

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

9° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 19 FEBBRAIO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE**Seguito dell'audizione del direttore del Dipartimento
della prevenzione del Ministero della sanità**

PRESIDENTE	Pag. 3, 9	OLEARI	Pag. 3
----------------------	-----------	------------------	--------

**Inchiesta sugli ospedali incompiuti: relazione sui sopralluoghi
effettuati in Puglia e in Abruzzo**

PRESIDENTE	Pag. 9, 11, 13 e <i>passim</i>
BERNASCONI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	16
CASTELLANI Carla (<i>AN</i>)	11, 17
DI ORIO (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>), <i>relatore alla Commissione</i>	9, 11, 13 e <i>passim</i>
PAPINI (<i>Misto</i>)	18

Interviene il direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità, dottor Fabrizio Oleari.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Seguito dell'audizione del direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione del direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità.

Come ricorderete, nella seduta dello scorso 29 gennaio il dottor Fabrizio Oleari aveva iniziato l'esposizione della sua relazione che proseguirà nella seduta di oggi.

Do quindi la parola al dottor Oleari.

OLEARI. Signor Presidente, nella scorsa seduta avevo iniziato l'illustrazione di due temi: in primo luogo, i problemi relativi al Dipartimento di prevenzione e all'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 ed in seconda istanza, l'utilizzazione dei fondi destinati alla prevenzione dell'AIDS.

Nella documentazione in vostro possesso vengono affrontate le problematiche legate alla istituzione dei dipartimenti di prevenzione e delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente e quelle inerenti alla successiva definizione delle competenze, ovvero all'identificazione degli eventuali meccanismi di coordinamento. I problemi legati a tale istituzione, non omogenea su tutto il territorio nazionale (infatti non in tutte le regioni sono state istituite le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente, ai sensi della legge n. 61 del 21 gennaio 1994), sono dovuti anche al fatto che la suddivisione delle competenze non sempre rispetta i medesimi criteri. Proprio a tale proposito abbiamo allegato una tabella articolata da cui si evince, ad esempio, che la Lombardia non ha ancora approvato la legge di riordino dei servizi sanitari regionali, nè quella istituitiva dell'ARPA, rispetto alla quale anche altre regioni risultano inadempienti (mi riferisco, ad esempio, al Friuli Venezia Giulia, all'Umbria, alla Basilicata, al Lazio, al Molise, alla Campania, e alla Sicilia).

Nella documentazione da noi prodotta vengono inoltre prese in considerazione, in base alla legislazione vigente, le competenze in capo alle varie aziende sanitarie locali e in particolare ai dipartimenti della prevenzione in materia di tutela della sanità pubblica. A tale riguardo abbiamo allegato una tabella relativa alle funzioni svolte dalle aziende sanitarie locali concernenti la tutela igienica degli alimenti; si tratta di un quadro sinottico che comprende tutta la legislazione antecedente e in cui vengono

segnalati quelli che definirei i punti critici. Si è trattato di un lavoro complesso considerata la varietà delle fonti normative e degli organismi competenti.

Per quanto riguarda le funzioni svolte dal servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro è stata fornita a titolo esemplificativo una valutazione dei carichi di lavoro e dei costi indicativi effettuata sulla base di campioni.

Un ulteriore documento riguarda le competenze affidate al presidio multizonale di prevenzione con particolare riferimento al servizio chimico ambientale e al servizio impiantistico e fisico ambientale, che sono quelli maggiormente interessati alla sicurezza delle apparecchiature.

Allegato alla documentazione da noi fornita vi è poi un testo molto significativo in materia di strutture sanitarie pubbliche e private (secondo quanto previsto anche dal decreto legislativo n. 626 del 1994) in cui vengono riportati i soggetti e gli organismi interessati, la ripartizione delle principali competenze e la schematizzazione delle essenziali competenze sugli impianti. Per quanto riguarda i soggetti e gli organismi interessati, vengono menzionati il datore di lavoro, il servizio di prevenzione e protezione dell'unità produttiva, le aziende sanitarie locali e il dipartimento di prevenzione, i presidi multizonali di prevenzione (PMP), l'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente (ANPA), le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente (ARPA), i Vigili del fuoco, le regioni, l'ISPEL e infine l'Ispettorato del lavoro. In tale documento - come ho già detto - vengono inoltre segnalate le principali competenze assegnate ai soggetti di cui sopra - che evito di citare per ragioni di tempo - ed altresì la schematizzazione delle competenze sugli impianti (mi riferisco alle procedure preliminari all'uso per impianti e apparecchi a pressione di vapore e di gas e per impianti e apparecchi di sollevamento per persone, cui fa riferimento la normativa relativa all'ISPEL).

Abbiamo inoltre prodotto una documentazione che consente di confrontare analiticamente le competenze assegnate ai presidi multizonali di prevenzione con quelle affidate all'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente e alle aziende sanitarie locali sia in relazione alla parte normativa che li riguarda, sia rispetto agli accordi intervenuti. Al riguardo, desidero segnalare che, considerato il processo di aziendalizzazione in atto, è chiaro che gli accordi cui ho fatto riferimento sono accordi di programma che presentano le caratteristiche di un contratto, ossia di uno scambio, di un acquisto o di una cessione di servizi da parte dell'ARPA all'ASL o al PMP e viceversa, e va tenuto presente che ciò può costituire un problema.

Abbiamo inoltre predisposto un prospetto in cui, sulla base dei dati forniti dal sistema informativo sanitario (riferiti al 1994), vengono indicate le attività svolte dai presidi sanitari pubblici e privati a seconda della loro tipologia. In particolare ci è sembrato interessante un lavoro svolto recentemente dal Dipartimento della prevenzione sullo stato di attuazione degli stessi Dipartimenti o delle altre strutture di prevenzione e sicurezza sul lavoro nelle diverse realtà italiane. Al fine di raccogliere tali informazioni è stato predisposto ed inviato alle regioni un apposito questionario (Abruzzo

e Basilicata non hanno ancora fornito risposta) in base alle cui risultanze è stato compilato uno schema in cui vengono messi a confronto i dati relativi al numero delle ASL, ai dipartimenti previsti e a quelli costituiti, ai servizi previsti e ad altre strutture. Da questo riepilogo si può evincere che i dipartimenti della prevenzione sono stati costituiti in tutte le regioni (eccettuati ovviamente quelle di cui non sono pervenuti i dati). Pertanto si può affermare che le previsioni sono state sostanzialmente rispettate anche se va considerata la difficoltà di confrontare realtà come quella della provincia autonoma di Bolzano, che ha soltanto quattro aziende sanitarie locali e per cui è previsto un solo dipartimento di prevenzione, e quella lombarda che da questo punto di vista è senz'altro una realtà molto più estesa e complessa. È evidente, infatti, che nel caso di Bolzano la previsione di un unico dipartimento di prevenzione è più che sufficiente e comunque questo potrebbe essere un esempio di quell'autonomia consentita alle regioni - ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo n. 502 del 1992 - a livello organizzativo e quindi anche per quanto riguarda la scelta di prevedere la costituzione di un solo dipartimento di prevenzione a fronte di quattro aziende sanitarie locali.

Abbiamo inoltre predisposto un prospetto in cui vengono riportati i dati relativi alle attività svolte da questi presidi. Si tratta a nostro avviso di uno schema molto importante in quanto con esso si fornisce un'indicazione precisa del numero e della tipologia di tali attività che vengono suddivise in classi di determinazione, in riferimento ad esempio ai contaminanti di tipo biologico piuttosto che a quelli chimici, oppure ad analisi di sostanze chimiche o di additivi.

Uno di questi prospetti riporta l'attività di vigilanza delle strutture del Servizio sanitario nazionale relativa all'anno 1993, mentre quelli successivi fanno riferimento a problemi di igiene pubblica e ai servizi veterinari. In pratica si fa riferimento a tutti i servizi in cui si articola il dipartimento della prevenzione.

Abbiamo poi fornito, prendendo a campione la regione Lombardia, la tipologia delle prestazioni erogate dai presidi multizonali di igiene e prevenzione e dalle unità operative o servizi in cui si articolano, indicando anche i costi per la stessa regione. In precedenza era stato determinato il carico di lavoro sui dipartimenti di prevenzione, elemento che ha assunto un ruolo importante nel momento in cui il dipartimento stesso è stato trasformato in struttura operativa e quindi dotato di un proprio *budget* in base al decreto legislativo n. 502 del 1992.

Di fatto il sistema di remunerazione a tariffa non è stato ancora attivato e quindi non si può ancora parlare di un vero e proprio *budget* del dipartimento della prevenzione in quanto il finanziamento avviene ancora sulla base del criterio della spesa storica. Questo è uno dei problemi più rilevanti rispetto al presidio multizonale di igiene e prevenzione.

Contestualmente abbiamo condotto anche una ricerca sull'attuazione dei servizi di prevenzione e protezione previsti dal decreto legislativo n. 626 del 1994 a livello di strutture sanitarie. Il riferimento è alle ASL, alle aziende ospedaliere ovvero alle strutture accreditate anche prov-

visoriamente o temporaneamente presso il Servizio sanitario nazionale. Considerato che le ASL sono 191, di cui 187 hanno istituito i servizi di prevenzione e protezione (questi sono i dati che ci sono stati trasmessi in base ad un questionario che alcuni mesi fa abbiamo inviato alle regioni e alle ASL; sono dati aggiornati al 15 dicembre 1997 e possono essere considerati tuttora validi), sono stati approntati 95 documenti di valutazione del rischio. Pur sapendo che l'istituzione del servizio di prevenzione e protezione previsto dal decreto legislativo n. 626 è importante, non si può pensare di passare ad un'implementazione delle politiche di prevenzione senza predisporre un documento che rappresenti la mappa del rischio.

Infine, nelle suddette 191 ASL sono stati nominati 149 medici competenti. Anche in questo caso è inutile rimarcare quanto sia importante, una volta istituito il servizio di prevenzione e protezione e identificata la mappa del rischio, la nomina del medico competente che, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, esercita di fatto un controllo sui lavoratori.

Delle 74 aziende ospedaliere 32 avevano prodotto mappe del rischio, 63 avevano istituito il servizio di prevenzione e protezione (che consideriamo tale solo quando viene nominato anche il responsabile della prevenzione) e 58 avevano nominato il medico competente.

Ricordo che anche per quel che riguarda le strutture sanitarie private accreditate ci basiamo su dati forniti dalle regioni sulla base della nostra indagine *ad hoc*, che dovrebbe però essere sempre aggiornata sulla base dei flussi correnti di dati provenienti dal sistema informativo sanitario. Tale sistema, ad esempio, solo dal 1997 prevede una scheda per l'identificazione dei dipartimenti di prevenzione, del loro numero e della data di istituzione.

Le strutture sanitarie private accreditate risultavano 369 rispetto alle quali erano stati predisposti 59 documenti di valutazione del rischio, istituiti 125 servizi di prevenzione e protezione e nominati 63 medici competenti.

