

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

13° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 14 MAGGIO 1998

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

## INDICE

**Audizione del dottor Gianni Locatelli, commissario straordinario  
dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 9, 15 e <i>passim</i>	LOCATELLI . . . . .	Pag. 3, 15, 17 e <i>passim</i>
BERNASCONI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	11, 17		
CAMERINI ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	13		
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	14		
MIGNONE ( <i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	10		
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) . . . . .	9		
PAPINI ( <i>Misto</i> ) . . . . .	19		

*Interviene il dottor Gianni Locatelli, commissario straordinario dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, accompagnato dal professor Natale Cascinelli e dal dottor Riccardo Piccolo, rispettivamente direttore scientifico e vice commissario straordinario dello Istituto medesimo.*

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

**Audizione del dottor Gianni Locatelli, commissario straordinario dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Gianni Locatelli, commissario straordinario dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano.

L'odierna audizione fa seguito ai sopralluoghi (sui quali ho già riferito alla Commissione nella seduta dell'11 dicembre scorso), effettuati dalla Commissione d'inchiesta presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano l'11 novembre e il 9 dicembre 1997, nell'ambito del filone d'inchiesta concernente il sistema degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tra l'altro l'Istituto in questione ha visto cambiare la propria dirigenza.

I nostri ospiti sono qui per illustrarci gli sviluppi non emersi durante le nostre visite e gli indirizzi che l'Istituto intenderà prendere in futuro.

Do ora la parola al dottor Locatelli.

LOCATELLI. Signor Presidente, la ringrazio per l'opportunità che ci viene data in un momento per noi particolarmente importante. Infatti, anche sulla base di quanto rilevato dalla Commissione nel corso della sua visita (la situazione è stata definita «molto difficile e grave»), abbiamo avviato un'opera di rilancio dell'Istituto.

Faccio riferimento ad un giudizio contenuto nel verbale redatto dopo la visita della Commissione: «L'Istituto attualmente sembra avviato a un declino se non interverranno con urgenza salvaguardie e correzioni di rotta». Devo riferire alla Commissione che, se elementi di declino, di difficoltà e di crisi ci sono stati, e ci sono ancora, tuttavia riteniamo che questi non siano imm modificabili né tanto meno che il declino sia, come temevamo, inarrestabile. Anzi è in corso, potendo essere ulteriormente potenziato, un cammino di ripresa del valore scientifico e del ruolo di questa istituzione che con il suo bagaglio culturale e scientifico tanto può offrire all'intera struttura sanitaria nazionale.

Utilizzando la relazione della Commissione come guida per le nostre iniziative, abbiamo considerato di dover analizzare per primo l'aspetto

della collaborazione interna che manifestava lo sfaldamento dei rapporti tra i settori dell'Istituto con i vari direttori (sanitario, scientifico e amministrativo) in contrasto tra loro. L'obiettivo era quello di favorire l'instaurarsi di un clima di collaborazione forte e devo confessare che effettivamente siamo riusciti a conseguirlo e non solo perché la squadra è stata ricostituita attorno a comuni intendimenti di gestione, ma anche perché si è diffusa la percezione di una unitarietà con l'Istituto. Forse per la prima volta nella storia dell'Istituto, ieri si è svolta una riunione plenaria (con medici e tutto il personale) nella quale il commissario e i suoi collaboratori hanno proposto illustrandola una serie di linee di sviluppo che hanno trovato molta attenzione e che saranno motivo di discussione.

Altro aspetto da noi analizzato e sul quale siamo intervenuti è stato quello, così come definito dalla relazione della «Carta dei servizi». Credo che con tale termine si intendesse il rapporto con il malato; tuttavia che si parli di Carta dei servizi, di ufficio di relazioni con il pubblico o di rapporto con il malato, si tratta sempre di un tema particolarmente importante per l'Istituto. Purtroppo una serie di coincidenze (opere di ristrutturazione in corso e una difficoltà di organizzazione complessiva in rapporto ai nuovi compiti della sanità) ha portato ad avere un rapporto non sempre ottimale, rispettoso e diretto con il malato. Le liste di attesa e la difficoltà di ottenere certe prestazioni intaccano il diritto del cittadino, il diritto del malato, soprattutto quando portatore di una patologia complessa come quella oncologica, di ricevere il miglior trattamento possibile, anche dal punto di vista umano.

Per ovviare al problema abbiamo dato il via ad alcune iniziative. Primo: potenziare e organizzare l'ufficio relazioni con il pubblico; secondo: rinnovare la carta dei servizi (che è in fase di riscrittura) secondo una forma che sia più aderente alle esigenze dei pazienti; terzo: puntare su un progetto essenziale che abbiamo chiamato «Progetto ambulatori». L'ambulatorio dell'Istituto, che è fondamentale non solo per i cittadini, ma anche per la ricerca e per la clinica, oggi si trova in una situazione di crisi avendo dovuto subire tutte le conseguenze di una ristrutturazione complessa. Stiamo provvedendo con una spesa non indifferente, ma doverosa, a garantire una sistemazione provvisoria agli ambulatori e a consentire al cantiere in corso di completare i lavori entro febbraio-marzo 1999, così da averne di nuovi e da lanciare un progetto di qualità cominciando a certificare il rapporto tra la prestazione ambulatoriale e il cittadino.

Altra questione importante da risolvere era quella costituita dal riequilibrio tra la natura di istituto scientifico e la natura di istituto di cura e di clinica. Nelle note della Commissione viene evidenziato uno squilibrio tra i due momenti. Mi sono pertanto adoperato, con la piena condivisione per il mio operato da parte del vice commissario, affinché l'Istituto valorizzasse questa sua doppia natura di istituto di ricerca e di istituto di clinica e affinché le due realtà non si trovassero né in conflitto né in contraddizione, bensì in una situazione di reciproca utilità: la ricerca per la clinica e la clinica come casistica da riversare nell'ulteriore ricerca. In questo senso è stata indirizzata la scelta del direttore scientifico utiliz-

zando comunque uno strumento contenuto nella legge Bassanini; ho assunto la responsabilità di operare la nomina, indispensabile e immediata, del direttore scientifico. La scelta è caduta sul dottor Cascinelli, il quale, avendo ricoperto nell'Istituto un compito molto importante come clinico, conosce molto bene i compiti e i problemi dell'Istituto stesso. Accanto al dottor Cascinelli è stato nominato, come vice direttore scientifico, una persona dalle grandi qualità, il dottor Parmiani, che è considerato il numero uno dei nostri ricercatori.

Devo dare atto al dottor Cascinelli di aver dimostrato la piena disponibilità a ricoprire la carica di direttore scientifico e al dottor Parmiani di aver prestato particolare attenzione al ruolo dell'Istituto nell'accettare la carica di vice direttore, che in realtà è il completamento di quella che è la responsabilità e la competenza del direttore scientifico.

