

SENATO DELLA REPUBBLICA
XIII LEGISLATURA

**Doc. XXII-bis
n. 1
Allegato 11**

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL SISTEMA SANITARIO**

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

**Inchiesta sul funzionamento degli Istituti di
ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS)**

RELAZIONI

I N D I C E

Relazione sui sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto tumori di Milano l'11 novembre 1997 e 9 dicembre 1997. Pag.	5
Relazione sul sopralluogo effettuato il 26 marzo 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori Fondazione Giovanni Pascale di Napoli »	9
Relazione sui sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta il 30 aprile 1998 presso l'Istituto Regina Elena (Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IFO) di Roma e il 14 ottobre 1998 alla sede dei laboratori scientifici dello stesso Istituto »	20
Relazione sul sopralluogo effettuato il 29 maggio 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta presso l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova »	29
Relazione sul sopralluogo effettuato il 22 ottobre 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto oncologico a carattere scientifico di Bari »	34
Relazione sul sopralluogo effettuato il 17 novembre 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Ospedale Maggiore di Milano »	42
Relazione sul sopralluogo effettuato il 2 febbraio 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Ospedale San Matteo di Pavia »	56
Relazione sul sopralluogo effettuato il 2 febbraio 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso la Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia »	63
Relazione sui sopralluoghi effettuati il 4 marzo 1999 e il 19 settembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto Neuromed di Pozzilli (IS) »	70

Relazione sul sopralluogo effettuato il 27 aprile 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Ospedale San Raffaele di Milano	Pag.	85
Relazione sul sopralluogo effettuato il 21 novembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso il Centro di riferimento oncologico di Aviano (PN)	»	98
Relazione sul sopralluogo effettuato il 16 gennaio 2001 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (INRCA) di Ancona	»	109
Relazione finale	»	127

Relazione sui sopralluoghi effettuati l'11 novembre e il 9 dicembre 1997 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto tumori di Milano (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 12 dell'11 dicembre 1997

1. Premessa

La Commissione parlamentare – nell'ambito di un'indagine da compiere sul funzionamento degli IRCCS presenti sull'intero territorio nazionale – aveva deliberato l'invio di una delegazione all'Istituto nazionale dei tumori, su richiesta di un senatore componente, al fine di verificare alcune situazioni che inducevano a serie preoccupazioni riguardo il buon andamento dell'Istituto che, come è risaputo, è sempre stato tra i più rinomati al mondo. Secondo il mandato della Commissione si doveva soprattutto accertare:

- la corretta gestione amministrativa e la corretta interpretazione delle vigenti norme legislative;
- la corretta programmazione dell'attività scientifica e la condivisione di tale programmazione;
- le modalità di sostituzione di alcune posizioni dell'organico sanitario, in particolare quelle apicali;
- le dimissioni anticipate di numerosi medici dipendenti dell'Istituto (35 di cui ben 5 apicali);
- le applicazioni delle norme conseguenti l'entrata in vigore del regime di «incompatibilità»;
- gli indici di attività e di pertinenza delle prestazioni e dei ricoveri, soprattutto nei reparti in cui erano avvenute le sostituzioni apicali;
- l'esistenza di un diffuso malcontento del personale medico e paramedico in ordine alla conduzione complessiva dell'Istituto;
- la realizzazione del programma di informatizzazione, non ancora funzionante, anche in considerazione delle omissioni, segnalate da organizzazioni regionali di controllo, nella corretta compilazione delle schede di ammissione e dimissione all'Istituto;
- l'apertura contemporanea di 7 cantieri edili con grave disagio sull'agibilità dell'Istituto.

Di tutti questi argomenti era pervenuta alla Commissione una vasta documentazione unita a una rassegna stampa, nonché una serie di interrogazioni parlamentari.

La delegazione – composta dal presidente, senatore Antonio Tomassini, dalla senatrice Anna Maria Bernasconi e dal senatore Antonino Monteleone, accompagnati dal consigliere parlamentare dottoressa Stefania Scarrocchia, dalla signora Paola Di Tullio, coadiutore parlamentare capo, e dal capitano della Guardia di finanza Paolo Barbato, collaboratore esterno della Commissione – si è quindi recata a Milano per acquisire gli elementi conoscitivi.

Solo dopo ripetuti solleciti, ed in occasione dell'ispezione aggiuntiva ai cantieri edili aperti, è pervenuta tutta la documentazione richiesta all'Istituto, per la quale non è però stata ancora possibile una completa verifica.

Tuttavia si ritiene urgente ed opportuno esprimere attraverso questo documento i rilievi e le valutazioni della Commissione su quanto direttamente ascoltato ed osservato.

2. Valutazioni generali sulla base della documentazione acquisita e delle audizioni svolte

Gli accertamenti condotti hanno posto in evidenza le seguenti situazioni.

Esiste una completa difformità di vedute e di valutazioni tra il commissario straordinario e il direttore scientifico che, ascoltati separatamente, sono apparsi in aperto contrasto tra di loro. Il commissario straordinario ha infatti deciso di emanare con molto anticipo un bando di concorso per un nuovo incarico di direttore scientifico, quando l'attuale ha ancora un anno di contratto. Direttore sanitario e direttore amministrativo sono apparsi anche loro in disaccordo con la direzione generale e scientifica, affermando di essere stati esclusi dai processi decisionali di propria competenza; il commissario straordinario, non essendo stato in grado di produrre la documentazione scritta relativa ad alcune decisioni assunte, ha affermato di aver chiesto ed acquisito pareri favorevoli verbali dal Ministro e da alcuni direttori generali del Ministero.

La gestione amministrativa e l'interpretazione delle vigenti norme legislative non sono apparse corrette e appropriate (si veda in particolare: il bando di concorso per il direttore scientifico, la mobilità di alcune coperture apicali, le pressioni per il pensionamento anticipato di due dipendenti). La delegazione parlamentare ha raccolto, da parte delle varie apicalità preposte alla dirigenza (commissario straordinario, direttore scientifico, direttore amministrativo), giudizi divergenti e contraddittori sulla gestione generale: ciò traspare del resto da diversi atti deliberativi formali, ma ancor di più da atti comunicati a voce e mai formalmente deliberati.

Anche la Carta dei servizi non è risultata formulata in maniera corretta, né sono stati attivati meccanismi di valutazione della soddisfazione dei pazienti. Solo dopo l'annuncio dell'ispezione della delegazione parlamentare, vi è stato un sopralluogo del Tribunale per i diritti del malato e

sono stati frettolosamente assunti alcuni atti decisionali. Da segnalare inoltre numerose circolari confuse e contraddittorie, e talvolta futili.

I medici dell'Istituto hanno riferito che la direzione scientifica non ha effettuato una corretta programmazione dell'attività, la quale viene soprattutto contestata e non condivisa per una forte preferenzialità verso la ricerca rispetto alle necessità cliniche. Dalle audizioni sono inoltre emerse una sfiducia complessiva nella direzione ed alcune critiche per incomunicabilità con la stessa. L'insufficienza della direzione scientifica è stata citata quale causa dell'allontanamento di alcuni sanitari dall'ospedale.

La sostituzione di due posti apicali è sembrata non corretta non solo perché si è preferita una mobilità rivolta a due unici candidati per due singoli concorsi, ma anche perché non vi è diretta rispondenza tra titoli presentati e posizione apicale conseguita (caso del chirurgo toracico). In molti casi si è seguita la strada della semplice assegnazione di funzioni superiori con la creazione di situazioni precarie, quando era possibile quanto meno attribuire incarichi trimestrali.

Appaiono numerose le 35 dimissioni anticipate di dipendenti. Quasi tutti i 5 apicali auditi hanno motivato la loro decisione non con la miglior condizione professionale ed economica conseguita, ma con l'insoddisfazione per la conduzione complessiva gestionale e scientifica dell'Istituto; grave pare l'affermazione del commissario straordinario con la quale si è vantato di aver determinato le dimissioni di due dipendenti. A tale affermazione, confermata dalla delegazione sindacale, si è aggiunta la documentazione pervenuta relativamente al contenzioso con la dottoressa Mammano, anch'essa allontanata forzatamente dall'Istituto.

L'applicazione del regime di incompatibilità è sembrata andare oltre quanto disposto dalle norme ed ha determinato effetti controproducenti rispetto agli obiettivi.

Durante le audizioni, e anche secondo un documento presentato, si è affermato che gli indici di attività e di appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri sarebbero ridotti in alcuni reparti in cui è cambiata l'apicalità e tale riduzione sembrerebbe rilevante in alcuni interventi specifici: non è stato però ancora possibile confrontare tali affermazioni con i dati presentati dall'Istituto. Vi è però di certo un programma di ampliamento degli attuali 6 dipartimenti a 12: tale ampliamento, secondo le audizioni dei medici, non troverebbe giustificazione clinica, ed anche le spiegazioni che sono state fornite dal commissario straordinario non sono sembrate convincenti.

Le rappresentanze sindacali sia del personale medico che non medico sono state completamente concordi nell'esprimere una valutazione negativa sulla gestione dell'Istituto.

Sono state rilevate irregolarità e confusioni nell'applicazione del piano di informatizzazione, che tuttora non appare a regime. A seguito di un intervento ispettivo della Regione è stata inoltre rilevata la mancata compilazione delle schede di accettazione e di dimissione dei pazienti.

L'apertura contemporanea dei 7 cantieri ha creato disagi e probabilmente se fosse stata meglio programmata avrebbe evitato disfunzioni che

si sono riversate sull'attività clinica. Al momento del sopralluogo della delegazione parlamentare 3 cantieri sembravano completati, ma per gli altri vi erano prospettive di tempi lunghi e le soluzioni adottate per i percorsi sanitari intermedi non sono sembrate corrette. In particolare, non è risultata sufficiente né la situazione attuale né quanto si progetta per il percorso degli ammalati tra la sala operatoria e la rianimazione: quest'ultima, aperta pochi giorni prima del sopralluogo, presentava ancora un percorso di possibile contaminazione settica.

Anche il centro informatico sembra sia stato attivato con precipitazione e non è ancora operativo.

L'Istituto, nel complesso, è sembrato avviato ad un declino se non intervengono con urgenza salvaguardie e correzioni di rotta. È peraltro da sottolineare che l'Istituto dispone ancora di un patrimonio prezioso di esperienze, di capacità professionali cliniche e scientifiche, e può quindi prontamente riprendersi, se gli interventi di correzione saranno tempestivi e corretti.

Si esprime pertanto, sulla base dei rilievi espressi, un giudizio politico di grave insufficienza dell'attuale conduzione gestionale e scientifica dell'Istituto e si ritengono opportuni immediati provvedimenti.

Si ritiene infine opportuno inviare la presente relazione al Ministro, anche in considerazione della necessità di salvaguardare le potenzialità di un Istituto che tuttora viene considerato uno dei primi a livello mondiale.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 26 marzo 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori «Fondazione Giovanni Pascale» (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 36 del 3 dicembre 1998

1. Premessa

Nel quadro del settore di indagine sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha svolto il 26 marzo 1998 un sopralluogo all'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori «Fondazione Giovanni Pascale» di Napoli, per verificarne il livello di funzionamento. La delegazione è risultata composta dai senatori Antonio Tomassini e Ferdinando Di Orio, presidente e vice presidente della Commissione d'inchiesta, nonché dai senatori Anna Maria Bernasconi ed Enrico Pianetta, componenti della Commissione medesima. La struttura di supporto e consulenza è stata coordinata dal consigliere parlamentare Giorgio Girelli, preposto all'ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Ha concorso al vaglio della numerosa documentazione acquisita, specie in materia contabile, il generale Sergio Frea, collaboratore esterno della Commissione. Durante il sopralluogo la Commissione parlamentare di inchiesta è stata coadiuvata da operatori fotografici della Polizia di Stato della questura locale nonché da ufficiali giudiziari facenti capo all'autorità statale competente per territorio. Il supporto logistico è stato assicurato dalla locale prefettura. Nel corso del sopralluogo è stato acquisito materiale di documentazione ed è stata pure, su disposizione del presidente Tomassini, effettuata una rilevazione formale, verbalizzata da esponenti della locale Polizia di Stato, sulla allocazione di atti sanitari in locale inadeguato, attiguo al salone delle riunioni dell'Istituto in considerazione.

La delegazione parlamentare ha proceduto al suo arrivo ad un puntuale sopralluogo a laboratori, sale operatorie, ambienti di degenza della struttura sanitaria.

Successivamente la delegazione ha proceduto all'audizione dei vertici sanitari ed amministrativi dell'Istituto nonché di esponenti delle categorie operanti nella struttura.

2. Le audizioni

Le audizioni dei dirigenti dell'Istituto «Fondazione Giovanni Pascale», che nel complesso sviluppa 60.000 metri quadrati di superficie coperta, hanno avuto luogo nella sede dell'Istituto.

A. Ha esordito il commissario straordinario, professor *Alfonso Barbarisi* al quale, dopo la introduzione da lui svolta, hanno rivolto, nell'ordine,

domande i senatori Bernasconi (che ha chiesto visione dei bilanci dell'Istituto, della pianta organica del personale, ponendo pure quesiti sulla entità dei fondi inutilizzati), Di Orio (il quale ha domandato se sia mai stato fatto un controllo sul tasso di occupazione dei posti letto), Pianetta (per il quale occorre approfondire l'entità dei fondi di ricerca affluiti all'Istituto), nonché il presidente Tomassini, il quale ha posto domande sulla applicazione della Carta dei servizi e sul livello di attuazione delle norme di sicurezza sul lavoro *ex* decreto legislativo n. 626 del 1994.

Ha risposto ai quesiti il professor Barbarisi, puntualizzando, tra l'altro, che la media di occupazione di posti letto nell'Istituto è del 78 per cento con oscillazioni da reparto a reparto: ad esempio nel reparto di ginecologia si registra il 60 per cento di impiego. Le liste d'attesa non superano i 7 giorni per le patologie tumorali.

B. Il professor *Silvio Monfardini*, direttore scientifico, si è soffermato su disservizi di ordine burocratico ed amministrativo presenti nell'Istituto che, tra l'altro, hanno condotto alla non approvazione da parte del Ministero del tesoro del bilancio 1997. Ha osservato poi che l'uso dei fondi per la ricerca corrente è lacunoso, come attesta la mancata emanazione dei bandi per le borse di studio. Il suo stesso ufficio, a tutt'oggi, non dispone ancora di un *computer*. Il professor Monfardini ha nel complesso giudicato pessima la direzione amministrativa dell'Istituto. Ad una specifica domanda del presidente Tomassini sulla esistenza o meno di una inversione di tendenza negli ultimi tempi, il direttore scientifico ha risposto che l'attuale commissario si sta adoperando con impegno ma ciò non impedisce che le sue personali previsioni continuino ad essere improntate a pessimismo. Il direttore scientifico ha infine consegnato alla delegazione della Commissione d'inchiesta un documento sul «disordine» e sugli «annosi disservizi amministrativi di ostacolo alla ricerca».

C. La Commissione ha quindi proceduto all'audizione del direttore sanitario, dottor *Graziano Olivieri*, in carica dal 1991: allora l'incarico ora ricoperto comportava anche quello di direttore scientifico. Da quel periodo egli ha attivato uffici e strutture. Da quando, ad esempio, venivano svolte visite senologiche su quattro donne contemporaneamente, la situazione ha registrato indubbi, positivi cambiamenti. Il dottor Olivieri lamenta di dover operare nel quadro di un assetto normativo molto antiquato e in ambiente in cui avvengono cose inaudite, come il sabotaggio, a suo dire, alla inaugurazione del poliambulatorio. Osserva quindi che la successione di presidenti e di commissari a capo dell'Istituto ha impedito di dare corso coerente alla applicazione della legge. Per le liste di attesa, la media è di sette giorni, con punte che vanno, a seconda dei casi, dai due ai dieci giorni. Per quanto attiene alla applicazione del decreto legislativo n. 626, è stato nominato il «medico competente» del lavoro mentre la mappa dei servizi non è stata ancora predisposta.

Il presidente Tomassini ha quindi disposto l'acquisizione della mappa dei rischi e di altri documenti atti ad accertare quali iniziative siano state adottate per eliminare situazioni di rischio. Il direttore sanitario ha osser-

vato che «misure bandiera» sono state sempre adottate senza però incidere sulle effettive esigenze. Ad esempio, la rubinetteria non funziona mentre gli impianti elettrici non sono a norma.

Il presidente Tomassini ha quindi rilevato che il personale circola all'interno dell'Istituto senza il previsto cartellino di riconoscimento, mentre è stata riscontrata la inesistenza di «filtri» per il personale in prossimità degli accessi dei blocchi operatori. La visita della delegazione ad una sala operatoria ha confermato varie inadempienze nel campo delle prescrizioni ordinarie, benché la direzione sanitaria abbia il dovere di effettuare controlli ispettivi.

In risposta a quesiti posti dalla senatrice Bernasconi su consistenza, ed impieghi straordinari del personale, il dottor Olivieri ha fatto osservare che lo straordinario è ridotto al minimo. Ha aggiunto pure che i mammografi sono fermi, mentre le liste di attesa nel settore vanno dai tre ai quattro mesi.

Hanno formulato ulteriori quesiti il presidente Tomassini (sul reparto otorino) ed il senatore Pianetta (sulla struttura della direzione sanitaria).

D. La delegazione parlamentare ha quindi proceduto all'audizione del dottor *Oreste Pennasilico*, segretario generale dell'Istituto il quale, tra l'altro, in ordine ai rilievi espressi dal presidente Tomassini circa la conservazione in locale adibito agli impianti di aerazione di materiale cartaceo di carattere sanitario – circostanza verbalizzata da agenti della polizia giudiziaria di Napoli – ha fatto presente che il compito di provvedere al riguardo attiene al consegnatario delle carte mentre il responsabile della sicurezza risponde della funzionalità delle strutture impiantistiche.

