

# SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

**Doc. XXII-bis  
n. 1  
Allegato 1**

## COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

*(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)*

### **Inchiesta sulle emergenze sanitarie**

## **RELAZIONI**



## I N D I C E

Relazione sui sopralluoghi effettuati il 10 e 27 ottobre 1997 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta nelle zone dell'Umbria e delle Marche colpite dal sisma . . . . .	Pag. 5
Relazione sul sopralluogo effettuato il 21 novembre 1997 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario presso le camere iperbariche dell'istituto «Galeazzi» di Milano . . . . .	» 12
Relazione sul sopralluogo effettuato il 20 maggio 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta alle strutture sanitarie di Sarno e Nocera Inferiore. . . . .	» 20
Relazione sul sopralluogo effettuato l'8 ottobre 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta al reparto di ematologia dell'azienda ospedaliera «San Salvatore» di Pesaro. . . . .	» 25



**Relazione sui sopralluoghi effettuati il 10 e 27 ottobre 1997 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta nelle zone dell'Umbria e delle Marche colpite dal sisma (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)**

*Approvata dalla Commissione nella seduta n. 17 del 12 marzo 1998*

## **1. Premessa**

A seguito dell'evento sismico che ha colpito nel settembre 1997 alcune aree dell'Umbria e delle Marche, il 10 ottobre 1997 una delegazione della Commissione – comprendente i senatori Tomassini, Monteleone, Ronconi e Saracco – si è recata nelle zone dell'Umbria interessate dal disastro, mentre il successivo 27 ottobre la delegazione – questa volta composta dai senatori Tomassini, Carla Castellani e Saracco – ha visitato i comuni delle Marche colpite.

Compito delle delegazioni era valutare:

- a) la risposta alle calamità sopravvenuta fornita dalle istituzioni nazionali – in particolare la Croce Rossa, i Vigili del fuoco e la Protezione Civile – in termini di tempestività, congruità e organizzazione degli interventi;
- b) la situazione igienico-sanitaria creatasi dopo il sisma, ivi inclusi i provvedimenti presi per sopportare l'emergenza;
- c) il funzionamento della rete del «118» prima e dopo l'evento sismico;
- d) l'agibilità e la sufficienza delle strutture sanitarie esistenti dopo l'evento del sisma;
- e) eventuali proposte per risolvere la situazione dell'emergenza nel medio termine.

Poiché l'evento sismico ha colpito due Regioni differenti, in cui l'organizzazione dei soccorsi è stata autonoma ed indipendente, pur rispondendo ad un unico piano nazionale, si ritiene opportuno analizzare separatamente le due situazioni.

## **2. Sopralluogo nell'Umbria**

Durante tale sopralluogo sono stati visitati Foligno, Valtopina, Nocera Umbra.

In merito al mandato ricevuto dalla Commissione e tenuto conto di quanto appare nel resoconto allegato si esprimono i seguenti rilievi.

L'intervento dei Corpi deputati alle situazioni di emergenza è stato tempestivo ed efficace, in ciò anche favorito da una fortunata circostanza, derivante dall'esiguo numero di persone infortunate o decedute a causa dell'evento.

Poche ore dopo la segnalazione, i Corpi di soccorso sono arrivati in luogo ed hanno potuto approntare quanto era necessario per l'assistenza alle popolazioni colpite ed hanno istituito il COM (Coordinamento operativo multiforze) che deve presiedere anche all'operatività per tutti gli aspetti: verifica delle strutture, approntamento degli alloggi di emergenza, verifica dei servizi (acqua, luce, gas, etc.). La tempestività dell'azione e l'efficienza dei mezzi di soccorso è stata in gran parte depotenziata dalla mancata stesura e realizzazione, da parte delle rispettive autorità municipali, dei piani previsti dalla legge per tali situazioni: i soccorritori si sono quindi trovati sprovvisti delle piante toponomastiche, delle aree da utilizzare, dei punti di captazione dell'acqua, etc. Malgrado tutto ciò è stato possibile in breve tempo realizzare i campi, i servizi e le tendopoli necessarie per la fase primaria.

Nell'intervento a medio termine è stata segnalata una certa difficoltà della catena decisionale in quanto nel COM vi è sostanzialmente un'operatività parallela delle varie forze ma non una scala gerarchica: alcune decisioni risultano quindi difficili da prendere. In particolare è stato segnalato un certo ritardo nel dichiarare inagibile la Casa di riposo per anziani non autosufficienti, che si è poi stati costretti a spostare improvvisamente nottetempo, durante un fortunale, con ovvie conseguenze di disagio.

La situazione igienico-sanitaria che si è venuta a creare dopo il sisma era pienamente sotto controllo e sufficientemente esaudita da quanto posto in essere. Un problema ricorrente riferito però è quello della protezione del patrimonio zootecnico che nella calamità non sarebbe adeguatamente tutelato per la scarsità di strutture veterinaria. A Foligno le strutture della Croce Rossa hanno impiantato un ottimo ospedale da campo ed anche a Nocera Umbra è stato installato un ospedale militare dell'Associazione Nazionale Alpini di notevole qualità e completamente fornito delle necessità tecnologiche.

Nelle tendopoli «campione» di Valtopina, il servizio sanitario è assicurato da un pronto soccorso, l'integrazione e la collaborazione con i medici di medicina generale è stato realizzato con buona efficienza complessiva del sistema. Le strutture provvisorie e cioè gli ospedali mobili, le tendopoli, ed i refettori, pur nella precarietà della situazione sono state ottimamente organizzati dal punto di vista dell'igiene e della pulizia. Imprevista e singolare è stata la necessità di intervenire su una dilagante patologia di psicosi nei confronti del sisma soprattutto dovuta alla continuità nel tempo delle scosse e delle emergenze. Nei centri di soccorso era comunque in via di organizzazione una risposta anche per questo problema. Il responsabile della Croce Rossa in loco dott. Giuffrida ed il responsabile della Protezione Civile dott. Manganelli si sono rivelate persone di straordinaria capacità ed esperienza avendo maturato in passato esperienza fin dagli eventi calamitosi dell'alluvione di Firenze. Chi ha avuto esperienza

diretta della situazione italiana prima della creazione del Dipartimento di protezione civile ora non può che obiettivamente riconoscere un notevole miglioramento ed adeguamento delle nostre capacità.

La rete del servizio di emergenza «118», che ha già stata attivata prima dell'evento sismico, anche successivamente ha continuamente funzionato per il coordinamento dell'attività sanitaria straordinaria. Le strutture sanitarie della zona erano composte da un servizio di rieducazione postcoronarica situato a Nocera Umbra e dall'ospedale di Foligno. La struttura di Nocera Umbra, come d'altronde l'intero comune, è diventata completamente inagibile, ma i pazienti sono stati dislocati opportunamente in parte a Spoleto, in parte in altre strutture di Foligno senza gravi disagi. L'ospedale di Foligno, abbastanza gravemente lesionato, è stato evacuato la prima notte del sisma. Per fortuna (uno dei rari casi in Italia) vi era un piano di emergenza predisposto per eventuali necessità di evacuazione: rimane solo qualche dubbio se un'evacuazione disposta nel momento di maggior confusione per la paura del terremoto non possa essere stata essa stessa fonte di rischio, per fortuna non concretizzatosi praticamente. La parte più antica dell'ospedale ha tutto sommato resistito bene all'evento così come il reparto di recente costruzione (con struttura in cemento armato) in attesa di essere inaugurato all'epoca del sisma. Il pronto soccorso era l'unica parte dell'ospedale ancora funzionante. La valutazione complessiva della struttura induce a considerare paradossalmente quasi benefico il terremoto: il pronto soccorso infatti è in condizioni tali da non essere in regola con gli attuali criteri europei e nazionali di accreditamento, e così pure gran parte dei reparti, con l'esclusione di quelli più recentemente restaurati (ad esempio la nefrologia). Il personale medico e paramedico non era ancora stato ridistribuito coerentemente nel territorio, ma oltre alla considerazione che anche per questo vi era una psicologicità conseguente al terremoto, era comunque in fase di attuazione una ridistribuzione dell'organico.

La situazione dell'emergenza nel medio termine va affrontata cercando di favorire il rapido termine dei lavori nell'ospedale di Foligno, ormai in corso da quattro anni. Rendendo disponibili anticipatamente fondi attraverso la legge finanziaria ed anticipando la disponibilità di quanto stanziato per il 2000, sarà possibile completare il nuovo nosocomio che appare sufficiente a coprire le esigenze di tutta la zona, ivi compresa la struttura di Nocera Umbra.

### **3. Conclusioni per la zona situata nella regione Umbria**

L'intervento di emergenza nelle zone terremotate è stato tempestivo e corretto. Le strutture municipali sono però risultate inadempienti riguardo ai piani che dovevano predisporre per le calamità. L'emergenza nel medio termine ha qualche difficoltà nell'esser coordinata poiché vi è una catena decisionale difficoltosa e una scala gerarchica non identificata: sarebbe opportuna, a questo scopo, una revisione della legge n. 225 del 1992.

Una nota positiva riguarda l'evacuazione dell'ospedale di Foligno, tra i pochissimi nosocomi in Italia ad aver predisposto un piano di emergenza all'uopo.

L'ospedale di Foligno oltre ad essere attualmente inagibile, non era neanche prima del sisma idoneo secondo le attuali disposizioni per l'accreditamento. La miglior soluzione per il futuro è quella di completare rapidamente il nuovo ospedale di Foligno.

#### **4. Sopralluogo nelle Marche**

Durante tale sopralluogo la delegazione si è recata a Col Fiorito, Camerino, Matelica, Fabriano ed infine a Nocera Ferretti. Al riguardo si esprimono i seguenti rilievi.

La valutazione della risposta delle istituzioni nazionali appare anche in questa zona essere stata tempestiva ed efficace nei confronti della prima emergenza. I danni causati a Col Fiorito sono sembrati di pari entità rispetto a quelli di Nocera Umbra, ed anche i danni di alcuni comuni vicini sono stati altrettanto gravi in un contesto meno dotato, rispetto alle aree colpite in Umbria, di infrastrutture e soprattutto con maggiori difficoltà di comunicazione. Le tendopoli, i presidi sanitari mobili, i refettori e gli altri servizi sono però risultati sufficienti e ben installati. Anche qui le difficoltà sono emerse nell'organizzare il medio periodo; inoltre va osservato che l'intera operazione è stata fortunatamente favorita da un danno molto limitato per le persone.

La situazione igienico-sanitaria dopo il sisma è sembrata ben controllata e vi è stata una buona organizzazione territoriale dei servizi medici che hanno coperto a livello territoriale l'intera zona colpita, garantendo a tutta la popolazione la tutela della salute; anche qui si lamentano però alcune carenze nella protezione del patrimonio zootecnico.

Il servizio «118» in tale zona non era completamente attivato e pertanto non funzionava appieno prima e neanche dopo l'evento sismico.

Le strutture sanitarie colpite dal terremoto sono state soprattutto gli ospedali di Camerino e di Fabriano. L'ospedale di Matelica non è invece stato colpito dal sisma. L'ospedale di Camerino tuttavia non è stato dichiarato inagibile da nessuna autorità, ma evacuato su disposizione del direttore sanitario per un atteggiamento prudenziale in relazione alle continue scosse ed alla psicologia di ansia e paura che si era diffusa tra il personale e i pazienti. In realtà gran parte dell'ospedale non aveva subito danni strutturali e avrebbe potuto essere nuovamente adibito alla degenza, anche se, come detto per Foligno, la struttura non sembra in regola con le norme dell'accreditamento né lo era prima del sisma.

La sensazione (supportata da documentazione ottenuta dopo molte sollecitazioni) è che il direttore generale della Asl abbia un po' forzato la mano per attuare un piano sanitario elaborato prima del sisma che prevedeva il trasferimento di alcune divisioni e reparti da Camerino all'ospedale di San Severino Marche e a quello di Matelica. Difatti, al momento



del sopralluogo della delegazione, tutti i degenti erano stati trasferiti parte a San Severino e gran parte a Matelica. L'ospedale di Matelica non aveva subito danni, ma da tempo era sostanzialmente stato adibito a struttura per la riabilitazione, sempre meno dedicata alla degenza per acuti. Al momento dell'ispezione la struttura di Matelica è sembrata in buone condizioni, ma sicuramente non all'altezza di rispondere all'esigenza ospedaliera.

Durante il sopralluogo dell'ospedale è stata ipotizzata la rapida attivazione di una struttura di rianimazione, di 12 posti di unità coronarica, e un raddoppio delle sale operatorie da due a quattro, in modo da rispondere alle esigenze del territorio: il direttore sanitario incaricato, di fronte al direttore generale, al direttore sanitario della Asl e al direttore amministrativo, ha affermato senza essere smentito che il tutto poteva essere realizzato entro 15-30 giorni. Nel corso dell'ispezione tuttavia la delegazione ha potuto constatare quanto fosse velleitario e mendace formulare tale ipotesi: nessuna traccia vi era della rianimazione e della unità coronarica da attivare, e le due sale operatorie esistenti, nonché la zona della sterilizzazione, non erano a norma di legge. L'impressione è quindi che l'intero evento venisse forzato ai fini di ottenere un investimento straordinario sull'ospedale di Matelica del tutto inopportuno ed ingiustificato.

L'ospedale di Fabriano consta invece di due zone, una datata ed obsoleta, ed una antisismica, consegnata quasi completata in tempi recentissimi. Pur essendo stati notevoli i danni prodotti dal sisma, la struttura moderna è rimasta indenne ed attraverso un'encomiabile opera del direttore generale e del direttore sanitario, non vi sono state conseguenze sui ritmi di ricovero e di erogazione delle cure. L'ospedale è apparso moderno, efficiente, completamente a norma e soprattutto ben gestito e guidato dall'attuale dirigenza. Una zona di completamento dell'ospedale potrebbe essere consegnata entro pochi mesi.

Per risolvere la situazione dell'emergenza in breve termine sembra sufficiente il completamento sopra indicato dell'ospedale di Fabriano, che data la vicinanza con Camerino e Matelica potrebbe ben supplire anche alle esigenze di quella zona, rendendo inutili altri investimenti nell'immediato. Nel futuro si può ipotizzare la costruzione della struttura sanitaria ospedaliera prevista a Camerino, della quale però per ora non è stata posta neanche la prima pietra.