Abbiamo ricostruito l'equilibrio della struttura sanitaria milanese apportando notevoli risultati, dal momento che è ripresa in modo molto forte l'attività clinica e scientifica, la quale si dimostra continua nel tempo attraverso una produttività molto elevata (lo si può riscontrare da una serie di fatti di cronaca che stanno evidenziando tutto ciò).

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'intero Istituto - nella relazione della Commissione è stata individuata come una delle situazioni più critiche del paese, dal momento che si è verificata una certa opera di inserimento non programmato e comunque, in un certo senso, non accompagnato dal consenso e dall'attenzione per la realtà dell'Istituto - abbiamo provveduto con il direttore scientifico, con il comitato tecnico-scientifico e con tutto il personale a riorganizzare l'attività dell'Istituto secondo un modello dipartimentale rilevante. Mi riferisco, cioè, al fatto che in questo progetto, che ha una sua fase provvisoria nei sei mesi a venire e una fase di sperimentazione nell'anno 1999 e che dovrebbe andare a regime nel 2000 secondo le norme già in vigore, la nostra idea è di prevedere un Capo dipartimento «forte», cioè responsabile della gestione delle risorse economiche attribuite al dipartimento e del personale medico e non medico responsabile delle varie unità operative del dipartimento stesso.

Questo modello necessita di una fase di sperimentazione ed è legato direttamente ad un'altra iniziativa che riteniamo importante, perché la Commissione lo ha collocato tra i punti da esaminare per un controllo di gestione. Riteniamo che un tale controllo, attento ai veri valori e ai risultati, non possa effettuarsi se non esiste una condivisione da parte del personale sia medico che tecnico o di ricerca dell'Istituto. Ciò vuol dire condividere gli obiettivi e le modalità da raggiungere e valutare nella contrattazione delle varie responsabilità anche i risultati per attribuire quei premi che giustamente il personale si attende e che costituiscono un elemento da non trascurare anche per raggiungere l'equilibrio economico dell'Istituto.

Per quanto riguarda proprio l'equilibrio economico, credo che i senatori conoscano molto bene l'attuale realtà del nostro servizio sanitario. Si conosce molto bene il fatto che questa istituzione presenta due facce nella propria situazione finanziaria; la prima è quella della clinica attraverso le

prestazioni che vengono remunerate secondo il criterio dei DRG (*Diagnosis Related Group*), mentre l'altra riguarda i fondi per la ricerca, che sono sia strutturali che di ricerca finalizzata.

Sul fronte delle prestazioni di carattere clinico – quelle rimborsate dal Servizio sanitario – riteniamo che due debbano essere i compiti da svolgere: un compito attiene alla nostra responsabilità, mentre l'altro attiene alle responsabilità delle istituzioni e del legislatore, dal momento che è ancora in corso la riforma dell'Istituto.

Per quanto ci riguarda, lo sforzo che abbiamo avviato e che vogliamo portare a termine è quello di dotarci di tutti gli strumenti e di quella attenzione che siano in grado di garantire il controllo della nostra gestione e dei nostri costi. Devo confessare – anche se lo sapete meglio di me, dal momento che la Commissione ha avuto modo di visitare il nostro Istituto – che molte sono le capacità e le qualità, ma ancora molti sono gli sprechi, che non sono però frutto di negligenza o di cattiva volontà, ma di una mala abitudine (non so come definirla); pertanto, quando questa abitudine si protrae nel tempo e determinati comportamenti diventano normali, non si può rilevare tutto quel potenziale di recupero di risorse che invece è implicito.

Sappiamo tutti che esiste un criterio «privatistico» di approccio a questo problema, che non vuol dire però privatizzare il concetto del servizio, bensì assumere una certa cultura. Quindi, è necessario compiere uno sforzo di recupero di immagine delle nostre capacità e della competitività, anche perché – come sapete bene – viviamo in una realtà, quella lombarda, nella quale la competizione proprio nell'ambito dell'offerta dei servizi è estremamente elevata; pertanto, non possiamo pensare che l'istituzione pubblica debba essere smantellata a causa di una riforma privata, il cui ruolo non è la cancellazione o l'annullamento del valore delle istituzioni dal momento che il patrimonio della realtà pubblica è ingente per valori economici, culturali e scientifici.

Ritengo che l'ultimo pensiero di un amministratore pubblico debba essere quello di disperdere questa realtà e il primo compito sia quello di valorizzarne la competitività. La nostra richiesta è – voglio sottolineare un punto che i senatori conoscono – quella di recuperare una diversa valutazione anche delle prestazioni fornite dai nostri istituti; mi riferisco in particolare all'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, perché – senza voler fare una questione particolare di sopravvalutazione del nostro lavoro – è in grado di fornire al paziente una complessità di prestazioni che non sempre trova il corrispettivo in quello che è il valore economico delle prestazioni fornite anche da altri istituti. So che questo è un tasto molto delicato, ma credo di poter suggerire l'esigenza di trovare un meccanismo che riconosca il valore non solo economico ma anche scientifico implicito nelle prestazioni che offriamo.

Non chiediamo una maggiore percentuale perché siamo più bravi o più belli, ma perché effettivamente ha un valore maggiore il lavoro che forniamo: quindi, se avessimo la possibilità di far riconoscere al servizio

sanitario le prestazioni da offrire, i notevoli squilibri finanziari che attualmente abbiamo verrebbero ad essere sanati.

I membri di questa Commissione, poiché hanno visitato il nostro Istituto, conoscono quale situazione di difficoltà crea l'apertura contemporanea di più cantieri, la quale si sta protraendo oltre il termine previsto; è certo però che stiamo facendo tutto il possibile per rispettare i tempi previsti in modo da ridurre l'impatto negativo che deriva al paziente.

Da questo punto di vista stiamo cercando di finanziare una serie di opere che non saranno sovvenzionate dai fondi pubblici (mi riferisco all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, legge finanziaria, contenente la previsione di finanziamenti per l'edilizia sanitaria). Credo che non tutte le opere che abbiamo in cantiere saranno finanziabili, dal momento che occorre attendere ulteriori risorse.

Abbiamo convenuto anche con i nostri controllori di destinare tutta la parte possibile – potrebbe essere anche il cento per cento – del nostro patrimonio immobiliare lasciatoci dai nostri donatori per la conversione in finanziamento di opere indispensabili.

Mi riferisco ad alcune opere mirate, in particolare, alle strutture per i malati terminali oggetto di cure palliative, ad alcuni interventi che servono a completare cantieri che abbiamo la necessità di non interrompere e che i finanziamenti FIO e BEI non hanno coperto e per i quali ci sono venuti a mancare 5 miliardi. Si tratta quindi di utilizzare al massimo il patrimonio dismettendolo per finanziare questi interventi.

