la prassi riguardo al consenso informato. Il primario più volte si riferiva al protocollo operativo stipulato tra Assessorato alla sanità regione Lombardia e Istituto Galeazzi nel 1988 che conteneva anche linee guida; sottolineava inoltre come oltre ad essere stato componente del comitato che aveva redatto l'atto, fosse uno dei più autorevoli rappresentanti scientifici della medicina iperbarica: da una verifica però delle linee guida citate, emergeva con chiarezza che molte delle precauzioni previste erano eluse.

Il primario portava ad ulteriore giustificazione lo scarso numero di incidenti di questo tipo nella storia dell'utilizzo delle camere iperbariche: analizzando però la dinamica di quegli incidenti, in tutti i casi emergono gli stessi elementi di rischio che, sottovalutati, hanno portato all'incidente del Galeazzi. A richiesta su chi fosse preposto al controllo dei monitor ed alla guida dei comandi delle erogazioni dei gas, rispondeva che erano incaricati dei tecnici; all'ulteriore domanda riguardo a quale tipo di qualifica tali tecnici avessero, il primario rispondeva che l'unica qualifica posseduta era quella di un breve corso personale svolto da lui medesimo.

#### *5) Rappresentanza degli operatori medici e non medici*

Dalla audizione dei rappresentanti delle categorie non mediche emergeva sostanziale conferma di tutto quanto precedentemente affermato. Era palpabile tuttavia un certo tipo di disagio riferibile particolarmente al contrasto che vi era stato tra proprietà e rappresentanze interne riguardo alla applicazione del decreto legislativo n. 626, tanto che il rappresentante incaricato dai dipendenti si era rifiutato di firmare il documento.

Riferivano inoltre alla Commissione che una dipendente delegata a tale compito si era suicidata alcuni giorni dopo la tragedia, ma nessuno poteva con certezza affermare che tra gli eventi esistesse un nesso causale.

La circostanza che venissero fornite ai pazienti articolate istruzioni verbali prima dell'accesso alle terapie veniva testimoniato da un'unica dipendente, ma in modo poco plausibile se si considera l'oggettivo spazio di tempo tra due turni terapeutici e il numero di persone da informare.

Il personale sanitario medico dimostrava per lo più di ignorare le attività dell'unità di terapia iperbarica, che era quasi come un'isola all'interno dell'Istituto, completamente affidata al primario. Alcuni di loro avevano avuto personale esperienza della camera iperbarica o rapporti di terapia per cure ai propri pazienti: tutti si esprimevano in termini favorevoli riguardo alla qualità terapeutica. Tutti però erano soprattutto preoccupati di una possibile compromissione dell'immagine e soprattutto dell'accreditamento dell'Istituto a causa dell'incidente.

#### *6) Rappresentanti sindacali*

Il colloquio con le rappresentanze sindacali era soprattutto teso, da parte delle persone ascoltate, ad avere rassicurazioni riguardo al rischio di chiusura anche temporanea dell'Istituto. Vi erano però critiche comuni

alla modalità di direzione dell'Istituto per il problema della sicurezza ed alla scarsa incisività della direzione sanitaria.

#### 7) *Assessore regionale*

L'assessore regionale Carlo Borsani, coadiuvato dai suoi tecnici, affermava che la convenzione e le linee guide riguardo alla terapia iperbarica erano stati posti in essere dai suoi colleghi precedenti e quindi di non averne diretta responsabilità.

Produceva inoltre una serie di documenti, che sono agli atti, in cui si evidenziava una serie di raccomandazioni e di prescrizioni sia per i dirigenti responsabili, sia per i controlli, a dimostrare la non omissione di atti di controllo. In particolare presentava una circolare del luglio 1997 nella quale venivano richiamati le norme di prevenzione antincendio e i necessari obblighi. Si dissociava dalle responsabilità della mancata applicazione di tali procedure e precetti da parte degli organi a lui sottoposti.