## **5. Conclusioni per la zona situata nella regione Marche**

La risposta delle istituzioni nazionali deputate all'emergenza anche nelle Marche è stata tempestiva e congrua nel primo impatto. Le medesime difficoltà dovute alla catena decisionale ed alla inesistente scala gerarchica hanno creato analoghe difficoltà nel medio termine. La rete ospedaliera colpita dal sisma era già insufficiente e non completamente a norma prima della calamità a Camerino ed a Matelica, mentre fortunatamente a Fabriano era già operativo all'80% un ospedale moderno, funzio-

nale e ben diretto. Stupisce il tentativo strumentale da parte del direttore generale della Asl di Camerino, spalleggiato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, di forzare la mano per realizzare un piano sanitario ospedaliero non completamente condiviso dagli amministratori della zona ed addirittura mai previsto, per l'ospedale di Matelica, ove è stato inventato di sana pianta. È da censurare anche la mancata presenza all'inizio dell'ispezione a Camerino, della dirigenza precedentemente citata. Più che pensare a strane soluzioni sarebbe stato più saggio programmare una soluzione che facesse perno sull'ospedale di Fabriano. Particolarmente censurabile è l'aver evacuato e poi non aver mai più rioccupato l'ospedale di Camerino, in carenza di oggettive dichiarazioni di inagibilità. Considerati i flussi sanitari della zona sembra più che sufficiente per l'immediato futuro il completamento dell'ospedale di Fabriano.

## **6. Conclusioni e considerazioni complessive**

L'istituzione del Dipartimento della protezione civile ha sicuramente determinato una svolta epocale per le emergenze. Rispetto alle catastrofi degli anni '70 è ora operante, malgrado alcune affermazioni degli organi di stampa, un coordinamento di forze adeguato a rispondere alla prima emergenza. Croce rossa, Vigili del fuoco, volontariato della Protezione civile sono stati tempestivi nell'arrivare nelle aree colpite e nel prestare i primi soccorsi e sono apparsi ben equipaggiati e forniti di idonei strumenti tecnici. Le strutture sanitarie mobili per l'emergenza sono sembrate di ottimo livello tecnologico e funzionale.

Meno efficiente risulta invece l'intervento del medio periodo in cui affiorano nei COM (Coordinamento operativo multiforze) duplicità di interventi e scarso coordinamento gerarchico direzionale; vi sono pertanto richieste talvolta in contrasto o confuse. È inoltre necessario da coprire inoltre una carenza d'intervento per la tutela del patrimonio zootecnico nelle calamità. Sembra opportuna una revisione della legge n. 225 del 1992. Le istituzioni territoriali (municipi e province) non sono apparsi adeguati ed in qualche caso del tutto inadempienti riguardo all'attivazione ed alla disponibilità dei piani previsti per gli eventi calamitosi: i soccorsi che arrivano si trovano quindi privi di informazioni e notizie indispensabili; fortunatamente in questo caso le vite umane coinvolte sono state molto poche.

Le infrastrutture predisposte per alcuni servizi (Enel e Telecom) sono sembrate tempestive e sufficienti. Del tutto inadeguato è parso invece l'intervento della Rai-Tv che si è più dedicata a illustrare più o meno pateticamente condizioni particolari, ma nulla ha fatto per quanto prioritariamente come istituzione deve fare, e cioè quello di informare direttamente i cittadini sui comportamenti e sulle situazioni: nemmeno una pagina del Televideo è stata posta a disposizione della popolazione.

Il servizio di emergenza sanitaria «118» non era completamente attivato in tutte le zone del sisma e non ha quindi potuto completamente as-

solvere il compito per il quale è stato creato. Le autorità preposte hanno ben coperto le esigenze del territorio distribuendo adeguatamente i punti sanitari ed il personale ed anche i provvedimenti presi durante l'emergenza sono sembrati corretti. La situazione delle strutture ospedaliere, con la sola eccezione di Foligno, è risultata fortemente deludente: se ora le strutture sono inagibili, prima del sisma non erano sicuramente adeguate agli standard dell'accreditamento e degne di una nazione che vuole entrare in Europa. Le evacuazioni stabilite dalle rispettive direzioni sanitarie si sono svolte senza problemi per i degenti; un particolare encomio merita la direzione sanitaria dell'ospedale di Foligno, tra i pochissimi presidi in Italia ad avere disponibile un piano di emergenza.

Censurabile è apparso il tentativo di strumentalizzare e forzare la situazione attuato da parte della Asl di Camerino per mezzo del suo direttore generale, dottor Umberto Mozzoni. Emblematico è stato il caso di Matelica dove su un ospedale già da tempo non più dedicato alla urgenza sanitaria era stato ipotizzato un faraonico progetto di sviluppo da realizzare in pochi giorni!

La situazione complessiva degli ospedali ha posto nuovamente il problema della necessità di un tempestivo investimento nel riadeguare le strutture nazionali per renderle consone alle disposizioni di legge, alla sicurezza dei ricoverati e degli operatori e soprattutto degne di una nazione europea. Per il futuro è indispensabile migliorare in questa zona la disponibilità ospedaliera: sembra sufficiente per ciò il completamento degli ospedali di Foligno in Umbria, in fase di avanzata costruzione, e di Fabriano nelle Marche, già in funzione all'80%; successivamente, con una destinazione finalizzata di risorse, occorre avviare la costruzione del nuovo ospedale di Camerino.

Da ultimo, sarebbero da prevedere in futuro, in caso di calamità, interventi più mirati ed organici a tutela dei danni psicologici, quali attività di risocializzazione e ricreazione, evitando di interrompere per lungo tempo gli strumenti integrativi.

**Relazione sul sopralluogo effettuato il 21 novembre 1997 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario presso le camere iperbariche dell'istituto «Galeazzi» di Milano (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)**

*Approvata dalla Commissione nella seduta n. 79 del 2 aprile 1998*

## **1. Premessa**

A seguito della tragedia avvenuta il 31 ottobre 1997 nella camera iperbarica dell'istituto Galeazzi di Milano, una delegazione della Commissione – comprendente i senatori Tomassini, Bortolotto e Carla Castellani – si è recata presso il citato istituto, avendo come obiettivi:

- constatare sui luoghi dell'incidente la situazione, analizzando le possibili cause che avevano determinato la tragedia;
- effettuare audizioni che coinvolgessero tutti i soggetti interessati: magistrato inquirente e perito d'ufficio, direzione sanitaria e amministrativa, responsabile dell'unità terapeutica, rappresentanza degli operatori sanitari medici e non medici, rappresentanti sindacali, rappresentanti degli organi di controllo regionale e delle istituzioni nazionali, ed infine il rappresentante la proprietà;
- individuare, se possibile, quali carenze normative od operative fossero da colmare al fine di prevenire ripetersi di tali episodi;
- valutare la appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche.

Nel corso del sopralluogo sono stati acquisiti documenti raccolti dall'Assessorato sanità della regione Lombardia, inclusi l'atto di convenzione iniziale ed il regolamento dell'attività medica in considerazione, nonché la relazione del gruppo di lavoro istituito dalla regione Lombardia per «acquisizione degli elementi utili sotto il profilo tecnico, scientifico ed amministrativo per la verifica delle condizioni necessarie per il mantenimento o la sospensione dell'accreditamento dell'Istituto Galeazzi e degli altri istituti appartenenti al gruppo proprietario».

## **2. Il sopralluogo del 21 novembre 1997**

Il sopralluogo alle tre camere iperbariche consentiva di constatare i segni raccapriccianti della tragedia: quanto osservato lasciava intravedere esiti di una combustione durata più tempo di quanto era immaginabile. Si è in particolare constatato un assembramento piuttosto artigianale dei sistemi di controllo rispetto alla camere iperbariche; lo spazio angusto entro

il quale i malati dovevano muoversi in grande numero e con costrizione dei tempi (a conferma di ciò era ancora ben evidente una lavagna che riportava i nomi dei pazienti, le rotazioni dei turni terapeutici ed il numero di sedute); l'utilizzo contemporaneo, di facile constatazione, di tutte e tre le camere iperbariche; la presenza di un unico impianto antincendio, per altro come riferito, non funzionante e ignorato quanto a dislocazione e percorso delle tubature; l'insufficiente controllo di sistemi di taratura e allarme dell'immissione di ossigeno e di controllo dei volumi, in quanto era ben visibile una taratura a 27 quando il livello massimo di ossigeno nell'atmosfera tollerabile, ai fini del contenimento nel rischio di incendio, doveva essere del 23%, secondo quanto risulta dalla letteratura internazionale sull'argomento e, in particolare, dal manuale del Prof. Giorgio Oriani, primario del reparto di ossigenoterapia del «Galeazzi».

### 3. Le audizioni

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

Non vi erano indicazioni di comportamento esposte e visibili, come è stato anche direttamente constatato dalla delegazione. In tal modo una delle pazienti, e non per la prima volta, aveva portato con sé uno scaldino, i cui vapori probabilmente avevano innescato l'incendio dell'ossigeno. L'incendio si era sviluppato all'inizio della seduta e per almeno 10 minuti si era propagato senza possibilità di aprire il portello della camera stessa durante la decompressione.

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

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

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

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

Dall'audizione del magistrato e del consulente emergeva poi che le camere iperbariche autorizzate ed omologate al «Galeazzi» erano solo due. La terza, proprio quella ove era venuto l'incidente, figurava a tutti gli effetti «inesistente».

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

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

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

Per il primario responsabile dell'unità operativa, professor *Giorgio Oriani*, non vi era altra spiegazione degli eventi se non quella della tragica fatalità. Anch'egli affermava di non essere a conoscenza della mancata omologazione della terza camera iperbarica. Alla contestazione sul perché non fossero presenti disposizioni scritte e visibili per gli utenti, il personale di assistenza e il personale di controllo, in tema di modalità d'uso e precauzioni da utilizzare durante l'uso della camera, rispondeva che tutto questo veniva comunicato oralmente e che i pazienti venivano istruiti prima di ogni ingresso. Risultava tuttavia alla Commissione che non esisteva all'interno del «Galeazzi» una Carta dei servizi, e non era messa in atto la prassi relativa al consenso informato. Il primario più volte si riferiva al protocollo operativo stipulato tra Assessorato alla sanità regione Lombardia e Istituto Galeazzi nel 1988, in cui venivano riprodotte anche linee guida: da una verifica però delle linee citate, emergeva con chiarezza che molte delle precauzioni previste erano eluse.

Il primario portava ad ulteriore giustificazione dell'accaduto lo scarso numero di incidenti di questo tipo nella storia dell'utilizzo delle camere

iperbariche: analizzando però la dinamica di quegli incidenti, in tutti i casi emergono gli stessi elementi di rischio che, sottovalutati, hanno portato alla tragedia del «Galeazzi». A richiesta su chi fosse preposto al controllo dei monitor ed alla guida dei comandi delle erogazioni dei gas, rispondeva che erano incaricati taluni tecnici; all'ulteriore domanda su quale tipo di qualifica tali tecnici avessero, il primario rispondeva che l'unica qualifica posseduta era quella della partecipazione ad un breve corso svolto da lui medesimo.

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

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

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

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

Il colloquio con le rappresentanze sindacali era soprattutto teso, da parte dei soggetti ascoltati, ad avere rassicurazioni riguardo al rischio di chiusura, anche temporanea, dell'Istituto. Vi erano però critiche comuni alla modalità di direzione dell'Istituto per il problema della sicurezza ed alla scarsa incisività della direzione sanitaria.

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

Produceva inoltre una serie di documenti, acquisiti agli atti, in cui venivano evidenziati una serie di raccomandazioni e di prescrizioni sia per i dirigenti responsabili, sia per i controlli, a dimostrazione che non erano mancati atti di controllo. In particolare l'assessore presentava una circolare del luglio 1997 nella quale venivano richiamate le norme di prevenzione antincendio ed i conseguenti necessari adempimenti. Si dissociava dalle responsabilità della mancata applicazione di tali procedure e precetti da parte degli organi a lui subordinati.

La direttrice sanitaria della Asl, dottoressa *Chiara Porro de' Somenzi*, sosteneva e giustificava l'insufficienza del controllo sulle iperbariche del «Galeazzi» asserendo, come hanno fatto altri, l'ignoranza dell'esistenza di tre camere, nonché il riscontro di situazioni assolutamente normali durante gli atti ispettivi. Ad una precisa richiesta della delegazione la direttrice non sapeva però come giustificare la mancata attenzione alle oltre trentamila prestazioni annue, volume d'utenza del tutto eccezionale.

I tecnici dell'Ispepl informavano la delegazione su come le direttive nazionali rendano obbligatori l'omologazione e il collaudo dell'apparecchio iperbarico una prima volta alla nascita, ed una seconda volta alla sua posa in opera. Quando le iperbariche dell'Istituto Galeazzi erano state installate, l'Ispepl aveva autorizzato ed omologato solo due camere su tre: non essendo mai pervenuta richiesta di omologare la terza camera, sotto un profilo regolamentare non sussisteva l'obbligo, ad avviso dell'ente, di alcun particolare controllo, risultando tale camera «inesistente». Ulteriori dichiarazioni venivano fornite sia sui notevoli ritardi in generale delle ispezioni, a causa dell'organico insufficiente e delle numerose richieste, nonché a un mancato coordinamento con gli altri enti preposti al controllo.

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

Uno dei principali problemi in tutto questo quadro normativo è costituito dall'insufficienza delle strutture che dovrebbero effettuare i controlli. L'Ispepl, ad esempio, riesce a procedere alle omologazioni all'uscita delle aziende in un tempo più o meno ragionevole, ma poi le verifiche di primo impianto risentono di ritardi inaccettabili. Ad esempio per gli ascensori (per i quali il controllo in fabbrica non è fatto e la verifica di primo impianto è la prima effettuata) i ritardi sono dell'ordine di tre o quattro anni. Nel frattempo, per legge, questi impianti non dovrebbero funzionare. Altro comparto scoperto sono le decine di migliaia di impianti elettrici che dovrebbero essere controllati in ogni provincia, e che resteranno in attesa per anni.

I Presidi multizonali di igiene e prevenzione, che devono controllare periodicamente gli stessi impianti per i quali l'Ispepl deve effettuare le «omologhe», stanno ricevendo in questo periodo i collaudi praticati dall'Ispepl nel 1992.

I Vigili del fuoco ascoltati in sede di audizione hanno affermato che le camere iperbariche non figurano tra le oltre 90 voci di attività e funzioni da sottoporre a prevenzione antincendio e che pertanto, pur essendo incluso l'istituto Galeazzi, come casa di cura, tra gli stabilimenti sottoposti a controllo, nessuna particolare attenzione doveva essere diretta alla unità di terapia suddetta.

Non sussistevano dunque prevenzioni circa il potenziale rischio di esplosione anche in relazione alla presenza di edifici circostanti.