La senatrice Bernasconi ha ribadito l'esigenza di acquisire i bilanci dell'istituto e, insieme al presidente Tomassini, ha posto quesiti sull'andamento operativo della struttura.

Il senatore Di Orio si è soffermato sulla portata dei compiti del segretario generale in rapporto a quelli di altri organi, sottolineando che in ogni caso la figura del segretario generale è titolare di compiti diretti e puntuali. Ha chiesto inoltre di essere documentato circa l'uso effettivo delle strutture disponibili da parte dell'istituto «Fondazione Giovanni Pascale».

E. Sono stati quindi ascoltati i seguenti rappresentanti di associazioni mediche: dottor *Maurizio Montella* (ANAAO), dottor *Edmondo Cesario* (AAROI), dottor *Antonio Marfella* (CISL Medici), dottor *Aldo Mancini* (UIL Medici), dottor *Tramontana Sergio* (ANPO), dottor *Massimo Trucco* (CISAL), dottor *Antonio Pecoraro* (UGL). Tra l'altro, dall'audizione è emerso che, ad avviso di tali interlocutori, esistono inadempienze riconducibili alla dirigenza amministrativa, disfunzioni derivanti dal mancato ricambio da almeno vent'anni di figure apicali, cronica incapacità di gestire l'istituto di ricerca in coerenza con le sue caratteristiche, inerzia nell'acquisire brevetti che l'Istituto avrebbe potuto conseguire a seguito di sue ricerche.

F. Hanno successivamente esposto le loro osservazioni i seguenti rappresentanti dei sindacati: signori *Vincenzo Angrisano* (CISL), *Sergio Canzanella* (UIL) e *Antonio Peluto* (CGIL), i quali hanno affermato che il ri-

tardo della riforma della normativa sugli IRCCS rappresenta un fattore molto negativo; è deleterio per l'istituto che tra i vertici, che corrispondono tra di loro per iscritto, non vi sia collaborazione fluida; costituisce un falso problema quello delle lunghe liste di attesa perché si tratta solo del pretesto per dirottare i malati verso strutture private. Non è stata attivata l'attività professionale *intra moenia*, mentre sussistono numerose altre inadempienze certificate da un comune documento sindacale (CGIL, CISL, UIL), acquisito agli atti dell'inchiesta.

G. La delegazione parlamentare ha infine audito anche la signora *Renata Barulli*, esponente del «Tribunale per i diritti del malato».

3. Valutazioni sul sopralluogo

La struttura del «Pascale» di Napoli si sviluppa su una grande volumetria e si estende su un'ampia superficie. Presenta quindi tutte le difficoltà – per una buona gestione e una buona manutenzione – di tutte le altre strutture concepite nello stesso periodo.

Tuttavia qui il degrado della struttura è consistente.

A parte le carenze di pulizia e di igiene, nonché il mancato adeguamento alle norme del decreto legislativo n. 626 del 1994, sussiste una situazione preoccupante per la sicurezza e la dignità dei pazienti.

I pavimenti di *linoleum*, ad esempio, sono spesso scollati e possono provocare accidentali cadute a chi li percorre; le attrezzature di molti ambulatori sono obsolete e non più a norma; le camere presentano muri ed arredi spesso fatiscenti.

Altri fattori inducono a riflettere sui controlli di competenza della direzione sanitaria: l'accesso alle sale operatorie non prevede un filtro sterile e corretto, ed è pure emerso come non sia abituale la prassi della sepsi; il personale è privo dei cartellini di identificazione; vi sono eccessivi affollamenti nelle sale d'aspetto.

Emblematico e negativo il caso di rifiuti soggetti a smaltimento speciale, di documentazioni cliniche, di residui vari, tutti allocati nell'ambiente di captazione dell'aria dell'impianto di condizionamento, peraltro ubicato – come osservato in precedenza – nelle immediate vicinanze della sala delle audizioni.

Gli ambienti che durante il sopralluogo hanno meritato un giudizio di sufficienza sono stati quelli dei laboratori scientifici.

4. Valutazioni sulle audizioni

Durante le audizioni il commissario straordinario Barbarisi ha teso ad addossare ai suoi predecessori gran parte delle insufficienze rilevate (segnalate d'altronde da una precedente inchiesta effettuata dalla Corte dei conti) portando a sua giustificazione il fatto di essere stato nominato da poco tempo.

In realtà il commissario straordinario è in carica da quasi due anni e quindi molte delle situazioni negative evidenziate (mancata attuazione del

decreto legislativo n. 626; mancata presentazione dei bilanci; parziale impegno dei fondi per la ricerca; mancata copertura di alcuni posti organici; scarso numero di ore su cui è organizzata l'attività del «Pascale» – soprattutto tra le 8 e le 14 – giustificata con la scarsa adesione all'istituto della incompatibilità da parte dei medici) si sono verificate anche sotto il suo mandato.

Il professor Monfardini, direttore scientifico, ha delineato con chiarezza i disservizi burocratici ed amministrativi presenti nell'Istituto, denunciando diverse insufficienze nell'uso dei fondi per la ricerca che sono stati destinati all'acquisto di strumenti non sufficientemente utilizzati: in particolare si è riferito all'acquisto di ulteriori acceleratori lineari.

Successivamente al sopralluogo è giunta notizia che il direttore scientifico dell'Istituto si è dimesso dall'incarico, adducendo l'impossibilità, nelle attuali condizioni, di proseguire nel suo mandato.

Il direttore sanitario Graziano Olivieri non ha saputo rispondere in maniera adeguata alle contestazioni su aspetti di carattere organizzativo, di pertinenza della direzione sanitaria, riferite a situazioni riscontrate durante il sopralluogo.

Il direttore amministrativo Oreste Pennasilico, figura tra le più ascoltate dell'Istituto, ha dovuto confermare la fondatezza dei rilievi mossi (mancata presentazione dei bilanci; fondi per la ricerca utilizzati per l'acquisto di strumenti – quali gli acceleratori lineari – scarsamente utilizzati; deficit dell'Istituto di parecchi miliardi all'anno) e l'esistenza di altre inadempienze, riscontrabili dalla documentazione acquisita, oggetto di ispezione da parte del Ministero del tesoro. Su tali questioni, peraltro di sua competenza, il direttore amministrativo non ha fornito delucidazioni. Si è poi appreso che egli ha chiesto un periodo di aspettativa dall'Istituto.

5. Le risultanze dei controlli sui documenti acquisiti

A. Un primo riscontro è stato effettuato sulla seguente documentazione:

a) segnalazioni più significative relative a richieste di interventi tecnici urgenti di manutenzione e/o riparazione del complesso ospedaliero, dal 1996 al 1998;

b) segnalazioni più significative inerenti le condizioni strutturali ed organizzative del complesso operatorio e la situazione relativa ai gas medicali;

c) proposte in merito alla corretta applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 (sicurezza dei luoghi di lavoro);

d) organigramma riepilogativo del personale, afferente all'area assistenziale, distinto in:

– organigramma attuale;

– pianta organica istituzionale (deliberazione n. 136 del 1990);

- pianta organica rideterminata dall'Amministrazione (deliberazione n. 211 del 1995) a seguito della «legge finanziaria» 1995;
- carichi di lavoro 1994;
- carichi di lavoro 1997.

Da tale esame è risultato che: *a)* sussistono presso l'Istituto «evidenti carenze di ordine strutturale sulle quali pesa un'insufficiente programma di manutenzione ordinaria e straordinaria»; *b)* il complesso operatorio, costituito da 5 sale operatorie e dal settore di sterilizzazione, necessita di un'adeguata ristrutturazione per risolvere le problematiche di ordine strutturale e protezionistico ripetute volte segnalate. Anche la Asl 1 ha sottolineato problemi strutturali (pareti, infissi e pavimenti da ripristinare) e protezionistici (elettrici, idraulici, microclimatici, etc.) conseguenti alla rilevata presenza di microrganismi; *c)* a tutto il 1997 sono restatese inattuato presso l'Istituto le prescrizioni del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626 (modificato ed integrato dal decreto legislativo 19 marzo 1996, n. 242) già sottolineate dal direttore sanitario con foglio n. 1233 del 2 agosto 1995. È utile ricordare, al riguardo, che al 1° luglio 1996, scadevano i termini per l'assolvimento dei seguenti adempimenti:

- designazione del responsabile e gli addetti al servizio di prevenzione e protezione dai rischi;
- nomina del medico competente;
- valutazione del rischio e l'individuazione delle misure di prevenzione da adottare;
- redazione del piano di sicurezza.

Come è noto, compete al datore di lavoro l'obbligo, sanzionato penalmente, di organizzare all'interno della azienda il servizio ovvero incaricare consulenti tecnici aventi capacità professionale e di organizzazione adeguate alle caratteristiche dell'azienda;

d) a nessun rilievo ha dato luogo l'esame dell'organigramma riepilogativo del personale.

B. Per quanto attiene agli atti relativi alla gestione dei fondi per la ricerca corrente, va premesso che l'attribuzione dei «contributi» per la «ricerca corrente» agli Istituti (IRCCS) pubblici o privati viene fatta esclusivamente dal Ministero della sanità secondo criteri, modificati negli anni, di valutazione dei risultati e delle prospettive di sviluppo della ricerca stessa (circolare del Ministro della sanità prot. n. 500-4/AG 5 RC 95/1029 del 28 giugno 1995).

Incidentalmente va precisato che lo stesso Ministero ed altri enti (*ex* Agensud, ecc.) assegnano anche fondi per la «ricerca finalizzata», ancorata a determinati progetti.

L'attribuzione dei fondi per la «ricerca corrente» all'Istituto «G. Pascale» relativamente al periodo dal 1985 al 1997, di importo variabile nei diversi anni, risulta dal prospetto che segue, redatto su dati acquisiti presso il Ministero erogante. Nello stesso prospetto sono evidenziati i cosiddetti

«dirottamenti» per acquisto dei beni strumentali con i fondi della ricerca corrente. In particolare: acquisto per lire 2.820.000.000, di apparecchio di RMN (deliberazione n. 672 del 1990 dell'Istituto) nonché per lire 7.471.118.214, di attrezzatura PET-endoscopica e per laboratori (deliberazione n. 372 del 1994). Si rileva inoltre dallo stesso prospetto una disponibilità finale impegnata per l'acquisto degli acceleratori lineari in parola di lire 10.500.413.587 (deliberazione n. 372 del 1994, già citata).

L'acquisizione di ulteriore documentazione trasmessa dall'Istituto in data 28 ottobre 1998, anche se con riscontro parziale rispetto a quanto richiesto (mera esposizione degli importi annualmente introitati per la ricerca corrente, anziché completa rappresentazione dei dati, come richiesto da prospetto inviato dalla Commissione al commissario straordinario per facilitare il riscontro), consente comunque le ulteriori osservazioni:

1) i dati segnalati, raffrontati con quelli già disponibili presso la Commissione d'inchiesta, presentano alcune differenze, come evidenzia il seguente prospetto, già in precedenza richiamato:

Gestione finanziamenti ministeriali per la ricerca corrente

Anno	Residui (da bilancio anno precedente)	Assegnazione		Impiego (distintamente per ricerca corrente e spese di investimento)	Residui e/o Rimanenze	Note (numero distintivo delle deliberazioni relative all'impiego)(7)
		(1)	(2)			
1985		5.341.000.000	9.491.000.000			
1986		6.685.000.000	4.272.800.000			
1987		8.173.000.000	4.272.799.503			
1988		9.678.000.000	10.117.760.735			
1989		13.796.000.000	10.581.720.127			
1990		16.290.000.000	24.278.916.554	2.820.000.000 (3)	17.971.531.801 (4)	
1991		17.307.000.000	17.507.293.494			
1992		17.395.000.000	17.936.000.000			
1993		17.987.000.000	17.987.000.000			
1994		15.032.622.000	15.032.622.000	7.471.118.214 (5)	10.500.413.587 (6)	
1995		13.050.000.000	13.050.000.000			
1996		10.420.000.000	10.420.000.000			
1997		10.420.000.000	10.420.000.000			
Totale		164.827.912.413	161.574.622.000			

(1) Dati acquisiti presso Ministero della sanità

(2) Dati indicati dall'Istituto "G. Pascale" con il foglio n. 1972/S.E.F. del 5 ottobre 1998

(3) Acquisto apparecchio RMN (Deliberazione n. 672/1990)

(4) Disponibilità, da rimanenze anni precedenti, destinate all'acquisto di acceleratori lineari (deliberazione n. 672/1990)

(5) Acquisto attrezzatura PET-endoscopica per laboratori (Deliberazione n. 372/1994)

(6) Disponibilità, da rimanenze anni precedenti, destinati all'acquisto di acceleratori lineari (deliberazione n. 372/1994)

(7) Dati non pervenuti

È da ritenere che l'Istituto abbia segnalato i dati annuali degli introiti (criterio di cassa) anziché delle assegnazioni (valga a sostegno la rilevazione che l'importo dell'anno 1990, pari a lire 24.278.916.554, è la sommatoria di lire 7.988.809.759, saldo dell'assegnazione afferente al 1989, più lire 8.277.644.232, 60% dell'assegnazione 1989 quale quota provvisoria per il 1990, più di lire 8.012.461.563 saldo assegnazione riferito al 1990: è riscontrabile al riguardo la deliberazione n. 672 del 28 dicembre

1990 del Servizio economico-finanziario). L'importo complessivo delle assegnazioni per i 13 anni considerati differisce di poco più di 3 miliardi (164.827.912.413 segnalati a fronte di 161.574.622.000, già noti); presumibilmente, seguendo il citato criterio di cassa, per il 1985 sono stati conteggiati anche residui assegnati nel 1984 e riscossi nell'anno successivo.

2) Il mancato completo utilizzo negli anni di competenza delle assegnazioni per la ricerca corrente e del successivo impiego in conto capitale per l'acquisto di attrezzature sarebbe riconducibile ai seguenti asseriti motivi:

a) «le note gravi carenze nell'organico del ruolo della ricerca scientifica non hanno consentito un tempestivo impegno di parte dei finanziamenti destinati alla ricerca corrente» (deliberazione n. 672 del 1990 del Consiglio di amministrazione);

b) «l'importo relativo al saldo dell'assegnazione dell'esercizio 1990 è stato erogato solo alla fine del mese di novembre del corrente anno, per cui è mancata la possibilità materiale di procedere ad una tempestiva programmazione delle attività afferenti alla ricerca corrente per spese di finanziamento» (deliberazione n. 672 del 1990 del Consiglio di amministrazione);

c) «considerato che per gli esami che invalgono l'impiego di acceleratore lineare e di tomografo assiale computerizzato, vi è una consistente lista di attesa, e di riflesso un notevole ricorso dell'utenza alle strutture private, appare indispensabile provvedere alla dotazione di tali attrezzature per permettere l'ampliamento delle attività e la riduzione delle liste di attesa» (deliberazione n. 765 del 21 agosto 1996 del Consiglio di amministrazione).

3) I cosiddetti «dirottamenti» degli stanziamenti previsti per la ricerca corrente per l'acquisto di attrezzature sono stati indicati in lire 17.971.531.801, come risulta da deliberazione n. 6725 del 28.12.1990 adottata dal Consiglio di amministrazione.

Va osservato che nella stessa deliberazione n. 672 sono evidenziati i seguenti «dirottamenti»:

- lire 2.280.000.000, per l'acquisto di un apparecchio RMN, come da delibera n. 536 del 25.10.1990;
- lire 17.971.531.801, per l'acquisto delle seguenti attrezzature;
- PET-endoscopica per laboratori, lire 7.471.118.214;
- acceleratori lineari ed altre attrezzature, lire 10.500.413.587.

A seguito dell'esame della documentazione sugli acquisti di acceleratori lineari, nessuna indicazione è emersa dalla documentazione esaminata sulle reali necessità per l'ente delle anzidette attrezzature. Ripetutamente il Ministro della sanità ha precisato che non è consentito l'acquisto di attrezzature scientifiche mediante l'utilizzo dei fondi assegnati per l'attività di ricerca corrente o finalizzata. Pertanto in caso di urgenza di dotazione di attrezzature scientifiche, gli IRCCS debbono ricorrere all'istituto del noleggio.

In conclusione, pur in presenza di sostanziali carenze nella indicazione e nella quantificazione delle cifre riferibili all'improprio impiego degli stanziamenti per la ricerca corrente, sono disponibili sufficienti elementi che comprovano la ripetuta destinazione distorta dei fondi.

C. I documenti riguardanti i costi abituali degli acceleratori lineari hanno sollevato le osservazioni che seguono. Va premesso che i costi degli acceleratori lineari sostenuti da aziende acquirenti diverse sono grandezze difficilmente confrontabili a causa di una pluralità di variabili e di condizionamenti quali, a titolo esemplificativo, la riservatezza delle trattative; il numero e la diversità delle condizioni per l'installazione delle complesse apparecchiature nonché per le successive assistenza e manutenzione; il momento storico dell'acquisizione; i termini di pagamento; l'affidabilità del cliente nei pagamenti e sua potenzialità per ulteriori acquisti.