#### 8) *Direttore sanitario della ASL*

La direttrice sanitaria della ASL, dottoressa Chiara Porro de' Somenzi, sosteneva e giustificava l'insufficienza del controllo sulle iperbariche del Galeazzi sostenendo, come altri, l'ignoranza dell'esistenza di tre camere, nonché l'assoluta normalità di ogni cosa durante gli atti ispettivi. Ad una precisa richiesta della Commissione non sapeva però come giustificare la mancata attenzione alle oltre trentamila prestazioni annue, fatto che di per sé ha dell'eccezionalità per volume d'utenza.

#### 9) *ISPESL*

I tecnici dell'ISPESL ci informavano su come le direttive nazionale rendessero obbligatori la loro omologazione e collaudo alla nascita dell'apparecchio una prima volta, ed una seconda volta alla sua posa in opera. Quando le iperbariche dell'Istituto Galeazzi erano state installate, l'ISPESL aveva autorizzato ed omologato solo due camere su tre: non essendo mai pervenuta richiesta di omologare la terza camera, dai regolamenti non erano tenuti a nessun particolare controllo, risultando tale camera «inesistente». Ulteriori dichiarazioni venivano fornite sia sui notevoli ritardi in generale delle loro ispezioni, a causa dell'organico insufficiente e delle numerose richieste, nonché a un mancato coordinamento con gli altri enti preposti al controllo.

Lamentavano inoltre l'assenza di regolamenti e di norme di riferimento a proposito proprio delle iperbariche e dichiaravano di aver verificato solo gli impianti a pressione, non anche i sistemi antincendio.

Uno dei principali problemi in tutta questa costruzione legislativa è costituito dall'insufficienza delle strutture che dovrebbero effettuare questi controlli. L'ISPESL, ad esempio, riesce a realizzare le omologhe all'uscita delle aziende in un tempo più o meno ragionevole, ma poi le verifiche di primo impianto risentono di ritardi inaccettabili, ad esempio per gli ascensori (per i quali il controllo in fabbrica non è fatto e la verifica di primo

impianto è la prima effettuata) i ritardi sono dell'ordine di tre o quattro anni. Nel frattempo, per legge, questi impianti non dovrebbero funzionare.

Non parliamo delle decine di migliaia di impianti elettrici che dovrebbero essere controllati in ogni provincia e che resteranno in attesa per anni.

I PMIP, che devono controllare periodicamente gli stessi impianti per i quali l'ISPESL deve fare le omologhe, stanno ricevendo in questo periodo i collaudi fatti dall'ISPESL nel 1992.

#### 10) *Vigili del Fuoco*

I vigili del fuoco affermavano che le camere iperbariche non figurano tra le oltre 90 voci di attività e funzione da sottoporre a prevenzione antincendio e che pertanto, pur essendo presente l'Istituto Galeazzi, come casa di cura, tra gli stabilimenti sottoposti a controllo, nessuna particolare attenzione doveva essere diretta alla unità di terapia suddetta.

Ciò poteva apparire veramente incredibile dato il potenziale rischio di esplosione anche in relazione agli edifici circostanti.

In particolare ci veniva riferito di un'ispezione del 15 maggio 1997 in cui si era notata una assoluta normalità della zona adibita alla terapia iperbarica. Avendo anche loro affermato di nulla sapere riguardo alla terza camera iperbarica «inesistente», era difficilmente credibile pensare che quell'ispezione, proprio in un momento di maggiore utilizzo non avesse evidenziato l'effettuazione di cicli di terapia nella medesima.

Affermavano inoltre di non sapere dell'esistenza dell'impianto antincendio collegato alla camera iperbarica incendiata e di non avere alcun obbligo al controllo periodico, non essendoci nessuna disposizione di legge, e non essendo previste visite antincendio private.

#### 11) *Proprietà*

L'audizione del proprietario Antonino Ligresti è consistita prima di tutto in una autocelebrazione dell'Istituto e delle proprie convinzioni, quasi ad elargire precetti, consigli e disposizioni alla Commissione.