In particolare veniva fatto riferimento ad un'ispezione del 15 maggio 1997, in cui si era notata una assoluta normalità della zona adibita alla



terapia iperbarica. Avendo anche i Vigili del fuoco affermato di nulla sapere riguardo alla terza camera iperbarica («inesistente»), è difficilmente credibile ritenere che quell'ispezione, svolta in un momento di maggiore utilizzo della camera stessa, non avesse evidenziato l'effettuazione di cicli di terapia nella medesima.

I Vigili hanno affermato inoltre di non sapere dell'esistenza dell'impianto antincendio collegato alla camera iperbarica incendiata e di non avere alcun obbligo al controllo periodico, non essendoci nessuna disposizione di legge al riguardo, e non essendo previste ispezioni antincendio a privati.

L'ultima audizione ha riguardato il proprietario *Antonino Ligresti*, il quale ha molto positivamente descritto l'Istituto, di fronte all'incalzare delle contestazioni, ha opposto poco credibili dinieghi: diniego di conoscere le attività dell'amministratore delegato; di sapere chi era il direttore amministrativo; chi era il direttore sanitario; che vi fosse una terza camera iperbarica utilizzata senza omologazione; che mancassero disposizioni a tutela dei pazienti; che sussistesse una personale conoscenza della composizione del consiglio di amministrazione; di conoscere la delega a ditta esterna riguardo all'applicazione del decreto n. 626, la mancata approvazione da parte della commissione interna, e soprattutto diniego di essere informato sulle 30.000 prestazioni svolte annualmente nella camera iperbarica.

Infine il proprietario si è avvalso della facoltà di non rispondere, ed in tal modo l'audizione ha avuto termine.

#### 4. Conclusioni

Dai tragici fatti verificatisi nella camera iperbarica dell'Istituto Galeazzi e dalla serie di audizioni effettuate emergono responsabilità a tutti i livelli. Responsabilità:

- storiche, per l'impostazione iniziale del problema;
- individuali, per gravi negligenze, imprudenze ed incompetenze;
- istituzionali locali, per controlli insufficienti;
- istituzionali nazionali, per carenza di implementazione delle diverse norme, per mancata applicazione delle stesse e insufficiente azione di coordinamento e di indirizzo degli organi preposti alle verifiche.

##### *a) Responsabilità storiche*

La convenzione iniziale risalente all'anno 1988 da un lato prescrive l'obbligo di sicurezza e controlli, il cui rispetto è stato scarsamente verificato, dall'altro prevede un elenco di prestazioni in cui la terapia iperbarica è elemento molto esteso e poco clinicamente verificato.

Nella elaborazione della convenzione hanno avuto ruolo soggetti interessati direttamente all'attività delle strutture accreditate.

*b) Responsabilità individuali*

È molto singolare che la Direzione sanitaria si sia dichiarata all'oscuro di tutto quanto avveniva nell'unità operativa di terapia iperbarica, che nulla abbia fatto per applicare la Carta dei servizi, che sia stata così negligente nel rispetto del decreto legislativo n. 626 del 1994 e delle verifiche conseguenti, senza tener conto dei prudenti rilievi che i rappresentanti degli operatori sanitari avevano presentato.

Va poi rilevato come sia stato delegato a chi non aveva titolo - il professor Oriani - la gestione delle pertinenze della Direzione sanitaria nell'Unità operativa.

Il responsabile dell'Unità operativa, professor Oriani, ha sostenuto i principi e le applicazioni terapeutiche della medicina iperbarica, ma è apparso poco convincente riguardo alle contestazioni su un consenso informato non provato e sicuramente insufficiente; sull'igiene delle procedure e quindi sugli indumenti e sulle promiscuità delle varie forme patologiche avviate alla terapia; sull'eccesso di prescrizione terapeutica; sulla assoluta mancanza di informazioni oggettive circa le procedure sia per i dipendenti che per i degenti; sulla eccessiva frequenza e rotazione dei pazienti nelle camere iperbariche; sulla insufficienza dei corsi di addestramento per il personale dell'Unità operativa e soprattutto per gli incaricati dei controlli sulle apparecchiature.

Gli addetti ai controlli, assenti alle audizioni, erano anche assenti al momento dell'incidente, tant'è che il riscontro dei pazienti in preda alle fiamme che cercavano di uscire dalla camera iperbarica è stato fatto dai pazienti dell'altra camera iperbarica, mentre passavano di fronte ai *monitor* di controllo, come ha riferito il Pubblico Ministero.

Gli apparecchi erano tarati a 27, oltre i criteri di sicurezza, e ciò al solo fine commerciale di rendere più rapide le decompressioni e frequenti le terapie.

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

Nessuna sorveglianza era stata attivata all'ingresso della camera iperbarica; per la terza volta una stessa paziente portava con sé lo scaldino causa dell'incidente.

La proprietà è apparsa disinvolta nel gestire questa attività a fini meramente economici, dimenticando: precauzioni e sicurezze; l'applicazione citata del decreto legislativo n.626 (delegata a terzi, e ciò è illegittimo) e determinando condizionamenti nei confronti dei direttori sanitari e della direzione amministrativa. Davvero sorprendente che dinanzi a un volume di oltre 30.000 prestazioni, la proprietà si dichiarasse all'oscuro di tutto.

Grave è che la terza camera iperbarica, priva di omologazione, collaudo e autorizzazione fosse normalmente utilizzata.

*c) Istituzioni locali*

Benché l'Assessorato regionale alla sanità abbia potuto produrre una serie di circolari in tema di prevenzioni da attivare (comprese quelle ri-

guardanti il decreto n. 626 e le norme antincendio), assai carenti sono stati i controlli posti in essere dall'Asl di pertinenza.

L'esecuzione di oltre 30.000 prestazioni avrebbe dovuto attirare maggiore attenzione, mentre durante le ispezioni periodiche non doveva sfuggire il contemporaneo funzionamento di tutte le camere iperbariche e quindi anche di quella non omologata.

*d) Istituzioni nazionali*

L'Ispepl ha dichiarato essere sua competenza l'intervento alla nascita dell'apparecchio e alla sua messa in opera. Pertanto dopo l'avvenuta installazione al «Galeazzi» e la dichiarazione di non omologazione della terza camera, non ha ritenuto, e non era obbligato né da leggi né da regolamenti, di effettuare ispezioni successive.

I Vigili del fuoco hanno affermato di essere tenuti alla prevenzione periodica di strutture presenti in ben 94 voci ma incredibilmente un impianto così potenzialmente pericoloso, come una camera iperbarica ad alta pressione, non è inserito nelle sedi da verificare.

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

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

È opportuno che il Governo provveda a fare luce su tale diffusa credenza.

Nessuna norma nazionale di sicurezza è prevista specificatamente per le camere iperbariche; nessun protocollo di comportamento e di terapia ha valenza nazionale; con difficoltà sono stati ottenuti gli elenchi di tutte le camere iperbariche pubbliche e private e più di un terzo di esse è risultato non essere a norma ed omologata.

Appare dunque urgente che per le camere iperbariche a livello nazionale venga ben puntualizzato rischio/beneficio delle cure; un preciso protocollo di accesso; che siano adottate norme, regolamenti e controlli riguardo ai funzionamenti.

È indispensabile da un punto di vista generale, che sui problemi esposti, prendano corpo un migliore coordinamento ed un più fluido circuito informativo tra gli Enti preposti alla sorveglianza ed alla prevenzione degli incidenti.

**Relazione sul sopralluogo effettuato il 20 maggio 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta alle strutture sanitarie di Sarno e Nocera Inferiore (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)**

*Approvata dalla Commissione nella seduta n. 22 del 2 giugno 1998*

## **1. Premessa**

Nell'ambito dell'inchiesta sulle emergenze sanitarie, una delegazione della Commissione di inchiesta composta dal presidente Tomassini e dal senatore Lavagnini si è recata a Sarno e Nocera Inferiore, a seguito del tragico evento alluvionale verificatosi in tale area.

Scopo, del sopralluogo, era quello di appurare:

- la tempestività e la congruità dei soccorsi;
- lo stato generale della situazione sanitaria;
- lo stato delle strutture sanitarie;
- i presidi sanitari attivati per l'emergenza;

## **2. Il sopralluogo**

Arrivati sul posto la prima considerazione è stata quella di constatare che il messaggio informativo diramato dai media non era stato sufficientemente corrispondente alla realtà di fatto riscontrata.

Il paese di Sarno è un insediamento abitativo di 33.000 abitanti: ben più, quindi, di quanto lasciato intendere dai resoconti; la metà del paese alta è stata sommersa e travolta dalla frana che ha cancellato praticamente ogni cosa; il fronte della frana è amplissimo, con quattro frane principali che si sono poi suddivise in quindici frane secondarie.

Come è stato riferito, molti sono stati i morti e i dispersi, ma non è stato sufficientemente sottolineato l'alto senso di abnegazione, fino all'estremo sacrificio della vita, che alcuni hanno fatto per salvare altri.

In particolare medici e infermieri dell'ospedale che sono rimasti fino all'ultimo per garantire la salvezza ai pazienti e quella del primo mezzo dei Vigili del fuoco giunto sul posto, in cui i due vigili sono stati travolti dalla furia degli elementi, morendo l'uno e finendo in rianimazione l'altro.

### *a) Tempestività e congruità dei soccorsi*

Da alcuni racconti e testimonianze, in particolare da parte del fratello di uno dei medici deceduti, dottor Marino, e da parte dell'Ispettore di po-

lizia, è stato riferito che tra l'ultima chiamata di emergenza da parte dell'ospedale e l'arrivo della colonna dei soccorsi vi è stato ritardo.

L'evacuazione dei degenti dell'ospedale di Sarno è avvenuta mediante l'aiuto degli altri cittadini e degli operatori sanitari superstiti senza intervento di aiuti esterni.

Sicuramente la impraticabilità delle strade e la furia devastante degli elementi, che solo vista direttamente può essere compresa, ha creato grossi ostacoli agli interventi.

Una volta giunti i soccorsi si è costituito il COM (Coordinamento Operativo Multiforze) che, come riscontrato nelle zone dell'Umbria e delle Marche recentemente colpite dal terremoto, crea facilmente, per l'assenza di una scala gerarchica, doppioni di interventi.

È stato quindi rilevato l'intervento contemporaneo in più settori di più squadre con le medesime attribuzioni.

Alcuni corpi di volontari giunti dalla provincia di Varese, operanti in campi base intorno al mercato ortofrutticolo, hanno ricevuto inviti ad andarsene.

Nessun piano di emergenza era previsto nel Comune e tuttora vi è il pericolo di nuove e ulteriori frane.

Da parte dell'Assessore che ha accompagnato la delegazione è stata denunciata una difficoltà della municipalità di riappropriarsi delle proprie prerogative, poiché gli uffici comunali sono stati presi e utilizzati dalla Protezione Civile; altrettanto dicasi delle scuole che sono state adibite ad alloggio per le circa 80 famiglie senza tetto, interrompendo l'attività didattica.

#### *b) Stato generale della situazione sanitaria*

La situazione sanitaria è apparsa totalmente sotto controllo, in quanto i presidi costituiti dall'attuale ASL appaiono efficaci ed efficienti, come può essere desunto dai provvedimenti emanati.

Di particolare riguardo sembra il costante e vigile controllo sulla potabilità delle acque e ambientale.

Anche la situazione veterinaria, dove si registrano oltre 50 capi di bestiame perduti, appare sotto controllo: in questo campo il problema più importante segnalato è stato quello dei cani randagi che, nell'attuale condizione, possono divenire pericolosi e aggressivi.

Di particolare merito è l'istituto Servizio tanatologico, nel quale le vittime man mano recuperate vengono controllate: ad ora i morti sono 123 e si registrano ancora numerosi dispersi.

Non è molto comprensibile il numero di ambulanze e Croci fatte intervenire: se tale intervento era giustificato nella prima emergenza, a 15 giorni dagli eventi non aveva più spiegazione.

Oltre a i mezzi della Croce Rossa, sono stati notati vari mezzi di soccorso sanitario di associazioni private, in ordine ai quali la delegazione ha chiesto al Responsabile sanitario di fornire una dettagliata relazione sul

perché della richiesta di intervento e sul numero di interventi effettuati, che tuttavia non è finora pervenuta.

*c) Stato delle strutture sanitarie*

Il cosiddetto ospedale di Sarno è in realtà costituito da tre presidi distanti e con difficili comunicazioni tra di loro:

- 1) Villa dei Pini, adibita alle degenze mediche e all'unità coronarica;
- 2) Villa Malta, adibito quale presidio ospedaliero delle specialità chirurgiche;
- 3) Villa Rita, adibito a polo materno infantile.

Villa dei Pini è rimasta isolata completamente per la distruzione delle strade, né è pensabile un suo possibile riutilizzo nel futuro.

Non è stato possibile ispezionarla, ma c'è stato comunque riferito che non rispondeva più ai requisiti di accreditamento.

I malati sono stati trasferiti in parte a Villa Rita e in parte a Nocera Inferiore; la preziosa strumentazione sanitaria è stata totalmente recuperata.

Villa Malta è la struttura più colpita, quella descritta e fatta vedere da tutti i media. È stata invasa fino al primo piano, oltre quattro metri, di ghiaia, fango e detriti, che si sono persino inseriti negli armadietti metallici chiusi, riempiendoli completamente.

La struttura comunque, anche prima dell'evento, era inadatta rispetto ai parametri di sicurezza stabiliti dal decreto legislativo n. 626 del 1994; è sicuramente inadatta e insicura per l'accesso e le vie di fuga; come riferito da parte dei Vigili del fuoco, non ha gli impianti elettrici a norma, con fili volanti, mentre i cornicioni sono pericolanti e così pure gli intonaci.

Manca all'interno dell'ospedale la segnalazione ottica e luminosa delle vie di fuga, manca la scala di emergenza.

Non è stato predisposto il piano di evacuazione.

È stata riferita una richiesta di sgombrò e di evacuazione avanzata dai dipendenti alcune ore prima del tragico evento, che tuttavia non ha trovato nessuna risposta e pratica conseguenza.

Villa Rita, il polo materno infantile, è situata presso un edificio di civile abitazione, adibito ad ospedale circa dieci anni fa.

In esso vi sono la maternità e il reparto di otorino.

Giustamente si è deciso, nella prima emergenza, di utilizzarlo come centro di Pronto Soccorso ed ospedale per acuti, concentrando anche attività ortopedica, chirurgica e di pronto soccorso nel medesimo luogo.

Tuttavia tale cosiddetto ospedale si presenta assolutamente non a norma, mancando di tutti quei requisiti di sicurezza già descritti a proposito di Villa Malta, con l'aggravante di una capienza limitatissima e di un rischio ora non più giustificato ed accettabile.