Da ultimo, sempre parlando in termini economici, vorremmo rivolgerci, se permettete, onorevoli senatori, due sollecitazioni.

La prima riguarda il riequilibrio del nostro conto economico, perché abbiamo redatto proprio in questi giorni il nostro bilancio preventivo e, allo stato dell'arte, con le incertezze esistenti anche sui trasferimenti di parte regionale, abbiamo un disavanzo strutturale che rischia di essere intorno ai 20 miliardi, nonostante sia ridotto rispetto alle perdite degli anni precedenti. È calcolato in maniera molto rigorosa, perché abbiamo computato solo una parte dei futuri finanziamenti che la regione renderà disponibili, però rischiamo, senza una maggiore organizzazione, un recupero di produttività da parte nostra e un recupero di compenso delle prestazioni fornite, di rendere strutturale questo disavanzo, e sarebbe veramente non auspicabile.

La seconda sollecitazione riguarda la ricerca. La ricerca oggi è finanziata, ripeto, con fondi strutturali che ci vengono dal Ministero e con fondi destinati a ricerche finalizzate che riceviamo attraverso imprese o attraverso altre iniziative anche internazionali. Abbiamo, secondo me, bisogno di una maggiore flessibilità nella sperimentazione soprattutto dei farmaci per poter recuperare una serie ingente di risorse che oggi le imprese non riversano sulla nostra istituzione, perché la lentezza del consenso ad avviare queste sperimentazioni è eccessiva: non possiamo aspettare un anno per ottenere una risposta su una richiesta di possibilità di sperimentare e quindi perdiamo cifre ingenti. Abbiamo calcolato che superano i 2.000 miliardi in un anno le risorse relative alle imprese farmaceutiche

e quindi, pur con tutti i controlli di carattere scientifico, di carattere etico, eccetera, non possiamo attendere un lasso di tempo che supera un anno fra la richiesta di poter fare la sperimentazione di un farmaco e l'autorizzazione a compierla, perché, quando arriva l'autorizzazione, ormai non è più disponibile nemmeno il fondo per la ricerca.

Mi permetto solo, uscendo dal nostro ambito territoriale specifico, di fare un ultimo riferimento al ruolo che, come istituzione scientifica e clinica, può ricoprire l'Istituto dei tumori di Milano. Noi riteniamo che oggi, nella realtà sanitaria italiana, non ci sia più un unico istituto per i tumori, come era fino a qualche anno fa, a cui fanno riferimento tutta la patologia, tutta l'attenzione e tutte le attese, ma che, giustamente, siano avvenuti una distribuzione ed un arricchimento sul territorio italiano, attraverso la nascita, in ospedali ed altre istituzioni, di prime trincee, per così dire, di attacco e di cura della patologia oncologica. Riteniamo tuttavia che non ci debbano essere assolutamente contrasto e tanto meno competizione tra queste strutture pubbliche e la nostra istituzione, ma che ci sia necessità di collaborazione: la ricchezza, la capacità scientifica e clinica di queste istituzioni diffuse sul territorio sono alimentate dalla capacità di crescita, dalla capacità di essere in prima linea a grande livello da parte del nostro Istituto, quindi occorre ricreare questo rapporto di alimentazione e di ricchezza reciproca; altrimenti il rischio è di ridurre l'Istituto dei tumori ad un ospedale qualsiasi e al tempo stesso di impoverire gli ospedali generali. Quindi non si tratta di una diversità di qualità, ma di una diversità di ruoli e di complessità nel rispetto della qualità di tutte le prestazioni.

In questo senso, il ruolo dell'Istituto dei tumori si allarga anche oltre la realtà strettamente lombarda: i nostri pazienti sono per il 48 per cento, quindi per circa la metà, provenienti da Milano e dalla Lombardia e per il resto provenienti dalle altre regioni italiane. Abbiamo in corso delle collaborazioni con altre istituzioni al di fuori del territorio lombardo: mi riferisco in particolare al Centro regionale oncologico della Basilicata di Rionero in Vulture e ad altre iniziative, quale quella con l'ospedale clinicizzato di Catania. Questo è un punto delicato. Io ritengo, anzi, tutti noi riteniamo che l'Istituto nazionale dei tumori debba avere un ruolo nel sostenere, nell'alimentare e nell'arricchire di conoscenze queste realtà. Ritengo tuttavia fondamentale che questo arricchimento e questo ruolo non debbano essere a senso unico, cioè nel senso di chiedere all'Istituto specialmente di mettere una data e un timbro su realtà che crescono con logiche che noi, non dico non possiamo controllare, ma non possiamo verificare in termini sia di redditività sia di valore scientifico. In particolare, per quanto riguarda la struttura di Rionero in Vulture, l'Istituto dei tumori è legato ad una convenzione che ha dato luogo anche ad una gestione sperimentale; questa gestione sperimentale (ne abbiamo parlato con l'assessore e in sede di Ministero) ha stentato finora ad avviarsi proprio nel senso della funzionalità; noi abbiamo nominato delle persone che siano in grado di seguire questa realtà e, in particolare, abbiamo nominato un vice direttore scientifico con il compito specifico di seguire la struttura di Rionero in Vulture. Al riguardo, richiamo la Commissione su un



aspetto fondamentale: siccome lì vi sono delle attese, giustamente, e vi sono anche delle risorse impiegate, l'invito è a far sì che oggi possa essere occasione utile anche per sollecitare una verifica del modo in cui queste risorse vengono impiegate e per darci anche conforto quando riteniamo che sia un fatto estremamente importante avere attenzione ai rapporti che esistono sul territorio fra le varie istituzioni, in modo che non si creino isole di efficienza o, perlomeno, presunte tali, in realtà non efficienti.

Noi siamo pronti a dare tutto l'aiuto, in termini di uomini, di attenzione, di conoscenze, però consentiteci di far sì che questo aiuto sia veramente a vantaggio di quelle zone e che comunque non può limitarsi ad una regione ma deve comprendere un'area più ampia, non creando delle situazioni che poi, in un certo senso, accentuano gli squilibri locali invece di rispondere ad esigenze importanti e localmente molto sentite.

Scusatemi se sono stato troppo prolisso, comunque siamo pronti a rispondere a tutte le vostre domande e ad ascoltare e a mettere in pratica tutti i vostri suggerimenti.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi senatori che intendono intervenire per porre quesiti e svolgere considerazioni in ordine all'esposizione testè svolta.

MONTELEONE. Signor Presidente, innanzi tutto ringrazio i nostri gentili ospiti per l'audizione di oggi. Io ho fatto parte, insieme al Presidente di questa Commissione e alla senatrice Bernasconi, della delegazione che ha effettuato il sopralluogo a Milano e che ha prodotto il documento su cui lei poi, dottor Locatelli, insieme all'intera Commissione, concorderà, perchè non è un vero e proprio verbale.