Nondimeno sono stati posti a confronto i costi sostenuti dall'istituto «G. Pascale» con quelli trattati da altro IRCCS per l'acquisizione contemporanea di analoghe attrezzature, di modello confrontabile. Sono stati rilevati i seguenti dati:

Prospetto di confronto dei costi

IRCCS	APPARECCHIATURA	AZIENDA FORNITRICE	COSTO (3) (IVA esclusa)	ANNO ACQUISIZIONE
A (1)	Acceleratore Clinac 2300 c/o Fasci di raggi X da 6 a 18 MV	VARIAN INTERNATIONAL	1.605.000	1997
B (2)	Acceleratore Clinac 2100 Fasci di raggi X da 6 a 18 MV	VARIAN INTERNATIONAL	1.685.000	1996
A (1)	Multileaf collimator (a 52 lamine)	VARIAN INTERNATIONAL	380.000	1997
B (2)	Multileaf collimator (a 80 lamine)	VARIAN INTERNATIONAL	445.000	1996

(1) Istituto "G. PASCALE"

(2) Altro IRCCS

(3) Valori in migliaia di lire

Nota: I prezzi indicati nelle suddette offerte rientrano nella media del costo di acquisto di tali tecnologie; altrettanto dicasi per le diverse proposte della azienda fornitrice per un contratto di manutenzione dopo il periodo di garanzia.

D. L'esame dei documenti di bilancio ha fatto riscontrare illegittimità diffuse, mancando atti deliberativi di sostegno agli stanziamenti ed agli impegni di spesa; i bilanci consuntivi si fermano all'esercizio 1992.

Si riscontra pertanto una ricorrente inosservanza dei termini per l'approvazione del bilancio di previsione e dei conti consuntivi nonché una gestione in esercizio provvisorio oltre i termini previsti e senza apposita autorizzazione.

A tale proposito va precisato che la mancata approvazione nei termini del bilancio, viene generalmente attribuita alla non tempestiva conoscenza delle assegnazioni di fonte regionale per quanto riguarda i finanziamenti relativi all'assistenza, ovvero di provenienza ministeriale per quanto concerne la ricerca corrente. In realtà al riguardo il Ministero del tesoro ha suggerito comunque di approvare almeno entro il 31 dicembre un bilancio «provvisorio» in base alle assegnazioni definitive riconosciute per l'anno corrente, per poi procedere all'assestamento in base alle nuove assegnazioni in corso di esercizio. Un'ulteriore osservazione riguarda la formulazione dell'articolo 21 della legge regionale n. 63 del 1980 in tema di gestione dell'esercizio provvisorio che porterebbe a ritenere possibile un'automatica autorizzazione all'esercizio provvisorio, in varie ipotesi contemplate, senza appunto autorizzazione. Tale interpretazione è in netto contrasto con i principi che regolano il bilancio dello Stato, in base ai quali l'autorizzazione deve essere di volta in volta concessa dallo stesso organo competente ad autorizzare la gestione ordinaria, in modo da rendere possibile ed effettiva anche l'azione di vigilanza che all'organo medesimo compete mediante la conoscenza della situazione in cui gli enti richiedenti si trovano.

Per quanto riguarda l'acquisto degli acceleratori lineari, l'imputazione del costo sul capitolo degli accantonamenti appare assolutamente improprio.

Su quanto rilevato sia durante il sopralluogo, sia durante le audizioni all'Istituto Pascale sono in corso procedimenti della autorità giudiziaria di Napoli.

E. Su altri quesiti posti dalla delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sia nel corso delle audizioni che successivamente al sopralluogo, la documentazione richiesta è stata a volte incompleta, come nel caso delle ulteriori specificazioni richieste in tema delle liste di attesa: si è infatti potuto disporre solo di elenchi manoscritti approssimativi per l'anno 1997, dal contenuto difficilmente verificabile, in ragione anche del rimbalzo di responsabilità tra uffici dell'Istituto circa le competenze afferenti alla trattazione di specifiche materie. Va inoltre segnalato che pur essendo stato attivato un centro unico di prenotazione computerizzato per i ricoveri ordinari, lo stesso direttore sanitario aveva fatto rilevare ad alcune divisioni la non trasparente gestione dei ricoveri.

6. Considerazioni conclusive

Il sopralluogo all'Istituto «Pascale» di Napoli ha mostrato irregolarità nella gestione, nella conduzione, nei bilanci, nell'utilizzo dei fondi per la

ricerca, sfuggite agli organi di controllo: revisori dei conti, e Servizio vigilanza enti del Ministero della sanità.

L'aver per anni proceduto in assenza di bilanci regolari e con *deficit* sempre più onerosi chiama in causa molteplici responsabilità che dovrebbero essere singolarmente evidenziate.

Ha ostacolato l'accertamento dei fatti una linea di condotta riscontrata nell'ambito della dirigenza dell'Istituto «Pascale» volta a dare corso ad un palleggiamento di responsabilità sia rispetto all'operato delle pregresse dirigenze sia anche tra settori attualmente operanti all'interno della struttura.

L'utilizzo di fondi destinati alla ricerca per l'acquisto di strumenti ordinari, a loro volta non utilizzati, oltre a denotare una grave insufficienza gestionale, configura gravi violazioni normative.

L'attuale struttura dirigenziale del «Pascale», evidenzia serie insufficienze.

Quanto agli acceleratori lineari va evidenziato che sui tempi di uso e sul numero dei tecnici impiegati non ci sono dati. Altrettanto può dirsi circa i carichi di lavoro. Pertanto non è stato possibile andare al fondo di taluni problemi emersi. Occorre però anche evidenziare che all'interno dell'Istituto sono presenti professionalità specifiche e alti livelli di ricerca come documenta la produzione scientifica del «Pascale» medesimo: va quindi rilevato che occorre recuperare per la struttura un ruolo che preservi l'Istituto e le professionalità che esso vanta.

Relazione sui sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta il 30 aprile 1998 all'Istituto Regina Elena (Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IFO) di Roma e il 14 ottobre 1998 alla sede dei laboratori scientifici dello stesso Istituto (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 37 del 17 dicembre 1998

1. Premessa

In attuazione del programma di sopralluoghi deliberato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario per accertare il funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione ha visitato il 30 aprile 1998 l'istituto Regina Elena (Istituti Fisioterapici Ospitalieri) di Roma.

Della delegazione hanno fatto parte: il senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione d'inchiesta, nonché i senatori Anna Maria Bernasconi, Dino De Anna e Severino Lavagnini, componenti della Commissione medesima. La stessa delegazione – fatta eccezione per il senatore De Anna – ha successivamente visitato, il 4 ottobre 1998, la sede dei laboratori scientifici (ubicati in via delle Messi d'Oro, 156; Roma) dello stesso Istituto. Il coordinamento della struttura di supporto e di consulenza è stato curato dal consigliere parlamentare Giorgio Girelli, preposto all'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il primo sopralluogo la delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta si è avvalsa della collaborazione di operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Roma, nonché di ufficiali giudiziari della stessa questura. La relazione è pertanto corredata anche da documentazione fotografica concernente le caratteristiche della struttura visitata il 30 aprile 1998, meritevoli di evidenza. Nel corso dei sopralluoghi è stato pure acquisito materiale di documentazione.

2. Il sopralluogo all'istituto Regina Elena

Nella visita alla struttura la delegazione ha esaminato i servizi di patologia mammaria riscontrando un forte affollamento nella sala di attesa prossima agli ambulatori. Nel corso del sopralluogo la notevole numero di persone in attesa di visita – in particolare presso il *day surgery* – è risultato, dinanzi agli ambulatori, un dato costante. Tra l'altro, accurati riscontri sono stati effettuati all'ambulatorio per le visite ginecologiche, agli impianti di deflusso, alle sale di chirurgia oncologica, alle sale operatorie in genere, ai reparti di rianimazione, di radioterapia, di risonanza

magnetica, nonché alle cucine. Nello spostamento da un piano all'altro sono stati notati anche ascensori non funzionanti per opere di manutenzione in corso: i relativi accessi non risultavano provvisti delle prescritte segnalazioni del caso. Sono stati constatati anche appositi cartelli indicatori di estintori non allocati in sito, mentre pazienti, casualmente incontrati, hanno lamentato carenze segnaletiche in ordine ai tragitti da percorrere per giungere ai vari reparti.

Il sopralluogo all'istituto Regina Elena ha evidenziato quindi i classici chiaroscuri presenti nella maggior parte delle strutture ospedaliere nazionali. Su una struttura ormai obsoleta e non più rispondente ai requisiti oggi richiesti, sono stati via via inseriti elementi di riammodernamento: talvolta questa operazione ha dato risultati ottimali, altre volte meno buoni: in ogni caso convivono quartieri modernissimi ed efficienti con altri degradati che sarebbe meglio non più mantenere in uso. Le sale operatorie, ad esempio, sono state da poco rimodernate e sono di ottima qualità, mentre il *day hospital* chirurgico, pur presentandosi moderno ed esteticamente gradevole, mostra tuttavia «sofferenze» per spazi e percorsi inadeguati. Pur essendo state poste in atto molte iniziative per rendere più umane e fruibili le strutture, le code e le attese – come sopra descritto – rimangono tuttavia consistenti e talvolta i locali sono inadeguati. L'Istituto complessivamente si presenta però ben controllato e diretto dal punto di vista igienico-sanitario e le prassi operative sono improntate ai criteri più moderni.

3. Le audizioni

Concluso il sopralluogo alla struttura, la delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta ha proceduto all'audizione dei vertici sanitari ed amministrativi dell'Istituto; sono stati poi ascoltati anche esponenti delle categorie operanti nella struttura sanitaria.

A. Nel corso della propria esposizione, il dottor *Enzo Colaiacomo* ha ripercorso la storia dell'Istituto e depositato una relazione sull'ultimo triennio di attività. Il commissario straordinario ha anche precisato che non è stata ancora attivata la Carta dei servizi, pur avendo egli posto allo studio un programma per l'accoglienza dei pazienti, l'approccio ai quali fino a questo momento non è a suo parere soddisfacente. Si è dichiarato dunque impegnato perché la presente situazione venga modificata. Ha poi proseguito precisando che l'applicazione della normativa prevista dal decreto legislativo n. 626 del 1994 presenta problemi attuativi molto complessi anche se con il programmato trasferimento della attività presso il «S. Andrea» (ulteriore struttura in Roma degli Istituti fisioterapici ospedalieri, destinata a sostituire il «Regina Elena») questi problemi dovrebbero trovare soddisfacente soluzione. Rispetto ad una precisa domanda della senatrice Bernasconi, il dottor Colaiacomo ha fatto presente che l'istituto Regina Elena si è occupato più che di attività di prevenzione in senso proprio, di profili di medicina sociale. La materia della prevenzione è di com-

petenza dell'azienda sanitaria locale mentre in sede si pratica la cosiddetta prevenzione di secondo livello, quella cioè concernente i cittadini a rischio ovvero coloro che fanno richiesta di approfondimenti specifici. In ogni caso, pur non pervenendo all'Istituto finanziamenti al riguardo, esso ha destinato comunque a tale settore 6.500 milioni, dando corso, fra l'altro, ad una verifica a tappeto del cavo orale di 5.000 bambini appartenenti alla XX Circoscrizione del comune di Roma. I soggetti a rischio individuati sono stati sottoposti a visita specialistica.

Circa l'attuazione del sistema denominato DRG (*Diagnosis Related Group*) il dottor Colaiacomo ha convenuto con il senatore De Anna, che gli aveva in proposito rivolto un quesito, che ove venga dedicato metà del tempo lavorativo alla ricerca oppure alla didattica, la degenza del paziente ovviamente subisce prolungamenti.

Il commissario straordinario, che si è soffermato su altre difficoltà generali dell'Ente, individuando responsabilità insite proprio nel commissariamento e nel ritardo dell'approvazione della nuova legge nazionale di riordino, ha dimostrato comunque di conoscere bene l'andamento gestionale dell'Ente cui è preposto e di aver cercato di utilizzare al meglio le risorse disponibili. L'attivazione invece della libera professione nell'ambito della struttura, secondo facoltà previste dalla normativa vigente, ha fatto riscontrare difficoltà. Il commissario straordinario, infine, ha auspicato che al più presto venga reso disponibile per il nuovo istituto Regina Elena, l'ospedale «Sant'Andrea» di Roma, cui sopra è stato fatto riferimento, da anni in fase di allestimento.

B. Anche il direttore scientifico, dottor *Piergiorgio Natali*, ha depositato un documento scritto sull'attività di ricerca clinica sperimentale dell'Istituto e, dopo avere precisato che l'assistenza è predisposta in funzione della ricerca, ha lamentato il ritardo che subisce l'approvazione del provvedimento legislativo riguardante gli IRCCS. Fatto presente che con sforzo multidisciplinare sono stati varati percorsi diagnostico-terapeutici nonché per attività di ricerca, il dottor Natali ha rilevato che l'istituto Regina Elena ha promosso con anticipo l'uso della refertazione in DRG sicché ora è possibile cedere a terzi i prodotti con conseguente possibilità per i laboratori di recuperare risorse gestionali.

Il direttore scientifico ha poi dimostrato di aver intrapreso, nell'ambito dell'attività di ricerca clinica, molte iniziative apprezzabili, alcune delle quali di particolare creatività, programmate in collaborazione con altri istituti. Ha anche illustrato l'attività dei laboratori scientifici che sono dislocati in altra sede, ai quali verrà effettuato uno specifico sopralluogo in altro momento. Ha pure additato quali cause delle insufficienze dell'Ente, le responsabilità nazionali sia per l'inadeguatezza dei finanziamenti, sia per l'insufficiente riconoscimento del ruolo ricoperto dalla attività scientifica.

C. Il direttore sanitario, dottor *Patrizio Valeri*, ha esposto i dati relativi all'attività dell'Istituto pur rilevando che, essendo in carica da appena due mesi, la sua fase ricognitiva ancora non è conclusa. Ha fatto presente

che, al momento, il trasferimento dell'Istituto presso le strutture del «S. Andrea» è in fase di stallo. Per quanto concerne invece il prolungamento dei servizi per 12 ore al giorno, su cui ha richiamato l'attenzione la senatrice Bernasconi, il dottor Valeri ha dichiarato che l'Istituto non dispone ancora né di un ufficio per le relazioni pubbliche né di una Carta dei servizi. In carenza di risorse strutturali ed umane, tale traguardo verrà perseguito egualmente e in ogni caso, in tempi brevi, è prevedibile un miglioramento della situazione. Purtroppo i servizi non sono ancora automatizzati. Sullo smaltimento dei rifiuti ed in particolare di quelli speciali che provengono dal comparto radiologico, il direttore sanitario, precisato che il «Regina Elena» ha una convenzione con l'Università Cattolica del «Sacro Cuore», ha depositato uno specifico documento.

Il direttore sanitario ha dimostrato nell'esposizione ed ancor prima in corso di sopralluogo di avere ottime qualità e conoscenze professionali per il suo compito istituzionale. Le direttive applicate nell'Ente sono attuali ed adeguate ai tempi, e non sono state riscontrate omissioni altrove rilevate. È stata constatata una grande volontà di impegno in favore dei diritti e delle esigenze umane dei pazienti.

D. I problemi della sicurezza sono stati affrontati nel corso delle audizioni con l'ingegner *Fiorella Lugaresi*, responsabile del servizio tecnico, e con l'ingegner *Carlo Piccirilli*, responsabile della sicurezza. Quest'ultimo ha fatto presente che la struttura in esame risale al 1932 ed è assai difficile adeguarne gli ambienti alle prescrizioni del decreto legislativo n. 626 del 1994. A tale proposito ha sottolineato la necessità di un cambio di mentalità che recepisca convintamente i concetti di prevenzione e di sicurezza. L'opera di ristrutturazione da un punto di vista statico comporta l'impiego di risorse enormi. Ora si cerca di coniugare l'igiene e la sicurezza dei lavoratori con le caratteristiche di una struttura superata, che in realtà dovrebbe essere abbandonata. Del resto solo la ristrutturazione di una sala operatoria comporta una spesa di 1 miliardo e mezzo; da questo e da altri dati si desume che sarebbe più economico edificare un nuovo plesso. Per quanto concerne la prevenzione degli incendi, è stato presentato un apposito progetto al comando provinciale dei Vigili del fuoco e nell'ambito del «Regina Elena» si cerca di rendere compatibili le esigenze di servizio con la messa a norma delle strutture e degli impianti.

E. Il segretario generale dottor *Antonio Della Gatta* ha tra l'altro fatto rilevare che in ordine alle attività che l'istituto Regina Elena persegue, l'ente regione Lazio non finanzia le prestazioni che vengono erogate. Specie per l'attività di ricerca a suo giudizio dovrebbero essere assicurati finanziamenti adeguati. L'entità del personale presente in servizio registra un andamento in diminuzione e comunque per coloro che sono in attività è essenziale intensificare l'attività di formazione. Sostanzialmente durante l'audizione il segretario generale ha espresso opinioni assolutamente concordanti con quanto avevano affermato il commissario straordinario ed il direttore scientifico. Nel riportare i dati economici, il funzionario ha evi-

denziato un *deficit* di bilancio abbastanza rilevante attribuendone la responsabilità all'insufficiente valorizzazione dei DRG oncologici.

F. Nel quadro delle audizioni dei rappresentanti delle categorie operanti nella struttura sanitaria sono stati ascoltati: *Raffaele Perrone* (ANPO), critico sulla gestione dell'Istituto («vengono dipinti grandi affreschi dietro i quali c'è il nulla»); *Vincenzo Cilenti* (ANAAO), secondo il quale gli istituti contrattuali risultano disapplicati, mentre i locali per attività *intra moenia* non sono stati attivati; *Franco Lufrani* (CGIL), a parere del quale c'è carenza di infermieri professionali mentre diagnostica, terapia e cura sono lacunose; *Eugenio Poggi* (CISL), che ha sostenuto come al «Regina Elena» il DRG deve avere una valutazione sua propria come pure l'aziendalizzazione deve seguire linee particolari; *Vincenzo Veltri* (CISAL), per il quale sussistono disfunzioni evidenti mentre il concerto con i sindacati è carente; a suo parere l'Istituto deve differenziarsi dagli ospedali ordinari altrimenti scompare la distinzione tra università, aziende sanitari locali, ed istituti a carattere scientifico; *Pierino Tomaselli* (UIL), che ha lamentato la provvisorietà che si avverte a livello operativo e gestionale all'interno dell'Istituto.