*d) Presidi sanitari attivati per l'emergenza*

Per l'emergenza sono state attivate le seguenti strutture:

- 1) Centro di pronto soccorso per l'emergenza, presso il mercato ortofrutticolo;
- 2) Ospedale di Nocera Inferiore.

Il Centro di pronto soccorso presso il mercato ortofrutticolo, pur avendo approntato un sistema sanitario di buona efficienza, appare operare in condizioni di igiene inaccettabili per promiscuità, inidoneità dei locali, e soprattutto per la allocazione impropria, vicino alle sale mediche di emergenza ed alla stanteria, di numerosi rifiuti, carte e cartacce di ogni tipo.

Pur essendoci vicino a Sarno gli ospedali di Pagani e di Scafati, la delegazione si è recata in ispezione solo all'ospedale di Nocera Inferiore.

Si è infatti considerato che gli ospedali di Scafati e Pagani sono stati consegnati in tempi recenti e quindi probabilmente di buona idoneità, ma più distanti da Sarno; inoltre gli evacuati dall'ospedale di Sarno sono stati trasferiti proprio all'ospedale di Nocera Inferiore, che è il più vicino e il più importante.

Il sopralluogo effettuato a Nocera Inferiore ha fatto conoscere, a soli dieci chilometri da Sarno, una struttura sanitaria adeguata e ottimale.

L'ospedale, aperto alle degenze nel 1991, è completamente a norma; ha 550 posti letto, di cui solo 350 utilizzati per mancanza di personale: a quindici giorni dalla catastrofe il personale di Sarno non era stato ancora comandato in questa struttura.

Durante l'ispezione sono stati visionati i reparti, le sale operatorie, i pronto soccorsi e gli ambulatori e i servizi logistici: l'ospedale è apparso ben diretto e igienicamente controllato.

Nella ispezione dell'ospedale di Nocera Inferiore la delegazione si è trovata di fronte ad una unità di terapia iperbarica, e considerando la inchiesta avviata in proposito e l'esperienza dell'Istituto Galeazzi, è stata accuratamente ispezionata.

La camera iperbarica è apparsa in ottime condizioni, omologata, situata in zone e spazi adatti, con *consolle* di motorizzazione e segnali dell'emergenza correttamente funzionanti e posizionati.

È da sottolineare come in tale camera iperbarica siano stati effettuati in due anni 2.000 trattamenti, contro i 30.000 annuali effettuati presso l'Istituto Galeazzi.

Da tempo sono stati stanziati per Sarno 12 miliardi *ex* articolo 20 della legge n.67 del 1988 per un nuovo ospedale che sostituisse i tre presidi esistenti.

Pochi giorni prima della catastrofe erano stati appaltati i lavori che si sarebbero dovuti intraprendere proprio quando il peggio è accaduto: l'area acquistata e predisposta per il nuovo ospedale è stata completamente sommersa dalla frana, essendo stata scelta a nord del paese.

L'ospedale di Sarno era incluso tra le opere incompiute di cui la Commissione di inchiesta si sta occupando.

Il ministro Bindi, nella sua visita, ha promesso ai cittadini di Sarno la costruzione, con il medesimo impegno economico, del nuovo ospedale in una diversa area.

### 3. Conclusioni

Nel tragico evento di Sarno va prima di tutto encomiato e ricordato il sacrificio di chi, ben oltre quanto dovuto dalla propria funzione, ha perso la vita nel tentativo di salvare gli altri.

Occorre però segnalare un'informazione non del tutto sufficiente da parte degli organi nazionali di comunicazione e un intervento delle forze di soccorso non esente da qualche ritardo.

Come già evidenziato nella relazione sul terremoto di Umbria e Marche, la legge riguardo gli interventi di Protezione Civile va rivista, soprattutto in merito al coordinamento degli interventi e la scala gerarchica delle decisioni.

È indispensabile un intervento obbligatorio nei confronti dei comuni per la stesura dei piani di emergenza ed altrettanto lo è per i piani di emergenza di evacuazione degli ospedali, considerando che soprattutto a Sarno era stato previsto quanto accaduto.

I provvedimenti sanitari attuati durante l'emergenza sono stati corretti ed appropriati, ma non lo sono state le strutture.

La situazione evidenziata a proposito dei presidi ospedalieri ripropone con drammaticità la situazione di tanti altri ospedali italiani.

Sarebbe consigliabile, superata la prima emergenza, rivalutare l'idoneità sanitaria del presidio della struttura Villa Rita, considerando il trasferimento delle attività sanitarie e di parte del personale all'ospedale vicino di Nocera Inferiore attualmente sottoutilizzato.

Il reperimento dell'area, il progetto e l'eventuale costruzione del nuovo ospedale potranno così, senza affanno, essere meditati in una nuova ottica programmatica che analizzi attentamente tutti i presidi e le disponibilità esistenti.



**Relazione sul sopralluogo effettuato l'8 ottobre 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta al reparto di ematologia dell'azienda ospedaliera «San Salvatore» di Pesaro (predisposta dal relatore sen. Enrico Pianetta)**

*Approvata dalla Commissione nella seduta n. 63 del 3 febbraio 2000*

## **1. Premessa**

Nel quadro degli approfondimenti attivati dalla Commissione parlamentare di inchiesta in merito a situazioni relative alla sicurezza delle strutture sanitarie del Paese, una delegazione della Commissione stessa ha effettuato un sopralluogo al reparto di ematologia dell'azienda ospedaliera «San Salvatore» di Pesaro, in data 8 ottobre 1998, a seguito dei casi mortali da epatite B colà verificatisi.

Della delegazione hanno fatto parte: i senatori Antonio Tomassini, Ferdinando Di Orio e Carla Castellani, rispettivamente presidente, vice presidente e componente della Commissione d'inchiesta.

La delegazione si è direttamente avvalsa anche della collaborazione di personale del proprio Nucleo di polizia giudiziaria e di un operatore fotografico della polizia scientifica della locale Questura. Ha cooperato la Prefettura di Pesaro e Urbino la quale ha predisposto, nella propria sede, i locali e gli apparati tecnici per lo svolgimento e la registrazione delle audizioni programmate della Commissione medesima, che ha anche acquisito una consistente e tempestiva documentazione sul caso grazie alla solerte e continuativa collaborazione della Direzione amministrativa della Azienda ospedaliera.

## **2. Il dibattito in Commissione**

La Commissione di inchiesta ha inizialmente affrontato il caso del contagio da epatite B verificatosi presso il reparto di ematologia della azienda ospedaliera «San Salvatore» di Pesaro nella seduta del 14 maggio 1998 rilevando che, dagli accertamenti effettuati, era emerso come nella vicenda, «accanto ad aspetti squisitamente giudiziari», sussistevano pure «specifiche questioni sanitarie di competenza della Commissione». In quella sede il presidente Tomassini comunicava che, ai fini di ulteriormente delineare il quadro della situazione, «è stato preso contatto anche con la procura della Repubblica presso la pretura circondariale di Pesaro poiché su tale Ufficio, per ragioni di competenza, ricade attualmente la

prevalente azione inquirente». Il presidente assicurava inoltre che, nel frattempo, era stata attivata la acquisizione di materiale documentario.

In data 28 maggio 1998 la Commissione ha poi proceduto alla audizione della dottoressa Maria Letizia Fucci, sostituto procuratore della Repubblica presso la Pretura circondariale di Pesaro, quale magistrato titolare della indagine sui casi di contagio da epatite B verificatisi presso il già richiamato reparto di ematologia. L'audizione, informava il presidente, era stata disposta, con la procedura della libera audizione, in ragione della necessità di approfondire la situazione grazie agli apporti che il magistrato, preposto alla indagine, era legittimato a conferire. Considerato poi che sul caso in considerazione erano appunto in corso accertamenti istruttori della autorità giudiziaria, venne disposto, ai sensi dell'art.12, terzo comma, del Regolamento interno la pubblicazione, in luogo del resoconto sommario, di un breve comunicato sui lavori omettendo l'indicazione del contenuto della libera audizione e della discussione ad essa seguita. Poiché dunque non si trattò di seduta segreta bensì di seduta i cui lavori ricadevano in regime di pubblicità limitata, venne disposta anche la redazione del resoconto stenografico della seduta, sulla cui divulgazione la Commissione eventualmente potrà deliberare ai sensi dell'art.16 del Regolamento interno. In quella circostanza chiesero chiarimenti sulla esposizione - sintetizzata in successivo, apposito paragrafo - svolta dalla dottoressa Fucci, i senatori Bruni, Carla Castellani, Mignone, Camerini, Daniele Galdi e lo stesso presidente Tomassini.

Il 2 giugno successivo la Commissione, dopo gli interventi dei senatori Monteleone, Camerini, Bruni, Zilio, Castellani, Lauria e Pianetta, che svolsero anche considerazioni collegate agli elementi emersi nel corso della audizione del sostituto procuratore della Repubblica Fucci, deliberò, «in attuazione ed in stretto riferimento alle proprie attribuzioni istituzionali», di integrare il quadro conoscitivo del caso all'esame, con un sopralluogo alla struttura sanitaria di Pesaro.

In sede di Commissione un ulteriore riferimento al caso dei decessi da epatite B verificatisi a Pesaro è intervenuto nella seduta del 21 gennaio 1999, allorquando il Presidente della Commissione ha comunicato che «da parte della dottoressa Maria Cristina Cecchini, nella sua qualità di presidente della Associazione «Rinnovare la Sinistra» nonché di consigliere regionale del Gruppo DS della regione Marche», è pervenuta copia dell'esposto, da lei presentato in data 9 gennaio 1999, alla procura della Repubblica presso la pretura circondariale di Pesaro, in tema di:

1. «attività di sperimentazione clinica sull'uomo di trapianto di cellule fetali, provenienti da feti abortivi, svoltasi presso la divisione di ematologia dell'Azienda ospedaliera di Pesaro nella seconda metà degli '70»;
2. «mancata autorizzazione al Centro trapianti del reparto stesso sino alla data del 27 marzo 1992, data entro la quale erano già stati effettuati oltre 600 trapianti».

Nella circostanza il presidente Tomassini ha altresì informato che la procura della Repubblica presso la pretura circondariale di Pesaro aveva

fatto pervenire, a norma dell'articolo 14 del Regolamento interno della Commissione di inchiesta, copia della relazione redatta dai consulenti tecnici (professori Michele La Placa, Francesco De Fazio, e dottori Gianfranco Finzi e Giorgio Gualandri) del pubblico ministero - e depositata presso quell'Ufficio in data 18 dicembre 1998 - a seguito delle indagini in corso sui decessi da epatite B verificatisi nel reparto di ematologia.

### **3. Audizione del sostituto procuratore della Repubblica presso la Procura circondariale di Pesaro**

Il sostituto procuratore della Repubblica, dottoressa Maria Letizia Fucci, ha ricordato, nel corso della audizione del 28 maggio 1998, che la vicenda all'esame ha preso avvio da un esposto presentato in data 14 gennaio 1998 dai congiunti di un giovane deceduto presso il reparto delle malattie infettive dell'Ospedale di Pesaro, per «insufficienza epatica irreversibile in soggetto con epatite acuta B a decorso fulminante». Altri esposti sono intervenuti a seguito di successivi decessi. In data 11 febbraio 1998 l'autorità giudiziaria ha disposto un sopralluogo nella struttura, avvalendosi di un dirigente medico dell'ospedale «S. Orsola Malpighi» di Bologna. Da tale sopralluogo è emerso un esteso utilizzo nella struttura medesima di presidi sanitari medico-chirurgici monouso. L'autorità giudiziaria ha quindi disposto l'acquisizione di tutti i protocolli di igiene del reparto, alcuni dei quali si presentavano senza data di redazione ed altri erano privi della data di trasmissione dalla direzione sanitaria al reparto di ematologia. A fronte di protocolli perfetti si è riscontrata una prassi ben diversa. Il sostituto procuratore della Repubblica ha quindi illustrato tempi, modalità e tipi di interventi terapeutici relativi al fatto epidemico. Ha ricordato che la direzione sanitaria dell'Azienda ospedaliera ha disposto una accurata indagine epidemiologica incaricando l'Istituto «L. Spallanzani» di Roma, che ha operato con puntualità. Ha inoltre precisato che il suo Ufficio, in data 20 febbraio e 6 marzo 1998, ha nominato un collegio di consulenti al fine di accertare l'eziopatogenesi del fenomeno oggetto di indagine. Nel quadro degli accertamenti finalizzati a fare luce sulle possibili fonti e modalità del contagio tra i vari pazienti deceduti, in data 3 aprile 1998 è stata disposta, attraverso le forme dell'accertamento tecnico irripetibile, un campionamento del residuo di azoto liquido prelevato dall'interno dei contenitori installati nel laboratorio di ematologia, al fine di verificare se vi fosse stata contaminazione ambientale da parte del virus dell'epatite B. La letteratura scientifica in materia indica infatti un caso di contaminazione di azoto liquido a causa della rottura delle sacche contenenti le cellule staminali verificatosi in Inghilterra (sei pazienti si sono sierconvertite e sono decedute per epatite B). Detto accertamento ha dato esito positivo in quanto all'interno dei contenitori è stata evidenziata una contaminazione virale (HBV) e batterica (sono stati coltivati due distinti ceppi batterici, *Xantomonas maltophilia* e *Comomonas acidovorans*). Il sostituto procuratore, dopo avere precisato che la prospet-

tazione accusatoria tende ad individuare le effettive modalità del contagio, ha ricordato che i consulenti del pubblico ministero hanno riscontrato che nel laboratorio del reparto di ematologia operano 21 biologi ed un personale infermieristico copioso. Vanno accertate – a suo avviso – non solo la causa principale ma anche eventuali concause che possono essere rinvenute in una entità che viene definita di «alta specializzazione».

Come riferito in precedenza, nel corso della seduta hanno posto quesiti al magistrato i senatori Bruni, Carla Castellani, Mignone, Camerini, il presidente Tomassini e la senatrice Daniele Galdi, la quale ha sottolineato che, ovviamente, l'aspetto giudiziario della vicenda non riguarda la Commissione d'inchiesta la quale, invece, deve appurare se quel reparto era preparato a garantire cure adeguate ai suoi pazienti e se, ad esempio, sempre in quel reparto era necessario disporre di 21 biologi e quale fosse il loro tipo di rapporto con la struttura.

#### 4. Atti parlamentari di sindacato ispettivo

La vicenda ha avuto eco in Parlamento ove sono state presentate interrogazioni da parte dei deputati:

Cesetti ed altri (n. 5 – 04114 del 30 marzo 1998); Conti (n. 4 – 15649 del 17 febbraio 1998; n. 4 – 15822 del 24 febbraio 1998; n. 4 – 16957 del 22 aprile 1998);

Giacco ed altri (n. 4 – 16134 del 12 marzo 1998); Lenti ed altri (n. 4 – 16307 del 18 marzo 1998).