Non ricorderò in questa sede, anche perchè rientra nell'ambito della riservatezza di ogni componente di questa Commissione, il colloquio avuto con il qui presente professor Cascinelli. Credo che nella esposizione, necessariamente breve dati i tempi a disposizione, delle problematiche si siano volute distinguere due parti, come ritengo fosse non solo conveniente ma anche dovuto: una parte come premessa, concordando su ciò che è stato possibile fare a seguito della nostra relazione, e una parte contenente un accenno, perchè non si poteva fare diversamente, a quello che deve essere, alla luce di ciò che è successo, un programma di ripresa per il futuro.

Avevo già accennato alla questione riguardante il progetto di Rionero in Vulture (in occasione del sopralluogo a Milano, non ho detto che ero un senatore della Lucania) e, a proposito di tale questione, poi mi permetterò alcuni rilievi.

Ricordo bene che uno degli elementi che sono stati sottaciuti (non dico che non si ritenessero fondamentali, ma non mi sembra di averli colti nell'esposizione) riguarda una tremenda caduta di tensione tra le parti rispetto a quelli che erano i rapporti sindacali in quell'Istituto, e mi riferisco non solo alla parte medica ma anche a quella paramedica.

Quindi, considerati i comparti che sono stati già recuperati nonostante la breve esperienza del commissario straordinario (che ha anche accennato ad un'assemblea con tutto il personale), debbo dedurre che sia stato risolto anche il problema delle relazioni sindacali, che avevo notato essere contraddistinto non da un clima di collaborazione, ma di scontro tra le varie componenti.

Si è fatto riferimento anche alla promozione della ricerca finalizzata non come fiore all'occhiello, ma come necessità da inserire nel contesto della ripresa. Non si può, infatti, non parlare di ricerca finalizzata in un istituto con simili risorse economiche, umane e intellettuali, soprattutto in rapporto alla qualità della cura.

Un'altra delle questioni da affrontare è costituita dal processo di informatizzazione dell'Istituto che nei giorni della nostra visita ci era stato presentato come già completato. Non credo sia il caso di riprenderla in questa sede; la diagnosi è stata fatta, si tratta adesso di adottare la giusta terapia.

Per completare il mio intervento mi rifaccio al progetto Rionero, la cui storia è datata, ma che non faceva parte della materia da trattare nel corso delle nostre visite. Tuttavia, a scanso di equivoci ed essendo un primario radiologo, che ha dato e dà ancora a quella terra parte dei suoi anni, mi sento di affermare (non volendo presentare al Presidente la questione come oggetto di indagine, pur potendolo fare) che, prima ancora di mettere mano a ciò che è giusto (arricchimento e ruolo, proprio per riprendere i termini che sono stati usati), il passato deve essere ricordato e che l'investimento scientifico che reclamiamo per una crescita e una collaborazione devono essere garantiti. Non va dimenticato quindi ciò che è stato, come si è arrivati alla situazione attuale e quali siano state le manchevolezze, i ritardi di impostazione e gli errori di programmazione perchè per poter stilare una diagnosi e stabilire la giusta terapia è necessaria dapprima una fase di ricognizione.

Colgo l'occasione che mi è stata offerta per chiedere chiarezza e augurarmi una maggiore collaborazione perchè i dati in possesso dell'Istituto non riguardano solo i milanesi, ma anche i cittadini provenienti da altre parti d'Italia.

Ringrazio ancora i nostri ospiti per la loro disponibilità; mi auguro di poterli riascoltare a distanza di qualche tempo, quel tempo che a loro servirà per verificare la realizzazione del loro progetto.

Volevo infine sottolineare che l'intento della delegazione parlamentare venuta a Milano non era quello di colpire qualcuno, ma quello di venire a conoscenza di dati e risultati precisi nel pieno interesse della sanità del nostro paese.

MIGNONE. Dottor Locatelli, come milanese di adozione, anche se lucano di nascita, non posso non esprimere la mia soddisfazione per i primi passi positivamente compiuti dal nuovo *staff* manageriale e soprattutto per gli intendimenti programmatici che lei ci ha illustrato. Per essere breve, vorrei limitare il mio intervento al problema Rionero-CROB (Cen-

tro di riferimento oncologico della Basilicata). Ricordo che nel corso degli anni '60 il centro tumori subì un periodo di appannamento della propria immagine, la quale successivamente, a cavallo tra gli anni '70 e gli anni '80, tornò ad acquisire un certo fulgore. Proprio in quel periodo l'Istituto cominciò ad affascinare qualche assessore regionale e l'assessore alla sanità per la Basilicata dell'epoca auspicò una collaborazione tra lo stesso Istituto e la struttura ospedaliera di Rionero che bisognava pur utilizzare. Venne quindi fuori questa ipotesi di gestione sperimentale tra le due strutture.

Oggi però, dottor Locatelli, da parte sua sono state pronunciate parole che mi preoccupano. Lei ha esplicitamente invitato a vigilare sul modo in cui queste risorse vengono impiegate. Vorrei che su questo punto fosse un po' più esplicito e ancor di più vorrei che lei chiarisse un'altra sua affermazione volta ad auspicare che non si creino squilibri locali così da non disattendere alcune legittime attese nel campo dell'oncologia in Basilicata. Nella nostra regione siamo intenzionati a portare avanti questo progetto, vogliamo soddisfare le esigenze della popolazione e, anche come classe dirigente, evitare alcuni squilibri locali per una questione di risorse. Quindi, la pregherei di chiarire le sue affermazioni. Credo che l'assessore alla sanità della Basilicata dell'epoca abbia sollecitato il tutoraggio da parte dell'Istituto dei tumori nella consapevolezza che questo, per le sue capacità manageriali dell'epoca e per le qualità degli operatori sanitari (tra i quali ho alcuni amici), potesse svolgere tale azione di tutoraggio, quell'azione che si continua ad auspicare, pur avendo ben presente l'obiettivo del raggiungimento di una certa autonomia.

BERNASCONI. Avendo fatto parte anch'io della delegazione che ha visitato l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, posso affermare con soddisfazione – credo anche di tutti gli altri componenti – di aver rilevato che al suo interno è in corso un processo di cambiamento.

Voglio però precisare che l'azione della Commissione non ha inteso assolutamente prevaricare competenze di altre autorità o compiere ingerenze in ambiti che non competono a noi parlamentari. La Commissione non ha compiuto attacchi personali nè tanto meno ha espresso giudizi personali. Ha semplicemente valutato ciò che in quel momento si stava verificando all'interno dell'Istituto milanese, ben consapevole della necessità di porre in essere una profonda riforma.