Nel complesso comunque è emersa una sufficiente armonia all'interno dell'Istituto, pur permanendo doglianze per l'insufficienza degli spazi, nonché per i disagi causati dalle carenze della normativa nazionale. I rappresentanti degli operatori medici hanno espresso, come ricordato, critiche in merito all'organizzazione del lavoro ed in merito alle applicazioni delle norme sull'incompatibilità.

4. Considerazioni sulla documentazione acquisita

Ad un'attenta lettura dei documenti acquisiti nel corso del sopralluogo emergono le seguenti osservazioni:

I. Le tre divisioni di chirurgia generale fatturano circa 6 miliardi in meno rispetto alle divisioni e servizi di oncologia medica (20 miliardi e 800 milioni contro 26 miliardi e 300 milioni); a questo riguardo bisogna notare come il numero dei posti letto chirurgici è più che doppio rispetto a quello delle divisioni mediche (104 contro 51) e che i DRG medi di chirurgia oncologica rendono in media più del doppio di quelli di oncologia medica.

Questo è il motivo del fenomeno riscontrato: nelle divisioni chirurgiche circa il 20 per cento dei DRG sono medici a fronte di circa solo il 2 per cento di DRG chirurgici delle divisioni mediche. Inoltre il 40 per cento – 50 per cento circa dei DRG chirurgici si riferiscono, secondo dati attinti in via ufficiosa, a patologia non tumorale.

Addirittura, a fronte delle ingenti risorse impiegate per la realizzazione di un reparto di *day surgery*, solo 792 milioni sono stati «prodotti» dalle tre divisioni di chirurgia oncologica per ricoveri di *day surgery* contro i circa 8 miliardi «prodotti» dai *day hospital* di oncologia medica.

II. È chiaro che se parte dell'attività chirurgica, che attualmente viene svolta in regime di degenza ordinaria (fibroadenomi, mastopatie fibrocistiche, nevi, melanomi, asportazioni di adenopatie ma anche quadrantectomie, etc.), fosse, come dovrebbe essere, svolta in regime di *day surgery*, i reparti di degenza delle chirurgie rimarrebbero vuoti.

III. Va inoltre rilevata la mancata utilizzazione di ingenti risorse economiche derivanti dalle sperimentazioni di ricerca clinica commissionate da ditte private, pur in presenza di modelli di utilizzo già ampiamente vigenti sia in altri Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, come anche nelle Asl.

IV. Sorprende che per il settore assistenziale e di ricerca clinica non si sia proceduto ad un approfondito e costruttivo confronto sulle reali necessità di personale, considerata anche la prospettiva dell'imminente trasferimento alla nuova sede del «S. Andrea».

Esemplificativo è il caso dell'assistenza domiciliare, il cui servizio è stato istituzionalizzato con deliberazione n. 696 del 16.7.1986 degli Istituti fisioterapici ospitalieri, che recita: «...l'istituzione di un servizio di oncologia medica complementare atto a soddisfare le numerose richieste afferenti all'assistenza in regime di *day hospital* e di ambulatorio di chemioterapia, anche attraverso interventi di assistenza domiciliare...».

Nonostante numerosi progetti di riorganizzazione dell'attività siano stati inviati all'Amministrazione, non è stato preso nessun provvedimento atto non a migliorare, ma neanche a definire le problematiche di tale attività; non è stata neanche recepita l'idea che l'ospedalizzazione domiciliare è parte integrante di una continuità di cura che prevede anche la possibilità di ricoveri brevi oltreché dell'ospedalizzazione diurna.

V. Alcuni settori nevralgici, inoltre, rischiano addirittura al momento di dover sospendere la loro attività (anatomia patologica, terapia intensiva e rianimazione, etc.) come conseguenza di carenza di iniziative a fronte delle molteplici segnalazioni pervenute. Anche il servizio di radioterapia circa 18 mesi addietro ha effettuato richieste per: la ristrutturazione del reparto per l'attivazione di una sala d'attesa pazienti che attualmente sostano lungo i corridoi e per l'alloggiamento di un acceleratore per radioterapia intraoperatoria donato dalla Hitesis; b) l'adeguamento dell'organico infermieristico, attualmente carente, per potenziare l'attività ambulatoriale; c) l'acquisto di materiali e accessori indispensabili per una corretta terapia; d) l'attivazione di un laboratorio di radiobiologia, per l'espletamento della ricerca corrente.

Tale richieste non risulta siano state prese in considerazione.

VI. Non rispetta la normativa vigente la mancata organizzazione dipartimentale nell'ambito della quale non è stato attivato il serrato e doveroso confronto tra le parti interessate. Tale inadempienza è forse riconducibile alla inattività del Comitato tecnico scientifico non direttamente imputabile al commissario straordinario ed alla direzione scientifica.

VII. Infine, dall'esame dei DRG affiora la difficoltà, proprio per le modalità del *grouper*, ad accertare se i ricoveri e gli interventi rispondono effettivamente ad indicazioni oncologiche o se derivano da patologia ordinaria. Vi è comunque il fondato sospetto che vi sia una rilevante percentuale di patologia ordinaria nell'attività svolta dall'Istituto e che, soprattutto, vi siano numerosi ricoveri impropri che potrebbero essere meglio indirizzati verso terapie di *day hospital* o *day surgery*.

5. Il sopralluogo alla sede dei laboratori scientifici

I. Nel corso del sopralluogo alla delegazione parlamentare sono stati forniti documenti e delucidazioni dal commissario straordinario della struttura, dottor Enzo Colaiacomo e dal direttore scientifico, professor Piergiorgio Natali.

In particolare il professor Natali ha evidenziato che tra le iniziative di maggior significato attivate dall'Istituto va ricordata – come peraltro aveva avuto modo di fare già nel sopralluogo del 30 aprile 1998 – quella concernente la adozione di misure di prevenzione per i bambini dalle radiazioni solari. L'indagine effettuata tra gli allievi delle scuole di Roma ha consentito di individuare 200 soggetti a rischio.

All'interno della sede tutte le manipolazioni che presentano fattori di rischio vengono effettuate in locali specificatamente adibiti a tale scopo. In complesso sono attivi 10 laboratori: non tutti sono dotati di pianta organica a regime. Ogni laboratorio dispone di circa 5 ambienti. Il direttore scientifico ha confermato che all'interno dell'Istituto è stata attivata la figura del responsabile della sicurezza, mentre, per ciò che attiene ai quadri operativi, molti collaboratori di ricerca sono ingaggiati tramite finanziamenti provenienti da terzi. Dal 1971 si è verificato soltanto un incidente, peraltro di lieve entità. I giovani ammessi all'attività di laboratorio sono costantemente sotto controllo. Ognuno di essi ha un tutore. Nessuno è ammesso ai laboratori scientifici se non dispone di apposita assicurazione.

Nel corso del sopralluogo la delegazione parlamentare ha potuto constatare come lungo i corridoi siano dislocati molti armadi, il che comporta una verifica della compatibilità di tale stato di fatto con le norme antincendio, ed anche che lo stoccaggio di materiali risulta piuttosto disordinato.

Il laboratorio di radio isotopi risulta allocato centralmente nel palazzo, nel cui sotterraneo è invece in attività uno stabulario ove vengono effettuati esperimenti su topi e ratti riprodotti *in loco*. Una quota di tali animali è comunque acquistata anche da ditte esterne. A fini sperimentali vengono trattati anche conigli e rane. Dopo l'acquisto, gli animali sono posti in quarantena e non vengono mai utilizzati individui che siano serviti altrove per inizi di sperimentazione.

Nei laboratori vengono sviluppati ceppi transgenici.

II. Il sopralluogo effettuato alla biblioteca ha fatto riscontrare annate di riviste scientifiche non aggiornate e negligenzemente custodite, nonché l'assenza di un addetto alla biblioteca medesima.

6. I finanziamenti per la ricerca

Ogni laboratorio ha avviato almeno un progetto sperimentale.

La fonte di finanziamento è duplice: l'82 per cento proviene da risorse per la ricerca corrente del Ministero della sanità (sulla base di pubblicistica indicizzata). Di questo 82 per cento, il 70 circa per cento è destinato al personale.

Il residuo 18 per cento di ciò che impiega l'Istituto proviene da risorse per la ricerca finalizzata.

Il criterio per la suddivisione degli importi tra le divisioni cliniche è stato individuato nel numero dei ricoveri diviso per i pazienti oggetto di studio. Ogni anno alle divisioni viene richiesta una scheda sul tipo di ricerca prescelta. Sulla base dell'impiego del personale delle divisioni cliniche nella progettualità, risulta che estraneo alla attività di ricerca medesima è il 20 per cento dei dipendenti. Risulterebbe che la pubblicistica dell'Istituto è superiore a quella degli analoghi istituti operanti in Italia. Il commissario straordinario Colaiacomo ha ricordato che il Ministero della sanità ha chiesto la verifica delle spese effettuate per la ricerca corrente. In questo contesto l'Istituto ha chiesto al Ministero la corresponsione di fondi riferiti al costo verificato della ricerca, sicché d'ora in poi perverranno risorse con finalizzazione più mirata. Per il 1998 è previsto un finanziamento complessivo superiore al passato. L'attività clinica viene finanziata dalla Regione, la quale non intende coprire i costi che derivano dalla ricerca.

Per quanto attiene i fondi destinati alla ricerca erogati da privati, per il 1997-1998 si ha questo quadro:

- 2.132.000.000 AIRC
- 438.000.000 Telethon
- 593.000.000 Industria

7. La situazione di bilancio ed il personale

Il commissario straordinario Colaiacomo ha fatto anche presente che i rapporti con la regione Lazio hanno attraversato fasi di difficoltà. Fino al 1994 i finanziamenti venivano erogati sulla base delle risultanze di bilancio, che facevano riscontrare una somma di 98 miliardi circa. Nel 1995 con l'introduzione dei DRG la «valorizzazione» è scesa a 56 miliardi. Si è subito imposta l'esigenza di un contenimento dei costi. Nel complesso l'Istituto si avvale di 39 laureati di ruolo, di 80 contrattisti, di 30 tecnici nonché di 7 ausiliari.

Anche questo fattore si deve la circostanza che l'esodo di 62 unità non ha trovato reintegrazioni. Gli uffici quindi sono in obiettiva soffe-

renza. Comunque la situazione ha subito adeguamenti e miglioramenti per cui nel 1998 è previsto un fatturato di 95 miliardi. Va pure rilevato, secondo il commissario straordinario, che l'attività di ricerca ha subito menomazioni a causa dell'aumento degli istituti di ricerca.

La delegazione parlamentare, sulla scorta dei riscontri effettuati, ha disposto l'acquisizione di una relazione sui DRG, della pianta organica dell'Istituto, dei dati riguardanti l'assistenza domiciliare nonché dei dati sul complesso dei finanziamenti di cui l'Istituto gode.

8. Considerazioni conclusive

Si riscontrano disarmonie tra il quadro positivo prospettato dalla dirigenza dell'Istituto, parzialmente contestato dalle dichiarazioni e dai documenti rilasciati dagli operatori e dalle organizzazioni sindacali, ed i dati oggettivi emersi dalla valutazione della documentazione acquisita ed in particolare dalle integrazioni pervenute da parte dei primari, del commissario straordinario e di altri esponenti di categorie.

Sulla direzione sanitaria, soprattutto in considerazione delle condizioni nelle quali si trova ad operare, non possono essere mossi rilievi. Forti dubbi sussistono invece sulla conduzione gestionale e sulla conduzione scientifica complessiva dell'Istituto. È stato riscontrato un uso consistente dei DRG oncologici per patologie ordinarie, come risulta dalle verifiche effettuate. L'attività chirurgica è inferiore a quanto sarebbe lecito aspettarsi da una struttura preposta ad interventi di carattere oncologico. Occorre riflettere sulla circostanza che la sinergia tra i settori della ricerca sperimentale e clinica costituisce il presupposto stesso dell'esistenza di un IRCCS. È certo che, in questi anni, la divaricazione progettuale e culturale tra i due settori, già iniziata con lo spostamento del Centro di ricerca sperimentale a Pietralata, si è ulteriormente aggravata in assenza di interventi progettuali da parte della direzione scientifica.

Il sopralluogo al Centro di ricerca sperimentale ha offerto ulteriori conferme: la struttura, benché recentemente consegnata e sicuramente funzionale in origine, appare ora piuttosto trascurata sotto il profilo gestionale. Dei fondi destinati alla ricerca finalizzata solo una minima parte è diretta alla ricerca clinica applicata.

In conclusione, le due componenti della ricerca dell'Istituto (sperimentale e clinica) operano come due distinte e separate entità, con momenti di incontro e collaborazione assolutamente sporadici.

Non è d'altronde da sottovalutare la necessità di una tempestiva sistemazione in sede più idonea, quale sarà il nuovo ospedale, ove meglio possano operare in contiguità le strutture e gli organici attualmente disseminati in vari punti d'attività. È sperabile che con l'emanazione delle nuove norme sugli IRCCS e con conduzioni più stabili, anche la progettualità scientifica e la gestione dell'Istituto possano avere prospettive di migliore efficienza.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 29 maggio 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta all'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova (*predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini*)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 34 del 12 dicembre 1998

1. Premessa

Una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario ha compiuto il 29 maggio 1998 un sopralluogo all'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova per verificare il livello di funzionamento delle strutture dell'Istituto medesimo. La delegazione è risultata così composta: senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione d'inchiesta; senatore Antonino Monteleone, vice presidente della Commissione d'inchiesta; senatori Maria Grazia Daniele Galdi e Giovanni Saracco, componenti della Commissione medesima. La struttura di supporto e consulenza è stata coordinata dal consigliere parlamentare Giorgio Girelli, preposto all'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Nel corso del sopralluogo la Commissione parlamentare d'inchiesta si è avvalsa della collaborazione di operatori fotografici della polizia scientifica locale – per cui la presente esposizione è corredata da documentazione fotografica concernente le caratteristiche della struttura meritevoli di evidenza – nonché di ufficiali giudiziari facenti capo alla istituzione statale competente per territorio. Il supporto logistico è stato assicurato anche in questa circostanza dalla locale Prefettura. Nel corso del sopralluogo è stato acquisito materiale di documentazione.

2. Il sopralluogo

L'Istituto tumori di Genova si presenta come una delle poche strutture, tra quelle visitate, perfettamente a norma dal punto di vista dei requisiti che attualmente vengono richiesti in Europa. Si tratta di un edificio moderno, ben attrezzato, ben sorvegliato. Vi è una precisa identificazione dei percorsi e dei luoghi; le sale d'aspetto sono dignitose ed accoglienti; la pulizia e l'igiene sono impeccabili. Particolare cura è stata posta per le strutture che sono messe a disposizione dei pazienti in età pediatrica. L'attività operatoria ed anche le sale operatorie rispecchiano un'elevata qualità ed un'alta professionalità.

3. Le audizioni *in loco*

Concluso il sopralluogo alla struttura, la delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta ha proceduto all'audizione dei vertici sanitari e amministrativi dell'Istituto, nonché di rappresentanti sindacali.

Nel corso della propria audizione il commissario straordinario, professor *Giorgio Della Casa*, dopo avere precisato di essere in carica dal luglio 1994, ha fatto osservare che la carenza di norme legislative sugli IRCCS non ha consentito di attivare il consiglio di amministrazione e quindi di far pervenire ad una gestione più collegiale delle varie funzioni. Il commissario straordinario ha poi rilevato che l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova, che conta di 90 posti letto e opera molto intensamente anche in regime di *day hospital*, è istituto che svolge effettivamente ricerca, alla quale peraltro è riservata circa la metà del bilancio (per la precisione 294 miliardi alla ricerca e 372 all'assistenza). Purtroppo i fondi per la ricerca medesima pervengono con notevole ritardo (due anni, in media). L'Istituto ha anche sedi distaccate a Palermo, Firenze, Roma, Bologna, Padova ed anche Messina dove viene praticata pure attività di assistenza. I 10 miliardi di *deficit* che il bilancio fa ora registrare sono attribuibili agli oneri dovuti alle progressioni di carriera dei dipendenti ed all'aumento dei prezzi dei prodotti antiblastici. Su richiesta del senatore Monteleone e dello stesso presidente Tomassini, il commissario straordinario ha fornito alcuni dati sul personale operante nelle sedi staccate, riservandosi di produrre al riguardo puntuale documentazione. Ha precisato poi – su richiesta del presidente Tomassini – che la libera professione dei medici all'interno dell'Istituto non è attivata per mancanza di spazio.

Sui problemi del personale si è intrattenuto anche il direttore scientifico, professor *Leonardo Santi*, al quale in proposito hanno posto quesiti il senatore Monteleone ed il presidente Tomassini. Particolare attenzione è stata riservata ai compiti, al funzionamento ed ai problemi che solleva la sede distaccata di Messina. Il professor Santi ha anche richiamato l'attenzione sulla necessità che l'Istituto, nell'erogare le proprie prestazioni, si attenga strettamente ai compiti istituzionali. Il direttore scientifico ha poi affermato di essere anche componente del consiglio di amministrazione dell'Istituto per le biotecnologie.