Delle altre 118 strutture private non accreditate solo 10 avevano predisposto documenti di valutazione del rischio, 9 erano i servizi di prevenzione e protezione istituiti con conseguente nomina del responsabile e 10 i medici competenti nominati. Infine, per i 24 istituti di ricovero e cura a carattere scientifico le suddette specificazioni erano pari a 6, 17 e 11.

In totale, su 776 strutture sono stati predisposti 202 documenti di valutazione del rischio, istituiti 401 servizi di prevenzione e protezione con conseguente nomina del responsabile e nominati 291 medici competenti.

Abbiamo anche approntato – mi sembra un indicatore interessante – l'andamento degli infortuni sul lavoro suddivisi per settore, che testimonia un *trend* tendenzialmente in diminuzione. Il *trend* è stato analizzato partendo dal 1991 fino ad arrivare praticamente fino al 1996-1997. Anche su questi dati occorrerà fare il punto con particolare riferimento alle strutture sanitarie pubbliche senza però dimenticare anche le altre strutture accreditate.

In un altro prospetto sono indicati gli infortuni denunciati nel 1996 e indennizzati a tutto il 1997. Le denunce fanno riferimento ad inabilità temporanea e permanente, alla morte e alle malattie professionali. La mappa del rischio serve proprio ad evitare gli eventi acuti o quelli che esercitano il loro effetto in maniera cronica. In ogni caso il *trend* per le malattie professionali nei servizi sanitari dal 1993 al 1996 è in diminuzione.

L'istituzione dei dipartimenti della prevenzione e dei servizi di prevenzione e protezione, con la conseguente nomina dei medici competenti piuttosto che del responsabile del servizio, ha sicuramente prodotto degli effetti. Credo però che vada meglio chiarito il rapporto tra l'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente e il dipartimento di prevenzione, in particolare per quanto concerne il passaggio delle funzioni dal presidio multizonale di igiene e prevenzione all'agenzia regionale per la protezione dell'ambiente. Questo passaggio dovrebbe trovare un riscontro, considerato il processo di aziendalizzazione anche ai sensi del decreto legislativo n. 29 del 3 febbraio 1993, nella definizione o ridefinizione delle dotazioni organiche. Si tratta di un indicatore molto importante.

Attraverso le politiche del personale deve essere possibile anche il monitoraggio del mutamento organizzativo che, ai sensi del decreto legislativo n. 626, si deve verificare sia a livello di strutture sanitarie pubbliche che a livello di quelle private accreditate e non accreditate.

Come si evince dai dati disponibili, desunti da ricerche a campione, il numero dei servizi di prevenzione e protezione è di 401 su un totale di 776 strutture, quindi siamo poco oltre il 50 per cento. Chiaramente non sono da escludere economie di scala, nel senso che laddove ci sono più strutture operative – pensiamo alle aziende sanitarie locali – può funzionare lo stesso servizio di prevenzione e protezione.

Direi che in questa fase, considerati i tempi legati alla definizione della politica del personale, degli investimenti, e via dicendo, il *trend* in linea di massima risulta accettabile, anche se potrebbe essere affrettato per quello che concerne in particolare il dipartimento della prevenzione.

Esiste poi un'ampia attività del dipartimento centrale del Ministero per quel che riguarda i regolamenti attuativi del decreto legislativo n. 626 del 1994, così come modificato ed integrato dal decreto legislativo n. 242 del 1996. Si fa presente che sono stati emanati e pubblicati sulla *Gazzetta Ufficiale* i provvedimenti per il registro infortuni con assenza per almeno un giorno (articolo 4, comma 5, lettera o); visita medica una volta l'anno per le piccole aziende (articolo 4, comma 10, lettera b); formazione dei lavoratori e dei rappresentanti per la sicurezza (articolo 22, comma 7); attività di vigilanza per gli ispettori del lavoro, d'intesa con l'azienda sanitaria locale competente per territorio, per rischi particolarmente elevati (articolo 23, comma 2).

È stato già predisposto e firmato da tutti i Ministeri concertanti ed è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* il decreto concernente l'istituzione dei comitati regionali di coordinamento, che saranno presieduti dal presidente della Giunta regionale o da un suo delegato, e a cui parte-

ciperanno i rappresentanti di tutti i settori pubblici interessati al settore della prevenzione e sicurezza del lavoro che operano nell'ambito regionale. Sono stati predisposti e devono seguire *l'iter* procedurale interministeriale i decreti concernenti l'articolo 15 (pronto soccorso nei luoghi di lavoro) e gli articoli 70 e 83 (cartelle sanitarie e registri dei lavoratori esposti ad agenti biologici e cancerogeni), perché poi è da questo che noi traiamo o dovremmo trarre i dati per le nostre analisi di tendenza.

Per quanto riguarda l'articolo 1, comma 2, sono stati espressi i pareri per la concertazione sui decreti definiti e pubblicati sulla *Gazzetta Ufficiale* per le strutture penitenziarie e consolari (Ministero di grazia e giustizia) e le rappresentanze diplomatiche e consolari (Ministero degli affari esteri), mentre sono in corso di predisposizione provvedimenti per il Ministero dell'interno, le Forze armate, la Guardia di finanza, le strutture universitarie, gli istituti di istruzione (Ministero della pubblica istruzione).

Passando ora ad un altro capitolo, abbiamo predisposto una sintesi dei programmi e degli interventi per la lotta contro l'AIDS dal 1987 al 1997. Sono state assegnate dal 1987 specifiche risorse finanziarie sia al Ministero della sanità che all'Istituto superiore di sanità, e sono le seguenti: Ministero della sanità, ex Direzione generale dei servizi di medicina sociale (ex SECEDAS), Dipartimento della prevenzione dei farmaci 271 miliardi e 583 milioni, Dipartimento della programmazione (ex servizio centrale della programmazione sanitaria), 695 miliardi; Istituto superiore di sanità, 664 miliardi circa e, a partire dall'esercizio 1994, nell'ambito dello stanziamento relativo al capitolo «Fondo corrente per il funzionamento ISS», circa 70 miliardi annui.

Passando ad una analisi specifica dei finanziamenti anno per anno, per quanto riguarda il 1987, sullo stanziamento complessivo di lire 35 miliardi, 33 miliardi sono stati utilizzati per l'assegnazione di una prima quota di finanziamenti a favore delle regioni ai fini dell'attuazione di interventi di adeguamento delle strutture sanitarie sulla base delle indicazioni e delle proposte formulate dalla Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS. Si tratta in particolare del potenziamento dei laboratori di analisi per il miglioramento del controllo delle donazioni di sangue e, relativamente a quattro regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio e Liguria) che presentavano una maggiore diffusione dell'infezione da HIV e pertanto una maggiore necessità di far fronte negli anni successivi alle esigenze assistenziali, di iniziative più consistenti di ristrutturazione dei reparti di ricovero delle malattie infettive. I restanti 2 miliardi sono stati invece utilizzati per la stipula di 57 convenzioni con enti pubblici e privati per iniziative finalizzate alla formazione tecnico-attitudinale di personale sanitario e sociale e di volontari, per lo svolgimento di attività di assistenza domiciliare nei riguardi dei malati di AIDS, per la realizzazione di corsi di formazione per il personale operante nei servizi di assistenza ai tossicodipendenti e per la prevenzione dell'infezione fra i tossicodipendenti in trattamento in tali servizi, per interventi per l'informazione e l'educazione sanitaria per la prevenzione della malattia tra la popolazione universitaria e per interventi vari di prevenzione e lotta all'AIDS. Altre

tre convenzioni sono state istituite per interventi vari di formazione e prevenzione dell'AIDS.

Il programma è stato incentrato, in particolare, vista la necessità di approfondire le allora scarse conoscenze sulla malattia nella fase di iniziale sviluppo, su interventi di formazione degli operatori e di informazione nei riguardi dei soggetti a rischio.

PRESIDENTE. Ringraziamo il dottor Oleari per l'ampiezza e la completezza dei dati forniti, soprattutto per ciò che concerne la destinazione dei fondi destinati alla lotta contro l'AIDS.

Considerata sia l'attualità e l'importanza delle problematiche in esame, che di recente hanno avuto larga eco nell'opinione pubblica e che sono state oggetto di alcune interrogazioni, sia la ristrettezza dei tempi oggi a nostra disposizione, che non consente di aprire un dibattito, ritengo opportuno proseguire l'audizione in un'altra seduta. In quella occasione il dottor Oleari potrà rispondere compiutamente alle domande che i colleghi intenderanno rivolgergli. Proprio per consentire ai componenti della Commissione un approfondimento della materia, prego il dottor Oleari di far pervenire al più presto un'aggiunta alla documentazione che in parte ci ha già consegnato.

Desidero aggiungere che a Milano nei prossimi giorni si svolgerà un convegno sulla istituzione delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente al quale parteciperò e che rappresenterà una fonte di arricchimento per il dibattito che si terrà nel nostro prossimo incontro.

Inchiesta sugli ospedali incompiuti: esame di una relazione sui sopralluoghi effettuati in Puglia e in Abruzzo

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame di una relazione sui sopralluoghi effettuati in Puglia e in Abruzzo nell'ambito dell'inchiesta sugli ospedali incompiuti.

Do quindi la parola al senatore Di Orio, coordinatore della delegazione di parlamentari (senatori Mignone, Provera e Castellani) che si occupa della valutazione delle strutture ospedaliere incompiute individuate dalla Commissione parlamentare d'inchiesta istituita nella XII Legislatura. Il testo integrale della relazione sarà allegato al resoconto stenografico della seduta odierna, unitamente alle due tabelle che la corredano.

DI ORIO. Signor Presidente, tengo a sottolineare che il risultato più importante della Commissione parlamentare d'inchiesta istituita nella precedente legislatura è rappresentato sicuramente dall'inchiesta sugli ospedali incompiuti e credo che tra le questioni poste in campo in quel periodo questa sia stata l'unica ad avere un forte impatto anche sull'opinione pubblica.

Quella inchiesta prese avvio da una proposta avanzata in Commissione e ricordo che l'allora ministro della sanità Costa, in occasione di un incontro nel corso del quale avevo avuto modo di sottolineare il fatto

che un ospedale della mia città, l'Aquila, risultava in costruzione da ben 27 anni, dichiarò che in Italia gli ospedali incompiuti erano una decina. Successivamente ci fu comunicato dal Ministero della sanità, precisamente dal dottor Falcitelli, che dai dati in loro possesso il numero delle strutture ospedaliere mai completate si attestava intorno alle 30, mentre la nostra inchiesta di allora ne individuò ben 123. Ciò sta a dimostrare che il Ministero non ha una cognizione reale del problema perché, pur essendo dotato di un osservatorio, in realtà la questione in esame è di specifica competenza delle regioni.