Devo dire che condivido l'impostazione che il nuovo commissario intende dare all'Istituto, tuttavia devo fare alcune considerazioni. Innanzi tutto la Commissione ha rilevato, durante la visita, che era già stato avviata una ristrutturazione dipartimentale dell'Istituto. Storicamente l'Istituto si era già strutturato per dipartimenti, anticipando la moderna riorganizzazione degli ospedali. In quella sede abbiamo sollevato alcune perplessità riguardo al numero di dipartimenti proposti dalla vecchia gestione, ritenendo che all'interno del concetto di dipartimento non vi era

l'intenzione di creare tante nuove divisioni ma di fare poche strutture aggreganti, con pochi responsabili molto forti.

Vorrei a questo punto rivolgere una domanda al dottor Locatelli. Lei ha parlato delle linee strutturali del dipartimento, ma non ho ben capito l'intenzione dell'amministrazione in merito all'effettivo numero dei dipartimenti da istituire. Per quanto riguarda poi il problema dei DRG, che giurisco molto spinoso, devo dire che spesso ci troviamo di fronte a richieste di DRG differenziati, all'interno di una contrapposizione tra strutture del sistema sanitario nazionale, università e IRCCS, a scapito degli ospedali. Ritengo che a tal riguardo non si debba creare una conflittualità, ma piuttosto riformare coraggiosamente i DRG secondo la effettiva qualità delle prestazioni rese. A mio giudizio, non possono esistere a priori DRG differenziati tra un ospedale piccolo che esiste ancora – mi riferisco all'ospedale provinciale di una volta – e un ospedale di dimensioni più grandi che ha elevati costi di prestazione. È necessaria una riforma dei DRG più complessiva che consideri qualità e risultato delle prestazioni.

A mio avviso, anche l'Istituto per lo studio e la cura dei tumori di Milano deve dedicare una maggiore attenzione alle cure a domicilio e di carattere palliativo, che fino ad oggi non sono state adeguatamente riconosciute, dal momento che maggiore spazio è stato dedicato alla terapia eseguita in degenza ospedaliera.

Il dottor Locatelli ha sollevato poi anche il problema dell'attività di sperimentazione. La possibilità di qualificare i nostri ricercatori e di offrire loro la possibilità di raggiungere un altissimo livello mondiale – del resto, l'Istituto milanese ha raggiunto tale livello e proprio per questo motivo riceve molti fondi – non può essere assolutamente indebolita da una legislazione che esclude il nostro paese non per la qualità dei nostri ricercatori, ma per i tempi necessari per ottenere le relative autorizzazioni. Questa è, a mio giudizio, una delle più grandi sciocchezze che si sta verificando in Italia.

Nel disegno di legge sul settore del farmaco viene data un'attenzione particolare proprio alla sperimentazione farmacologica attraverso la previsione di tempi sostanzialmente certi di autorizzazione, in modo da recuperare tutte le potenzialità di ricerca che abbiamo.

Infine, per quanto riguarda il discorso relativo alla Lucania, pur provenendo dalla Brianza, mi dichiaro favorevole al centro oncologico di Rionero in Vulture e ad una collaborazione tra Nord e Sud, che però non deve essere considerata come invasione del Nord a scapito di risorse locali. Il Nord in effetti, con le sue strutture e risorse economiche, può recare un valido contributo in tale direzione, senza svolgere quel ruolo di tutore che potrebbe mortificare le professionalità presenti in Basilicata. L'esperienza dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano può svolgere ruolo di indirizzo e di conoscenza. In tal modo il centro oncologico di Rionero in Vulture potrebbe diventare un polo di eccellenza e quindi potrebbe arrestare il massiccio fenomeno di emigrazione sanitaria in atto in Basilicata – che ho avuto modo di riscontrare in occasione della mia partecipazione ad un convegno – che non riguarda solo i

malati oncologici, ma anche quelli affetti da altre patologie più comuni e meno complesse.

Pertanto, tale centro oncologico, grazie a tutte le professionalità locali che sono senza alcun dubbio eccellenti e attraverso la collaborazione di quello che oggi è considerato un riferimento per l'oncologia, l'Istituto di Milano, potrà acquisire un carattere esemplare per tutte le altre strutture presenti sul nostro territorio.

Ritengo che tutta la Commissione possa impegnarsi, grazie anche all'intervento del commissario Locatelli e dell'assessore della Basilicata, affinché si rispettino i diversi ruoli e il progetto delineato acquisti una dimensione di eccellenza al Sud. Infine, devo aggiungere che tutta la mia parte politica ha la volontà che ciò avvenga.

CAMERINI. Devo dire, almeno per quanto mi riguarda, che la relazione del dottor Locatelli rasserena quell'atmosfera creatasi attorno all'Istituto per lo studio e la cura dei tumori di Milano, il quale - in base alle notizie esposte dal Presidente della Commissione e dai nostri colleghi che hanno visitato l'Istituto - mi era sembrato versare in una situazione caratterizzata da numerosi problemi.

Vorrei precisare che ho apprezzato la volontà del commissario straordinario, dottor Locatelli, tendente a creare, all'interno dell'Istituto milanese, uno spirito di collaborazione tra la direzione e tutte le persone che in esso lavorano; ho altresì apprezzato lo sforzo di ricostruire con spirito di squadra quella fondamentale missione dell'Istituto senza cui non può andare avanti nella sua importante attività.

Detto questo, vorrei formulare qualche breve domanda, anche perché la collega Bernasconi ha già posto alcuni quesiti.

La prima domanda riguarda i dipartimenti. Anch'io ero desideroso di sapere quanti sono i dipartimenti e che tipo di dipartimenti avete attivato: si tratta di una suddivisione che prevede, per esempio, dipartimenti d'organo (per la patologia digestiva in un posto e per la patologia toracica in un altro), oppure qualche altro tipo di dipartimento? Inoltre vorrei sapere come affrontate nei dipartimenti il problema della ricerca clinica, da un lato (oltre naturalmente a quello dell'assistenza) e della ricerca di base, dall'altro.

Un'altra domanda è legata al fatto che sono stati citati gli sprechi, eccetera. Ebbene, il decreto legislativo n. 502 del 1992 parla sempre di verifica di qualità: avete dei sistemi per verificare la qualità delle prestazioni riguardo al vostro operare?

Un'altra domanda concerne l'appropriatezza delle indicazioni e dei ricoveri e un'altra ancora riguarda l'attività ambulatoriale. Praticamente dappertutto i regimi degenziali vanno diminuendo sia come numero sia, soprattutto, come durata degli stessi e vengono sostituiti da una più estesa attività ambulatoriale e da un'attività nel territorio. Ebbene, quali sono i programmi e qual è l'entità di questo tipo di attività non degenziale dell'Istituto, che io credo sia uno degli aspetti che dobbiamo tenere presenti per quanto riguarda la medicina moderna?