Nel corso della audizione del professor *Gaetano Cavallaro*, direttore sanitario, il presidente Tomassini ha disposto l'acquisizione dei registri di ricovero di cui la delegazione ha proceduto alla verifica. Il presidente Tomassini ha posto il problema di quale sia il rapporto con l'Università in ordine ai trattamenti di chirurgia plastica: in argomento il direttore sanitario ha fatto presente di aver emanato un ordine di servizio per vietare ricoveri di carattere non oncologico.

Dall'esposizione del segretario generale, dottor *Francesco Lippi*, è emerso che il complesso della struttura non è stato ancora completato e

che l'inizio del *deficit* di bilancio risale all'anno 1993. Il 1997, ad esempio, ha registrato un disavanzo di 5 miliardi: a tutt'oggi però non si conosce ancora quale sarà l'entità dei finanziamenti assicurati all'Istituto.

Per motivi di bilancio dovranno essere chiuse le sedi periferiche: quella di Messina, da sola, assorbe 3.800 milioni circa l'anno. Il segretario generale ha anche fatto presente che la regione Liguria non ha mai concesso finanziamenti per strutture sanitarie dell'Istituto. Il presidente Tomassini ha riproposto al dottor Lippi il problema della chirurgia plastica ricostruttiva, rispetto alla quale occorre chiarire se risulta praticata anche a scopi non oncologici. Peraltro, nel registro oncologia chirurgica - oncologia chirurgica universitaria ad un certo punto la numerazione progressiva risulta trascurata. Il dottor Lippi ha precisato che almeno l'80 per cento degli interventi riguardano chirurgia ricostruttiva di carattere oncologico.

Su tale argomento il presidente Tomassini ha fatto conclusivamente rilevare che dai registri emergono: a) interventi di rinoplastica; b) irregolarità concernenti in alcune pagine la mancata descrizione dell'intervento, la mancata indicazione della data e la mancata numerazione progressiva.

Hanno fornito delucidazioni al riguardo il coordinatore ed i medici del dipartimento chirurgico.

In tema di prevenzione e sicurezza è stato ascoltato il dottor *Dimitri Sossai*, il quale ha fatto presente che il documento sulla valutazione dei rischi è stato già predisposto ma la mappa dei rischi stessi subisce continue variazioni. Il dottor Sossai ha poi giudicato l'attuale servizio assolutamente insufficiente e ha osservato che, pur essendo state predisposte le relative istruzioni, non è stato ancora compilato un piano di evacuazione in caso di emergenza.

Per le rappresentanze sindacali è stata anzitutto ascoltata la dottoressa *Daniela Vecchio* (CGIL) la quale, dopo aver lamentato la mancanza della legge di riordino degli IRCCS, ha osservato che i finanziamenti del Ministero pervengono con ritardi enormi e quelli regionali sono assai esigui. Ha concordato con tali valutazioni anche il dottor *Enzo Corsaro*, rappresentante della CISL. La stessa esponente sindacale ha osservato che i DRG non comprendono tutte le specificità mentre, per quanto concerne l'assetto amministrativo, pur giudicando positiva l'opera del commissario straordinario, ha sottolineato l'esigenza di tornare al più presto alla normalità. Ha inoltre criticato il fatto che i dipartimenti non siano stati attivati. Sul punto il dottor *Francesco Boccardo*, rappresentante dell'ANPO, ha manifestato dissenso. Successivamente il signor *Guido Doria Miglietta* ha consegnato a nome di vari sindacati (CGIL, CISL, UIL e CIDA) un documento, sottolineando tra l'altro che l'assetto dell'Istituto è precario e ciò non permette un interlocutore valido per i sindacati. Peraltro lo stesso direttore sanitario ricopre, non essendo titolare, solo quale incaricato tale delicato compito.

4. Considerazioni conclusive

Il commissario straordinario, professor Giorgio Della Casa, ha parlato dei problemi dell'Istituto e degli indirizzi che ha dato, dimostrando ottima conoscenza della struttura da lui diretta. Pur lamentando le difficoltà causate dalla mancata emanazione della legge di riordino degli IRCCS, ha sottolineato l'intensa attività dell'Istituto da lui diretto e ha portato dati a conforto delle sue affermazioni. L'Istituto vede dedicata la metà del bilancio alla ricerca e registra un *deficit* di 10 miliardi. A parte la considerazione che altri IRCCS presentano perdite ben più preoccupanti, va osservato che il *deficit* dell'Istituto di Genova è dovuto in buona parte ai risultati negativi delle sedi distaccate.

Il direttore scientifico, professor Santi, ha illustrato con conoscenza e capacità i programmi scientifici dell'Ente, ed i risultati raggiunti. Ha sottolineato l'opportunità di rivolgersi più strettamente ai compiti istituzionali e conseguentemente di chiudere le sedi distaccate.

Il direttore sanitario, dottor Gaetano Cavallaro, ha risposto esaurientemente a tutte le domande sull'organizzazione del presidio e sulle attività cliniche, producendo dati lusinghieri sull'andamento complessivo dell'Istituto. L'unica anomalia emersa è che nel reparto di chirurgia plastica, peraltro in convenzione con l'Università, si svolgono anche interventi non oncologici. Il direttore sanitario ha tuttavia dimostrato di aver emanato più di un ordine di servizio per vietare a tutte le unità operative ricoveri non oncologici. È stata anche approvata una più che soddisfacente Carta dei servizi che inoltre risulta concretamente attivata.

Il segretario generale, dottor Francesco Lippi, dopo aver osservato che alcune parti della sede genovese necessitano di interventi di riadattamento strutturale, ha attribuito alle sedi periferiche la maggiore responsabilità nel determinare il *deficit* che si sta stabilizzando intorno ai 10 miliardi annui. Ha altresì dichiarato che la regione Liguria non ha finanziariamente sostenuto le strutture sanitarie dell'Istituto. Dall'audizione è emersa l'opinione complessiva che il segretario generale dell'Ente conosce bene la struttura a lui affidata e la guida con competenza, trasparenza ed efficienza.

Le audizioni di diverse componenti sindacali degli operatori medici e non medici dell'istituto hanno confermato, al di là delle critiche ai problemi di carattere nazionale, una buona armonia nell'Istituto, e una comune volontà di rendere le attività ancor più efficienti e soddisfacenti.

Da tutta la documentazione esaminata non sono emerse irregolarità od anomalie rilevanti, se non riguardo a due problemi:

a) l'attività del reparto di chirurgia plastica non è solo orientato nei confronti di attività oncologiche, ma anche verso interventi di chirurgia plastica per altre patologie. Sono state inoltre evidenziate irregolarità ed anomalie nella compilazione dei registri operatori e di alcune cartelle cliniche;

b) la posizione del direttore scientifico professor Santi, contemporaneamente componente del consiglio di amministrazione dell'Istituto per le biotecnologie, appare irregolare per incompatibilità a norma dello Statuto dei lavoratori ed a norma della disciplina del pubblico impiego. L'organo competente al riguardo è l'Assessorato regionale per la cura e la salute.

Conclusivamente l'Istituto oncologico di Genova appare di assoluta eccellenza, idoneo nelle strutture, ben diretto sia dal punto di vista amministrativo che dal punto di vista sanitario e scientifico e con una gestione complessiva più che soddisfacente. Il *deficit* denunciato appare facilmente sanabile con la chiusura delle strutture periferiche, che risulta assolutamente opportuna. Le uniche anomalie registrate, anche se censurabili in punto di legittimità, sono trascurabili nell'ambito del giudizio politico complessivo. Anche per l'Istituto di Genova emergono tuttavia i problemi che sono legati alla precarietà della gestione commissariale e al grave ritardo nell'approvazione della legge di riordino, nonché al grave ritardo con cui vengono erogati i finanziamenti di spettanza degli IRCCS.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 22 ottobre 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto oncologico a carattere scientifico di Bari (*predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini*)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 45 del 6 maggio 1999

1. Premessa

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario, composta dal presidente Antonio Tomassini e dalla senatrice Anna Maria Bernasconi, ha effettuato il 22 ottobre 1998 un sopralluogo, con l'assistenza del consigliere parlamentare Giorgio Girelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria della Commissione medesima, presso l'Istituto oncologico a carattere scientifico di Bari. Nel corso della sua attività di accertamento la delegazione si è avvalsa della collaborazione di un operatore fotografico della polizia scientifica della questura di Bari.

2. Il sopralluogo alla struttura ospedaliera

La struttura oncologica opera in locali che sono in affitto dal 1989 ed è contigua ad altra struttura medica di natura privata. Taluni servizi (portineria, rifornimento idrico) di carattere generale sono in comune tra le due entità. La casa di cura privata è attualmente in amministrazione straordinaria poiché la precedente gestione ha subito la procedura di fallimento.

L'Istituto oncologico dispone di 165 posti letto. Non è dotato di terapia intensiva, per la quale si supplisce attraverso le prestazioni del policlinico. I senatori Tomassini e Bernasconi hanno effettuato una accurata ricognizione dei reparti operatori del secondo piano. Sempre al secondo piano è stata esaminata la divisione di oncologia medica e sperimentale. Lungo i punti di attesa il pubblico ovunque era in piedi in quanto gli ambienti non erano dotati di sedie.

Successivamente sono stati visitati gli ambulatori allocati al piano terra e, sotto di questo, al piano -1, i laboratori dell'Istituto. L'organico del laboratorio sperimentale dispone di un dipendente, tre contrattisti, quattro borsisti e cinque frequentatori volontari.

Sono stati anche esaminati i servizi diagnostici situati al secondo piano, dove pure sono stati effettuati rilievi fotografici ai servizi igienici, mentre la senatrice Bernasconi ha puntualmente preso atto dello stato della sala endoscopica. La visita al reparto di cobaltoterapia ha fatto riscontrare l'esistenza di due acceleratori lineari nonché di un'apparecchiatura per co-

baltoterapia, una TAC, un simulatore, un elaboratore per i piani di trattamento.

La somministrazione della chemioterapia ha dato luogo a rilievi critici in quanto praticata in ambienti ristretti e senza adeguata tutela per il paziente.

3. Le audizioni

Hanno successivamente avuto luogo le audizioni dei dirigenti della struttura.

Il commissario straordinario *Michele Petroli* ha ripercorso le vicende storiche dell'Istituto, il quale, negli ultimi anni, ha subito un consistente ridimensionamento in termini di posti letto. Definiti i servizi e l'organigramma della struttura sanitaria, il dottor Petroli ha fatto presente che, come tutti gli altri IRCCS pubblici, quello di Bari è commissariato dal 1994. Egli è il quinto commissario che succede nell'incarico. Nell'Istituto non c'è mai stato un direttore scientifico di ruolo.

In passato il bilancio è stato notevolmente appesantito a causa degli affitti che l'Istituto doveva corrispondere per l'uso di locali nonché a causa degli oneri che le convenzioni stipulate per usufruire di determinati servizi comportavano. Nel 1996 la Regione ha disdetto la convenzione in atto e, sulla base di un parere ministeriale, ha sollecitato un nuovo accordo che prevede l'uso del 60% degli spazi della struttura edilizia ed il divieto dell'impiego di personale esterno. Dal periodo in cui è stato commissario - ha precisato il dottor Petroli - il personale esterno si è ridotto da 160 a 30 unità.

Il commissario straordinario ha poi rilevato che l'ammontare del bilancio attuale si aggira sui 55 miliardi. In allegato alla presente relazione sono comunque riprodotti riquadri che specificano le varie voci di entrata (DRG e prestazioni ambulatoriali) per gli anni 1995, 1996, 1997 nonché per il primo e per il secondo trimestre del 1998.

Fatta eccezione per l'onere che tuttora comportano gli affitti (10 miliardi), la struttura ha raggiunto un equilibrio di bilancio.

Il problema dell'esercizio della libera professione all'interno dell'Istituto è oggetto di approfondimento. La proprietà sta provvedendo ad adeguare la sede alle prescrizioni del decreto legislativo n. 626 del 1994. L'Istituto non dispone di una struttura amministrativa di supporto.

Il dottor *Luciano Gramatica*, responsabile della direzione scientifica dell'Istituto, nel rispondere ai quesiti posti dai commissari parlamentari, ha fatto presente che per il 1997 i finanziamenti alla ricerca sono stati pari a 2.300 milioni per quella corrente e a 750 milioni per quella finalizzata. Inoltre, in aggiunta ad apporti esterni, l'Istituto acquisisce proventi diretti che variano dai 50 ai 300 milioni. Tutto il personale dedica il 30 per cento della propria attività alla ricerca. Mentre i borsisti sono dediti esclusivamente all'apprendimento, i contrattisti presenti nell'Istituto andrebbero innestati in una struttura di ricerca a base permanente, che

però non esiste. Sono stati attivati 200 progetti per varie linee di ricerche. La corresponsione dei finanziamenti avviene a risultato conseguito. I progetti che non vengono completati vengono dichiarati estinti e i fondi rientrano all'erogatore.

Dal dottor *Alfonso Lambo*, direttore sanitario, la delegazione ha appreso che non esiste nell'Istituto una Carta dei servizi, mentre è funzionante un centro unico di prenotazioni. Non è operante neppure un ufficio tutela del pubblico e le liste di attesa per mammografia ed ecografia prevedono diversi mesi.

I DRG oncologici ammontano al 90 per cento: anche le forme benigne della patologia hanno classificazione oncologica.

Non esiste un piano di evacuazione del palazzo e punti critici sono stati individuati anche nell'insufficienza delle sale operatorie e nell'incompletezza dell'organico degli anestesisti. La delegazione ha fatto rilevare che i pazienti cui viene praticata la chemioterapia sono ospitati su sedie e non su poltrone, e che, al momento dell'ispezione, i pazienti presenti negli ambienti di terapia erano in numero eccessivo. L'audizione si è conclusa con la richiesta al dottor Lambo di fornire alla Commissione di inchiesta al più presto il progetto della Carta dei servizi, il monitoraggio delle liste di attesa, il piano di evacuazione e la pianta organica dell'Istituto.

È stato quindi audito il dottor *Pasquale Volpe*, in qualità di consulente amministrativo dell'Istituto. (L'ufficio di segretario generale è vacante). Nel corso dell'audizione egli ha fatto presente che nell'Istituto non esistono un capo del provveditorato, una pianta organica del personale e neppure, nella farmacia, un farmacista titolare.

I conti consuntivi sono in ritardo: quelli del 1994 e del 1995 sono ancora da approvare. La ricerca scientifica non si avvale di una gestione a sé stante. Nel 1998 per la prima volta è stata praticata una separazione tra attività di assistenza e ricerca scientifica.

Ad un quesito posto dalla delegazione della Commissione di inchiesta, il dottor Lambo ha affermato di non essere in grado di precisare quale sia il *deficit* di bilancio dell'Istituto.

Nel corso dell'audizione della rappresentanza del personale medico dell'Istituto (dottoressa *Dora Casamassima*, dottor *Gaetano Falco*, dottor *Franco Marzullo*, dottor *Antonino Pellecchia*, dottor *Sante Romito*) è emersa l'esigenza di potenziare l'impegno nella ricerca. Sussistono infatti - è stato rilevato - vuoti negli organici, mentre in posti nevralgici operano dei consulenti. I medici in convenzione, poi, creano problemi all'efficienza dell'Istituto medesimo.

Circa la tipologia delle prestazioni rese al pubblico, il dottor Marzullo ha evidenziato come, rispetto ad altre patologie, il numero delle neoplasie trattate sia soverchiante.

4. I documenti acquisiti

Il «Documento conoscitivo su agibilità e funzionamento dell'Istituto», a cura dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO) dell'Istituto oncologico di Bari, esprime considerazioni circa il livello di agibilità della struttura, considerato di grado sufficiente nonostante l'inadeguatezza della sede, e considera le attrezzature dei servizi e della degenza «nella norma», pur evidenziando l'insufficienza del numero delle sale operatorie.

Nel documento presentato dalla «Federazione lavoratori funzione pubblica CGIL, comprensorio di Bari», si evidenziano il «disastro amministrativo», il «dissesto finanziario», l'inefficienza nella gestione del denaro e delle gare di appalto, nonché la «perenne carenza di farmaci e di presidi sanitari, con conseguenti frequenti interruzioni di delicate terapie». Il documento dà altresì conto di una dettagliata serie di episodi negativi, alcuni dei quali hanno generato contenzioso giudiziario.

Nel documento inviato alla Commissione da un medico della struttura, si rilevano la mancata regolazione delle liste di attesa secondo le norme vigenti, nonché la carenza nella dotazione di farmaci e presidi terapeutici. Il documento rileva altresì l'irregolare sperimentazione clinica di farmaci, effettuata su pazienti ricoverati, fuori dal necessario controllo da parte della direzione sanitaria e dell'amministrazione.

Lo stesso documento rileva infine la mancata, tardiva od irregolare attivazione dei concorsi per l'assunzione di personale, nonché la mancata attivazione dell'attività intramuraria.

Alla presente relazione sono allegate tabelle riassuntive di alcuni aspetti dell'attività svolta dall'Istituto.

5. Considerazioni conclusive

L'Istituto oncologico di Bari è situato ancora in una struttura parzialmente privata (clinica Mater Dei) ed occupa personale in convenzione. I locali, pur essendo non completamente a norma e pur mostrando qualche insufficienza, sono tuttavia funzionali e, dal punto di vista clinico-alberghiero, migliori di molti altri visitati.

Non c'è un direttore scientifico di ruolo. L'attività di ricerca dimostra un certo impegno in considerazione delle condizioni in cui opera, ma è basata su pochi addetti e circoscritta solo ad alcuni ambiti.

L'attività clinica dell'Ospedale è sostanzialmente limitata e non solo finalizzata ai fini istituzionali, ma raccoglie patologie di carattere ordinario.

Va evidenziato che i bilanci sono stati appesantiti dalla necessità di pagare l'affitto per la sede dell'Istituto, in attesa che sia agibile e completata la nuova struttura.