In un convegno che si tenne nel febbraio del 1996 presso il CNEL in cui ero relatore gli assessori alla sanità di alcune regioni meridionali (il fenomeno degli ospedali incompiuti riguarda per il 90 per cento il Mezzogiorno d'Italia) dichiararono che i risultati della nostra indagine erano eccessivi e sproporzionati rispetto alla realtà. Ricordo che a tale proposito si svolse un dibattito assai animato con i rappresentanti delle regioni Puglia, Sicilia e Campania. Per questa ragione all'insediamento della attuale Commissione d'inchiesta si decise di proseguire quell'indagine non soltanto per un approfondimento delle materie esaminate dalla precedente Commissione, ma anche per dimostrare che la stima da noi fornita in quella occasione non era assolutamente sovradimensionata. Infatti, i dati risultanti dalla nuova inchiesta, almeno per quanto riguarda le regioni finora osservate (Puglia e Abruzzo), ci hanno confermato che il fenomeno che segnalammo all'opinione pubblica nella scorsa legislatura è esattamente nei termini denunciati allora.

La Commissione – ripeto – ha deciso quindi di proseguire la sua ricognizione anche allo scopo di verificare le informazioni ed è stata una scelta – di cui va dato atto e merito al nostro Presidente – compiuta all'unanimità proprio perché si è ritenuto importante che questo fenomeno che ha pesato moltissimo sull'erario venga denunciato in termini di assoluta certezza. Per raggiungere questo obiettivo ci siamo dotati di un fotografo onde poter fornire una testimonianza storico-fotografica delle strutture ospedaliere incompiute e sono già stati effettuati vari sopralluoghi: tra il 1° e il 4 dicembre scorso, da una delegazione composta dal sottoscritto e dai colleghi Mignone e Provera; successivamente, il 13 e il 14 dicembre, dal sottoscritto e dalla senatrice Carla Castellani.

Tengo a ribadire e a sottolineare che nonostante l'impegno preso dalle regioni e dalle ASL per una rapida conclusione dei lavori necessari per il completamento delle strutture ospedaliere incompiute, abbiamo constatato che solo poche di esse sono state portate a termine. Quindi va detto con chiarezza che non solo la nostra indagine ha confermato l'entità del fenomeno, ma ha anche verificato che gli impegni assunti dalle regioni – ne sono testimone – sono stati in gran parte disattesi; infatti, soltanto alcune delle regioni che citerò hanno terminato i lavori di completamento.

Per quanto riguarda la regione Puglia, abbiamo iniziato la nostra indagine dal Policlinico di Bari, in costruzione dal 1967. Come ricorderanno i colleghi presenti al sopralluogo, ci è stato riferito che spesso i lavori hanno subito interruzioni per denunce, querele e per fatti legati al cosid-

detto fenomeno di tangentopoli. In ogni caso il Policlinico di Bari è tuttora in fase di completamento e deve essere ancora autorizzata l'indizione delle gare d'appalto e, a quanto riferito dai direttori generali, un ostacolo è costituito dal contenzioso amministrativo in corso.

Le risorse necessarie per il completamento sono state quantificate in 39 miliardi e non sono state ancora erogate, in parte addirittura neanche impegnate.

L'ospedale San Paolo di Bari iniziato nel 1967, 31 anni fa, è ormai completato anche se non è cominciata la fase di avvio delle degenze e si è in attesa della certificazione di agibilità da parte dei Vigili del fuoco. Lo stesso discorso vale per l'ospedale di Barletta iniziato soltanto - se mi si consente la battuta - 19 anni fa.

L'ospedale di Turi, un edificio importante, era un rustico. I senatori Mignone e Provera ricorderanno che all'epoca visitammo tale struttura quasi a forza perché la regione Puglia sosteneva che fosse quasi inesistente. Si tratta invece di un rustico molto ampio di cui non si conosce la destinazione futura; tra le varie proposte, una prevede di utilizzarlo come SERT, anche se al momento è soltanto un ricettacolo di attività che vengono lì svolte nottetempo.

CASTELLANI Carla. A qualcosa serve almeno.

DI ORIO. A qualcosa serve ma non proprio a ciò per cui era stato edificato.

PRESIDENTE. Si tratta più di un ricovero che di un ospedale.

DI ORIO. A Castellana Grotte vi è l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico «Saverio De Bellis». È stato realizzato soltanto il primo lotto e anche in questo caso vi è una richiesta di finanziamento per quasi 40 miliardi che in questo momento non sono disponibili.

Per l'ospedale San Giacomo di Monopoli, un rustico, i lavori sono iniziati nel 1980, sospesi nel periodo 1982-1988 e sospesi nuovamente dal 1991 al 1997. Abbiamo avuto l'impressione che i lavori fossero ripresi molto recentemente, nell'ottobre del 1997. Anche in questo caso vi è una richiesta di finanziamenti che non sono momentaneamente disponibili.

A Ceglie Messapico vi è invece una struttura ormai completata che purtroppo non entra in funzione - segnalo questo dato all'attenzione dei colleghi - perché vi sono difficoltà nel realizzare la pianta organica: al di là del «burocratese», pianta organica e quant'altro, non c'è personale da inviare in questa struttura.

Anche l'ospedale di Summa a Brindisi va considerato come una struttura completamente a rustico. Sono stati completati soltanto gli esterni in quanto le attrezzature interne ancora mancano.

A Campi Salentina vi è una struttura con due piani a rustico e tre funzionanti, di cui è stato realizzato soltanto il 60 per cento; anche in que-

sto caso vi è una richiesta di quasi 35 miliardi. Le possibilità di finanziamento per il completamento della struttura non sono ancora disponibili.

L'ospedale Fazzi di Lecce, un centro oncologico, si presenta in via di completamento. La cosa strana è che nel 1995 eravamo dubbiosi se considerarlo già come una struttura completa, ma nel 1997 abbiamo riscontrato le stesse condizioni verificate due anni prima.

L'ospedale di Nardò è una struttura completamente a rustico in via di completamento alla quale mancano ancora impianti e arredi; anche in questo caso vi è una richiesta economica per 52 miliardi.

Sempre a Nardò vi è un gerontocomio che può essere considerato a tutti gli effetti un cantiere abbandonato. Non siamo neanche riusciti a visitarlo, anche se da lontano si può intravedere una grande struttura abbandonata di cui la regione non sa cosa fare e che non è stata ancora inserita in alcuna programmazione.

Gli ospedali di Poggiardo, Casarano e Galatina nella zona del leccese presentano tutti strutture a rustico realizzate soltanto in minima parte. Il comportamento generale è quello di completare solo uno o due piani lasciando la parte restante a rustico.

Insieme agli altri colleghi abbiamo considerato che l'esistenza di cantieri nei casi in cui sono attivate le degenze non corrisponde esattamente a ciò che l'OMS stabilisce in merito alle condizioni dei degenti in una struttura ospedaliera. Eppure per ogni struttura abbiamo una parte attivata per le degenze e una gran parte non ancora realizzata, con cantieri permanenti. Potete immaginare la situazione di disagio dei degenti in mezzo a ruspe e ad attrezzature edilizie.

La cosa più incredibile per quanto riguarda la zona di Lecce è il fatto che esista una rete ospedaliera con strutture che, pur distando pochi chilometri una dall'altra, si presentano tutte nelle stesse condizioni di incompletezza. Nel raggio di dieci chilometri ce ne sono addirittura tre e tutte in parte costruite e in parte no, senza che la regione abbia espresso alcuna indicazione programmatica sul mantenimento di alcune e sulla soppressione di altre.

L'ospedale di Gallipoli presenta tre torri che sono da considerarsi a tutti gli effetti necessarie. Questo ospedale è stato sempre sovrastimato tanto che credo che la quarta torre non possa avere alcuna utilizzazione.

Abbiamo poi l'ospedale Nord di Taranto ormai completato ed in via di attivazione. È stato previsto in proposito un finanziamento per 16 miliardi già ottenuto. Mancano ormai soltanto alcune rifiniture.

L'ospedale di Castellaneta è un rustico di quattro piani, di grandi dimensioni, nato negli anni '80. È collocato in un territorio per il quale è necessario individuare le utenze. Anche in questo caso mancano i finanziamenti.

L'ospedale di Mottola è allo stato rustico, non potrebbe accogliere più di 120 o addirittura 110 posti letto; è quindi una struttura che, per le leggi in vigore, necessita di una modifica della destinazione d'uso dell'ospedale.

L'ospedale di Cerignola è ormai una struttura completata. Si tratta di un impegno preso nel 1995 e portato a termine.

Gli ospedali riuniti di Foggia costituiscono un progetto che ha avuto inizio negli anni '70. È una struttura che si sta realizzando in gran parte a rustico; si sta restaurando una parte dei locali che purtroppo il tempo ha danneggiato e anche in questo caso sono necessari circa 40 miliardi di finanziamenti ulteriori, che al momento non sono reperibili.

A Vico del Gargano vi è una struttura che all'inizio doveva essere un ospedale ma il cui progetto è poi stato abbandonato perché la regione ha dichiarato la sua indisponibilità a realizzare in quel luogo un ospedale.

L'ospedale di Monte Sant'Angelo è perfettamente funzionante.

Per quanto riguarda la regione Puglia, bisogna confermare tutto ciò che era stato indicato nella precedente relazione, ad eccezione degli ospedali che sono stati completati.

Nel testo della relazione vengono espresse in modo analitico le forme di finanziamento e la situazione degli ospedali stessi.

Faccio infine presente che è a disposizione della Commissione una documentazione fotografica dei sopralluoghi da noi effettuati.

PRESIDENTE. Come ho già detto prima, nel resoconto della seduta odierna saranno pubblicate anche le tabelle allegate alla relazione esposta dal senatore Di Orio, che nuovamente ringrazio anche per aver messo a disposizione della Commissione una documentazione fotografica dei sopralluoghi effettuati dalla delegazione.

DI ORIO. Abbiamo potuto testimoniare situazioni di incuria degli stabili, sia di quelli completamente a rustico, sia di quelli che in qualche modo dovrebbero essere ultimati ma che non c'è alcuna disponibilità a completare. In una struttura del leccese abbiamo trovato tra l'altro un acceleratore lineare completamente abbandonato: acquistato sei anni prima, non era stato mai utilizzato e i cittadini di quel territorio dovevano recarsi altrove per effettuare una radioterapia.

Devo dire che dalla regione Puglia abbiamo ricevuto collaborazione, ma c'è stata qualche difficoltà nel comprendere l'intervento di verifica dello Stato su queste strutture e nel dire cosa loro intendano fare delle stesse. Ci hanno in qualche modo comunicato che non ci sono né le possibilità, né i mezzi perché in gran parte queste strutture possano diventare strutture sanitarie.

La proliferazione di strutture ospedaliere nel Salento, il caso di Turi, e così via, sono esempi della realtà drammatica della Puglia dal punto di vista delle strutture incompiute; una realtà cui credo dovremo porre attenzione quando, passando dall'inchiesta alle proposte, indicheremo alcune possibili soluzioni; ovviamente saranno poi le regioni, nell'ambito della loro autonomia, a farci sapere che intendono fare.