Altri due punti. Nella precedente audizione erano stati sollevati dei problemi riguardanti gli incarichi dei dirigenti di secondo livello, cioè dei primari, se vogliamo chiamarli così, con una dizione ancora obsoleta: come avete risolto questi problemi?

Poi, sempre ritornando al problema della ricerca prima citato dalla collega Bernasconi, domando: qual è il bilancio della ricerca? In altre parole, qual è la quota di ricerca di base e qual è la quota di ricerca clinica applicata che risulta nell'attività dell'Istituto?

Ultima domanda. Qual è il rapporto con le autorità regionali, cioè fra l'Istituto e la regione, tenuto conto che i problemi ci sono dappertutto e la Lombardia sicuramente non fa eccezione?

DE ANNA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, permettetemi di salutare anzitutto il nuovo *staff* dirigenziale dell'Istituto dei tumori di Milano, Istituto che io ho conosciuto, nella mia formazione di chirurgo, soprattutto negli anni '70 e '80, quando esso godeva in Italia, in Europa e nel mondo di un grande prestigio; però, dalla fine degli anni '80 ai primi anni '90, questo Istituto è andato incontro ad un lieve ma inesorabile declino, le cui cause sono difficili da individuare, ma, che probabilmente sono dovute principalmente al ricambio generazionale degli apicali, al fatto che molti apicali hanno lasciato anzitempo l'Istituto. Come si sa, se va via un apicale che gode di fama, che ha una certa professionalità ed è in grado di attirare nell'istituto dove lavora una grande utenza, si porta appresso anche l'utenza; inoltre tale declino è forse da attribuire anche ai cattivi o difficili rapporti tra gli amministrativi e i medici e, per ultimo, probabilmente, anche a questioni sindacali.

Oggi l'Istituto giustamente tenta un grande rilancio e tutti speriamo che questo avvenga e che lo riporti ai fasti degli anni '70 e primi anni '80.

Vengo ora alle domande. È chiaro che un istituto scientifico che, oltre ai compiti di diagnosi e cura, svolge anche compiti di ricerca e di didattica, si trova in difficoltà economica, perché con il sistema dei DRG non è in grado di svolgere tutte e tre le attività percependo un DRG simile a quello degli ospedali dove si fa principalmente o solamente diagnosi dei tumori. Quindi, in contrasto, forse, ma non tanto, con la senatrice Bernasconi, chiedo a lei, dottor Locatelli, se non sia il caso di istituire, se non un DRG differenziato o «pesato», qualcosa che consenta comunque a questo Istituto di essere pagato in base all'alta qualità delle prestazioni e di avere magari anche, *a latere*, un finanziamento speciale per l'attività didattica e di ricerca. Dunque, ripeto, la prima domanda è la seguente: lei ritiene opportuno, dottor Locatelli, istituire un DRG differenziato per la ricerca e la diagnosi (che è poi il problema che abbiamo anche noi negli istituti universitari)?

Passo ad un'altra domanda. Noi sappiamo che il 33 per cento delle cause di morte è dovuto alla neoplasia, quindi uno su tre di noi dovrà passare per una fase terminale; in Italia questa fase è molto carente o gestita male perché il paziente neoplastico viene seguito finché è possibile seguirlo, quando poi entra nella fase di irreversibilità, per questo tipo di pa-

ziente incomincia un calvario. Allora domando: nella ristrutturazione dell'Istituto (questo mi interessa in modo particolare), siccome esso si occupa principalmente di pazienti neoplastici, è previsto un programma per la gestione del paziente neoplastico in fase terminale?

Concludo formulandole, dottor Locatelli, i più grandi auguri perché l'impresa incominciata serva veramente a rilanciare questo Istituto che è stato ed è una delle glorie scientifiche italiane.

**PRESIDENTE.** Il Presidente non intende intervenire con domande in quanto i colleghi che l'hanno accompagnato nel sopralluogo effettuato in precedenza, in particolare il senatore Monteleone e la senatrice Bernasconi, hanno già esaurientemente riproposto i temi da approfondire.

Ho accolto con grande soddisfazione le parole del commissario straordinario dell'Istituto e soprattutto ho apprezzato il dinamismo nell'interesse che ha nei confronti dell'Istituto stesso, nonché la buona armonia che sembra essere ritornata in tale Istituto, che potrà avere il rilancio da lui accennato.

Ritengo che sia molto importante il progetto di Rionero in Vulture, per cui credo di associarmi nella fattiva opera (a ciascuno la sua parte) per renderlo realmente operativo come centro di eccellenza.

Do nuovamente la parola al dottor Locatelli per rispondere ai quesiti posti.

**LOCATELLI.** Signor Presidente, risponderò brevemente e spero anche in maniera esauriente, per quella che è la mia capacità, alle varie domande che mi sono state rivolte, peraltro assai dettagliate e di grande utilità.

Senatore Monteleone, circa le tensioni sindacali, direi che è stato raggiunto un clima sindacale di collaborazione sia in senso orizzontale che in senso verticale. Abbiamo raggiunto un'ottima collaborazione con le rappresentanze sindacali, sia mediche che non mediche, il che ci ha fra l'altro permesso di risolvere alcuni grossi problemi.

Un altro problema, anch'esso di grande rilevanza, che stiamo risolvendo insieme alle rappresentanze sindacali è quello della pianta organica. L'Istituto non è dotato di pianta organica e quindi si pone il problema della definizione di chi sono i nostri dipendenti, tenendo conto che vi sono addirittura 170 persone nell'Istituto, i cosiddetti contrattisti, che sono stati assunti con un contratto a termine, che però viene rinnovato in alcuni casi da dieci anni, se non di più; si tratta di personale che a tutti gli effetti fa parte dell'Istituto e non si può pensare, per un diritto soggettivo, di dire a questo personale che il contratto è finito e che può andare a casa, nè si può pensare di farlo per un diritto complessivo, perchè si fermerebbe l'Istituto. Questo è un nodo che stiamo cercando di sciogliere con un'ampia collaborazione della regione e anche del Ministero, perchè dobbiamo trovare delle soluzioni che rispettino questa realtà e rispettino anche le regole, perchè in una pubblica amministrazione chi entra deve entrare con certe garanzie, cioè con concorsi, selezioni o altro, però in questo caso si tratta di persone che da anni svolgono lavoro di ricerca e

che alla fine del mese ricevono uno stipendio, con le relative trattenute fiscali e previdenziali e che a tutti gli effetti si considerano dipendenti dell'Istituto.

I sindacati si sono dimostrati molto collaborativi, hanno capito che si trattava di un passaggio obbligato. Abbiamo definito un quadro al 1993 e lo stiamo portando alla versione ufficiale, quindi anche finanziabile nei termini formali. D'altronde senza di esso non potremmo sapere chi inserire e chi sostituire. Tuttavia la regione, il Ministero, anche attraverso i nostri organi di controllo, e i revisori dei conti ci stanno fornendo un notevole aiuto.