Alle interrogazioni dei deputati Conti e Lenti il Governo ha dato risposta nel luglio 1998. Attendono invece riscontro le interrogazioni dei deputati Cesetti e Giacco.

Nella risposta alle interrogazioni dell'onorevole Conti, il Governo ha tra l'altro fatto presente che «l'evento avvenuto nell'azienda ospedaliera di Pesaro, malgrado appaia circoscritto ad una singola unità dell'ospedale «S. Salvatore», si configura come un gravissimo episodio di «infezione ospedaliera», contratta dai pazienti ivi ricoverati durante un periodo di degenza, con manifestazione dei sintomi dell'epatite B in epoca successiva alla dimissione dall'ospedale». Il Governo comunicava inoltre di avere istituito una commissione d'inchiesta – con decreto 20 marzo 1998 – con il compito di appurare le cause e le origini del focolaio.

Aggiornando le informazioni fornite in data 23 giugno 1998, il Governo ha successivamente precisato che «in base a quanto finora riscontrato, le prime conclusioni della Commissione d'inchiesta istituita dal Ministero della sanità con decreto del 20 marzo 1998 sono nel senso che l'epidemia di epatite B sia sicuramente di origine ospedaliera e la fonte dell'infezione debba considerarsi identificata, per le risultanze delle indagini epidemiologiche e viriologiche, in un portatore cronico di epatite B» (Camera dei Deputati, *Atti parlamentari*, allegato B al resoconto della seduta del 14 settembre 1998, p. XVII).

Il Governo aggiungeva inoltre che «la indagine diretta condotta nel reparto di ematologia e una approfondita analisi delle cartelle cliniche consentono di escludere ogni ipotesi di sperimentazione di immunoterapia adottata sui malati ricoverati. Al contrario, il riscontro di alcuni elementi concorrenti (non costante uso dei guanti, conservazione non corretta di sangue residuo, esecuzione nel medesimo locale di aferesi ed altre manovre invasive, reperimento del virus all'interno di un criocontenitore ad azoto liquido, etc.) fanno ritenere plausibile una caduta occasionale di attenzioni verso le normali misure di prevenzione della trasmissione di infezioni parenterali attraverso pratiche terapeutiche e diagnostiche».

«Le considerazioni – proseguiva il Governo – e le valutazioni a cui è pervenuta in via provvisoria la Commissione d'inchiesta, sono esposte nella sua prima relazione redatta in data 3 luglio 1998 ed immediatamente trasmessa in copia dal Ministero della sanità e, per opportuna conoscenza, al sostituto procuratore della Repubblica di Pesaro, al prefetto di Pesaro nonché al presidente ed all'assessore alla sanità della Regione Marche».

Analoghi dati ha riferito il Governo sulla interrogazione presentata dalla onorevole Lenti e da altri deputati.

## **5. Atti regionali di sindacato ispettivo**

Il caso della infezione virale in esame è stato oggetto anche di numerose interrogazioni, interpellanze e mozioni presentate, ed in parte discusse, in seno al consiglio regionale delle Marche. Ad alcune di esse l'assessore regionale alla Sanità ha fornito risposta nella seduta al consiglio regionale del 30 giugno 1998, riferendo informazioni al momento disponibili sugli accertamenti in corso.

A seguito della approvazione, poi, della mozione n. 162/1998, la Regione ha attivato una propria Commissione di indagine i cui risultati sono stati acquisiti anche dalla Commissione parlamentare d'inchiesta, come illustrato successivamente nel paragrafo riservato alla esposizione del contenuto dei principali documenti acquisiti.

L'intervento più recente del consiglio regionale delle Marche sulla materia si è verificato nel corso della seduta n.235 del 27 aprile 1999 durante il quale l'assessore alla sanità, rispondendo alla interrogazione n.755, ha precisato i nomi ed i periodi di incarico dei dirigenti dell'Azienda ospedaliera in servizio nel periodo della epidemia da epatite B. L'interrogante, il consigliere Maria Cristina Cecchini, nel corso della sua replica, ha lamentato la mancata nomina del «direttore sanitario di presidio» e l'insufficienza dell'operato del «servizio ispettivo della regione Marche». Nel concludere il dibattito il presidente della Giunta Regionale, Vito D'Ambrosio, ha in quella circostanza comunicato di «avere, in seguito al rinvio a giudizio (del professor Lucarelli e del dottor Florenzuolo), chiesto un incontro alla Procura presso la Pretura di Pesaro per avere la copia di tutti gli atti non secretati, per vedere se da tali atti sorgano ulteriori elementi che possano interessare immediatamente la Regione».

## 6. Atti comunali di sindacato ispettivo

Il comune di Pesaro è ripetutamente intervenuto sulla materia attraverso atti di sindacato ispettivo, audizioni, deliberazioni dei propri organi, comunicati stampa. In particolare sia la Commissione consiliare educazione e sanità sia il Consiglio comunale nel suo plenum hanno proceduto ad audizioni del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo dell'Azienda ospedaliera «San Salvatore» in data 13 febbraio 1998; 22 febbraio 1998; 23 marzo 1998; 22 giugno 1998.

In data 30 dicembre 1998 il comune di Pesaro ha poi comunicato alla Commissione parlamentare d'inchiesta che il consiglio comunale aveva adottato in materia le seguenti deliberazioni: n. 33 del 23 febbraio 1998 («comunicazioni del Presidente e dell'assessore Drago in merito all'epidemia di epatite B verificatasi nel reparto di ematologia San Salvatore»); n. 48 del 23 marzo 1998 («comunicazioni del Presidente e dell'assessore Drago sui casi di epatite B nel reparto di ematologia dell'ospedale di Pesaro»); deliberazione n. 92 dell'11 maggio 1998 («ordini del giorno del consiglio comunale in risposta alla lettera pubblicata su «il Resto del Carlino» e sottoscritta da 13 dipendenti pubblici operanti nell'ospedale di Pesaro»); deliberazione n. 127 del 22 giugno 1998 («comunicazioni del Presidente: cordoglio per la scomparsa del signor Guiducci - audizione responsabili dell'Azienda ospedaliera sulle vicende del reparto ematologia»); deliberazione n. 128 del 22 giugno 1998 [«ordini del giorno sull'audizione dei responsabili dell'Azienda ospedaliera sulle vicende del reparto di ematologia, presentati dai consiglieri Ciamaglia (PDS), Fiumani, Baccocchi, Calcatelli (POLO) ed Arceci (PDS)»].]

## 7. Il sopralluogo

I. - Nel corso del sopralluogo effettuato a Pesaro la delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta ha innanzitutto visitato i locali del reparto di ematologia, ubicati in sede distaccata (località Muraglia) rispetto alla sede principale della Azienda ospedaliera. Inizialmente i parlamentari hanno avuto un incontro con il responsabile della struttura, professor Guido Lucarelli, il quale ha fornito informazioni di massima sugli aspetti organizzativi del reparto precisando, a tale riguardo, il ruolo di supporto dell'AIL (Associazione Italiana Leucemie) ai malati nonché l'apporto finanziario della Fondazione Berloni che si concretizza nell'assegnazione di borse di studio (per un complesso di 450 milioni l'anno) a volontari a tempo pieno, anche di nazionalità straniera (ad esempio russa, turca, cinese, e così via). Ad una richiesta del presidente Tomassini sui rapporti intercorrenti con la Azienda ospedaliera, il professor Lucarelli ha puntualizzato che il settore assistenziale è gestito in modo autonomo

dall'esterno per iniziativa di settori della città di Pesaro. Nel quadro dell'attività extra ospedaliera rientra anche l'attivazione di una scuola materna e di una media parificata, considerata l'età di molti degenti. Nella struttura operano 21 biologi oltre al personale propriamente medico.

Il senatore Di Orio ha chiesto chiarimenti sull'affidamento di ricerche a centri esterni: al riguardo il professor Lucarelli, dopo aver precisato che il reparto ha attivato la costituzione di una commissione interna per approfondire il fenomeno oggetto di indagine giacché del genoma del virus non si sapeva finora nulla, ha affermato che referente e maestro scientifico della struttura è il professor E. Donnal Thomas, (Fred Hutchinson Cancer Research Center, Seattle, USA). Ad una domanda rivolta dalla senatrice Castellani, il primario del reparto di ematologia ha spiegato che non c'è *turnover* tra biologi e medici poiché nessun medico potrebbe sostituire nei suoi compiti il biologo anche se l'interscambio è molto intenso poiché le due figure operano fianco a fianco.

*II.* - Iniziatore il sopralluogo vero e proprio, è stata effettuata una visita ai contenitori di azoto liquido sulla cui utilizzazione il professor Lucarelli ha fornito chiarimenti.

La struttura dispone di 40 posti letto disposti su due piani (rispettivamente 18 e 12 posti) ed ha un centro trasfusionale indipendente. Al primo piano la delegazione ha riscontrato materiale sanitario depositato in locale destinato a bagno. Sono stati quindi effettuati accertamenti sulla organizzazione delle presenze nelle sale d'aspetto nonché sulle modalità di fornitura del materiale sanitario, di sterilizzazione dei camici, dello stato di attuazione delle norme sulla sicurezza così come disciplinate dal decreto legislativo n. 626 del 1994 e successive modificazioni. Quanto alle liste di attesa, inizialmente, per la talassemia esse si protraevano per un periodo anche di due anni: la definizione di nuovi protocolli ha permesso di migliorare la situazione.

Dopo il sopralluogo la delegazione parlamentare ha avuto un incontro con il commissario straordinario della azienda medesima, dottor Ilja Gardi, di recente nomina, e con il dottor Aldo Ricci, nuovo direttore sanitario della azienda ospedaliera.

Nel corso dell'incontro il commissario straordinario ed il direttore sanitario hanno risposto ad alcuni quesiti posti dai componenti della delegazione e fornito materiale di documentazione, precisando altresì che, non essendo essi in servizio nella azienda al momento dei fatti indagati, il loro apporto di approfondimento non poteva che essere limitato. Sempre in questa sede, per iniziativa del senatore Di Orio è stato affrontato il problema dei collaboratori del reparto di ematologia titolari di borse di studio fornite dalla «Fondazione Berloni», giacché profili previdenziali, assicurativi e di lavoro del rapporto medesimo sono apparsi meritevoli di approfondimento anche in ordine all'innesto, in tal guisa attivato, nell'ambito di una azienda pubblica. A tale proposito il senatore Di Orio, in riferimento appunto alla commistione tra personale di ruolo e personale proveniente dal volontariato, ha precisato come l'esatto inquadramento delle presta-

zioni di volontariato rappresenti un nodo centrale: per loro natura tali prestazioni non possono essere «normate», come invece sembrava aver prospettato, nel corso del colloquio, il direttore sanitario. Ad avviso del senatore Di Orio risulta fondamentale la regolamentazione del ricorso al volontariato poiché sussiste un problema di accesso alla struttura la cui verifica può presentare aspetti delicati.

Il direttore sanitario Ricci ha fatto poi presente di aver raccolto le proprie valutazioni sulla situazione riscontrata, in tema di igiene e sicurezza, nella struttura, in una relazione di cui ha consegnato il testo alla delegazione. Ha osservato al riguardo che sussistevano prima del suo arrivo procedure già definite, ma non tali da poter essere giudicate idonee in sede applicativa. Il presidente Tomassini, richiamandosi anche alla sua personale esperienza di direttore sanitario, ha rilevato l'esistenza di anomalie nel settore igiene e sicurezza ed ha disposto sia la acquisizione di quanto riscontrabile negli atti di archivio in tema di attuazione di procedure nonché la identificazione degli apparecchi radiografici e di altri materiali. Alla richiesta se fosse stato predisposto il piano di evacuazione, il direttore sanitario Ricci ha osservato che un elaborato in materia esiste, anche se ancora «non ufficializzato». Il presidente Tomassini ha quindi ribadito la necessità di acquisire tutti i documenti prodotti in tema di igiene e sicurezza che hanno preceduto la vicenda all'esame. Ha pure fatto presente di avere riscontrato anomalie nei locali dei servizi da bagno ove sono stati rinvenuti indumenti che vanno indossati per l'accesso alle camere sterili. Nella camera operatoria sono state constatate finestre aperte e, nel complesso, tutto il comparto della sicurezza è apparso problematico.

Il dottor Gardi ha comunque rilevato il ruolo notevole che riveste il reparto di ematologia nel contesto della città di Pesaro ed evidenziato come, nel solo 1997, siano stati duemila i malati che da molteplici Paesi si sono rivolti alla struttura.

La delegazione parlamentare ha quindi acquisito memorie scritte consegnate dalle rappresentanze di medici, biologi ed infermieri operanti nel reparto di ematologia nonché di sindacati presenti nella struttura.

*III.* - In tale sede il professor Guido Lucarelli ha consegnato alla delegazione anche una «*Relazione conclusiva dei lavori della Commissione interna di ematologia formatasi il 10 febbraio 1998*»: in essa viene documentata l'attività del reparto e si ricostruiscono le fasi e gli esiti della vicenda infettiva.

Un «*Rapporto*», elaborato in data 6 ottobre 1998, è stato consegnato dai biologi sulle «prestazioni eseguite dal laboratorio sui pazienti infettati con il virus dell'epatite B nel reparto di ematologia della Azienda ospedaliera» ed un «*Appunto*» in argomento è stato pure depositato dal personale infermieristico del reparto di ematologia.

Una «*Memoria*» datata 8 ottobre 1998 è stata consegnata dal dottor Giovanni Pierini in rappresentanza del corpo medico della azienda ospedaliera: in essa si lamenta che, da gravissimo problema sanitario, la «vicenda epatite» si è trasformata in «grave problema politico». Il documento au-



spica pure che la Commissione parlamentare solleci «comportamenti deontologicamente più corretti» e che le considerazioni conclusive «possono contribuire a creare un rasserenato clima politico istituzionale necessario per una serena gestione professionale della salute».

Da parte della «dirigenza sanitaria non medica» della azienda ospedaliera è stata pure depositata una «Memoria» in cui si manifesta «forte preoccupazione che la mancanza di risposte adeguate su quanto accaduto possa riflettersi sulla stabilità della Azienda provocando lo stallo completo della attività e della programmazione».

Un «Documento» – congiuntamente redatto – è stato pure consegnato nella circostanza dalle associazioni «Rinnovare la sinistra», «Città e cittadini» e dalle federazioni provinciali di «Verdi, Partito della rifondazione comunista»: in esso viene criticata la gestione «privatistica» della struttura, viene lamentato che la direzione sanitaria ed amministrativa abbiano solo in data 26 agosto 1998 regolamentato l'accesso di personale volontario e le donazioni. Nello stesso documento, esposta la storia del reparto, si esprime l'augurio per una «razionalizzazione della divisione di ematologia nell'ambito di una più generale riorganizzazione dell'assetto del presidio ospedaliero».