Vengono anche segnalate carenze di personale, di farmaci e di altre attrezzature.

L'organizzazione amministrativa è carente: non esiste la pianta organica, non esiste provveditorato e vi è grave ritardo dei bilanci consuntivi; solo dal 1998 è stata finalmente attuata una separazione tra attività di assistenza e ricerca scientifica.

La direzione sanitaria ha allo studio, ma non attuata, una Carta dei servizi e non è stata in grado sostanzialmente di offrire il monitoraggio delle liste di attesa.

L'Istituto oncologico di Bari non risponde quindi in maniera adeguata a quella funzione di polo di attrazione per i malati oncologici che dovrebbe avere e non sembra adeguato ai fini istituzionali per i quali è stato riconosciuto IRCCS.

La buona volontà dimostrata dalla direzione scientifica, dai sanitari e dalla dirigenza, non è sufficiente per poter mantenere una qualifica così importante, anche se sicuramente i dati acquisiti evidenziano una buona attività clinico-sanitaria ordinaria.

Istituto oncologico di Bari

INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI NELLE UNITA' OPERATIVE NEL 1998		
---	--	--

CHIRURGIA APPARATO DIGERENTE Totale interventi n. 288		
Interventi neoplastici maligni	49,3 %	18,2 % *
Interventi neoplastici benigni	22,5 %	
Interventi diagnostici	3,5 %	
Interventi per patologia varia (non neoplastici)	18,4 %	
Interventi palliativi e profilattici	6,2 %	

SENOLOGIA Totale interventi n. 1.042		
Interventi neoplastici maligni	49,2 %	65,7 % *
Interventi neoplastici benigni	42,7 %	
Interventi diagnostici	6,1 %	
Interventi per patologia varia (non neoplastici)	0,9 %	
Interventi palliativi e profilattici	0,9 %	

GINECOLOGIA Totale interventi n. 370		
Interventi neoplastici maligni	15,7 %	7,4 % *
Interventi neoplastici benigni	73 %	
Interventi diagnostici	7 %	
Interventi per patologia varia (non neoplastici)	3,2 %	
Interventi palliativi e profilattici	1,1 %	

O.R.L. Totale interventi n. 419		
Interventi neoplastici maligni	16%	8,6 % *
Interventi neoplastici benigni	61,3 %	
Interventi diagnostici	13,6 %	
Interventi per patologia varia (non neoplastici)	4,8 %	
Interventi palliativi e profilattici	4,3 %	

* Percentuale sul totale degli interventi neoplastici maligni (n. 780)

**Tempi di attesa per visite ed esami
1° semestre 1998**

PRESTAZIONE	ANNO 1998
Visite Senologia	60 gg
Prime Visite Onc. Medica	10 gg
Visite di Controllo Onc. Medica	10 gg
Prime Visite Onc. Medica e Sperimentale	10 gg
Visite di controllo Oncl. Medica e Sperimentale	60 gg
Prime Visite Radioterapia	5 gg
Visite di controllo Radioterapia	30 gg
Visite O.R.L.	pront. disp.
Visite Ginecol. Chirurgica	pront. disp.
Visite Ginecol. Preventiva	
Visite P.C.III	pront. disp.
Mammografie preventive	365 gg.
Mammografie per definizione sospetto clinico	7/15 gg
Ecotografie Mammarie preventive	180 gg
Ecotografie Mammarie per definizione sospetto clinico	7/15 gg
Ecotografie internistiche	30 gg
T.A.C.	30 gg
R.M.N.	30 gg
Esami radiologici	3 gg
Esami di Radiologia Interventistica	20 gg
Esami di Cardiologia	7 gg
Esofagogastroduodenoscopia	7 gg
Colonscopia	5/7 gg

REPARTO	TOTALE RICAVO ANNO 1995	TOTALE GIORNI DI DEGENZA	TOTALE SDO
Oncologia Medica	5.069.272.000	12.986	1.045
Patologia Chirurgica	5.030.180.000	14.190	621
Ginecologia	1.460.120.000	2.815	325
Senologia	7.423.791.000	10.392	1.107
Otorino	3.569.490.000	5.245	599
Medicina Preventiva	4.697.735.000	10.901	1.221
Radioterapia	2.585.065.000	7.086	679
Endoscopia	109.858.000	162	27
TOTALE REPARTI	29.945.511.000	63.777	5.624

TOT. PREST. AMB.	2.389.652.000
TOTALE GENERALE	32.335.163.000

REPARTO	TOTALE RICAVO ANNO 1996	TOTALE GIORNI DI DEGENZA	TOTALE SDO
Oncologia Medica	7.232.251.000	12.010	1.420
Patologia Chirurgica	4.053.638.000	9.106	596
Ginecologia	1.114.186.000	1.628	335
Senologia	3.860.180.000	9.222	1.024
Otorino	3.744.986.000	5.524	659
Medicina Preventiva	5.058.842.000	9.992	1.137
Radioterapia	2.377.596.000	5.894	515
TOTALE REPARTI	27.441.679.000	53.376	5.686

TOT. PREST. AMB.	2.650.591.000
TOTALE GENERALE	30.092.270.000

REPARTO	TOTALE RICAVO ANNO 1997	TOTALE GIORNI DI DEGENZA	TOTALE SDO
Oncologia Medica	5.748.461.400	7.244	1.412
Patologia Chirurgica	3.015.453.900	6.207	473
Ginecologia	877.395.300	1.393	245
Senologia	3.751.124.400	6.801	1.017
Otorino	4.637.045.000	5.248	680
Medicina Preventiva	5.399.418.100	7.307	1.267
Radioterapia	1.932.613.500	3.663	401
TOTALE REPARTI	25.361.511.600	37.863	5.595

TOT. PREST. AMB.	3.722.535.000
TOTALE GENERALE	29.084.046.600

REPARTO	RICAVO ANNUO I TRIMESTRE 1998	TOTALE GIORNI DI DEGENZA	TOTALE SDO
Oncologia Medica	1.407.849.650	1.743	287
Patologia Chirurgica	703.254.600	1.133	98
Ginecologia	290.545.150	284	83
Senologia	1.356.852.700	1.110	303
Otorino	1.320.662.450	1.162	206
Medicina Preventiva	1.589.259.750	1.678	318
Radioterapia	735.932.700	729	146
Endoscopia	171.191.900	148	37
TOTALE REPARTI	7.575.548.900	7.987	1.478

REPARTO	RICAVO ANNUO II TRIMESTRE 1998	TOTALE GIORNI DI DEGENZA	TOTALE SDO
Oncologia Medica	1.484.769.250	1.869	354
Patologia Chirurgica	908.784.250	1.400	94
Ginecologia	634.838.450	772	139
Senologia	1.461.175.050	1.260	333
Otorino	1.359.716.950	1.161	218
Medicina Preventiva	1.910.023.450	1.820	368
Radioterapia	770.060.500	778	160
Endoscopia	231.535.900	261	55
TOTALE REPARTI	8.760.903.800	9.321	1.721

Relazione sul sopralluogo effettuato il 17 novembre 1998 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Ospedale Maggiore di Milano (predisposta dal relatore sen. Antonio Tomassini)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 43 del 25 marzo 1999

1. Premessa

Continuando il percorso di approfondimento relativo al funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 17 novembre 1998 a Milano per effettuare un sopralluogo all'«Ospedale Maggiore» istituto, appunto, di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico. Hanno fatto parte della delegazione il senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione, nonché i senatori Anna Maria Bernasconi e Giancarlo Zilio. La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Giorgio Girelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria della Commissione. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione di un componente del proprio nucleo di polizia giudiziaria nonché di un operatore fotografico della polizia scientifica della questura di Milano.

La presente relazione è pertanto corredata anche di supporto fotografico relativo agli aspetti che rilevano ai fini dell'indagine.

2. Caratteristiche dell'Ospedale Maggiore di Milano

Un profilo delle caratteristiche dell'«Ospedale Maggiore» di Milano è acquisibile dalla documentazione a stampa prodotta dall'Istituto ed in particolare dal suo periodico «La ca' granda» che, tra l'altro, nel numero 3 del 1998 pubblica un articolo su «*Il progetto del nuovo policlinico: due moderni padiglioni e tanto verde negli spazi ritrovati*». L'ultima parte del saggio descrive le finalità del riassetto, i risultati attesi e le modifiche che subirà tale struttura sanitaria. Il progetto in considerazione ha avuto vasta eco sulla stampa¹ la quale, recentemente, ha dato anche rilievo al ruolo rivestito dall'Ospedale Maggiore, fondato nel 1447, nella storia di Milano e del suo territorio²

¹ Il Sole - 24 Ore, 8 gennaio 1999, p. VIII.

² Corriere della Sera, 16 marzo 1999, p. 35.

3. Il sopralluogo alla struttura ospedaliera

La delegazione ha iniziato la propria ricognizione esaminando gli ambienti del pronto soccorso, attualmente dislocato su due diverse aree. È in programma la concentrazione del servizio in un'unica area all'interno della quale verrà attivata anche una TAC: ora è in opera solo una linea radiologica. Solo per i lavori volti a modernizzare il pronto soccorso è previsto l'impiego di 25 miliardi, interamente autofinanziati.

I senatori Tomassini e Bernasconi, anche in ragione delle rispettive specializzazioni professionali, hanno effettuato una visita diretta al reparto di accettazione chirurgica. Al piano terra è stata progettata l'attivazione di nuovi locali per l'accettazione che dovrebbero entrare in funzione entro tre mesi.

Il laboratorio scientifico è allocato in ambienti angusti ed i corridoi dei locali di rianimazione sono risultati, al momento dell'ispezione, ingombri di macchinari.

L'Istituto ha dato avvio alla attività di ricerca su due linee e il suo sviluppo ha portato ora ad articolare l'attività medesima in quattro distinte linee di ricerca.

I laboratori sono distinti in due settori, quelli addetti alla diagnostica di *routine* e quelli invece riservati alla attività di ricerca vera e propria. L'attività di ricerca consente la scoperta di un paio di geni all'anno. Anche i corridoi dei rispettivi ambienti sono apparsi ingombri di armadietti e cassettiere.

Al terzo piano del padiglione «Marcora» viene praticata attività di oncoematologia. È in attività un centro di trapianto di midollo. L'attività si svolge in locali ristretti e i corridoi sono ingombri di suppellettili, materiali ed armadietti.

Anche gli ambulatori di allergologia sono ubicati in ambienti angusti. L'attività di *day hospital* viene praticata in uno spazio di pochi metri quadrati. Se, in corso di trattamento, il paziente registra fenomeni reattivi diventa problematico un intervento terapeutico, come ha sottolineato il personale medico addetto al comparto.

Nel trasferimento da un reparto all'altro la delegazione ha raccolto proteste di malati per i tempi eccessivamente lunghi che richiede il pagamento del *ticket*.

Il settore che si occupa della medicina nucleare è allocato al piano terra. L'attività legata ad impianti e tecnologie tradizionali svolge regolarmente il proprio compito. I macchinari del ciclotrone annesso alla struttura sono invece da collaudare.

La delegazione parlamentare ha visitato successivamente il centro trapianti di fegato.

Oggetto di sopralluogo sono state anche le sale di degenza di chirurgia generale. I malati sono ospitati in cameroni: la sala III, ad esempio, è predisposta per 28 pazienti. Sono attivate anche tre piccole stanze per due malati ciascuna, con impianto autonomo per l'erogazione di gas medicali.

Nei cameroni si fa uso di bombole per la somministrazione di ossigeno. Nei corridoi adiacenti sono allocati armadi che non favoriscono l'agile deflusso delle persone, come dovrebbe essere assicurato anche in base a quanto previsto dalle recenti normative in tema di prevenzione e sicurezza.

Nel complesso proprio gli aspetti riguardanti la sicurezza appaiono carenti, come pure è carente l'aspetto dei servizi igienici, che sono soltanto tre per tutto il reparto.

La delegazione parlamentare ha pure effettuato un accurato sopralluogo alle cucine della struttura ospedaliera.

I locali mensa degenti e le dispense si sviluppano su due livelli di cui uno seminterrato. Il piano rialzato, ove sono collocate le attrezzature per la cottura delle vivande, è risultato essere in un discreto stato di efficienza e pulizia. Anche il sistema di aspirazione dei fumi è sembrato sufficientemente funzionante, sebbene lo stato generale delle attrezzature, ormai datate, ne auspicherebbe la sostituzione. La messa in opera delle norme di sicurezza del piano ha raggiunto un livello accettabile.

Tramite delle scale (i locali sono comunque dotati di un ascensore per il trasporto di alimenti, che al momento del sopralluogo risultava essere in riparazione), si accede al piano seminterrato dove la situazione igienico-sanitaria è risultata globalmente molto carente. L'impianto elettrico risulta parzialmente adeguato alle ultime normative CEI (Comitato Elettrotecnico Italiano) con limitazione all'esclusiva cablatura di messa a terra. Il sistema di aspirazione dei fumi è insufficiente così come quello di illuminazione. Inoltre è stata notata l'assenza per le finestre di adeguati accorgimenti che evitino l'ingresso di insetti e piccoli animali (in particolare a tale scopo erano stati applicati ai finestrini dei sacchetti di plastica). I locali utilizzati per la conservazione delle derrate alimentari e delle attrezzature da cucina non sono sembrati idonei per la scarsa pulizia e per la presenza di muffe alle pareti. Risulta ivi ubicata una porta in legno, aperta al momento del sopralluogo, dietro la quale è installata una derivazione della centrale termica le cui infiltrazioni penetrano fino ai locali mensa.

Successivamente la delegazione si è trasferita al centro trasfusionale.

Nel reparto immunologia e trapianti (padiglione «Marangoni») il professor Girolamo Sirchia ha brevemente intrattenuto i parlamentari descrivendo le caratteristiche del reparto, che è preposto alla cura di patologie complesse e che si propone l'obiettivo di trasferire all'attività clinica i risultati delle indagini e delle ricerche svolte. Pertanto, accanto al rilievo che ha la ricerca scientifica in sè, va valutata la forte funzione sociale di una siffatta struttura. Secondo il professor Sirchia esistono all'Ospedale Maggiore rilevanti problemi per quanto attiene alle strutture ed alle apparecchiature, non più consone né al decoro né alla funzionalità dell'Istituto. Anche sotto il profilo istituzionale occorre procedere ad un alleggerimento della normativa, scegliendo moduli operativi snelli come quelli offerti da istituti come le fondazioni. Sussistendo difficoltà a trattenere personale di

valore, occorre creare le condizioni perché i ricercatori siano motivati a restare nella struttura.

Anche il commissario straordinario Daniela Mazzucconi ha, nel corso del sopralluogo, insistito perché vengano adottate per gli IRCCS normative più agili.

4. Le audizioni

Concluso il sopralluogo presso l'articolata struttura, hanno avuto inizio le audizioni.

È stata ascoltata inizialmente la professoressa *Daniela Mazzucconi*, commissaria straordinaria, la quale ha assunto tale incarico il 5 maggio 1998. A suo parere l'assistenza e la ricerca praticate all'Ospedale Maggiore di Milano sono da considerare buone, mentre consistenti problemi presentano le strutture. L'intervento più prossimo riguarda l'appalto per la ristrutturazione del pronto soccorso. A fronte delle richieste di novità avanzate da tutti gli ambienti dell'Ospedale Maggiore, si registrano, al momento del passaggio all'operatività concreta, comportamenti che ostacolano il fluido andamento gestionale. Secondo il commissario straordinario, il monoblocco chirurgico, rispetto al quale tutti gli enti interessati sembrano finalmente avere raggiunto un'intesa, risolverà circa la metà dei problemi complessivi dell'ospedale.

L'operatività quotidiana trova nella direzione sanitaria un punto di difficoltà gestionale, avendo i primari dichiarato l'incompatibilità ambientale del direttore sanitario.

Su esplicita richiesta del presidente Tomassini, il commissario straordinario ha fatto presente che la natura della ricerca svolta in questa sede fa propendere per approfondimenti politematici: d'altra parte, il concetto di ricerca monotematica non sembra accoglibile, tenuto conto che ogni patologia comporta connessioni che di necessità allargano l'orizzonte della ricerca. La professoressa Mazzucconi si è dichiarata quindi contraria ad un ridimensionamento dell'Ospedale poiché una diminuzione di posti letto sarebbe causa di diminuzione di entrate. Obiettivo dell'Ospedale Maggiore dovrebbe essere anzi quello di attirare nuovi pazienti, considerando anche che l'elevatezza dei costi per servizi eccellenti va fronteggiata con un incremento di entrate.

Per quanto attiene all'applicazione delle prescrizioni del decreto legislativo n. 626 del 1994 in tema di sicurezza degli impianti e dei luoghi di lavoro, la commissaria straordinaria ha fatto presente che attraverso un apposito piano è stato programmato l'adeguamento degli impianti alla normativa. Sotto il profilo finanziario ha ricordato che l'Ospedale Maggiore con i DRG (*Diagnosis Related Group*) non raggiunge il pareggio. Né nel 1996 né nel 1997 il bilancio è stato chiuso in pareggio: la parte corrente quindi incontra difficoltà. L'Istituto ha comunque un notevole patrimonio che ha permesso di non attingere al credito bancario.

In risposta a quesiti posti dalla senatrice Bernasconi, la commissaria straordinaria ha ribadito che i limiti riscontrabili nell'apporto dei DRG rappresentano un problema di tutte le strutture ospedaliere. In merito poi all'unione con gli ICP (Istituti Clinici di Perfezionamento), la professoressa Mazzucconi ha rilevato l'esistenza di problemi al riguardo poiché gli IRCCS fanno capo al Ministero della sanità mentre gli ICP sono aziende ospedaliere e fanno capo alla Regione. A suo parere, la soluzione ottimale consisterebbe nel dar vita ad un unico ospedale con un'unica gestione.