Il problema informatico è grave e ancora aperto, ma proprio nella giornata di ieri abbiamo preso l'impegno di presentare entro 15 giorni un piano sul futuro informatizzato dell'Istituto. Non è che non abbiamo punti informatizzati, purtroppo però ciascuno è separato dagli altri ed è venuto a creare un sistema singolo, senza riuscire però ad organizzarne uno complessivo. Non avendo né le competenze né le risorse interne per svolgere tale compito, è nostro intendimento affidarlo a strutture esterne.

Tuttavia sono convinto che tale affidamento non potrà essere efficace se prima non stabiliremo esattamente, per non essere alla mercè del fornitore, ciò di cui abbiamo bisogno e se non disporremo delle competenze necessarie per presidiare il rapporto con i fornitori del servizio. Ripeto, entro quindici giorni il piano dovrà essere presentato, così da renderlo operativo entro la fine dell'anno per i vari *step*. La regione ci ha già concesso un finanziamento di cinque miliardi (risorsa non da poco) per certi interventi.

Sul tema di Rionero riconosco la necessità di svolgere un'analisi, però vi faccio presente che dopo una serie di faticose ricerche su tutti i percorsi burocratici e amministrativi passati, la situazione è divenuta più chiara: esiste un progetto e si sta attuando una gestione sperimentale. Al momento, dobbiamo stabilire quali siano i mali e adottare la giusta terapia. Concordo poi con la senatrice Bernasconi, l'Istituto non deve essere una cosa a sé, né svolgere una semplice attività di tutoraggio, magari semplicemente apponendo la propria firma su qualche documento, ma deve rappresentare un esempio di eccellenza ed essere partecipe. Siamo pronti a dare tutto ciò che l'Istituto deve e può dare. La collaborazione inoltre non potrà essere concepita con molta supponenza da parte dell'Istituto, magari utilizzando il centro di Rionero come «discarica» delle proprie carriere incomplete, perché si tratterebbe di un approccio assolutamente sbagliato. Vogliamo creare qualcosa che sia di utilità per l'oncologia in generale, per l'Istituto stesso e per quelle zone.

Quando ho fatto riferimento alla necessità di vigilare sul come le ingenti risorse a disposizione verranno utilizzate, tenevo anche in considerazione le preoccupazioni mie e dell'assessore Bubbico per l'eventuale possibilità che Rionero si trasformi in un polo di conflitto con la realtà locale, in un polo di spreco ulteriore. Abbiamo realizzato il centro di Rionero, però dobbiamo chiederci anche cosa ci sia attorno ad esso. Mi permetto



oggi di dire che è proprio dalla Commissione che deve venire quell'aiuto nei confronti dell'Istituto a svolgere un'azione di vigilanza, per cercare di garantire un equilibrio locale e una tutela che non siano solo formali, come si verificherebbe se ci si limitasse ad apporre il timbro dell'Istituto avendo uno dei suoi rappresentanti partecipato alla selezione e alle scelte o avendo indicato la macchina più efficiente in quel momento. Il timbro è necessario, ma non basta.

Disporre di una realtà organizzata, ricca e integrata a Rionero è per noi assai importante perché molti dei nostri pazienti vengono da quelle zone e perché proprio lì avremmo la possibilità di intraprendere una serie di iniziative importanti, alcune anche a favore dei malati terminali. Non si vede perché debba esistere solo una realtà privilegiata per ricchezza e dotazione di attrezzature nell'area lombarda, quando vi potrebbe essere anche altrove una serie di presidi per aiutare il malato terminale con un *know how* alimentato dall'Istituto.

In conclusione, al riguardo, posso dire che, dopo i tempi morti e le incertezze, stiamo percorrendo una strada caratterizzata da un clima di collaborazione. Noi metteremo la nostra parte, le realtà locali dovranno mettere la loro. Credo che anche la Commissione e il Ministero debbano essere coinvolti. È stata avanzata la proposta di un eventuale incontro; noi siamo d'accordo e siamo pronti ad averlo. Stabiliamo cosa è stato fatto bene e cosa no, cosa c'è da cambiare e cosa da mantenere; in questo modo faremo dei passi avanti ed eviteremo di sprecare risorse finanziarie e culturali notevoli.

Un altro aspetto cui hanno fatto riferimento diversi commissari è quello relativo ai dipartimenti. In proposito nella documentazione non ho trovato molto e non so quanti ne fossero previsti.

BERNASCONI. Mi sembra tredici.

LOCATELLI. Sull'argomento anche il senatore Camerini potrà dire qualcosa di più.

I dipartimenti, accorpati nella realtà attuale, sono nove, ma l'intenzione è quella di ridurli a sette. Tra questi la parte da leone la faranno le chirurgie, visto che non sono accorpabili in un unico megadipartimento chirurgico e che ci costringeranno a farne tre (anche se speriamo di ridurli a due). Poi ce ne sarà uno per la ricerca, uno per le medicine, uno per le diagnostiche e uno per l'anestesia e la rianimazione intensiva da utilizzare subito dopo la camera operatoria. Credo di averli ricordati tutti: a regime dovrebbero essere sette con in più alcune unità trasversali di servizio. Per esempio, a noi preme molto sviluppare le nostre capacità e mantenere la nostra presenza anche in settori che non riguardano solo la parte chirurgica. Al momento, si è presentato il problema di non perdere una «bandiera» importante come il dottor Bonadonna; tuttavia pensiamo, con il suo consenso, di affidargli la responsabilità non solo di una scuola sul fattore di accrescimento per lo studio di questo e la formazione dei medici di base, ma anche di un'unità operativa, una *breast unit*, che faccia da col-

legamento tra le varie aree e le varie competenze, visto che si tratta di un campo di particolare interesse per l'Istituto.

La stessa crisi dell'approccio puramente chemioterapico e lo sviluppo di una serie di ricerche nel settore genetico stanno cambiando molto; sappiamo che possono scaturire risultati in termini clinici, perché generati da una ricerca scientifica di minor aggressività sulla situazione del malato e di maggiore capacità di prevenzione nella formazione di certe patologie.

A questo punto devo dare alcune risposte particolari al senatore Camerini. Per quanto riguarda i sistemi di verifica della qualità e della appropriatezza dei ricoveri, devo rispondere che purtroppo non siamo in grado di avere uno strumento di valutazione e di rivelazione esatta della qualità delle prestazioni che forniamo. È questo un punto fondamentale all'interno dell'organizzazione del controllo di gestione della funzione del dipartimento e della direzione che si intende costituire. Si potrebbero magari applicare criteri propri di realtà diverse da quelle sanitaria e scientifica; tuttavia, un controllo della qualità e del valore delle prestazioni che forniamo è certamente fondamentale; in caso contrario, diventerebbero privi di riferimento tutti i discorsi che facciamo sulla competitività e sul fatto di chiedere maggiori risorse.