## 8. Le audizioni *in loco*

Le programmate audizioni hanno avuto luogo nel Palazzo del Governo, sede della prefettura di Pesaro e Urbino.

Il presidente Tomassini, come di consueto in premessa di adempimenti siffatti, ha ricordato che, ai sensi dell'art.82 della Costituzione e dell'art.14 del Regolamento interno della Commissione parlamentare, la Commissione medesima «procede alle indagini, agli esami ed alla acquisizione dei documenti con gli stessi poteri e stesse limitazioni della autorità giudiziaria». Per il presente caso la Commissione ha deliberato di dare corso ai propri adempimenti mediante la procedura della libera audizione: cionondimeno, in ordine alla responsabilità che ciascuno, invitato o convocato, si assume nel riferire dinanzi alla Commissione parlamentare d'inchiesta, il Presidente ha singolarmente rammentato l'obbligo di dire la verità.

La delegazione ha innanzitutto proceduto alla audizione del professor *Guido Lucarelli*, primario del reparto di ematologia della Azienda ospedaliera «San Salvatore».

Nel corso della sua esposizione, il professor Guido Lucarelli, dichiaratosi emotivamente coinvolto nell'affrontare l'argomento, ha esposto le proprie valutazioni sulle origini e sulle cause dell'epidemia verificatasi nel suo reparto, che conta ora trenta malati. L'episodio è accaduto nel settore che dispone di 18 letti.

Ha ricostruito l'attività di indagine scientifica svolta al fine di individuare le esatte cause dei ripetuti contagi ricordando come, ispirandosi ai criteri determinati dagli esperti del Centro medico dell'Università di

Standford (USA) ed avvalendosi di studi su situazioni analoghe riportati dalla letteratura internazionale, abbia stabilito ed introdotto degli «instruments» che consentissero di individuare e via via eliminare «ipotesi pericolose», come quelle che fanno arrivare alla conclusione che il tutto possa essere scaturito da una possibile caduta occasionale di attenzione, cui ricondurre un inquinamento ambientale o un inquinamento dei servizi igienici.

Pur avendo richiamato tali ipotesi, il professor Lucarelli ha, tuttavia, pregato i commissari parlamentari di consentirgli di sorvolare, al momento, su aspetti organizzativi – di cui comunque intende farsi carico – per incentrare la propria esposizione su aspetti squisitamente medico-scientifici.

In particolare, considerate le modalità di sviluppo del virus e la sua elevatissima carica virale, nonché l'evoluzione fulminante della malattia, il problema principale da affrontare era, a suo modo di vedere, quello di accertare come tale virus mutante potesse essersi trasmesso da un paziente all'altro. Ciò nonostante, pur riconoscendo che il genoma del virus fosse pressoché identico in tutti i soggetti contagiati, una causa sicura – egli – non è stato in grado di individuarla. Ma, allo stesso tempo, argomentando in termini statistici, ha escluso la possibilità di un errore umano imputabile colposamente al proprio personale infermieristico, così come ha esplicitamente escluso che una tal causa possa individuarsi nell'uso non corretto dell'eparina, delle camice, dei cateteri e delle procedure afe- retiche.

Sono da tralasciare riferimenti ai servizi igienici od all'inquinamento ambientale, di cui pure si è parlato, poiché il virus, per trasmettersi al fegato dei malati per tale via, richiede una elevata carica virale. In realtà diverse strutture sanitarie esterne di livello nazionale, appositamente investite del problema, hanno concluso che la causa dell'epidemia è introvabile. Dato certo è solo quello riguardante il virus del portatore iniziale (20 ottobre 1997). Il professor Lucarelli ha ripercorso quindi il succedersi degli eventi.

Ha inteso, peraltro, portare all'attenzione generale la possibilità che la causa scatenante possa anche individuarsi nella cosiddetta «tattica intenzionale», collegabile quindi «all'evento esterno». Ciò nonostante ha ribadito di non volere affatto suggerire un'ipotesi dolosa, ma di non volere neppure sottrarre a priori una delle tante ipotesi investigative.

Ha tenuto, infine, a precisare che considera altamente lesiva della propria dignità professionale in genere, e di ricercatore in specie, la voce circolante su «sperimentazioni selvagge» praticate nel suo reparto, al punto di non voler aggiungere alcunché su tale deplorabile ipotesi.

In seguito a specifiche domande poste dai componenti della delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta, il professor Lucarelli ha aggiunto che, negli anni passati, mai si erano verificati episodi analoghi in termini di sier conversionsi, né vi erano state infezioni di altro tipo; che, inoltre, le stesse metodiche procedurali erano da considerarsi assolutamente corrette. Ha ulteriormente chiarito, inoltre, perché sia da escludere

categoricamente che il contagio possa essere stato causato da un uso non corretto dei flaconi multidose di eparina per il lavaggio dei cateteri.

Hanno quindi posto ulteriori quesiti la senatrice Castellani (sull'entità di casi di infezione precedentemente verificatisi) e il presidente Tomassini (registrazione degli infettivi; infezioni di tipo diverso da quello in esame; trattamento terapeutico dei deceduti e dei sopravvissuti; rapporto tra il responsabile di ematologia e direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera; letteratura in materia). Rispetto alla domanda perché sia stata esclusa l'ipotesi di una analogia con il «caso multidose» verificatosi tempo fa in Israele, il professor Lucarelli, illustrando l'uso del catetere in tali situazioni, ha precisato che non può essere l'uso di eparina il punto di snodo e di spiegazione del contagio.

Successivamente è stato ascoltato il dottor *Giuseppe Ricciarelli*, già direttore generale della ASL «San Salvatore» di Pesaro.

Il dirigente ha premesso che il suo pensiero sulla vicenda è sintetizzato nella lettera di dimissioni – che in verità si aspettava venissero respinte – dall'incarico ricoperto ed ha precisato che la direzione generale è stata assolutamente estranea alla vicenda verificatasi, come peraltro ha confermato la Commissione regionale di indagine amministrativa, coordinata dal dirigente del Servizio ispettivo della Regione Marche, dottor Vincenzo Cardoni, investita della materia.

Nel corso della propria esposizione il dottor Ricciarelli ha rivendicato, con forza, l'assoluta correttezza del comportamento della direzione generale dell'azienda ospedaliera, confermata, a suo dire, dal fatto che nessun provvedimento, né avviso di garanzia sia stato emesso nei suoi confronti da parte dell'autorità giudiziaria inquirente.

Ha evidenziato, ancora, l'adeguatezza e la tempestività del proprio intervento concretizzatosi nella istituzione, il 30 dicembre 1997, del Cio (Comitato per le infezioni ospedaliere).

Ha illustrato, inoltre, il senso e le motivazioni delle sue dimissioni dall'incarico. Impegnato per quarantadue anni nei comparti amministrativi di strutture sanitarie, il suo percorso operativo non ha mai incontrato problemi che ponessero in dubbio la sua professionalità.

Il presidente Tomassini ha chiesto quindi a chi sia riconducibile il progetto del reparto di ematologia, che attualmente non appare idoneo alla attività che vi viene svolta, come pure ha domandato di precisare quale fosse, nel corso della gestione dell'incarico da lui ricoperto, lo stato di applicazione del decreto legislativo n.626 del 1994. A tale proposito il dottor Ricciarelli ha specificato che, sotto la sua direzione, il processo di adeguamento alla normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro era iniziato ed erano stati nominati il responsabile per la prevenzione, il medico competente, nonché il rappresentante dei dipendenti.

In seguito a ulteriori, specifiche domande poste dai componenti della delegazione della Commissione d'inchiesta, il dottor Ricciarelli ha precisato di essere stato nominato direttore generale dell'Azienda nel giugno del 1997 e di non aver, perciò, avuto parte nella progettualità strutturale

del reparto di ematologia, ma di essersi adoperato per la attivazione degli interventi necessari ai sensi del decreto legislativo n. 626.

Ha chiarito, infine, i rapporti intercorrenti con la Fondazione Berloni, anche per quanto riguarda l'accesso dei borsisti alla struttura e le ragioni dell'esistenza di un laboratorio specialistico presso il reparto di ematologia. Sempre in tema di rapporti con la Fondazione Berloni ha ricordato che una disciplina organica del rapporto non è stata adottata, ma si è proceduto di volta in volta attraverso singoli atti. In ogni caso, all'inizio del suo mandato, ha posto il problema dello scompenso riscontrabile tra la struttura oggi oggetto di indagine e le altre operanti nell'ambito dell'azienda «San Salvatore».

Nel corso delle risposte fornite ai componenti della delegazione parlamentare il dottor Ricciarelli, inoltre, ha pure affermato che non gli consta: a) che a suo tempo fosse stato predisposto un piano di evacuazione; b) che i Vigili del Fuoco abbiano effettuato sopralluoghi. Il dottor Ricciarelli non è stato in grado di fornire informazioni precise sul rilascio delle certificazioni riguardanti l'agibilità della struttura.

Quindi la delegazione parlamentare ha proceduto alla audizione del dottor *Giovanni Fiorenzuolo*, già direttore sanitario della Azienda ospedaliera «S. Salvatore».

Nel corso della propria deposizione il dottor Fiorenzuolo, dopo aver ricostruito per sommi capi la vicenda ed aver precisato di avere appreso in data 7 gennaio 1998 dell'evento epidemico verificatosi nel reparto di ematologia, ha illustrato le disposizioni adottate e i provvedimenti impartiti in sede di prima, tempestiva risposta all'emergenza in atto.

Ha ricordato di aver dato disposizioni a che fosse controllato tutto il personale afferente all'ematologia, inclusi tutti i donatori, e che fosse pure esaminata la documentazione clinica relativa ai pazienti che erano transitati per il reparto nel periodo a rischio. Tale condotta ha consentito l'individuazione del cosiddetto «caso indice», ovvero la fonte dell'infezione e, quindi, di concentrare tutta l'attenzione sulle modalità di trasmissione.

Procedendo per ipotesi, è stato così possibile scartare, come meccanismo di trasmissione, sia gli operatori, sia il sangue nonché tutto il materiale proveniente dalla farmacia.

Ciò, secondo il dottor Fiorenzuolo, ha permesso di concludere che, molto probabilmente, l'evento potesse collegarsi ad un errore di procedura; in particolare, l'ipotesi più accreditata, appariva quella per cui l'errore di procedura fosse consistito in una contaminazione accidentale di un veicolo comune, quale, ad esempio, le fiale multidose di eparina usate per il lavaggio dei cateteri.

Nel ribadire l'ipotesicità di tale conclusione il dottor Fiorenzuolo, in riferimento ad una possibile condotta degli operatori, ha sottolineato come anche il protocollo più rigoroso possa essere vanificato quando l'applicazione concreta non risponda ai canoni di correttezza richiesti. Pertanto non è sufficiente l'esistenza di protocolli, che nel caso in esame sono ben presenti e definiti, ma ciò che occorre è la rigidità applicativa delle loro previsioni. Ha precisato quindi che nel reparto veniva svolta intensa terapia

infusionale e veniva usata eparina multidoso. Il genoma infettivo è omogeneo in tutti i pazienti. A suo parere non si è trattato di un caso di virus selvaggio, ma di virus mutato.

In seguito a specifiche domande poste dai componenti della delegazione parlamentare, il dottor Fiorenzuolo ha precisato che le disposizioni di pertinenza sanitaria ed igienico-sanitaria sui pazienti venivano impartite dal responsabile del reparto, mentre quelle di carattere generale dalla direzione sanitaria.

Sempre rispondendo a domande rivoltegli dal presidente Tomassini, il dottor Fiorenzuolo ha precisato che l'URP (Ufficio relazioni con il pubblico) dell'Azienda territoriale n. 1 svolge il suo servizio anche per l'Azienda ospedaliera; che la carta dei servizi ha avuto scarsa pubblicità; che non esiste un centro unico di prenotazione ma sono operativi diversi centri; che non è attivato l'ufficio pubblica tutela.

Il presidente Tomassini ha quindi disposto la acquisizione del modello riguardante il «consenso informato» utilizzato nel reparto di ematologia.

La delegazione ha poi proceduto alla audizione della dottoressa *Maria Letizia Fucci*, sostituto procuratore della Repubblica presso la pretura circondariale di Pesaro, la quale ha risposto a taluni quesiti posti dai senatori Tomassini e Castellani in merito ad alcuni aspetti della vicenda in corso d'esame di cui la delegazione ha ritenuto – per i profili di propria competenza – opportuno un approfondimento.

Nel corso della audizione la dottoressa Fucci ha fatto presente, tra l'altro, che numerosi «protocolli» sono risultati senza data e privi di verifica delle procedure seguite. Rilievi sul tema emergono anche dalla relazione redatta dai tecnici dello «Spallanzani». E' pure emerso che prima del 30 dicembre 1997, non esisteva il CIO (Comitato per le infezioni ospedaliere). Sono stati anche riscontrati taluni fattori di rischio come l'uso di eparina multidoso, il riutilizzo di camice per i prelievi di sangue con il sistema a vuoto e la pratica di biopsie in luoghi non idonei.

Il presidente Tomassini ha poi concluso le audizioni osservando come anche in presenza di elevate professionalità scientifiche, l'assenza di un supporto organizzativo adeguato può dar luogo e paradossalmente accrescere situazioni di forte rischio.

## **9. Il referto sul sopralluogo del Nucleo di polizia giudiziaria della Commissione di inchiesta**

In relazione alla indagine attivata, la Commissione parlamentare di inchiesta ha disposto anche un sopralluogo (4 e 5 novembre 1998) da parte del Nucleo di polizia giudiziaria della Commissione stessa presso il «reparto di ematologia – Centro trapianti midollo osseo», dell'Azienda Ospedaliera «San Salvatore» di Pesaro.

Nel suo referto il Nucleo di polizia giudiziaria, premesso che la struttura, nata nei primi anni '70 come ospedale psichiatrico, è caratterizzata

da una forma bassa e squadrata, ha precisato che il reparto di ematologia è situato in edificio posto su due livelli rialzati rispetto al piano di campagna. Gli ambulatori di ematologia sono allocati all'interno della struttura di pneumologia, così come anche il reparto di radiologia. Al secondo piano sono disponibili alcuni locali adibiti ad uffici, nonché il Centro trapianti di midollo osseo.