Successivamente, di fronte all'incalzare delle contestazioni, è stato un succedersi di dinieghi davvero non accettabili: diniego di conoscere le attività dell'amministratore delegato, di sapere chi era il direttore amministrativo, chi era il direttore sanitario, che vi fosse una terza camera iperbarica utilizzata senza omologazione, che mancassero disposizioni per i pazienti, che non vi fosse personale conoscenza della composizione del consiglio di amministrazione, che si ignorasse la delega a ditta esterna riguardo al decreto legislativo n. 626 e la mancata approvazione da parte della commissione interna, e soprattutto infine che nulla conoscesse a proposito delle trentamila prestazioni svolte annualmente nella camera iperbarica.

A fronte di tanta accanita e ostinata ostruzione, il presidente suggeriva al proprietario di attenersi alla facoltà di non rispondere, ed in tal modo l'audizione terminava.

## CONCLUSIONI

Dai tragici fatti verificatisi nella camera iperbarica dell'Istituto Galeazzi e dalla serie di audizioni che abbiamo effettuato emergono gravissime responsabilità a tutti i livelli, fornendo un quadro e una scenografia che può essere paradigmatica ad altre situazioni se rapidamente non si interviene.

Sarà compito della Commissione indagare anche su altre strutture dedicate alla medesima terapia, tuttavia dell'esperienza di Milano vi sono importanti indicazioni su quanto al più presto deve essere intrapreso per poter evitare analoghi episodi.

Le gravissime responsabilità sono:

- storiche, per l'impostazione iniziale del problema;
- individuali, per gravissime negligenze, imprudenze ed incompetenze;
- istituzionali locali, per un controllo del tutto superficiale e insufficiente;
- istituzionali nazionali, per carenza di implementazione delle diverse norme, per inapplicabilità delle stesse e insufficiente opera di coordinamento e di indirizzo delle forze preposte alle verifiche.

*Responsabilità storiche*

La convenzione iniziale risalente all'anno 1988 da un lato prescrive l'obbligo di sicurezza e controlli, che mai nessuno ha verificato e attivato, dall'altro prevede un elenco di prestazioni in cui la terapia iperbarica è efficace molto esteso e poco verificato riguardo a linee guida e a sperimentazioni cliniche.

Nel ruolo della Commissione che ha elaborato la convenzione appaiono persone che avevano l'interesse poi diretto nelle strutture accreditate, ed in particolare il primario del Centro iperbarico del Galeazzi professor Oriani.

*Responsabilità individuali*

È fortemente censurabile che la Direzione sanitaria si sia dichiarata all'oscuro di tutto quanto avveniva nell'unità operativa di terapia iperbarica, che nulla abbia fatto per applicare la Carta dei servizi, che sia stata così negligente nel rispetto del decreto legislativo n. 626 e delle verifiche conseguenti, senza tener conto dei prudenti rilievi che i rappresentanti degli operatori sanitari avevano presentato.

Non è accettabile che si sia delegato a chi non aveva la titolarità, il professor Oriani, la gestione delle pertinenze della Direzione sanitaria dell'unità operativa.

Il responsabile dell'unità operativa, professor Oriani, è sembrato del tutto proteso a difendere i principi e le applicazioni terapeutiche della medicina iperbarica, ma è apparso del tutto sprovveduto riguardo alle contestazioni su un consenso informato non provato e sicuramente insufficiente;

sull'igiene delle procedure e quindi sugli indumenti e sulle promiscuità delle varie forme patologiche avviate alla terapia; riguardo all'eccesso di indicazione terapeutica; riguardo all'assoluta mancanza di informazioni oggettive sulle procedure sia per i dipendenti che per i degenti; riguardo alla eccessiva frequenza e rotazione dei pazienti nelle camere iperbariche; riguardo all'assoluta insufficienza dei corsi di addestramento per il personale dell'unità operativa e soprattutto per gli incaricati ai controlli delle apparecchiature.

Gli addetti ai controlli, assenti alle audizioni, erano anche assenti al momento dell'incidente, tant'è che il rilievo dei pazienti in preda alle fiamme che cercavano di uscire dalla camera iperbarica è stato fatto dai pazienti dell'altra camera iperbarica, mentre passavano di fronte ai monitor di controllo, e ciò ci è stato riferito dal pubblico ministero.