Per quanto riguarda le code riscontrate per il pagamento dei ticket, il problema è all'esame e sono allo studio misure per superarlo. In ordine al precariato ospedaliero, la professoressa Mazzucconi ha precisato che tutti i medici sono stati confermati una volta, mentre molti dei ricercatori sono borsisti dell'Ospedale. È poi in atto un concorso (3.400 candidati) per infermieri che porterà alla assunzione di 75 unità ed alla disponibilità di una graduatoria «fresca» per le reintegrazioni. L'età media degli infermieri si è elevata di molto e qualche problema è stato creato anche dall'innalzamento dell'età media per andare in quiescenza. Procedure più agili faciliterebbero la provvista ed il governo del personale.

Rispondendo ad un quesito posto dal senatore Zilio in tema di rapporti tra IRCCS ed Università, la professoressa Mazzucconi ha chiarito di avere favorito la cessazione della convenzione rispetto a due cattedre di chirurgia generale della Università, già disdetta dal precedente commissario straordinario. Il preside della facoltà di medicina si è trovato anch'egli d'accordo: peraltro tali cattedre a suo tempo erano sorte soprattutto per esigenze universitarie. Permane comunque, secondo la commissaria straordinaria, l'esigenza di un rilancio dei rapporti con l'Università, ma sulla base di linee individuate dall'Ospedale da attuare con il concorso dell'Ateneo.

Successivamente è stato ascoltato il professore *Luciano Gattinoni*, direttore scientifico, il quale ha dato illustrazione delle quattro linee di ricerca attive nell'Ospedale Maggiore di Milano ed in base alle quali la struttura è stata riconosciuta quale IRCCS. Esse sono: *a)* tecnologie biomediche e biotecnologie; *b)* trapiantologia; *c)* patologie cardiovascolari; *d)* medicina dell'urgenza-emergenza. L'Istituto ha, per primo nel Paese, proceduto a trapianti polmonari. Da quattro anni si procede inoltre alla registrazione accurata della produzione scientifica. I finanziamenti vengono impegnati per il personale (più di un miliardo), per spese generali riguardanti la ricerca nonché, nella misura del 60 per cento delle risorse disponibili, per le unità operative sulla base di quanto esse abbiano effettivamente prodotto, con esclusione quindi di qualunque distribuzione a pioggia. Ogni unità operativa è libera di utilizzare le proprie risorse in coerenza con gli obiettivi della ricerca.

A domande poste dal presidente Tomassini e dalla senatrice Bernasconi il direttore scientifico ha precisato che l'Ospedale Maggiore non dispone di un ufficio per i brevetti. Per quanto riguarda il personale, ha osservato che dopo la corresponsione delle terza o quarta borsa di studio oc-

corre che muti lo *status* del rapporto del ricercatore con l'Ospedale. Anche la figura del primario deve essere sottoposta a revisione, dato che la medicina si è sviluppata in tanti filoni operativi che vanno riassunti in unità dipartimentali. Il carattere monotematico o politematico della ricerca medesima rappresenta un falso problema, poiché in realtà assumere come categoria logica quella della monotematicità sarebbe un criterio assai limitativo.

Il direttore scientifico ha inoltre puntualizzato che obiettivi immediati della ricerca sono l'istituzione di una biblioteca centralizzata, di un laboratorio centralizzato di medicina molecolare nonché di un istituto di medicina sperimentale.

In sostituzione del professor *Piergiorgio Sirtori*, direttore sanitario dell'Ospedale Maggiore, indisposto, il dottor *Gian Mario Cantono*, vice direttore sanitario, ha fatto presente che sussistono, contrariamente al passato, notevoli problemi all'interno della direzione sanitaria. Ha rilevato che nell'Ospedale sono in attività 22 camere operatorie, diversamente dislocate, funzionanti in media per circa sei ore al giorno. È stato attivato l'Ufficio relazioni con il pubblico, mentre sta per essere ultimata la Carta dei servizi. Il dottor Cantono ha dichiarato poi di non disporre di dati sull'Ufficio di pubblica tutela.

La situazione di fatto dell'Istituto - ha concluso - è purtroppo caratterizzata dalla dispersione in più siti di apparecchiature e servizi diagnostici, il che determina non poche disfunzioni nell'impiego delle strutture.

L'avvocato *Luigi Renzi*, segretario generale, in servizio dal 1980, ha fatto osservare che i bilanci dell'Ospedale sono sempre stati redatti ed approvati con regolarità e su di essi non sono mai stati sollevati problemi. Per quanto riguarda la questione dell'addensamento dei pazienti che debbono versare le somme per il ticket, sollevata in particolare dalla senatrice Bernasconi, ha fatto presente che il disagio è oggetto di attenzione per l'approntamento delle necessarie soluzioni. Il personale della struttura ha nel complesso un organico di 2.485 persone (con esclusione del personale universitario), di cui 2.290 in servizio nel giorno del sopralluogo. In ordine all'Ufficio di pubblica tutela ed alla Carta dei servizi è stato individuato il soggetto che sarà preposto a tali incombenze.

A nome del Collegio dei primari il professor *Claudio Ponticelli* ha fatto rilevare che proseguendo l'attuale tendenza di progressiva chiusura dei letti (allocati in strutture spesso fatiscenti) l'Ospedale Maggiore è destinato in pochissimi anni ad una irreversibile «agonia». A giudizio del Collegio dei primari, i due punti principali su cui intervenire sono:

- 1) ristrutturazione dell'ospedale;
- 2) mantenimento nel frattempo di uno stato di vitalità dell'Ospedale stesso.

Questi obiettivi si raggiungono attraverso due azioni:

- a) corretta gestione del quotidiano;

b) rimpiazzo adeguato, ove necessario, della dirigenza medica di prossimo pensionamento in accordo con l'Università.

Per quanto riguarda la ristrutturazione, ad avviso del Collegio dei primari è indispensabile la costruzione del nuovo monoblocco, nella sede attuale dell'Ospedale Maggiore. Dati gli unanimi consensi su questa necessità (Ministero, Comune, Regione, Ospedale) la soluzione del problema non è più politica, ma semplicemente tecnica. Vi sono due opzioni di base per raggiungere l'obiettivo: a) struttura di tipo «fondazione»; b) mantenimento della struttura attuale IRCCS.

La fondazione – ha osservato il professor Ponticelli – presuppone la trasformazione di un ente pubblico appunto in fondazione, in cui verrebbero rappresentati gli interessi «storici» dell'Ospedale Maggiore. La struttura IRCCS, nelle attuali proposte legislative, prevede una composizione del consiglio amministrativo simile a quanto ipotizzato per la fondazione. Il vantaggio della fondazione sarebbe quindi quello di assicurare una capacità decisionale «più partecipata». La sua istituzione, tuttavia, può richiedere anni, dovuti ai vincoli legislativi odierni. Il Collegio dei primari richiede che venga scelta la soluzione più consona al raggiungimento dell'obiettivo in tempi rapidi.

Per la costruzione del monoblocco, sussistono la via tradizionale (finanziamento pubblico) o il ricorso a *partnership* pubblico-privato (*Project Financing*). La via tradizionale presenta i vantaggi di un processo «noto e conosciuto» ma gli svantaggi di tempi lunghi, dati i vincoli burocratici e le possibili interruzioni dei finanziamenti che porterebbero ad interruzione dei lavori. Il *project financing*, modello già attuato in Italia ed obbligatorio in Inghilterra, prevede che i capitali per la costruzione vengano forniti da privati cui in cambio andrebbero, per un certo periodo, la gestione dei servizi non sanitari o altre forme di rimborso da definire.

Sempre a nome del Collegio dei primari, il professor Ponticelli ha denunciato la grave carenza di funzioni della direzione sanitaria di cui appare indispensabile un riassetto anche in considerazione degli enormi problemi gestionali che si presenteranno in corso di ristrutturazione. La gestione del quotidiano con l'attuale direzione sanitaria è molto difficile.

Il Collegio dei primari sollecita l'amministrazione affinché venga fatto il massimo sforzo per espletare rapidamente i concorsi infermieristici. Inoltre, nei prossimi due-quattro anni, gran parte dell'attuale dirigenza medica sarà pensionata ed è quindi fondamentale che le scelte dei successori siano in linea con le linee strategiche dell'Ospedale e dell'Università, ed anche di alto profilo.

A giudizio del Collegio dovrà essere tenuta presente l'anagrafe dei candidati, onde invertire l'attuale tendenza che vede, nel conseguimento della posizione dirigenziale presso l'Ospedale Maggiore, l'approdo ultimo di carriere gloriose.

L'avviso del Collegio dei primari è che nel complesso i reparti hanno strutture particolarmente inadeguate sicché in un regime di concorrenza tra

ospedali i degenti si rivolgono ad altre strutture. Il problema degli infermieri non ha mai trovato una soluzione soddisfacente.

Hanno integrato l'esposizione del professor Ponticelli, con osservazioni e doglianze relative ad aspetti particolari del funzionamento dell'Ospedale Maggiore, i professori *Alberto Peracchia*, *Gemino Fiorelli*, *Roberto Villani*, *Giordano Invernizzi* e *Alberto Zanella*.

In ordine a quesiti posti dalla senatrice Bernasconi (relativi a: influenza della struttura dipartimentale sull'attuale andamento operativo; soluzione del problema del precariato; funzionamento della direzione sanitaria; significato dell'esistenza di un IRCCS in un contesto universitario), il professor *Roberto Villani*, in particolare, ha osservato che all'Ospedale Maggiore è in atto una collaborazione a monte tra Ospedale ed Università né è ravvisabile, in via di principio, una contraddizione nella convivenza tra IRCCS ed Università. L'Università ha avuto un ruolo preminente in passato, ma la situazione ora è cambiata. I dipartimenti sono in corso di realizzazione e ancora non è stato possibile il compiuto dispiegarsi dei loro effetti. Precariato e direzione sanitaria sono problemi per i quali i primari sollecitano soluzioni che possano assicurare la funzionalità dell'Ospedale.

La delegazione parlamentare ha ascoltato poi una rappresentanza di sanitari non medici: il dottor *Giuseppe Maiocchi*, direttore del servizio farmaceutico, *Giovanni Tafuni*, capo tecnico di radiologia, *Fabio Riccardo Colombo*, chimico coadiutore, *Rosa Pozzato*, caposala, *Fernanda Moretti*, biologo coadiutore, *Paolino Bellanti*, infermiere professionale.

Il direttore del servizio farmaceutico, in particolare, ha fatto rilevare che il servizio, pur rispondendo alle esigenze dell'Ospedale, necessita di sensibili aggiornamenti.

Il capo tecnico di radiologia ha lamentato i ritardi che le procedure burocratiche determinano nella sostituzione di delicati apparati utilizzati in laboratorio. La caposala Pozzato ha lamentato l'assenza di una centrale di sterilizzazione: conseguentemente ciascun operatore deve provvedere alla bisogna per proprio conto. L'infermiere Paolino Bellanti ha sostenuto che l'allocatione delle sale operatorie in un unico blocco consentirebbe il conseguimento di quella funzionalità che ora manca e per la cui assenza gli infermieri sono costretti a svolgere lavori che ad essi non competono.

Il dottor *Giuseppe Eulisse*, responsabile del servizio prevenzione e protezione, ha dato illustrazione dello stato di attuazione all'interno della struttura ospedaliera del decreto legislativo n. 626 del 1994 nonché, in particolare, del piano di emergenza e di evacuazione, riservandosi di far pervenire alla Commissione di inchiesta documentazione in proposito. Ha fatto pure presente che il Ministero della sanità ha accolto la proposta dell'Istituto di dotarsi di un adeguato organico preposto alle funzioni di protezione e prevenzione (due unità per l'ufficio di direzione, tre per la sezione tecnica e tre per la sezione biologico-sanitaria).

In via temporanea sono state utilizzate unità lavorative attinte provvisoriamente da altri servizi. Risultano nominati anche i rappresentanti dei lavoratori.

In data successiva al sopralluogo sono pervenute alla Commissione di inchiesta la relazione sullo stato di applicazione delle norme in tema di sicurezza degli impianti e dei luoghi di lavoro, nonché memorie del personale medico precario e del capo tecnico di radiologia sulle strutture radiologiche suddivise per padiglioni.

Le audizioni si sono concluse con la acquisizione di memorie depositate da parte dei rappresentanti dei sindacati. In tale sede è stato fatto riscontrare come la dirigenza medica versi in uno stato di frustrazione per la mancata soluzione del problema del precariato medico, la mancata riforma degli IRCCS e l'insoddisfacente livello in cui versa l'accoglienza alberghiera. Sono aspetti negativi della presente situazione anche la doppia dipendenza degli IRCCS dal Ministero della sanità e dalla Regione, nonché la carente dotazione di personale infermieristico.

5. I documenti acquisiti

Hanno concorso a puntualizzare lo stato di funzionamento dell'Ospedale Maggiore di Milano anche memorie – in aggiunta ai documenti acquisiti *in loco* – dei rappresentanti sindacali. In particolare il comitato degli iscritti CGIL-funzione pubblica, con apposito documento, ha rilevato che i malati «sono ancora ricoverati in padiglioni costruiti tra la fine dell'800 e la prima metà del '900, senza che siano mai stati fatti interventi di umanizzazione, salvo qualche caso isolato». Lo stesso documento lamenta che l'Ospedale non abbia ancora approvato la Carta dei servizi. Peraltro la vendita oculata di parte del patrimonio può rappresentare una via che consentirebbe la rinascita strutturale del policlinico. La CGIL-funzione pubblica chiede anche che sia rivista la convenzione con l'Università, alla quale vanno sollecitati investimenti in risorse umane diversi «dai cattedratici a fine carriera che negli ultimi anni hanno sostituito i primari andati in pensione».

Nella memoria congiunta CIMO-ASMD-ANNAAO-ASSOMED-AA-ROI SNR (firmata dai dottori Sergio Barbieri, Stefano Rotelli, Riccardo Benti e Clara Sima) si rileva la eccessiva «parcellizzazione dei reparti con presenza di unità operative con pochi letti e conseguente dispendio di personale infermieristico». Il numero di posti letto in medicina e chirurgia generale andrebbe ridotto a favore di unità superspecialistiche che potrebbero meglio caratterizzare gli IRCCS. Occorre poi procedere nella direzione della dipartimentalizzazione e della unificazione delle degenze, nella produzione dei moduli che costituiscono, con le loro specificità, la base di una assistenza integrata di alto livello. L'accoglienza in generale va migliorata come pure, secondo tali organizzazioni di categoria, va istituito un Ufficio per le relazioni con il pubblico con requisiti di efficienza e potenziato l'Ufficio tecnico poiché la manutenzione ordinaria e straordinaria è carente. Come altri referenti, anche tali associazioni sollecitano la riforma legislativa degli IRCCS.

Da parte della CGIL medici-policlinico di Milano sono state tra l'altro sollecitate: *a)* l'identificazione di un'effettiva direzione sanitaria con capacità di coordinare le attività sanitarie; *b)* la certezza della realizzazione delle opere intraprese (monoblocco chirurgico, ristrutturazione del pronto soccorso, umanizzazione dei reparti); *c)* l'attivazione di un rapporto corretto con l'Università le cui obiettive esigenze didattiche devono necessariamente complementarsi con le necessità aziendali in termini organizzativi e di produzione (la convenzione con l'Università risale al 1944).

Il direttivo del NURSING UP (Associazione Nazionale; Sindacato professionisti della funzione infermieristica; Coordinamento aziendale Ospedale Maggiore di Milano) ha nelle sue memorie chiesto la valorizzazione delle funzioni di assistenza, ricerca e formazione dell'Istituto nonché l'urgente esame del riassetto della direzione sanitaria; l'istituzione del servizio infermieristico; la revisione della pianta organica; l'assunzione in ruolo del personale infermieristico; la trasparenza sull'attivazione di borse di studio e fondi di ricerca; la ristrutturazione ed umanizzazione dei reparti più fatiscenti nonché l'attivazione del sistema di verifica della qualità.

Da parte della UIL medici (dottor G. Tacchini) è stato osservato che, mentre l'ospedale privato può scegliere il proprio paziente, quello pubblico non può farlo, e la tariffazione attuale non pare tenere sufficientemente conto delle conseguenze che ciò comporta in termini di DRG. Il documento UIL sottolinea pure che, a livello di strutture e servizi, l'ospedale privato convenzionato, al contrario del pubblico, non è tenuto ad investire in servizi ritenuti non remunerativi. Secondo la UIL medici, inoltre, l'eccesso di garantismo degli attuali regolamenti risulta di fatto paralizzante specie nel settore della ricerca.

Le segreterie aziendali di SNATOSS (Gianfranco Feriotto) e SITES (Maria Angela Corti) hanno depositato una memoria con rilievi in tema di ristrutturazione edilizia, organizzazione, nuove modalità di gestione, dotazione organica, formazione, servizio della qualità nonché attività libero professionale *intra moenia*.

Un voluminoso *dossier* (intitolato: «È tornata la restaurazione e la paralisi all'Ospedale Maggiore di Milano») è stato consegnato alla delegazione dal SAP-USIS (Sindacato Autogestito Policlinico-Unione Sindacale Italiana della Sanità, aderente all'Association Internationale del Travailleurs). Il documento, corredato di rassegna stampa, affronta vari settori riguardanti la gestione dell'Ospedale Maggiore di Milano: partecipazione collegiale; trasparenza; mancato utilizzo dell'organico del servizio prevenzione e protezione; inadempimenti in tema di legge n. 662 del 1996 (psichiatria).