Contiamo di realizzare tutto questo anche all'interno di quella che sarà la nuova situazione gestionale, che sarà fortemente connotata dal rapporto tra i *manager* dell'azienda sanitaria e i responsabili dei vari servizi che saranno i futuri capi dei dipartimenti. È questo uno strumento non ancora operativo, ma è certamente uno degli obiettivi fondamentali che intendiamo perseguire.

Nel nostro Istituto vengono effettuate prestazioni ambulatoriali e di *day hospital*, sia chirurgico che medico, che hanno fatto conseguire un notevole miglioramento. Numerose prestazioni – per esempio chemioterapiche o di analisi complesse – vengono effettuate in *day hospital*, mentre fino ad un anno fa venivano effettuate in ambulatorio, comportando una situazione di grave disagio per il malato per una serie di circostanze non sempre piacevoli. Prevediamo di fatturare nel 1998 in tutti i *day hospital*, sia chirurgico che medico, oltre 17 miliardi; è un incremento molto consistente, che ci crea però qualche conflitto con la regione, dal momento che ambulatorialmente le prestazioni comportavano un certo costo, mentre ora presso i *day hospital* ne comportano un altro. Noi non possiamo fare altro che dire alla regione che fino a ieri l'abbiamo fatta risparmiare, dal momento che si sono scaricati direttamente sul malato molti costi; poiché oggi molte prestazioni possono essere eseguite nei *day hospital*, si è in condizione di offrire al malato una sistemazione diversa rispetto all'ambulatorio, in una sala dignitosa dotata di molti *comfort*, come per esempio una poltrona.

A tal riguardo ci troviamo con la regione in una fase di trattative, che non fa altro che tradursi in un rapporto tra fornitore e cliente e quindi non può mancare una dialettica, che però comporta sempre una grande collaborazione.

Posso dire che in ambulatorio, nel 1997, sono state compiute oltre 660.000 prestazioni – ciò dimostra che si ha una rilevante attività ambulatoriale – e che è cresciuta notevolmente l'attività dei *day hospital*. Ovviamente le prestazioni più numerose sono quelle effettuate in relazione ai tumori femminili, i quali tra l'altro sono i più seguiti anche per la tradizione propria dell'Istituto.

Per quanto riguarda il bilancio della ricerca, nel 1997 si è registrata una spesa di 40 miliardi, dei quali 21 miliardi e 400 milioni (in base al consuntivo del 1997; il preventivo del 1998 è ancora incerto) per la ricerca corrente (la maggior parte sono contributi dello Stato) e quasi 19 miliardi per la ricerca finalizzata, tra i quali spicca in particolare il finanziamento inviato dall'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro e dai privati, che offrono un contributo di 5 miliardi.

Il problema della ricerca per il prossimo anno è piuttosto delicato perché, per quanto riguarda i finanziamenti da parte dello Stato, si è ancora in attesa del saldo del 1997 (dobbiamo ancora ricevere il 60 per cento del finanziamento); per quanto riguarda il 1998, il Ministero della sanità ci ha fatto presente che dobbiamo inserire nel bilancio solo il 60 per cento di quello che abbiamo ricevuto nel 1997, ossia 22 miliardi e 500 milioni. Sappiamo che i fondi arriveranno tuttavia dobbiamo ancora porre in essere il bilancio preventivo su questi dati e quindi da ciò nasce anche quel disavanzo strutturale del quale parlavo in precedenza.

Per quanto riguarda il rapporto con la regione, posso affermare che è buono perché il conflitto instaurato – lo ripeto – si risolve nel confronto tra fornitore e pagatore, sempre però con ottime prospettive (almeno lo spero).

Per quanto riguarda il problema dei DRG, le valutazioni possono essere diverse. Condivido in un certo senso la preoccupazione di dare maggiori risorse agli istituti come il nostro solo per un criterio nominalistico: occorre invece attribuire maggiori risorse perché all'interno degli istituti si è trovato un valore aggiunto che non si può non remunerare; le prestazioni si diversificano non per il livello qualitativo, ma per il livello della complessità. Questo comunque è un punto delicato che occorre studiare in modo approfondito. Credo che a tal proposito sia presente un accenno già nel progetto di riforma degli IRCCS.

PAPINI. Questo però non darebbe luogo ad una diversa prestazione. Non mi è chiaro il concetto perché, da una parte, si chiede la competitività e, dall'altra, si rifiuta il confronto sul piano della competitività stessa e sul finanziamento.

LOCATELLI. Posso solo dire che per diversità si intende un DRG diverso all'interno di una prestazione. Alla fine riconosciamo che è diverso non perché si applica a un differente organo, ma per quelle che sono le caratteristiche qualitative, che si traducono poi in una valorizzazione quantitativa. Un intervento su una mammella o su un melanoma viene compiuto nel nostro Istituto con prestazioni più complesse e superiori rispetto

a tanti altri istituti e pertanto credo che abbiamo il diritto ad ottenere un riconoscimento anche economico di questa più elevata e più onerosa qualità. A questo punto, però, non vorrei addentrarmi nell'ambito di una discussione della quale probabilmente non sono competente; posso però affermare che questo è certamente un tema sul quale occorre discutere.

L'argomento dei DRG differenziati è molto delicato. Quello che ho capito è che non si esce da questo sistema. Occorre trovare un meccanismo che, pur rispettando le caratteristiche di tutti, non penalizzi quegli istituti che offrono prestazioni qualitative diverse.

Per quanto riguarda i malati terminali, ci troviamo di fronte ad un problema fondamentale. Siamo tutti a conoscenza del fatto che, anche se non si ha una guarigione completa, il malato terminale può essere curato usufruendo di tutte le prestazioni che anche la ricerca consente.

Uno dei progetti su cui abbiamo deciso di investire risorse proprie dell'Istituto riguarda la realizzazione di una struttura attrezzata in cui effettuare sperimentazione e ricerca sulle cure palliative per i malati terminali di cancro. Inoltre, in secondo piano, ci stiamo organizzando con tutta una serie di istituzioni milanesi sul territorio, sia di carattere ospedaliero che di volontari (ad esempio, l'Istituto Floriani e la Lega per i tumori), per l'implementazione di cure per i malati terminali, con un sistema che copra Milano. L'Istituto su questo ha investito molto, per esso è fondamentale e intende realizzare questa struttura come opera primaria.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente per la collaborazione prestata il dottor Locatelli, nonché il professor Cascinelli e il dottor Piccolo, e dichiaro conclusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT. GIANCARLO STAFFA