Per la regione Abruzzo la situazione non è diversa da quella segnalata per la Puglia. Tra l'altro, ricordo che l'inchiesta era partita proprio dagli ospedali dell'Aquila e di Chieti, entrambi in costruzione dal 1972.

Ci sono stati alcuni trasferimenti e quindi una parziale attivazione di queste strutture, che può essere considerata intorno al 40 per cento, ma abbiamo sempre situazioni gravi tali, per esempio, da far coabitare i degenti con i cantieri. Questa è una cosa che abbiamo detto più di una volta e che secondo me va sempre ribadita perché crea un grave disagio. Avere un ospedale, come quello dell'Aquila, solo in parte attivato – perché senza pronto soccorso, senza chirurgie, senza rianimazione – secondo me espone a rischio i degenti di quell'istituto; le due strutture di rianimazione e pronto soccorso sono nel vecchio ospedale, che dista dal nuovo circa dieci chilometri.

La stessa cosa vale per Chieti, che è un plesso sanitario piuttosto grande dal punto di vista numerico. La situazione è che all'Aquila sono stati attivati 260 posti su 560 e sono necessari ancora 117 miliardi; a Chieti sono stati attivati 200 posti sui 600 previsti a regime e la spesa prevista per il completamento è di 99 miliardi. Abbiamo incontrato gli operatori sanitari che molto ottimisticamente dicono che sono ospedali avviati, ma abbiamo visto che la gran parte delle due strutture ospedaliere è di fatto non attiva. Per Chieti il completamento è previsto per la primavera del 1999; dal 1972, anno in cui sono cominciati i lavori di costruzione, sono passati 26 anni: questo non può non farci riflettere.

Sono state inoltre individuate delle strutture, come quella di Sant'Egidio alla Vibrata, non rilevate nel 1995. Questo – lo dico al nostro Presidente e ai membri della Commissione – può essere anche indicativo della collaborazione che ci viene dalle regioni. Come la senatrice Castellani ben sa, neanche io che sono abruzzese sapevo che esistesse una struttura a rustico a Sant'Egidio alla Vibrata; l'ho vista per la prima volta in una fotografia pubblicata su «Famiglia Cristiana». Né la regione ci ha mai comunicato nulla per la verità, nonostante noi avessimo chiesto già nell'altra legislatura che le regioni ci fornissero tutti i dati sulle strutture incomplete. Per nostra fortuna abbiamo avuto casualmente questa informazione e abbiamo visto che si tratta di un rustico di dimensioni ragguardevoli, non enormi ma comunque importanti, iniziato nel 1965 – quindi ben 33 anni fa – e in stato di abbandono.

A Contrada Casalena abbiamo trovato un'altra struttura non rilevata nel 1995, costituita da 14 rustici, di cui alcuni completati; anche in questo caso vi è una richiesta di finanziamento non disponibile e quindi la struttura giace senza che sia previsto alcun intervento edilizio per completarla.

L'ultima struttura è a Ripa Teatina. Si tratta di un rustico abbandonato dal 1974 – anche in questo caso sono passati ben 24 anni – e la situazione è invariata dal 1995. Adesso pare che ci sia la volontà di trasformarla in RSA (residenza sanitaria assistita), ma anche per questa mancano i finanziamenti necessari.

In conclusione, abbiamo verificato la situazione precedente e abbiamo notato che non è mutata, che molti degli impegni di completamento assunti non sono stati mantenuti, che addirittura in Abruzzo – ma credo che possa essere un campione rappresentativo del territorio nazionale – ci sono strutture avviate e non portate a completamento che non erano

state visionate nel 1995. Quindi non è vero che all'epoca noi avessimo sovrastimato, anzi, visto che sono emerse altre situazioni, forse abbiamo addirittura sottostimato la situazione. Mi pare che questo sia un caso grave di programmazione sanitaria non realizzata. Tra l'altro la maggior parte delle strutture a rustico – non quelle dove c'è degenza – non figurano affatto nella programmazione regionale pugliese e abruzzese. quindi è da ritenere che non servano alla sanità di queste due regioni: c'è da chiedersi che cosa diventeranno.

D'altra parte, sia la regione Puglia che la regione Abruzzo hanno più posti letto del 5,5 per mille stabilito in finanziaria; quindi si tratta di eliminarne una parte non certo di aumentarli. Probabilmente le strutture che saranno completate saranno soltanto quelle che sostituiranno le vecchie, ormai fatiscenti; certamente è del tutto impensabile che nuove strutture ospedaliere possano essere aggiunte a quelle esistenti perché in realtà non sono state affatto comprese in nessuna programmazione regionale sanitaria. Per alcune di esse è stato detto che potrebbero diventare strutture sociali, dedicate ad altre attività, quindi non rientrerebbero nella sanità; dai documenti ufficiali però tutto questo non risulta.

Quindi di fatto non c'è alcuna opzione o in un campo o nell'altro della programmazione sanitaria.

Possiamo calcolare anche a quanto ammontano i miliardi erogati per le strutture incompiute. Ricordo anche qui – come è stato detto per Bari, Barletta, Ceglie Messapico, Campi Salentina, Nardò e Poggiardo – che in alcuni casi non sono state finanziate nuove strutture, ma i fondi sono stati destinati alla ristrutturazione di stabili costruiti e in seguito abbandonati, quindi in uno stato di degrado dovuto al mancato utilizzo. Si spende, cioè, denaro pubblico per riattivare strutture che sono state abbandonate, strutture di cui non si sa cosa fare e che il tempo ha danneggiato.

Ricordo infine che la nostra Commissione sarà impegnata la settimana prossima in un sopralluogo in Sicilia; sarà un impegno molto più oneroso dal momento che questa regione presenta un grande numero di strutture ospedaliere incompiute – 35, se non sbaglio – e pertanto ritengo necessarie due o tre settimane per completare la nostra visita.

A conclusione di questa prima fase dell'indagine, che si è occupata delle regioni Puglia ed Abruzzo, desidero rassicurare i colleghi che l'investimento – iniziato nel momento in cui abbiamo deciso di porre questa materia tra quelle prioritarie del nostro lavoro – è perfettamente rispondente agli obiettivi che ci siamo posti.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Di Orio per la completezza della sua esposizione. Mi complimento con lui e con tutti i colleghi senatori che lo hanno accompagnato nei sopralluoghi anche perché, tenuto conto del tempo a loro disposizione e dei disagi che hanno dovuto affrontare per recarsi nei luoghi da ispezionare, il lavoro portato a termine è dozzinoso di dati e di informazioni e quindi tale da convincerci immediatamente sia della bontà dell'investimento – come detto anche dal senatore Di Orio – sia della necessità di verificare le possibili soluzioni e le pro-

poste operative che dovranno quanto prima e concretamente essere portate avanti in sede parlamentare e governativa.

Ritengo inoltre che l'aver avviato una fase di controllo e di estensione dell'indagine svolta nella precedente legislatura sia molto importante e altresì che i primi dati raccolti nelle regioni Puglia ed Abruzzo non rappresentino la fotografia di un settore separato dell'Italia, in quanto credo che situazioni analoghe possano essere individuate anche in quelle che vengono normalmente considerate regioni sviluppate. Fondamentali per la nostra indagine saranno le informazioni che riusciremo ad acquisire sulla situazione siciliana, come pure il supporto fotografico e qualsiasi altra prova documentale sarà possibile allegare ai risultati della nostra inchiesta.

BERNASCONI. Signor Presidente, mi complimento con il collega Di Orio per la relazione molto approfondita, che definirei quasi scientifica.

Vorrei porre due questioni, non tanto sulla relazione che considero assolutamente completa ed esauriente, quanto sulle proposte che dovremo avanzare in base allo scenario complessivo che risulterà dalla nostra inchiesta.

È chiaro che le responsabilità regionali sono moltissime. Lo sono anche e soprattutto in relazione ai nuovi adempimenti di legge previsti a carico delle regioni. Mi riferisco in particolare alla questione dell'incompatibilità nel settore pubblico per la libera professione, in merito alla quale abbiamo rilevato che le maggiori difficoltà non sono rappresentate dalle scelte personali dei medici, quanto dall'insensibilità dimostrata dai direttori generali e dalle regioni rispetto alla possibilità di indirizzare tali scelte a favore delle strutture pubbliche, magari attraverso l'approntamento di opportuni investimenti finalizzati a che vi siano spazi adeguati perché la libera professione venga svolta nel settore pubblico.

Inoltre, dai dati relativi alle regioni Puglia e Abruzzo, e testé menzionati dal collega Di Orio, si evince che una serie di strutture incompiute o parzialmente compiute – che tra l'altro non si sa come usare per altri scopi – si collocano in ambiti territoriali molto ristretti e vicini ad ospedali già funzionanti. Ritengo quindi estremamente grave il fatto che non si sia compreso che investire in queste strutture a favore dell'attività libero-professionale potesse risultare utile non solo al recupero delle stesse, ma anche e soprattutto a perseguire un obiettivo di convenienza aziendale e di concorrenza tra pubblico e privato.

Il secondo aspetto che desidero sottolineare riguarda l'insensibilità manifestata dagli amministratori rispetto alle norme sull'accreditamento edilizio delle strutture pubbliche. Si tratta anche in questo caso di una normativa già approvata e vigente, e quindi cogente per gli amministratori. Tuttavia, sappiamo che molte strutture pubbliche e private – anche del Nord – non rispondono ai criteri edilizi previsti dalle nuove norme di accreditamento e cioè camere a due letti, adeguamento dei servizi e degli spazi, e così via. Ritengo pertanto che rappresenterebbe un gravissimo er-

rore non far rientrare anche questo adeguamento legislativo all'interno del recupero di investimenti pubblici già utilizzati.

Nel momento in cui avanza le nostre proposte – fin dove è possibile e per quanto è nelle nostre responsabilità – dovremo tener conto dell'importanza del recupero dell'ammodernamento strutturale del servizio sanitario pubblico e formulare ipotesi anche in tal senso. Poi, naturalmente, chi risulterà inadempiente dovrà risponderne anche a livello personale rispetto al ruolo che svolge.

DI ORIO. Signor Presidente, ritengo che quanto testé dichiarato dalla senatrice Bernasconi sia molto importante soprattutto per quanto riguarda le conclusioni che dovremo trarre dalla nostra indagine.

CASTELLANI Carla. Signor Presidente, mi complimento anch'io con il collega Di Orio per la relazione oggettivamente molto esaustiva che rispecchia una realtà veramente tragica del mondo della sanità, considerato il modo con cui è stato speso il denaro pubblico in certi casi.

Ritengo tuttavia che le finalità di questa inchiesta non si limitino all'osservazione della realtà ma debbano prefigurare anche le eventuali possibilità di recupero delle strutture ospedaliere incomplete.