*A - Sezione trapianti midollo osseo.* La sezione trapianti è allocata in diversi locali gradatamente sterilizzati, fino ad arrivare alla zona asettica che costituisce il reparto vero e proprio. Vi si accede attraverso una stanza adibita a spogliatoio per il cambio degli indumenti che conduce appunto al reparto, costituito da due piccoli locali destinati rispettivamente a cucinino, il primo, e a sala medicheria, il secondo. In tale ultimo locale, utilizzato per la preparazione delle soluzioni fisiologiche da infondere ai pazienti, è stato riscontrato che le finestre erano aperte. La circostanza è tale da pregiudicare, almeno parzialmente, l'asepticità del luogo.

I locali riservati agli immunodepressi dispongono di due stanzette da tre posti ciascuna. In particolare ogni postazione consiste in un piccolo box in plexiglass e alluminio, chiusi da ogni lato. All'interno, ognuno ha un lettino, una telecamera ed un televisore tali da consentire, attraverso un sistema a circuito chiuso, la frequenza scolastica ai bambini ricoverati. Il ricambio dell'aria è assicurato da una condotta che introduce all'interno del box aria fresca microfiltrata. La sterilità del luogo è parsa sufficiente e l'igiene sicuramente curata. Le finestre qui sono sigillate. All'interno di ogni stanza è presente un solo servizio igienico.

Il locale adibito a camera operatoria, ove avviene il prelievo del midollo osseo, è dotato di attrezzatura operatoria tipica per piccoli interventi, le finestre sono regolarmente sigillate e l'impianto di microfiltraggio dell'aria perfettamente funzionante e a norma. Il sistema di rifornimento dell'energia elettrica di riserva, utilizzato anche per la stanza deputata ad «anestesia e risveglio», è alimentato da un gruppo elettrogeno dislocato all'esterno dello stabile e regolarmente testato con un tempo di intervento di circa sette secondi: è però risultato privo del sistema di rifornimento dell'energia di sicurezza da effettuarsi a mezzo di gruppo di continuità statico o rotante. Ulteriore anomalia è rappresentata dalla presenza, all'interno della sala operatoria, di un piccolo bagno.

All'esterno della zona prelievi vi sono locali per la degenza ed una stanza ove, oltre all'autoclave di sterilizzazione, è presente un armadio metallico utilizzato per lo stoccaggio delle siringhe prelievo midollo ed altri presidi medico chirurgici. E' stato riscontrato, infine, la presenza di un bagno in disuso utilizzato per lo stoccaggio delle confezioni di presidi monouso. Tale locale è apparso inadatto allo stoccaggio delle confezioni monouso per ragioni di inadeguata sterilità.

Anche l'ascensore porta lettighe, pur munito di tutti i requisiti di sicurezza, appare non idoneo poiché non dotato di chiave di sicurezza.

La via di fuga, posta dopo l'ascensore, è costituita dalla scala interna dell'edificio con una porta di accesso non dotata di maniglia antipánico e

con un'apertura inversa a quanto previsto normativamente. La scala, poi, è al di sotto delle dimensioni minime previste dalla legge.

*B - Sezione degenze.* Il piano degenze è situato al primo livello ed è composto da vari locali tra i quali: quello adibito a cucinino ed utilizzato dal personale infermieristico; quello per la preparazione delle sostanze medicinali; due stanze piuttosto ampie ove sono ricoverati quattro pazienti ciascuna; cinque stanze da due posti letto riservate ai pazienti in osservazione e trattamento chemioterapico, dotate di doppia porta e discreti requisiti di asetticità. Vi sono, poi, locali adibiti ad ufficio per il personale medico, un piccolo archivio e la stanza delle aferesi. Quest'ultima, con annesso un piccolo bagno, è in ottime condizioni igieniche. Adiacente a tale stanza è stata, però, riscontrata la presenza di un armadio metallico parzialmente sigillato con nastro telato, contenente scatole con materiale monouso non più utilizzabile.

*C - Sezione radiologia e laboratorio analisi.* La sala radiologica, dotata della classica strumentazione, è apparsa adeguatamente schermata e provvista di ulteriore dotazione di sicurezza contro eventuali ingressi accidentali. Sia la sala «lastre» che la sua antesala sono dotate di doppie porte con idonee avvertenze circa il pericolo di radiazioni.

Il reparto laboratorio di ematologia con i locali per il trattamento con radioisotopi beta risulta riunire i requisiti minimi richiesti sia relativamente alla struttura che per quanto attiene allo stoccaggio dei rifiuti radioattivi.

## 10. La documentazione acquisita

Sulla materia oggetto della presente indagine risultano acquisiti agli atti 283 documenti il cui elenco analitico è esposto in allegato. Parte di questi (18) sono pervenuti alla Commissione prima della effettuazione del sopralluogo, parte (32) durante la effettuazione del sopralluogo: di taluni di essi è stata data sintetica illustrazione in precedenza. Duecentotrentatre sono invece stati acquisiti in momenti successivi al sopralluogo, a seguito dei contatti tenuti dalla Commissione soprattutto con l'Azienda Ospedaliera «San Salvatore» di Pesaro. Si fa di seguito riferimento ad alcuni di quelli che hanno particolarmente caratterizzato le tappe della vicenda all'esame.

*I.* Nel marzo 1998 l'IRCCS «Spallanzani» di Roma ha depositato una «Relazione sullo stato di avanzamento delle indagini su un focolaio epidemico di epatite virale in un reparto di ematologia», su richiesta del direttore generale dell'azienda ospedaliera di Pesaro, il quale aveva ravvisato la necessità della collaborazione degli esperti di epidemiologia delle infezioni ospedaliere di tale Istituto di ricerca. L'indagine epidemiologica ha preso in considerazione la situazione logistica ed organizzativa della divisione di ematologia, i dati della sorveglianza epidemiologica dell'epatite B nell'ospedale di Pesaro, l'evento epidemico, la definizione del caso, lo stu-

dio sierologico e sui prelievi di campioni di tessuto. Ha poi riferito sui «risultati dell'indagine al 12 marzo 1998» concludendo con talune considerazioni secondo le quali:

a) dai risultati preliminari sono emersi due focolai epidemici di epatite acuta B ad elevatissima letalità;

b) la tipologia di entrambi gli eventi epidemici fa escludere una trasmissione da operatore infetto a paziente e una trasmissione attraverso unità di sangue o di emoderivati;

c) «solo un errore nella procedura di utilizzo dell'eparina, peraltro ripetuto anche nel secondo focolaio epidemico, potrebbe aver determinato l'utilizzo dei flaconi anche per cateteri in cui normalmente verrebbe utilizzata eparina monodose già diluita»;

d) l'identificazione di possibili fattori di rischio e la messa in atto di provvedimenti preventivi dovrebbe verosimilmente impedire il ripetersi di nuovi episodi, considerando le modalità di trasmissione dell'infezione da virus dell'epatite B.

II. Una indagine amministrativa è stata effettuata anche dalla regione Marche la quale, a seguito dell'approvazione da parte del Consiglio regionale della mozione n. 162/1998, ha attivato un «gruppo di lavoro» (dottor Vincenzo Cardoni, dottor Mario Cingolani, dottoressa Serenella David, dottor Adriano Tagliabracci) che ha depositato il suo referto in data 19 giugno 1998. Nella relazione vengono esposti i fatti, sintetizzati i provvedimenti intrapresi, analizzati i comportamenti. I componenti del gruppo di lavoro hanno concluso rilevando che «dall'esame complessivo della vicenda» emerge «una debole attenzione alle problematiche delle infezioni ospedaliere (coordinamento delle diverse strutture, monitoraggio e sistemi di sorveglianza attiva), situazione peraltro non difforme da altre realtà sanitarie nazionali».

III. La «Prima relazione della Commissione d'inchiesta nominata dal Ministero della sanità per indagare sull'epidemia di epatite B presso la divisione di ematologia di Pesaro» riassume l'indagine amministrativa effettuata dall'organismo (Professor Luigi Zanesco, presidente, Professori Alessandro Zanetti, Francesco Milazzo, Massimo Clementi ed Alfonso Mele, componenti) istituito con decreto ministeriale del 20 marzo 1998. Esso ha tenuto la sua ultima seduta il 14 maggio 1998 pervenendo - in data 3 luglio 1998 - a «conclusioni preliminari» secondo le quali:

a) l'epidemia è sicuramente di origine ospedaliera;

b) la fonte dell'infezione deve considerarsi identificata in un portatore cronico di HBV;

c) «solo un comportamento non corretto rispetto alle norme che prevedono l'utilizzo del flacone di eparina multidose ... avrebbe potuto portare ad utilizzare un unico flacone multidose di eparina per tutti i tipi di cateteri nei pazienti del primo focolaio: questa stessa manovra errata avrebbe dovuto inoltre essere ripetuta fra il 15 ed il 17 dicembre 1997»;



d) una serie di elementi fanno ritenere plausibile una caduta occasionale di attenzione verso le normali misure di prevenzione della trasmissione di infezioni parenterali attraverso pratiche terapeutiche e diagnostiche.

IV. Le risultanze della «*Consulenza tecnica medico-igienistica su un focolaio di epatite virale di tipo B*» affidata dalla Procura della Repubblica presso la Pretura Circondariale di Pesaro al dottor Gianfranco Finzi, dirigente dell'Azienda ospedaliera di Bologna-Policlinico sono state depositate il 5 settembre 1998. Nelle considerazioni conclusive si osserva che:

a) dal sopralluogo effettuato dal consulente in data 11 febbraio 1998 «nulla è emerso di anomalo poiché l'ambiente era stato in precedenza sanificato». L'individuazione da parte del CIO e del suo consulente della presenza nel reparto di ematologia di possibili fattori di rischio per la trasmissione dell'infezione da HBV ha notevole importanza poiché si tratta di fattori di per sé potenzialmente idonei per la trasmissione di un contagio da HBV e di fatto la loro individuazione è di per sé genericamente indicativa di carenze di adeguati provvedimenti di controllo e di prevenzione delle infezioni attuati in reparto.

b) «Sulla base della documentazione acquisita si può affermare che i protocolli di interesse igienistico adottati presso la divisione ematologica di Pesaro, con particolare riferimento alle procedure di decontaminazione, pulizia, disinfezione e sterilizzazione dei presidi sanitari medico-chirurgici non mono-uso, sono risultati in maggior parte carenti e qualche volta non conformi alle procedure raccomandate dai principali autori internazionali». In particolare il consulente ha rilevato che «per taluni protocolli non è stato possibile risalire alla data di elaborazione e di trasmissione degli stessi ed alle strutture che li hanno elaborati».

c) Per quanto attiene «alle metodiche di igiene generale attuate nell'ospedale di Pesaro, la valutazione degli adempimenti prescritti dalla normativa ha evidenziato il non rispetto di quanto previsto in materia di prevenzione delle infezioni ospedaliere, una tardiva costituzione del CIO ed una tardiva o mancata notifica di malattia infettiva».

V. In data 18 dicembre 1998 i consulenti tecnici della procura della Repubblica presso la Pretura circondariale di Pesaro – già in precedenza citati nella sintesi del Resoconto della seduta della Commissione di inchiesta del 21 gennaio 1999 – hanno depositato presso la procura stessa una «*Consulenza tecnica medico-legale sulle cause della morte di Giuliani Fiorella, Paci Mario, Ferri Franco, Antonelli Luciana, Frattini Saturno, Agostini Maria Vittoria, Rivelli Aldo, Bronzetti Paola, Forlani Pierina, Isabettini Italo e Canestrari Piergiorgio*». Il documento si compone di due parti: la prima attiene all'oggetto dell'incarico ed alle «indagini di consulenza»; la seconda riguarda «l'esame della documentazione sanitaria, le indagini anatomico-isto-patologiche e la definizione della causa di morte» dei deceduti, nonché le altre «consulenze tecniche per il pubblico ministero» e le «considerazioni medico-legali».

Nell'ambito delle «considerazioni medico-legali», la consulenza affronta: «la fonte e l'epoca del contagio»; le «modalità del contagio»; nonché le «cause della morte». Quest'ultimo capitolo («*cause della morte*») è suddiviso nei seguenti paragrafi:

a) «aspetti fisiopatologici» («caratteristiche dell'ospite»; «caratteristiche del virus»);

b) «la condotta dei sanitari», rispetto alla quale vengono segnalati i seguenti punti: 1) mancato isolamento di pazienti HbsAg positivi; 2) inadeguati provvedimenti di prevenzione generale; 3) condotte improprie che hanno determinato la diffusione del contagio («condotta impropria da parte di medici responsabili del reparto, del personale infermieristico e di chi doveva sovrintenderne l'operato, che ha comportato una trasmissione del virus da paziente a paziente, durante procedure e-o pratiche assistenziali, con l'utilizzo di uno o più veicoli contaminati»: tale il modello interpretativo dei consulenti sulla «verosimile modalità con la quale può essere avvenuto il contagio»); 4) diagnosi e terapie dell'epatite.

I consulenti tecnici del pubblico ministero concludono il loro referto rilevando che il decorso infausto dell'epatite per i soggetti deceduti può trovare spiegazione in due ordini di fattori:

«sul piano naturalistico, hanno svolto un ruolo le condizioni cliniche dei pazienti all'epoca dell'infezione, tutti soggetti neoplastici, immunodepressi, in terapia con farmaci più o meno epato-tossici; le caratteristiche genetiche del virus e la «riattivazione» del sistema immunitario dei soggetti dopo sospensione della chemioterapia»;

«sul piano medico-legale, ha svolto un ruolo la condotta omissiva, da considerarsi impropria, dei sanitari dell'ospedale di Pesaro, con riferimento all'adozione di idonei provvedimenti preventivi e diagnostico-terapeutici la cui omissione, proiettata sul piano della causalità materiale, ha assunto rilevanza giuridica nel determinismo del decesso».

In data 26 novembre 1998 la procura circondariale di Pesaro ha pure acquisito una «consulenza tecnica virologica - trasfusionale su un focolaio di epatite fulminante da HBV» nonché, in data 4 marzo 1999, una ulteriore relazione virologica elaborata sempre da consulenti dell'Ufficio del pubblico ministero.

VI. In data 6 ottobre 1998 il direttore sanitario dell'azienda ospedaliera «San Salvatore» ha fatto pervenire alla commissione d'inchiesta copia di una «Relazione» inviata al Servizio ispettivo della regione Marche concernente gli «interventi igienico sanitari» attuati dal giorno del suo insediamento (14 settembre 1998) nell'incarico. In attuazione anche di quanto richiesto dal consiglio regionale delle Marche con la mozione n. 162 del 1998, nella relazione si dà conto delle misure adottate per il settore ematologia nonché di ciò che era stato disposto per «tutte le altre unità operative dell'azienda ospedaliera».