Gli apparecchi con grave imperizia, imprudenza e negligenza erano tarati a 27, oltre qualsiasi immaginabile criterio di sicurezza e ciò al solo fine commerciale di rendere più rapide le decompressioni e frequenti le terapie.

L'apparecchio antincendio, benchè previsto, non era funzionante e neanche caricato.

Nessuna sorveglianza era stata posta all'ingresso prima di entrare nella camera iperbarica ed era quindi già la terza volta che una stessa paziente portava con sè lo scaldino causa dell'incidente.

La proprietà è apparsa del tutto spregiudicata nel gestire questa attività a fini meramente economici, dimenticando le benchè minime precauzioni nei confronti delle sicurezze; nell'applicazione del decreto legislativo n. 626 delegata a terzi (e ciò è illegittimo); nei condizionamenti risultanti nei confronti dei direttori sanitari e della direzione amministrativa; soprattutto appare inaccettabile che con un volume di prestazioni oltre trenta mila, la proprietà si dichiarasse all'oscuro di tutto.

Gravissimo è che la terza camera iperbarica, benchè non omologata, collaudata e autorizzata fosse normalmente utilizzata.

#### *Istituzioni locali*

Benchè l'Assessorato regionale alla Sanità abbia potuto produrre una serie di lodevoli circolari nei confronti delle prevenzioni da attivare comprese quelle riguardanti il decreto legislativo n. 626 e le norme antincendio, del tutto inaccettabili sono stati i controlli posti in essere dall'USL di pertinenza.

Non è concepibile come l'esecuzione di oltre trentamila prestazioni sia stata considerata quasi evento normale e che soprattutto durante le ispezioni periodiche non ci si sia accorti del contemporaneo funzionamento di tutte le camere iperbariche e quindi anche di quella non omologata.

*Istituzioni nazionali*

L'ISPESL ha dichiarato di dover intervenire solo alla nascita dell'apparecchio e alla sua messa in opera, pertanto, dopo l'avvenuta installazione al Galeazzi e la dichiarazione di non omologazione della terza camera, non ha ritenuto, e non era obbligata nè da leggi nè da regolamenti, di fare ispezioni successive.

I vigili del fuoco hanno affermato di essere tenuti a ben 94 voci di strutture da sottoporre a prevenzione periodica ma incredibilmente una cosa così potenzialmente pericolosa, come una camera iperbarica ad alta pressione, non è inserita nelle cose da verificare.

Tra i due Enti non esistono nessun coordinamento e comunicazione ordinaria. Incredibilmente i vigili del fuoco sono stati nell'unità di terapia iperbarica, pochi mesi prima dell'incidente, e non si sono resi conto che anche la terza camera, da tutti definita «inesistente», fosse in normale funzionamento.

Non ha rilevanza – secondo i responsabili dei vigili del fuoco di Milano – il fatto che la regione Lombardia, con una circolare del 1989, avesse indicato che nelle iperbariche deve esserci un impianto anticendio, perchè i vigili del fuoco, organo statale, non avrebbero il compito di effettuare i compiti stabiliti da leggi regionali.

È opportuno che il Governo provveda a sfatare tale diffusa credenza.

Nessuna norma nazionale di sicurezza è prevista specificatamente per le camere iperbariche; nessun protocollo di comportamento e di terapia ha valenza nazionale; con difficoltà si sono ottenuti gli elenchi di tutte le camere iperbariche pubbliche e private e più di un terzo di esse è risultato non essere a norma ed omologato, pur essendo noto a livello mondiale il verificarsi di incidenti come quello dell'Istituto Galeazzi.

Nel concludere appare fondamentale ed urgente che per le camere iperbariche a livello nazionale venga stabilita una precisa documentazione riguardo al rischio-beneficio delle cure; un preciso protocollo di accesso; che siano attivate norme, regolamenti e controlli riguardo ai funzionamenti.

È indispensabile dal punto di vista generale che su questo problema, così come in altri già oggetto delle nostre inchieste, si creino un migliore coordinamento e circuito dell'informazione tra gli Enti preposti alla sorveglianza ed alla prevenzione degli incidenti.

Questa inchiesta sarà infine completata con sopralluoghi in altre camere iperbariche campione del territorio nazionale.