Non ho partecipato al sopralluogo in Puglia, ma dalla relazione del senatore Di Orio viene delineata una situazione di grave disagio. A tale proposito, desidero chiedere al collega Di Orio se gli consta che la regione Puglia abbia predisposto un programma di recupero di queste strutture ospedaliere o di dismissione di quelle che non sarà possibile completare o utilizzare per altri scopi.

Per quanto riguarda l'Abruzzo, posso invece dire che la struttura di Sant'Egidio alla Vibrata era caduta completamente nel dimenticatoio, tanto che lo stesso sindaco del comune dove ci siamo recati per il sopralluogo ha dichiarato di averla data definitivamente per persa.

Per quanto riguarda le strutture di Casalena – alloggi con posti letto limitati, iniziati nel 1978 – si era pensato di trasferirvi l'ospedale psichiatrico; trasferimento che però non è stato attuato a seguito della approvazione della «legge Basaglia».

Oggi, secondo quanto riferitoci dal direttore generale pare che sia stato approntato un programma di parziale recupero di queste strutture al fine di realizzare delle residenze sanitarie, delle residenze protette e, addirittura, nell'edificio più ampio, un centro di riabilitazione. Questo programma non comprenderebbe il recupero di tre o quattro edifici che il direttore generale avrebbe intenzione di alienare.

Ritengo che nelle conclusioni della nostra inchiesta che sottoporremo all'attenzione del Ministro sarà importante sottolineare l'opportunità di sollecitare i finanziamenti da destinare a quelle strutture per le quali esiste già un programma di recupero affinché tornino ad essere utilizzate dai cittadini.

PAPINI. Signor Presidente, desidero ricollegarmi ad alcune considerazioni svolte in sede di Commissione permanente e altresì alle conclusioni tratte dalla senatrice Bernasconi in merito alla relazione sull'inchiesta testé svolta dal senatore Di Orio.

Ritengo che il tema in esame vada profondamente rivisto e che sia necessario collegare in qualche modo il problema dell'eventuale recupero delle strutture ospedaliere incomplete al tema dell'utilizzo delle stesse al fine dell'esercizio della libera professione «intramuraria», che rappresenta una strada che bisognerà profondamente rivedere e che sento di non condividere.

Anche se non è questo l'oggetto della discussione, vorrei ricordare che in economia esiste un concetto relativo ai costi sommersi. Credo che in ogni caso si possa tentare un recupero di una qualche validità anche se - lo ripeto - facendo molta attenzione a non dare luogo ad un peggioramento piuttosto che ad un miglioramento delle condizioni di gestione. Certamente, anche in coerenza con quanto detto in precedenti occasioni, ribadisco la mia opinione contraria all'utilizzo delle strutture incomplete ai fini dell'esercizio della libera professione «intramuraria».

PRESIDENTE. Mi pare che la senatrice Bernasconi abbia espresso due valenze riguardo all'argomento in esame. La prima in riferimento alle incompatibilità, l'altra in riferimento alle caratteristiche dell'accREDITAMENTO edilizio delle strutture pubbliche.

Prima ancora di affrontare questi problemi e non certo per arrivare da subito a conclusioni che richiedono certamente un esame approfondito dei risultati di tutte le altre inchieste, bisogna analizzare la situazione dal punto di vista finanziario per verificare l'entità delle risorse disponibili. Sulla base di questi dati credo che entrambe le ipotesi possano essere percorse e mi sembra affrettato sostenere che non si possano raggiungere entrambe. Nell'ambito delle due ipotesi ci saranno strutture assolutamente irrecuperabili e altre per le quali, concentrando gli sforzi, si potrà fare qualcosa. Mi sembra assurdo continuare ad impiegare denaro pubblico in pozzi senza fondo, pertanto nell'ambito delle possibilità di recupero sarà nostro compito dare una valutazione in merito a uno sviluppo generale della sanità congruo rispetto ai tempi e al nostro ingresso in Europa.

DI ORIO. Rispondo brevemente alla senatrice Castellani. In realtà, come ricorderà anche il senatore Mignone, i funzionari della regione Puglia, anche se le strutture completamente a rustico sono esplicitamente escluse dalla programmazione sanitaria pugliese, hanno sostenuto di essere in attesa di interventi finanziari per le strutture in via di completamento. Quanto ho detto di Turi o di altre località non è compreso in questo discorso e quindi o tali strutture vengono riconvertite in altre opportunità terapeutiche anche a carattere sociale oppure non interessano minimamente. Infatti, non sono state prese in considerazione nel piano sanitario regionale pugliese che dovrebbe essere redatto - al momento non è attivo - di qui a poco tempo.

PRESIDENTE. Concludendo i nostri lavori, vorrei ricordare che nelle giornate di mercoledì 24 e giovedì 25 febbraio la delegazione della Commissione preposta alla valutazione dello stato delle strutture ospedaliere incompiute effettuerà sopralluoghi a Palermo, Termini Imerese, Cefalù, Barcellona Pozzo di Gotto, Messina e Taormina.

Rinvio il seguito dei nostri lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,25.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

ALLEGATO

Relazione del senatore Ferdinando Di Orio*SULLO STATO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE INCOMPIUTE INDIVIDUATE DALLA COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE ISTITUITA NELLA XII LEGISLATURA, DEPOSITATA IL 19 FEBBRAIO 1998*

La Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie, istituita con deliberazione del 4 ottobre 1994, effettuò un'inchiesta sulle strutture ospedaliere incompiute che mise in luce l'ampiezza del fenomeno, fino a quel momento gravemente sottostimato. Va ricordato infatti che, a fronte di una iniziale valutazione del servizio di programmazione sanitaria del Ministero della sanità che, su richiesta della Commissione d'inchiesta aveva segnalato l'esistenza in Italia di ventinove ospedali incompiuti, a conclusione dell'inchiesta la Commissione ha ritenuto di poter classificare come strutture incompiute o inaccettabilmente incomplete, su un complesso di circa 170 casi che presentavano comunque delle anomalie, ben 123 strutture ospedaliere.

All'avvio della Commissione d'inchiesta sul sistema sanitario si è ritenuto consigliabile effettuare una verifica sullo stato delle suddette strutture sanitarie. L'opportunità di tale verifica era determinata, da un lato, dall'esigenza di non disperdere il lavoro compiuto nella precedente legislatura e di valutare quali risultati l'inchiesta aveva conseguito sul piano di una accelerazione della risoluzione dei problemi evidenziati e, dall'altro, dal fatto che le conclusioni stesse dell'inchiesta erano state più o meno gravemente contestate dalle regioni interessate, ciò che consigliava di operare una ricognizione diretta su situazioni che erano state considerate anomale spesso su basi meramente documentali o su segnalazioni – sia pure sempre circostanziate e argomentate – di componenti della Commissione che, in ragione della loro provenienza geografica, erano a conoscenza delle singole realtà.

La prima operazione di verifica ha riguardato la regione Puglia le cui strutture anomale, individuate dalla precedente Commissione, in numero di venticinque, di cui venti propriamente incompiute, sono state visitate tra il 1° e il 4 dicembre 1997 da una delegazione composta dai senatori Di Orio, Mignone e Provera, con l'eccezione di due strutture visitate il 14 dicembre dalla delegazione composta dai senatori Di Orio e Carla Castellani, che già il giorno precedente si era recata nelle quattro strutture incomplete dell'Abruzzo.

Occorre in primo luogo sottolineare che i risultati di queste ricognizioni – sui quali la Commissione ha prodotto una documentazione fotografica che sarà allegata alla presente relazione – hanno complessivamente

confermato la correttezza dei dati emersi dalla precedente inchiesta, anche se, naturalmente, molte situazioni hanno conosciuto significativi sviluppi rispetto all'epoca in cui l'inchiesta stessa fu condotta.

Per quanto riguarda, poi, la valutazione dei dati stessi, questa non può che ricalcare le considerazioni già svolte nella relazione conclusiva presentata dalla precedente Commissione d'inchiesta. In particolare va ricordato come la relazione avesse posto in rilievo che la costruzione di gran parte delle strutture incompiute – che sono tutte situate, tranne situazioni marginali, nelle regioni del Mezzogiorno – era stata decisa nel periodo intercorrente tra l'istituzione delle regioni e quella del Servizio sanitario nazionale, ciò che testimoniava un uso fortemente clientelare e distorto, in particolare in quella fase, delle funzioni programmatiche affidate alle regioni. Le modalità attraverso le quali si erano concretizzate tali distorsioni della programmazione regionale erano state individuate nella frequente sovrastima della domanda dei ricoveri, nella preferenza accordata alle nuove edificazioni rispetto al completamento di opere già avviate in passato, nel rinvio degli studi di fattibilità. La Commissione aveva quindi auspicato che nella realizzazione di nuove strutture si fossero seguiti, quali criteri di buona amministrazione, una corretta individuazione degli obiettivi di assistenza nei piani di programmazione sanitaria delle regioni, l'elaborazione di progetti puntuali per quanto riguarda la previsione delle fasi di realizzazione dell'opera e dei tempi di consegna, la definizione precisa del piano di finanziamento e la garanzia della disponibilità delle risorse.

Per quanto riguarda soprattutto il primo di questi criteri, quello cioè relativo al piano di programmazione sanitaria regionale, va osservato che, come è noto, negli ultimi due anni i limiti dell'esercizio della discrezionalità da parte delle regioni si sono fatti più stringenti a seguito alla determinazione dei criteri dei posti letto per abitante e del tasso di occupazione dei posti letto nonché dalla ristrutturazione della rete ospedaliera nazionale avviata con le ultime manovre finanziarie.

Le delegazioni recatesi in Puglia e in Abruzzo hanno dovuto constatare che il rispetto di questi criteri continua ad incontrare il limite di interessi locali particolaristici e clientelari fortemente consolidati.

REGIONE PUGLIA

Per quanto riguarda, in primo luogo, la Puglia, la regione presenta un quadro complesso e fortemente differenziato tra le varie province.

Nell'area del capoluogo regionale, la Commissione ha visitato, in primo luogo, il policlinico di Bari, per il quale, secondo le dichiarazioni rilasciate dai responsabili della struttura, è risultato essere ormai in via di avviamento il cantiere per la realizzazione del complesso chirurgico dell'emergenza, opera questa finanziata dalla regione con uno stanziamento di 14 miliardi deliberato dalla Giunta regionale il 22 febbraio 1995, cui si aggiunge uno stanziamento di 39 miliardi, *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, mentre sono in via di avviamento le procedure per la

messa a norma degli impianti elettrici. La delegazione ha quindi visitato l'ospedale ubicato nel quartiere San Paolo di Bari (documentazione fotografica all'allegato n. 1), opera iniziata nel 1967 con finanziamento a totale carico del comune di Bari, cui era successivamente subentrata la regione intervenuta nel corso degli anni con diversi finanziamenti, l'ultimo dei quali approvato nel 1994, per una spesa di 35 miliardi complessivi. Nel luglio del 1995, quando erano stati raccolti i dati relativi a tale struttura, l'ospedale risultava completato da tre anni - va osservato che a causa di un contenzioso con la ditta appaltatrice i lavori erano stati sospesi dal 1977 al 1989 - ma non veniva messo in funzione in mancanza del certificato di agibilità da parte dei Vigili del fuoco.