Dalla stessa sede e nella stessa data è pervenuta una *Relazione* «sullo stato di attuazione degli interventi effettuati nella unità operativa di ematologia in base a quanto previsto dal D.Lgs. n. 626 del 1994». In tale relazione (datata 6 ottobre 1998) si dà tra l'altro conto di quanto predisposto in ordine a: luoghi di lavoro; attrezzature di lavoro; rischio cancerogeno e da agenti chimici in generale; rischio biologico nei reparti; impianti tecnologici.

VII. A seguito di richiesta della Commissione parlamentare d'inchiesta, è pervenuta la *Relazione dell'Azienda Ospedaliera «San Salvatore»* di Pesaro, inviata al presidente della Giunta della regione Marche in data 26 gennaio 1999, sul *Reparto di ematologia* in cui, tra l'altro, si rileva che: 1) la sperimentazione clinica – cui ha fatto riferimento la stampa – effettuata nel reparto «è stata effettuata senza autorizzazione del Ministero della Sanità e della Regione perché nessuna norma prevedeva l'autorizzazione del Ministero della sanità o quella della Regione»; 2) «in riferimento a quanto sostenuto nell'esposto inviato alla autorità giudiziaria ed in una interrogazione del 9 gennaio 1999 dal consigliere regionale Maria Cristina Cecchini al presidente della regione Marche, i rilievi di tale esponente politico sono privi di fondamento da un punto di vista scientifico, contengono affermazioni gravi e pericolose da un punto di vista socio-culturale, mentre da un punto di vista giuridico sono passibili di segnalazione alla magistratura».

Tali riferimenti attengono appunto soprattutto ad iniziative del consigliere regionale Maria Cristina Cecchini, la quale anche per conto dell'associazione politico-culturale «*Rinnovare la sinistra*» aveva fatto pervenire anche alla Commissione d'inchiesta documenti in cui viene lamentato:

– che il reparto di ematologia versa in una «condizione di zona franca e di extraterritorialità» e che in esso sono state operate «scelte discutibili quali la sperimentazione del fegato fetale nell'uomo ed il trapianto di midollo osseo nella talassemia».

– «che nel corso dell'epidemia di epatite B la direzione sanitaria ha pubblicamente ammesso di non essere a conoscenza della presenza di una parte di personale di ematologia che da anni era operativo nel reparto»;

– «che un servizio trasfusionale abusivo è stato ignorato per 12 anni fino all'intervento del Pretore».

– «che esiste una sovrapposizione di ruoli e competenze, che è ancora in essere, tra il reparto e il laboratorio».

VIII. Con atto del 26 ottobre 1998 indirizzato al presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta, l'ex direttore generale Giuseppe Ricciarelli ha fatto pervenire una integrazione della documentazione da lui consegnata nel corso della audizione svoltasi in Pesaro in data 8 ottobre 1998.

Tale ulteriore apporto ha lo scopo di assicurare «un più esteso inquadramento dei problemi prospettati nel più ampio contesto delle obiettive

situazioni di difficoltà strutturale, organizzativa ed economica che hanno indubbiamente condizionato, nel corso del mandato, il normale sviluppo delle attività aziendali nonostante il documentabile sforzo di controtendenza messo in campo» da lui e dai suoi collaboratori.

Il dirigente ha richiamato una propria precedente comunicazione del 7 luglio 1997 al presidente della giunta regionale, «con esplicito e principale riferimento ai problemi della comunicazione, del finanziamento (veramente drammatico), dell'organizzazione, delle opere di ristrutturazione dell'ospedale e delle iniziative inerenti alla realizzazione del nuovo ospedale di Pesaro, del potenziamento tecnologico ed impiantistico dell'Azienda ed infine a quello della ricerca di una soluzione immediata e graduale dell'assetto organizzativo (gravemente insufficiente) per affrontare situazioni specifiche allora insolite.

Il dottor Ricciarelli ha quindi documentato tutte le iniziative adottate nel corso della sua gestione (giugno 1997 - luglio 1998) per dare attuazione alle «innovative indicazioni della normativa sulla aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale», pur in presenza di gravi carenze finanziarie ma comunque perseguendo una strategia di riqualificazione «dell'assetto tecnologico e gestionale dell'azienda da tempo in posizione di stallo». Ha altresì dettagliatamente riferito, per quanto attiene alla vicenda «epatite», su tutti gli interventi operati, come risulta documentato in atti, per «affrontare l'emergenza di un evento tanto drammatico quanto straordinario».

IX. In data 31 marzo 1999 la commissione amministrativa di inchiesta nominata dal Ministro della Sanità, la quale aveva già prodotto una «relazione preliminare» (in precedenza sintetizzata), ha depositato una «*Relazione sull'epidemia di epatite B occorsa presso la divisione di Ematologia dell'azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro*». Nel trasmettere al ministro della sanità l'elaborato «finale», il presidente della commissione Luigi ZanESCO osserva che «rispetto alla relazione preliminare» non ci sono sostanziali novità poiché l'organismo amministrativo di indagine, valutati gli atti nel frattempo prodotti, si è convinto che «l'interpretazione dei fatti già prospettata (una caduta di attenzione delle normali misure di sorveglianza igienica e di profilassi ambientale) sia la più vicina alla verità». La relazione finale riproduce pertanto il contenuto di quella preliminare ed è integrata da «suggerimenti finali al signor Ministro» in cui si osserva che «le più importanti carenze rilevate nella struttura ospedaliera di Pesaro sono ... superabili con l'applicazione di idonee misure di controllo e prevenzione», anelli deboli delle infezioni ospedaliere per le quali l'Italia detiene un non invidiabile primato tra i Paesi più sviluppati. Tali carenze riguardano:

a) tardiva costituzione e convocazione del comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (CIO). Come gli interventi di «sanificazione» effettuati a Pesaro a fine gennaio 1998 dal C.I.O sono valsi ad arrestare quella epidemia, così interventi regolari dei CIO negli ospedali possono valere a prevenire eventuali analoghi e drammatici episodi epidemici;

b) mancato isolamento di pazienti affetti da epatite B acuta e possibili mancanze nell'applicazione delle precauzioni universali nei confronti di pazienti portatori di HBV;

c) procedure e manovre non corrette (prelievi e stoccaggio del sangue, preparazione delle terapie infusionali, uso di guanti, locali adibiti ad attività promiscue, etc.) sulle quali dovrebbe vigilare anche il CIO.

X. In data 27 luglio 1999 il direttore generale dell'azienda ospedaliera San Salvatore dottor Gardi ha consegnato una «*Rendicontazione del periodo di gestione commissariale*»: in essa tra l'altro vengono svolte considerazioni sull'epidemia HBV e, preso atto della dettagliata analisi epidemiologica retrospettiva e dei rilievi emersi dagli atti ispettivi ed investigativi, si rileva:

a) fatta eccezione dell'episodio epidemico, non si è verificato nel reparto di Ematologia nessun caso di epatite contratta per carenze di ricovero e vi è stata una unica sieroconversione la cui origine è incerta e oggetto di approfondita indagine;

b) l'attuale direzione dell'azienda ospedaliera non può che prendere atto, sia dal punto di vista sanitario che organizzativo, della attività clinica e produttiva della Unità operativa di ematologia svolta nel corso degli anni in ambito nazionale ed internazionale;

c) la procura della Repubblica dopo approfondite indagini non ha ritenuto di dover segnalare alla Azienda situazioni di pericolo per i pazienti ricoverati cheredessero necessaria l'adozione di provvedimenti urgenti di natura cautelare;

d) le accuse mosse al responsabile della Unità operativa di ematologia sono basate su una consulenza di parte - redatte su richiesta del Pubblico Ministero - le cui conclusioni risultano dal punto di vista sanitario opinabili e le stesse pertanto dovranno essere oggetto, nel corso del dibattimento relativo al giudizio attivato, di ulteriore perizia.

La «*Rendicontazione*» del direttore generale Gardi prosegue osservando che in definitiva «la sospensione del professionista (il professor Lucarelli) non risulterebbe giustificabile e comporterebbe, nella fase attuale, un danno sia per la percezione dei pazienti in lista di attesa, sia per l'immagine dell'azienda ospedaliera». Pertanto la direzione dell'azienda «a seguito del rinvio a giudizio del responsabile della Unità operativa di ematologia, ha ritenuto di non attivare alcun provvedimento disciplinare in quanto, allo stato attuale, non sussistono elementi di natura organizzativa e sanitaria che giustificerebbero il provvedimento».

## 11. Gli esiti delle indagini della Magistratura

Le indagini promosse dalla Magistratura sul caso all'esame hanno condotto al rinvio a giudizio del primario del reparto di ematologia (professor Guido Lucarelli) e del direttore sanitario (dottor Giovanni Fioren-

zuolo). Alla prima udienza del dibattimento, il 10 gennaio 1999, il Tribunale ha rilevato che anche a tale procedimento debba applicarsi la recente legge «Carotti» (legge 16 dicembre 1999, n. 479 concernente «modifiche alle disposizioni sul procedimento davanti al Tribunale in composizione monocratica e altre modifiche al codice di procedura penale») ed ha quindi disposto il rinvio degli atti al pubblico ministero perché anche il GUP (Giudice della udienza preliminare) possa procedere al pronunciamento di competenza. Contro tale decisione ha presentato ricorso in Cassazione il Pubblico Ministero assumendo che, in base al principio «*tempus regit actum*», il rilievo del Tribunale non è conforme alle norme applicabili alla fattispecie.

## 12. Conclusioni

Nell'accingermi a trarre le conclusioni della indagine svolta dalla Commissione parlamentare di inchiesta, ed in particolare dalla delegazione incaricata del sopralluogo ai sensi dell'art. 14, 5 comma, del regolamento interno, debbo dare atto del pregevole lavoro svolto, dai colleghi che, con il competente e attento apporto dell'Ufficio di segreteria, hanno in dettaglio curato i necessari adempimenti ed acquisito gli elementi di documentazione sul caso, mettendomi in grado di svolgere le seguenti, definitive riflessioni.

*A. I profili di competenza.* L'emergenza occorsa al reparto di ematologia dell'azienda «San Salvatore» di Pesaro è stata affrontata dalla Commissione nel rigoroso rispetto delle proprie attribuzioni costituzionali, soprattutto per verificare se, tra le cause dell'evento, dovessero annoverarsi insufficienze strutturali, procedurali e gestionali, che, ove riprodotte con le stesse modalità, potessero innescare ulteriori conseguenze altrettanto negative. Ne consegue che la verifica si è estesa ai possibili rimedi da proporre.

Resta pertanto estraneo alle presenti conclusioni l'aspetto giudiziario della vicenda, pur avendo la Commissione acquisito gli atti istruttori e preso atto del contributo reso in materia dalla Procura della Repubblica competente. Tale aspetto attiene infatti a profili di indagine e di accertamento di responsabilità personali di competenza esclusiva dell'autorità giudiziaria.

Per quanto concerne invece il risultato dell'indagine della Commissione parlamentare sull'attività del reparto di ematologia, sugli elementi acquisiti, nonché sui fattori che possono eventualmente avere rappresentato il presupposto di quanto è accaduto, vengono espresse le considerazioni che seguono.

*B. Le strutture.* Le strutture in cui si è sviluppato il Centro trapianti – come è stato: dettagliatamente spiegato nelle pagine precedenti, rilevato nel corso dell'ispezione, specificato in ulteriori approfondimenti – apparivano, al momento dei sopralluoghi, del tutto inadeguate e non a norma per

le attività di elevata specializzazione e comportanti rischio epidemiologico alle quali erano state destinate.

C. *Le linee guida.* I protocolli operativi della struttura sono apparsi poco definiti, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di sorveglianza igienico-sanitaria, con insufficiente disponibilità di mezzi monouso e procedure terapeutiche non standardizzate.

D. *La sorveglianza igienico-sanitaria.* La struttura ove si svolgevano i trapianti godeva quasi di «extra-territorialità» per quanto concerne i controlli di competenza della Direzione sanitaria, e quindi, questi, sostanzialmente restavano affidati direttamente al responsabile dell'Unità operativa, il quale, peraltro, al di là degli indubbi meriti scientifici, proprio nel campo della qualità delle procedure, ha dimostrato di non avere adeguata formazione e qualificazione.

E. *Attività scientifica.* E' innegabile che il flusso di produzione scientifica, notorietà e attività pone l'ematologia di Pesaro tra i centri più noti ed importanti a livello internazionale: a fianco dell'ematologia opera una Fondazione per favorire la ricerca e lo studio, nonché migliorare l'accoglienza nei confronti dei ricoverati stranieri e non residenti. Se questo, da un lato, si pone come fiore all'occhiello per l'intera Azienda ospedaliera e la città di Pesaro, dall'altro può avere caricato di impegni non sostenibili la stessa Azienda, e può essere stato causa di una attenuata attenzione nei riguardi della delicata struttura.

F. *Controllo gestionale e rapporti con la Fondazione.* La gestione di tutta l'attività del Reparto di ematologia in parte si confonde, con modalità indefinite, con quella della Fondazione di supporto: a fianco quindi di quanto è di pertinenza dell'Azienda ospedaliera (bilanci, status del personale e organico, materiali, medici etc.) vi è una serie di «inserimenti» della Fondazione con mansioni, diritti, doveri e pertinenze non chiaramente esplicitati (borsisti, medici, informazione, assistenti di vario tipo, mezzi integrativi di supporto etc.).

G. *Gli indirizzi di politica sanitaria.* Tenuto quindi conto di quanto sopra esposto, appare evidente che una certa confusione tra diversi ruoli e competenze può aver creato i presupposti dell'evento.

Va anche riconosciuto che, al momento del verificarsi delle epidemie, il Reparto di malattie infettive, a cui i degenti sono transitati per competenza, si è comportato, dal punto di vista delle regole della buona sanità, in maniera ineccepibile.

Al momento della ispezione parlamentare era da poco completamente cambiato il vertice dell'Azienda ospedaliera e, a quanto è stato dato di conoscere a seguito anche di acquisizione diretta di documentazione, nelle fasi successive è stato svolto un rilevante impegno per riportare la struttura alle norme di accredito - così come la Commissione d'inchiesta aveva indicato - nonché per introdurre norme di comportamento e linee guida di assoluta correttezza.

Il problema generale di una struttura di alta specialità, collocata presso un'Azienda ospedaliera con attività ordinaria, può quindi concretamente porre una serie di problemi per mantenere livelli qualitativi sanitari e scientifici. Le politiche sanitarie dovrebbero dunque essere indirizzate:

- a)* ad un accurato controllo di situazioni siffatte;
- b)* a sostenerle, nel caso si riscontrino tutte le caratteristiche di idoneità, con adeguati interventi economici e progettuali, nonché con una efficace sorveglianza sanitaria, al fine della migliore tutela dei cittadini.