La delegazione ha potuto constatare come, finalmente, l'ospedale sia oggi effettivamente funzionante; sono infatti attivati i reparti di ostetricia, ginecologia, cardiologia, e pneumologia, ciò che ha consentito l'attivazione di circa 230 posti letto tramite il trasferimento di reparti precedentemente situati nelle strutture di Modugno - 110 posti letto - presso l'ospedale Cotugno di Bari, del quale il piano sanitario regionale prevede la chiusura, e presso il Centro traumatologico ospedaliero di Bari. L'attivazione di tutti i reparti previsti dovrebbe avvenire tramite il trasferimento da Bitonto dei reparti di gastroenterologia e urologia; l'obiettivo finale, comunque, è l'attivazione di 500 posti letto.

Sempre in provincia di Bari, la Commissione ha visitato l'ospedale di Barletta (la documentazione fotografica è all'allegato n. 2).

Si tratta di un'opera, interamente sostitutiva dell'attuale ospedale, la cui vicenda si svolge secondo una cronologia singolarmente dilatata. La realizzazione dell'opera, progettata negli anni Sessanta, è stata avviata nel 1980 ed ha incontrato immediatamente gravi difficoltà di finanziamenti. Dopo un'iniziale, parziale realizzazione del rustico, il Consiglio regionale, con delibera n. 1122 del 1990, aveva previsto il completamento dei lavori; nel 1994 venivano stanziati 40 miliardi sul Fondo sanitario regionale. La progettazione e gli adempimenti necessari per l'ottenimento del mutuo sono stati autorizzati con delibera della Giunta regionale del 26 giugno 1995. A quella data, quindi, risultava realizzato solo il piano terra e parte del rustico dei piani superiori. Alla data della visita della delegazione la situazione non appariva sostanzialmente modificata, salvo le affermazioni dei responsabili circa l'imminente consegna degli appalti.

Ancora in provincia di Bari, la delegazione ha riscontrato una situazione particolarmente grave e significativa nel comune di Turi (la documentazione fotografica è all'allegato n. 3).

Nel 1975, il comune di Turi, con un iniziale finanziamento di un miliardo e 365 milioni del Ministero dei lavori pubblici, del quale risultano utilizzati 700 milioni, dava inizio, nella più completa e incomprensibile ignoranza della programmazione sanitaria regionale, alla costruzione di un nuovo ospedale civile del quale, di fatto, veniva realizzato solamente il rustico.

La delegazione ha dovuto constatare come a tutt'oggi permanga una grave confusione di responsabilità tra gli organi regionali e quelli locali,

che per il futuro della struttura prevedono la realizzazione di un centro di recupero per i tossicodipendenti che, mentre sembra anch'esso non inserito nel quadro di un'ordinata programmazione regionale, non sembra assolutamente congruo in considerazione delle grandi dimensioni delle strutture da completare.

La Commissione ha poi visitato il presidio ospedaliero Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Saverio De Bellis di Castellana Grotte (la documentazione fotografica è all'allegato n. 4).

Si tratta della costruzione di un nuovo edificio di questo centro di gastroenterologia, deliberata nel 1980 e iniziata nel 1988 e della quale era stato realizzato un primo lotto, dopo di che si era avuta la sospensione dei lavori per insufficienza del finanziamento.

L'utilizzazione di uno stanziamento CIPE di 7,7 miliardi assegnati nel 1992 dovrebbe consentire, secondo i responsabili della struttura, la prossima approvazione del secondo stato di avanzamento. Il costo complessivo dell'opera, le cui risorse, a parere dei responsabili, andrebbero recuperate sulle disponibilità di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 è di 39 miliardi.

La delegazione ha quindi visitato il presidio ospedaliero San Giacomo di Monopoli (la documentazione fotografica è all'allegato n. 5).

Si tratta della realizzazione di una struttura aggiuntiva a quella esistente, la cui costruzione - deliberata nel 1975 e iniziata nel 1980 - risulta sospesa per insufficienza dei finanziamenti tra il 1982 e 1988.

Il rustico della struttura - destinata a funzioni posti di terapia intensiva nonché di pronto soccorso e di astanteria - risultava completato alla fine del 1991. Con deliberazione della Giunta regionale n. 2947 del 26 giugno 1995, venivano autorizzate la progettazione e gli adempimenti per l'accensione del mutuo per 7,177 miliardi.

La prima quota del mutuo risulta concessa nel 1997. La delegazione non ha potuto constatare la ripresa dei lavori che risultano essere ricominciati nel mese di ottobre.

Per quanto riguarda la provincia di Brindisi, la delegazione ha dovuto prendere atto, in primo luogo, della singolare situazione del centro di recupero per motulesi e neurolesi di Ceglie Messapico (la documentazione fotografica è all'allegato n. 6).

Si tratta di un'opera iniziata nel 1980 e realizzata utilizzando i Fondi dell'AGENSUD.

Al luglio del 1995 risultavano in via di espletamento le procedure per il conferimento degli appalti per arredi, attrezzature mediche, cucine, e supervisione degli impianti. Alla data del sopralluogo la struttura risulta di fatto pronta per funzionare, in quanto ormai dotata di tutte le attrezzature per le attività riabilitative. Tale capitale resta però inutilizzato - ciò che ha reso oltretutto necessario il ricorso, certamente oneroso, ad un istituto privato di vigilanza per sorvegliare le costose dotazioni della struttura - a causa del grave ritardo con il quale si procede alla definizione delle piante organiche.

Altrettanto singolare si presenta per altri versi la situazione dell'Istituto Tanzarella di Ostuni (la documentazione fotografica è all'allegato n. 7).

L'Istituto fu progettato alla metà degli anni Trenta quale sanatorio per pazienti tubercolotici; la sua effettiva costruzione, iniziata nel 1950, venne portata a termine nel 1953. La sostanziale scomparsa della tubercolosi quale malattia epidemiologicamente rilevante ha determinato negli anni Settanta una parziale riconversione della struttura ad altre attività sanitarie, nonché a sede della scuola per infermieri professionali ma soprattutto il degrado progressivo di gran parte del complesso, che risulta peraltro di notevolissimo valore architettonico e paesaggistico. Nel 1993 un rapporto dei NAS determinò la chiusura delle parti ancora in funzione.

Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, vi è un progetto di recupero della struttura per la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per complessivi 230 posti, ma anche qui la situazione, se pure in misura meno grave che a Turi, è complessa. La spesa prevista per la ristrutturazione è di 7 miliardi, escluso il costo degli arredi.

La delegazione si è quindi recata a Brindisi, dove ha visitato la nuova sede dell'ospedale di Summa (la documentazione fotografica è all'allegato n. 8). Si tratta di una struttura la cui costruzione, deliberata nel 1971, è di fatto iniziata nel 1976.

L'ospedale si sviluppa in una serie di plessi collegati tra loro, un quarto dei quali appare tuttora allo stato di rustico.

Le gare d'appalto per l'impiantistica elettrica, i collaudi e gli arredi, che risultavano in corso di svolgimento alla precedente rilevazione della Commissione risultano essere state successivamente concluse e sono in cantiere i relativi lavori.

I responsabili hanno segnalato alcuni problemi inerenti alla necessità di reperire circa 15 miliardi per anticipare finanziamenti già stanziati ma che saranno erogati solo a rimborso. È peraltro da segnalare che risultano essere tuttora in fase di completamento i collegamenti con le utenze idriche ed elettriche, ciò che appare assai singolare per una struttura ospedaliera in costruzione da ventidue anni.

La delegazione si è quindi recata in provincia di Lecce. Va in primo luogo osservato come tale provincia presenti una forte anomalia nella configurazione della rete ospedaliera, in particolare nel territorio dell'azienda sanitaria locale Lecce 2, che comprende la parte meridionale del Salento. Infatti in tale territorio sussistono un gran numero di strutture ospedaliere variamente qualificate come aziende o presidi - 13 in particolare nel solo territorio di Lecce 2 - che traggono la loro origine in parte da fondazioni istituite da privati tra lo scorso secolo e la metà del Novecento, in parte da iniziative assunte negli scorsi decenni dagli enti locali secondo una visione esasperata, anche evidentemente per motivazioni di carattere clientelare, di quella filosofia della diffusione territoriale dell'assistenza ospedaliera che è stata in passato prevalente. Va oltretutto osservato che l'anomalia del fenomeno è tanto più accentuata se si considerano i caratteri orografici della provincia, il cui territorio è completamente pianeggiante.

Le conseguenze negative e le gravi diseconomie di questa situazione – che sarebbe opportuno affrontare con un radicale intervento di ristrutturazione della rete ospedaliera rispetto al quale appaiono sussistere fortissime resistenze determinate da comprensibili interessi particolari e localistici - sono di palmare evidenza laddove si consideri, ad esempio, che presso talune delle strutture visitate è ritenuto «normale» non prevedere l'istituzione di un centro di rianimazione, dal momento che si può ricorrere a quello di un ospedale vicino a pochi chilometri.

Dopo aver visitato l'ospedale di Campi Salentina (la documentazione fotografica è all'allegato n. 9), una struttura attualmente in funzione a regime ridotto (112 posti letto attivati e 196 a completamento) per la quale sono in via di realizzazione una serie di opere dirette all'incrementazione della lungodegenza e della riabilitazione, nonché alla costruzione di uffici e di due nuove sale operatorie, la delegazione si è recata presso l'ospedale Fazzi di Lecce (la documentazione è all'allegato n. 10).

La situazione della struttura incompiuta pertinente a questo ospedale appare esemplare nella sua gravità.

Si tratta di una struttura aggiuntiva la cui costruzione è iniziata circa 21 anni fa per iniziativa dell'amministrazione provinciale di Lecce, inizialmente al di fuori di qualsiasi rapporto con la programmazione regionale, utilizzando dapprima finanziamenti della Cassa del Mezzogiorno-AGENSUD e successivamente, a seguito dell'inserimento nella programmazione regionale quale polo oncologico, finanziamenti a carico del Fondo sanitario regionale.

Al completamento dell'opera – per il quale risultano stanziati 15 miliardi con delibera n. 1007 del Consiglio regionale dell'8 marzo 1995 – osta fra l'altro il contenzioso in atto con la ditta costruttrice, che ha sigillato il cantiere rendendo necessario forzare il cancello esterno per consentire la visita della delegazione. La struttura finora realizzata – muratura esterna, tubazioni, vani ascensori, fognature e recinzione – appare in stato di totale abbandono e vi è installato un impianto di accelerazione lineare donato 6 anni fa dalla cittadinanza di Lecce e abbandonato in uno stato di totale incuria.

La delegazione si è quindi recata a Nardò.

In primo luogo è stato visitato l'ospedale cittadino (la documentazione fotografica è all'allegato n. 11). Si tratta di un ampliamento della struttura esistente iniziato nel 1978 e sottoposto a sospensioni prolungate. All'attivazione dell'opera, costata complessivamente 50 miliardi, mancherebbero solo gli arredi ed è prevista per il marzo 1998.

In secondo luogo, la delegazione si è recata presso il gerontocomio (la documentazione fotografica è all'allegato n. 12), struttura di proprietà del comune di Nardò i cui lavori, iniziati nel 1980 con un finanziamento iniziale di 7 miliardi, si sono interrotti dopo il completamento del rustico. La struttura appare oggi in uno stato di completo abbandono. Sembra che il comune stia esplorando la possibilità di convenzioni con i privati per l'utilizzo di questo immobile. Appare peraltro del tutto evidente all'osservatore l'estrema difficoltà di recuperare una struttura come questa, di

grandissime dimensioni, fatiscente, totalmente eccentrica rispetto al paese e, in definitiva, totalmente inutile.

La delegazione si è quindi recata a Poggiardo (la documentazione fotografica è all'allegato n. 13).

Per questo ospedale - per il quale è in corso un ampliamento della struttura esistente iniziato nel 1990 e tuttora allo stato di rustico, da completare con finanziamenti promessi dalla regione Puglia *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 - valgono le considerazioni generali svolte per tutti gli ospedali del territorio dell'azienda sanitaria locale Lecce 2.

Si tratta infatti di una struttura piccola (190 posti letto) che si presenta strutturalmente non autosufficiente in quanto gravita per le rianimazioni sull'ospedale di Scorrano, situato a soli 5 chilometri di distanza. Del resto lungo un tragitto lineare di appena 20 chilometri si incontrano gli ospedali di Nardò, Poggiardo, Casarano, Scorrano e Maglie.

Per l'ospedale di Scorrano (la documentazione fotografica è all'allegato n. 14) sono in corso lavori di ampliamento e ricostruzione di un padiglione fatiscente e destinato alla demolizione. I lavori sono iniziati nel 1977 e hanno subito rallentamenti per vari motivi, tra cui il fallimento della ditta appaltatrice.

Per il loro completamento il 26 giugno 1995, con deliberazione n. 2947 della giunta regionale, sono stati autorizzati la progettazione e gli atti necessari per l'accensione di mutuo per 8 miliardi. Va osservato che, nell'ambito dei lavori previsti, oltre al trasferimento e alla ricostruzione delle due sale operatorie già esistenti, è prevista l'apertura di altre due sale operatorie, con un dimensionamento della chirurgia che appare francamente eccessivo.

Una situazione analoga si può riscontrare presso l'ospedale di Casarano (la documentazione fotografica è all'allegato n. 15), per il quale è in corso l'ampliamento e la sostituzione di una struttura già esistente con lavori iniziati nel 1979.

Presso l'ospedale di Galatina (la documentazione fotografica è all'allegato n. 16) è in corso un ampliamento della struttura esistente i cui lavori sono iniziati nel 1990.

Si tratta di una struttura di quattro piani, di cui risultano in via di completamento i due superiori, che dovrebbero ospitare un reparto di nefrologia e dialisi e strutture di angiografia.

Per il completamento sono necessari 4 miliardi che si ritiene di poter recuperare *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

A Gallipoli (la documentazione fotografica è all'allegato n. 17) è in via di completamento la nuova sede dell'ospedale, iniziata nel 1965. La maggior parte della struttura è già attivata mentre è in via di completamento una delle tre torri.

La delegazione si è quindi recata in provincia di Taranto.

In primo luogo ha visitato l'ospedale nord di Taranto (la documentazione fotografica è all'allegato n. 18).

Si tratta di una struttura iniziata nel 1974 della quale, all'atto della rilevazione effettuata dalla precedente Commissione d'inchiesta risultavano attivati due piani su sette.

Attualmente deve essere attivato solo un piano, mentre sono in via di completamento i lavori di messa a norma degli impianti elettrici.

Sono attualmente attivati 220 posti letto ed è in via di attivazione il servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

La delegazione si è quindi recata presso l'ospedale di Castellaneta (la documentazione fotografica è all'allegato n. 19). Si tratta di un intervento aggiuntivo iniziato nel 1977 e più volte sospeso in attesa di finanziamenti.

Alla data della precedente rilevazione risultavano realizzati gli uffici e un rustico di quattro piani.

Con delibera della Giunta regionale n. 2947 del 1995 era stata autorizzata la progettazione di atti necessari all'accensione di un mutuo di lire 6,5 miliardi. I responsabili dell'azienda prevedono l'ultimazione dei lavori per il dicembre del 1999, con l'attivazione di 250 posti letto e la conseguente chiusura del vecchio ospedale, che dovrebbe essere riutilizzato come residenza sanitaria assistenziale.

La delegazione si è quindi recata a Mottola (la documentazione fotografica è all'allegato n. 20), dove la costruzione del nuovo ospedale era iniziata nel 1974. È in corso una modifica della destinazione d'uso dell'ospedale che ha meno di 120 posti letto.

La delegazione si è quindi recata in provincia di Foggia.

In primo luogo la delegazione si è recata a Cerignola (la documentazione fotografica è all'allegato n. 21).

La situazione di Cerignola, dove è in corso la costruzione di un nuovo ospedale sostitutivo di quello esistente, non può essere propriamente fatta rientrare nella tematica generale degli ospedali incompiuti, dal momento che, pur non essendo la struttura completa e attivata, i lavori sono iniziati nel 1994 e gli stati di avanzamento appaiono regolari.

Presso l'ospedale di Foggia (la documentazione fotografica è all'allegato n. 22) sono in corso lavori di ampliamento collegati alla dismissione da parte dell'azienda sanitaria locale di un presidio ospedaliero broncopneumo-tisiologico, nonché lavori di consolidamento determinati da un dissesto statico rilevato 10 anni fa sulla parte centrale della struttura.

In particolare, per quanto riguarda la costruzione di un nuovo blocco dell'ospedale, l'opera, iniziata al principio degli anni Settanta, è stata bloccata per oltre 20 anni dopo il completamento del rustico per mancanza di finanziamenti.

A seguito della delibera della Giunta regionale n. 582 del 22 febbraio 1995 che autorizzava l'accensione di un mutuo di 14 miliardi e 500 milioni, sono ripresi i lavori, per il cui completamento restano da finanziare altri 12 miliardi e 400 milioni.

Quanto al finanziamento occorrente per la ristrutturazione del blocco centrale, esso è stato valutato in lire 26 miliardi mentre risultano occorrenti altri 7 miliardi e 500 milioni per la messa a norma dei restanti padiglioni e 5 miliardi e 100 milioni per il riattamento dell'ex ospedale di ma-

ternità che, adiacente all'ospedale cittadino di Foggia, deve essere conglobato in questa struttura.

Come si è già detto, la ricognizione delle strutture pugliesi è stata completata il 14 dicembre 1997 dalla delegazione, composta dal senatore Di Orio e dalla senatrice Carla Castellani, che si era recata il giorno precedente in Abruzzo.

La delegazione ha visitato le strutture ospedaliere di Vico del Gargano (la documentazione fotografica è all'allegato n. 23) e di Monte Sant'Angelo (la documentazione fotografica è all'allegato n. 24). A Vico del Gargano era prevista in passato la costruzione di un ospedale il cui nucleo originario era rappresentato dal poliambulatorio e dal pronto soccorso allocati in un vecchio monastero di proprietà dell'Ordine dei Cappuccini; tale posto di pronto soccorso doveva essere trasferito nel centro cittadino, mentre era stato individuato il sito per la costruzione del nuovo ospedale. Tali progetti sono rimasti del tutto inattuati, mentre si sono determinate situazioni che impediscono di proseguire il rapporto con l'Ordine dei Cappuccini e rendono improrogabile l'individuazione di un nuovo sito del pronto soccorso.

Le autorità del comune hanno inoltre fatto presente che, anche sulla base dei nuovi criteri per la determinazione del fabbisogno e dell'allocazione delle strutture ospedaliere, il problema della costruzione di un ospedale a Vico del Gargano non ha certamente perso di attualità, dal momento che il comune di trova al centro di un territorio di complessivamente circa 60.000 abitanti - e che conosce l'enorme incremento di popolazione nel periodo estivo - le cui comunicazioni con i più vicini centri dotati di strutture ospedaliere risultano particolarmente difficili.

Per quanto riguarda invece Monte Sant'Angelo, dove esistono problemi di altro tipo legati alla sottoutilizzazione della struttura, si può ritenere che non vi siano effettivamente strutture incompiute.

In conclusione si deve ribadire che le valutazioni espresse dalla Commissione strutture sanitarie nella scorsa legislatura appaiono sostanzialmente confermate. Al di là di singoli casi, in particolare Monte Sant'Angelo e Cerignola, per i quali non si può parlare di incompletezza e di ritardo nella realizzazione della struttura, e dell'ospedale San Paolo di Bari, finalmente avviato a funzionamento, peraltro dopo ben 30 anni dall'inizio dei lavori, non si può non rilevare la persistente incapacità delle aziende sanitarie e della regione - che spesso nel corso del sopralluogo è sembrata perfino ignorare talune delle situazioni più gravi - di affrontare e di risolvere i nodi strutturali rappresentati dalla mancanza di una seria politica di programmazione dell'assistenza sanitaria - si vedano in particolare il caso di Turi, ma anche l'irrazionale proliferazione delle strutture ospedaliere del Salento - e di una deplorabile incuria nei confronti delle risorse pubbliche, come dimostrano in particolare fenomeni come quello di Ceglie Messapico, dove un complesso sanitario di elevato pregio viene lasciato in stato di abbandono per oscure questioni di politica del personale, di Ostuni, dove ci si dimostra incapaci di recuperare, anche solo a

fini di produzione di reddito, una struttura di grandissimo pregio paesaggistico e, soprattutto, di Lecce, dove un costoso acceleratore lineare giace abbandonato da ben 6 anni in una struttura che sembra ormai avviata alla fatiscenza.

REGIONE ABRUZZO

Per quanto riguarda l'Abruzzo, la Commissione si è recata in primo luogo presso il nuovo ospedale dell'Aquila (la documentazione fotografica è all'allegato n. 25).

Si tratta di una struttura la cui costruzione è iniziata nel 1972 e che solo negli ultimi anni è stata resa parzialmente operativa (risultano attualmente 200 posti letto attivati contro i 560 previsti a regime). Resta tuttora da completare una vasta area dell'ospedale, ove si riscontrano ritardi nella realizzazione di alcuni importanti plessi dell'ospedale, consegnati incompleti.

La Commissione ha quindi visitato due strutture incompiute - situate a Teramo nelle località di Sant'Egidio alla Vibrata e a Casalena - che non risultavano censite dalla precedente Commissione d'inchiesta (la documentazione fotografica è rispettivamente agli allegati nn. 26 e 27).

Nel primo caso si tratta di un vasto complesso allo stato di rustico, la cui costruzione è iniziata nel 1965, in ordine al quale esiste un contenzioso con la ditta costruttrice che a sua volta determina un conflitto tra l'unità sanitaria locale, che vorrebbe cedere al comune questa struttura in quanto non rientra nella programmazione regionale, e il comune stesso che, appellandosi alla legge n. 142 del 1990, ritiene di non poter acquisire un immobile oggetto di contenzioso. Quanto al complesso di 14 edifici destinati a residenze sanitarie assistenziali situato a Casalena, si pone un problema di ridimensionamento di tale progetto e di conseguente individuazione degli immobili da portare a completamento e di quelli da dismettere.

La Commissione si è quindi recata all'ospedale teatino SS. Annunziata di Colle dell'Ara (la documentazione fotografica è all'allegato n. 28). Si tratta di una struttura la cui costruzione è iniziata nel 1972, di complessivi 500 posti letto dei quali solo 200 risultano attivati, peraltro molto di recente.

Infine, la delegazione si è recata a Ripa Teatina (la documentazione fotografica è all'allegato n. 29), dove l'amministrazione provinciale aveva avviato nel 1974 la costruzione di un centro di riabilitazione psicomotoria rimasto del tutto abbandonato dopo il completamento del rustico.

La struttura è attualmente gestita dall'unità sanitaria locale e se ne prevede il completamento e la trasformazione in residenza sanitaria assistenziale con un finanziamento di 11 miliardi in tre anni.

Nel complesso, la situazione degli ospedali incompiuti nella regione Abruzzo non appare sostanzialmente modificata rispetto alla precedente rilevazione.

Ciò vale in particolare per quanto riguarda le due strutture che furono allora oggetto dell'inchiesta, cioè l'ospedale di Chieti - SS. Annunziata di Colle dell'Ara - e l'ospedale dell'Aquila, dal quale nella scorsa legislatura partì l'inchiesta sulle strutture incompiute estesa poi all'intero territorio nazionale.

Per quanto in questo periodo sia stato parzialmente avviato l'insediamento delle degenze, questi ospedali sono ancora lontani dalla conclusione dei lavori e dal conseguimento della piena funzionalità delle loro strutture, ciò che a 26 anni dall'inizio dei lavori appare francamente intollerabile.

Questa situazione, oltretutto crea disagi estremamente gravi agli utenti sotto almeno due aspetti: da un lato, questi ritardi ostacolano un'articolazione razionale dei servizi ospedalieri, che possa portare alla creazione di veri e propri poli sanitari, e ciò evidentemente determina disfunzioni e disagi, soprattutto in situazioni come quella aquilana dove la struttura è attivata in carenza di servizi essenziali come il pronto soccorso e la rianimazione; dall'altro, l'attivazione di degenze in strutture interessate da cantieri ancora aperti crea gravi disagi ai ricoverati e ai cittadini in visita, che pagano così lo scotto di operazioni pubblicitarie dirette a nascondere la gravità del ritardo nella realizzazione delle strutture.

Rispetto a questi problemi, purtroppo va rilevata la persistente latitanza della regione.

Va inoltre rilevato che il sopralluogo, lungi dal consentire di registrare sostanziali miglioramenti rispetto alla situazione verificata nella passata legislatura, ha portato all'individuazione di altre due situazioni estremamente deprecabili, in particolare quella del presidio ospedaliero di Sant'Egidio alla Vibrata di Teramo, dove si è in presenza di una struttura incompiuta da ben 34 anni.

La progettazione di questa struttura, del resto, si inquadra in quella politica demagogica e clientelare che ha condotto, nel corso degli anni 60 e 70, alla costituzione in Abruzzo di una rete ospedaliera diffusa, realizzata al di fuori di qualsiasi razionale criterio di programmazione sanitaria, che grava tuttora sull'efficienza del sistema ospedaliero abruzzese.

TABELLA A

(Segue: TABELLA A)

(Segue: TABELLA A)

TABELLA B

PUGLIA

Struttura	Tipo opera	Inizio lavori	Stato lavori alla precedente rilevazione	Stato attuale dei lavori	Risorse finora erogate	Risorse ritenute necessarie
POLICLINICO DI BARI	Complesso chirurgico d'emergenza. Opere di adeguamento a norme	Progetto del 1967	In attesa dell'autorizzazione all'indizione delle gare di appalto	Gare d'appalto esplesate. E' in corso la verifica delle offerte anomale	34 miliardi	39 miliardi
S. PAOLO DI BARI	Nuovo ospedale	1967	Completato. In attesa di agibilità VV.FF	Attivo	35 miliardi	
BARLETTA (BA)	Nuovo ospedale	1980	Completato. Piano terra e parte del rustico piani superiori	Invariato. La consegna degli appalti è data per imminente	15 miliardi	40 miliardi stanziati con delibera G.R. del novembre 1994
TURI (BA)	Nuovo ospedale	1970	Rustico	Invariato. Se ne propone un parziale riutilizzo per SERT	1 miliardo e 500 milioni	1 miliardo e 80 milioni
CASTELLANA GROTTA (BA) - I.R.C.C.S. Saverio De Bellis	Nuovo edificio destinato a laboratori CED, direzione scientifica, chirurgia sperimentale	Deliberati nel 1980 Iniziati nel 1988	Realizzato il primo lotto	Prossima approvazione del secondo stato di avanzamento	7 miliardi e 700 milioni	39 miliardi
MONOPOLI (BA) Ospedale S. Giacomo	Struttura aggiunti va terapia intensi va, pronto soccorso, astanteria	Deliberati nel 1975 Iniziati nel 1980. Sospesi 82-88 e di nuovo 91-97	Rustico	Lavori ripresi in ottobre 1997	600 milioni	10 miliardi
CEGLIE MESSAPICO (BR)	Complesso per riabilitazione motulesi e neurolesi	1980	Struttura completata. Avviate le procedure per appalto arredi	Completata. Non entra in funzione perchè non è approvata la pianta organica.		

OSTUNI (BR) Ospedale Tonzarella	Recupero della struttura esistente come RSA					7 miliardi
DI SUMMA BRINDISI	Nuovo ospedale	Deliberati 1971. Iniziati 1976	Tre quarti della struttura esterna completati. Un quarto a rustico	Realizzati gli impianti della zona a rustico		15 miliardi
CAMPI SALENTINA (LE)	Ampliamento della struttura esistente	Deliberazione 1973 Realizzazione dell'immobile 1986-87	Due piani a rustico. Tre funzionanti	Da realizzare impianti e attrezzature della quota in-compiuta 40%	17 miliardi per la realizzazione della intera struttura	10 miliardi di cui 6 già erogati
Ospedale FAZZI di LECCE	Costruzione del polo oncologico	1976	Struttura quasi terminata. Manca no attrezzature e utenze	Situazione invariata	36,1 miliardi	15 miliardi
Ospedale di Sambiasi - NARDO' (LE)	Ampliamento della struttura esistente	1978	Allo stato di rustico	In via di completamento. Mancano impianti e arredi	Circa 50 miliardi	2 miliardi
Gerontocomio di NARDO' (LE)	Nuova struttura	1980	Rustico. Cantiere abbandonato	Invariata	Circa 7 miliardi	
Ospedale di POGGIARDO (LE)	Ampliamento della struttura	1990	Rustico realizzato dal comune	Invariato		4,780 miliardi
Ospedale di CASARANO (LE)	Ampliamento della struttura esistente	1979	Struttura muraria completata. Atti di vandalismo	Riavviato il cantiere	3 miliardi e 400 milioni	5 miliardi
Ospedale di GALATINA (LE)	Ampliamento di struttura esistente	1990	In via di costruzione i due piani superiori	In via di completamento		4 miliardi
Ospedale di GALLIPOLI (LE)	Costruzione di nuovo edificio	1965	Tre torri e il corpo centrale completati	Attivata la parte completata. In via di completamento la quarta torre		6 miliardi

Ospedale Nord di TARANTO	Nuova struttura	1974	Attivi due piani	Completato in via di attivazione di SPDC	Completato con un ultimo stanziamento di 16 miliardi (1990)	
Ospedale di CASTELLANETA (TA)	Ampiamento di una struttura esistente	1980	Rustico di 4 piani	Attivata l'area degli uffici	6,5 miliardi	
Ospedale di MOTTOLA (TA)	Nuovo edificio	1974	Rustico	I lavori sono sospesi per mutamento della destinazione d'uso poiché l'ospedale ha meno di 120 posti	Risultano stanziati 15 miliardi	
Ospedale di CERIGNOLA (FG)	Nuovo ospedale	1994	Stato di avanzamento regolare	La struttura è quasi completata		
Ospedali riuniti di FOGGIA	Ampiamento di struttura esistente e lavori di consolidamento	Nuova costruzione iniziata al principio degli anni '70	Nuova struttura a rustico	Avanzato completamente nuova struttura sono iniziati i lavori di ristrutturazione	14.500.000 erogati	Circa 26 miliardi per la nuova struttura e 12 miliardi per la ristrutturazione
VICO DEL GARGANO (FG)	Il progetto di ristrutturazione del pronto soccorso (su proprietà dell'ordine dei cappuccini) è stato abbandonato					
Ospedale MONTE SANT'ANGELO (BR)	Non vi è struttura incompleta					

ABRUZZO

Struttura	Tipo opera	Inizio lavori	Stato lavori alla precedente rilevazione	Stato attuale dei lavori	Risorse finora erogate	Risorse ritenute necessarie
Ospedale dell'AQUILA	Nuovo edificio	1972	Da realizzare opere edili per impianti, sistemazioni esterne, attrezzature	Da completare l'area medicina. Realizzata una base operativa "118". Attivati 260 posti letto su 560	300 miliardi	117 miliardi
SAN'Egidio ALLA VIBRATA (TE)	Nuovo ospedale	1965	Non rilevato nel 1995	Rustico in stato di abbandono, contenzioso in atto con l'impresa		
CONTRADA CASALENA di TERAMO	Struttura per la riabilitazione	1978	Non rilevata nel 1995	14 rustici, alcuni completati	4 miliardi e 600 milioni	9 miliardi e 100 milioni
Ospedale S.S. ANNUNZIATA DI COLLE DELL'ARA di CHIETI	Nuovo ospedale	1972	Completato il primo lotto	Attivato il primo lotto (200 posti). Per la primavera 1999 si prevede il completamento	140 miliardi	99 miliardi
RIPA TEATINA (CH)	Centro di riabilitazione psicomotoria	1974	Rustico abbandonato. Cantiere chiuso da venti anni	Invariato. Il P.R.G. prevede la trasformazione in R.S.A		12 miliardi