La rappresentanza dei sindacati Universitari CNU, SNUR, CGIL, CIPUR dell'Ospedale Maggiore IRCCS (professor Bruno Ambrosi; dottor Raffaello Golin; professoressa Maria Domenica Cappellini; dottoressa Giovanna Fabio) ha depositato un documento in cui si lamenta che è stata riconosciuta né definita la posizione del personale universitario convenzionato, benché ciò invece sia avvenuto da oltre un anno per la componente

ospedaliera; non si è provveduto alla individuazione dei fondi necessari all'integrazione economica per il personale universitario convenzionato. Conseguentemente, tra l'altro, si chiede che, come previsto del decreto-legge 19 giugno 1997, n. 171, convertito nella legge 31 luglio 1997, n. 258 (concernente la gestione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) siano al più presto adottati criteri per l'adeguamento normativo ed economico di tale personale e si provveda - da parte del commissario straordinario - al riconoscimento delle posizioni dei medici universitari convenzionati e delle conseguenti retribuzioni.

Come riferito, alla Commissione di inchiesta è pervenuta la relazione sullo stato di applicazione all'Ospedale Maggiore del decreto legislativo n. 626 del 1994: la dotazione di personale per il servizio di prevenzione e protezione risulta composta da un dirigente fisico di secondo livello, un dirigente biologo di primo livello, un dirigente ingegnere, cinque assistenti tecnici e un impiegato amministrativo.

In tale relazione viene precisato che all'inizio del 1997 la strutturazione interna del servizio comprendeva tre settori: ufficio di direzione, area sicurezza, area salute.

Per il 1999 l'organizzazione sarà imperniata su un ufficio di direzione, una sezione biologico-sanitaria ed una sezione tecnica.

Presso la direzione sanitaria opera da anni un servizio di medicina preventiva che esamina i rischi legati alle attività lavorative. A seguito di una convenzione stipulata nel dicembre 1995 con gli Istituti Clinici di Perfezionamento, sono stati collocati presso detto Servizio tre «medici competenti». Nel 1998 è stata stipulata una nuova convenzione con un medico competente libero professionista. L'attuale pianta organica prevede un posto di «medico competente» interno.

I rappresentanti dei lavoratori sono coinvolti nei processi decisionali ben oltre le previsioni del decreto legislativo n. 626 del 1994. Un delegato dei rappresentanti dei lavoratori è stato inserito nel comitato prevenzione rischi. L'amministrazione si è più volte adoperata presso il responsabile del servizio invitandolo ad interagire con i rappresentanti. I rappresentanti hanno partecipato ai corsi di formazione specifici della Unità socio-sanitaria locale n. 38 - oggi «Asl Città di Milano» - e della Clinica del lavoro.

Nel dicembre 1995, l'amministrazione dell'Ospedale ha stipulato una convenzione con gli Istituti Clinici di Perfezionamento (ICP), all'interno dei quali opera la Clinica del lavoro, per la redazione del «documento di valutazione dei rischi». Nel dicembre 1996 è stata consegnata la prima versione del documento; nel settembre 1997 è stata ultimata la seconda versione, recante alcuni approfondimenti concordati con gli ICP, che è stata presentata ai Rappresentanti dei lavoratori. Nel novembre 1997, il servizio ha consegnato al commissario straordinario le schede di intervento relative alle misure di prevenzione e sicurezza necessarie.

Nell'ambito dell'analisi della situazione infortunistica contenuta nel documento di valutazione dei rischi, sono state individuate le categorie degli infermieri professionali maggiormente a rischio in relazione agli infor-

tuni biologici, e degli ausiliari in relazione agli infortuni comuni. È stata definita una procedura per l'individuazione dei pericoli di reparto e sono state attivate squadre di specialisti per la valutazione dei rischi specifici. Nel documento viene tra l'altro osservato che per quanto riguarda la movimentazione manuale dei pazienti, l'analisi ha evidenziato l'inadeguatezza degli arredi e degli spazi di manovra nei reparti e nei servizi igienici per le carrozzine.

Al documento di valutazione dei rischi è allegato il «Documento di valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute delle lavoratrici gestanti, puerpere o in periodo di allattamento fino a sette mesi dopo il parto», contenente lo specifico esame dei fattori di rischio connessi alla materia.

Le strutture edilizie «storiche» che ospitano l'Ospedale non facilitano l'evacuazione dei pazienti in circostanze di emergenza. L'amministrazione ha deliberato in data 4 febbraio 1998 la struttura generale del piano di emergenza, vagliato dal Comando provinciale dei Vigili del fuoco.

Il programma di formazione ed informazione dei lavoratori si avvale di delegati alla formazione scelti su indicazione del responsabile. Seminari introduttivi e corsi specifici sulla prevenzione ed i rischi si sono svolti dal novembre 1995. Dal marzo 1998 è distribuito a tutti i lavoratori un bollettino mensile monografico.

Il servizio di prevenzione e protezione è inserito nel «programma qualità totale». È stata richiesta la collaborazione di tutti i direttori di unità operativa per l'individuazione di altre procedure ritenute utili ed è in progetto la creazione di gruppi di studio multidisciplinari per la redazione delle procedure in programma.

6. Considerazioni conclusive

La visita ispettiva all'IRCCS Policlinico di Milano è stata la prima effettuata, nell'ambito del settore deliberato dalla Commissione, nei confronti di un istituto politematico.

La struttura, come d'altronde era prevedibile sulla base dei rilievi effettuati a livello nazionale da numerose indagini, prima fra tutte quella dell'Agenzia sanitaria per i servizi regionali, presenta molte gravi carenze, particolarmente evidenti in alcuni reparti ispezionati, tra i quali: il pronto soccorso, i vari reparti collocati in vecchi edifici non ristrutturati, le cucine, i sotterranei.

Si ripropone quindi anche qui il problema di una struttura molto superata e difficilmente adattabile alle attuali esigenze.

Anche l'organizzazione burocratica appare piuttosto vischiosa e ciò è apparso evidente soprattutto per quanto riguarda la riscossione dei tickets e l'accesso ad alcune prestazioni.

Durante le audizioni vi è stata ampia esposizione da parte della dirigenza di tutte le difficoltà strutturali esistenti, ma anche di molte iniziative poste in essere per cercare di rimediare ai disagi più evidenti.

Vanno sottolineate le difficoltà causate dalla irrazionale dislocazione in diverse sedi di servizi sanitari diagnostici i quali necessitano urgentemente di una collocazione più razionale e più funzionale alle esigenze.

È stata poi evidenziata l'impossibilità di raggiungere il pareggio di bilancio attraverso il sistema dei DRG e sono stati sollevati i problemi derivanti dai ritardi dell'erogazione dei fondi.

Il direttore scientifico ha ampiamente illustrato il programma scientifico e le iniziative ad esso correlate.

Il vice direttore sanitario ed il direttore amministrativo hanno risposto adeguatamente a tutte le richieste e ai quesiti loro formulati.

Da tutti è stata indicata come prioritaria la necessità di attivare al più presto, in modo adeguato, le funzioni della direzione sanitaria ormai da tempo vacante in conseguenza dei congedi per malattia richiesti dal titolare.

Il collegio dei primari ha indicato come indispensabile la costruzione del nuovo monoblocco, ed ha anche formulato alcune proposte per nuove vie gestionali del Policlinico, tra cui un possibile *project financing*; vi è stata anche una particolare raccomandazione perché nell'ampio rinnovo della dirigenza previsto per i prossimi anni si sappia mantenere l'adeguato livello di professionalità che ha sempre contraddistinto l'Istituto.

Le audizioni delle organizzazioni sanitarie mediche e non mediche e l'esame dei documenti da esse presentati hanno sostanzialmente ribadito la priorità dei vari problemi: adeguamento delle strutture, attivazione delle funzioni della direzione sanitaria, miglioramento del percorso burocratico, aggiornamento di alcune attrezzature, risoluzione del problema del precariato, adeguamento della formazione, attivazione della Carta dei servizi; alcune delle associazioni hanno lamentato la non realizzazione per il momento di un adeguato sistema che consenta la libera professione *intra moenia* e favorisca la libera scelta dei pazienti.

Concludendo: l'eccellenza professionale e la qualità delle cure del policlinico di Milano sono elemento irrinunciabile non solo per la città di Milano, ma per la Regione e per tutti i cittadini italiani; purtroppo la qualità delle strutture è invece scadente e non pare che tutto ciò che viene posto in essere sia sufficiente per la ristrutturazione, a meno dell'immissione di importanti risorse economiche.

È da tutti stata auspicata la soluzione del problema della direzione sanitaria: proprio mentre è in corso di redazione la presente relazione, giunge però notizia che è stato nominato, sulla base dei poteri conferiti al commissario straordinario, un direttore sanitario di azienda con contratto privato di durata quinquennale a seguito della integrazione dell'organico dell'Ospedale Maggiore approvata dal Ministero della sanità.

Per quanto riguarda l'aspetto scientifico, essendo la prima struttura politematica visitata, è difficile esprimere un giudizio che potrà essere compiuto e completo solo al termine di tutta l'indagine: certamente nell'ambito della politematicità vi sono zone di eccellenza alternate con semplici enunciati di facciata. Va in ogni caso segnalato che all'Ospedale Maggiore di Milano negli ultimi tre anni sono stati conseguiti quattro bre-

vetti e che la produzione scientifica è risultata di livello ragguardevole poiché nel 1996 i quattro settori interessati (biotecnologie e tecnologie biomediche; patologie cardiovascolari; trapiantologia; medicina dell'emergenza ed urgenza) hanno prodotto 285 pubblicazioni (*original papers*) su ricerche effettuate con elevato indice di apprezzamento internazionale (*impact factor*: 639,9). Nel 1997 tali dati sono rispettivamente aumentati a 410 (*original papers*) e a 1.129, 9.

Dal punto di vista gestionale ancora una volta l'osservazione dei bilanci e la constatazione dell'insufficienza dei DRG pongono l'accento sull'esigenza di pervenire in tempi brevi ad un riassetto degli IRCCS.

Si aggiunge una calda raccomandazione per risolvere al più presto quei problemi sicuramente non di minore importanza, ma a cui è possibile più facilmente dare risposte esaurienti, quali quelli della riscossione dei tickets e della copertura delle piante organiche.

Numerose note di critica sono andate all'ancora incompiuto percorso di adeguamento al decreto legislativo n. 626 del 1994 e successive modificazioni. Particolare impulso si dovrebbe quindi dare all'attuazione di tale decreto e alla completa operatività di quanto previsto per la Carta dei servizi.

Comunque l'attuazione del citato decreto è stata affrontata dai vertici della struttura dell'Ospedale Maggiore in maniera innovativa, prevedendo l'istituzione di un organico ufficiale esclusivamente preposto al Servizio prevenzione e protezione. Tale organismo ha proceduto alla stesura di un documento che affronta in maniera globale sia il problema della sicurezza che quello dell'emergenza.

Al momento del sopralluogo, sebbene i vertici dell'Istituto abbiano inquadrato la risoluzione del problema in quello di una ristrutturazione generale, data la particolare struttura a padiglioni del nosocomio, lo stato di attuazione del decreto legislativo n. 626 è apparso ancora a livello embrionale, se non addirittura assente. In alcuni reparti, in particolare, si è osservato come manchino gli spazi necessari ad un'eventuale fuga di emergenza - peraltro neppure segnalata da una adeguata cartellonistica - essendo invece adibiti a veri e propri depositi di attrezzature e di prodotti monouso.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 2 febbraio 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'ospedale San Matteo di Pavia (predisposta dal relatore sen. Enrico Pianetta)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 72 del 3 maggio 2000

1. Premessa

Nel quadro dell'approfondimento sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 2 febbraio 1999 a Pavia, per effettuare un sopralluogo all'ospedale «San Matteo» che riveste appunto la qualifica di istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. Hanno fatto parte della delegazione i senatori Antonio Tomassini, Enrico Pianetta e Anna Maria Bernasconi.

La delegazione è stata assistita dall'Ufficio di segreteria e dal nucleo di polizia giudiziaria della Commissione. Nel corso del sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione di un operatore fotografico della polizia scientifica della questura di Pavia.

2. Il sopralluogo al policlinico San Matteo

La delegazione parlamentare ha inizialmente esaminato il plastico della struttura la cui parte storica risale al 1934. Nel plastico sono riprodotte le strutture attivate, e anche le nuove in progettazione. Nel complesso, le varie strutture occupano una superficie di 390.000 mq. È stato quindi effettuato il sopralluogo alle cliniche mediche. Al piano terra del policlinico è in attività un *day hospital* oncologico, presso il quale sono stati notati numerosi degenti in attesa. È stato pure constatato che in un unico studio, piuttosto ristretto, venivano contemporaneamente sottoposti a terapia antiplastica cinque pazienti.

Al primo piano, nelle stanze della clinica medica I, sono risultate carenti le attrezzature igieniche.

Sempre al primo piano, è stato riscontrato anche materiale vario accatastato in sacchi dietro un paravento. Non appena la delegazione parlamentare ha rilevato la circostanza, si è provveduto alla rimozione.

Successivamente la delegazione si è intrattenuta presso la direzione della clinica medica I.

Al San Matteo prestano attività 18 docenti universitari, i quali dirigono altrettante cliniche in regime di convenzione. Anche i direttori dei servizi sono universitari. Risultano attivati servizi diagnostici, di radiologia, nonché i laboratori.

Prestano la loro opera nella struttura anche 11 primari, in rapporto diretto di lavoro con il policlinico San Matteo.

La delegazione ha quindi visitato gli ambienti del pronto soccorso medico: il pavimento del piano terra di tale settore, ricoperto in *linoleum*, in molti punti risulta danneggiato e la superficie di calpestio non è omogenea. Sono state quindi ispezionate le sale operatorie allocate al quinto piano: neurochirurgia, chirurgia vascolare, ortopedia.

La delegazione ha mosso rilievi sullo stoccaggio dei liquidi radiologici, il cui deflusso non è apparso a norma, come pure il doppio percorso di sterilità per l'accesso alle sale operatorie. Nel complesso sono emersi rilievi critici sullo stato delle sale operatorie del quinto piano, ed anche sullo stato del pronto soccorso traumatologico, che si aggiunge a quello medico.

Nell'ambito del complesso sono in corso lavori per attivare una nuova cucina centralizzata in prossimità della quale verrà ubicata anche la mensa. È stato anche completato lo scheletro in cemento armato del nuovo padiglione infettivi, che ospiterà, in un edificio di circa otto piani, anche taluni laboratori.

Sull'attuale sede del reparto malattie infettive la delegazione ha mosso osservazioni; è apparsa altresì impropria la collocazione di armadi ed attrezzature nel laboratorio di monitoraggio terapeutico.

La delegazione ha poi visitato la clinica nella quale sono erogate le prestazioni libero-professionali *intra moenia*. La struttura è gestita in modo autonomo dai medici che l'hanno volontariamente finanziata e si serve di personale paramedico esterno. Sono disponibili 44 posti letto distribuiti in 22 camere; 6 posti sono riservati al *day hospital*. In questa sede sono state riscontrate alcune carenze, come ad esempio l'assenza di maniglioni nelle docce. È stato successivamente visitato il blocco operatorio della clinica *intra moenia*. Il San Matteo non ha assunto in proposito alcun impegno economico anche se il meccanismo di remunerazione dei servizi resi in regime di attività libero-professionale consente al San Matteo stesso taluni introiti.

3. Le audizioni *in loco*

La delegazione parlamentare ha quindi proceduto all'audizione del *dottor Danilo Morini*, commissario straordinario, il quale ha posto l'accento sulle attuali difficoltà finanziarie dell'Istituto, il quale fino al 1997 aveva sempre chiuso il bilancio in pareggio. Tale traguardo è stato conseguito perché la «produttività» del San Matteo è molto elevata. Il policlinico è comunque ancora in attesa, per quanto attiene agli investimenti programmati, dei finanziamenti previsti dal secondo triennio del piano decennale governativo. Il commissario straordinario si è quindi intrattenuto su vicende concernenti i lavori in corso e sulle iniziative volte, in base alle disposizioni della legge n. 135 del 1990, a potenziare le strutture per i malati di AIDS. Ha quindi fatto rilevare come per la realizzazione

del dipartimento per l'emergenza siano stati richiesti 39 miliardi: se tale iniziativa andasse in porto, potrebbero essere concentrate tutte le discipline chirurgiche, fatta eccezione per la cardiocirurgia.

Il dottor Morini ha posto inoltre l'accento sulla necessità di porre mano alla ristrutturazione degli edifici risalenti al 1932-1934, oggi non convenientemente utilizzabili né sotto il profilo dell'assistenza ospedaliera moderna né sotto l'aspetto dei costi di gestione. Vi è comunque il progetto di bandire un appalto-concorso finalizzato ad individuare le modalità per umanizzare l'ospitalità ospedaliera nelle vecchie cliniche. Infatti, se il livello qualitativo medico è elevato, quello di ospitalità è molto basso, specie nelle due cliniche mediche e nelle quattro cliniche chirurgiche. Quanto ai servizi, il commissario straordinario ha rilevato che il San Matteo è uno dei pochi ospedali che gestisce quasi tutto in via diretta, fatta eccezione per il servizio di pulizia. Ha poi aggiunto che il direttore sanitario e il direttore amministrativo operano in base a contratti di diritto privato.

È stato quindi ascoltato il professor *Enrico Solcia*, direttore scientifico, il quale ha osservato innanzitutto che nell'Istituto operano laboratori sperimentali e laboratori di ricerca clinica. Le aree di ricerca corrispondono alle seguenti branche: infettivologica; trapiantologica; biotecnologie e tecnologie biomediche; informatica medica e modelli gestionali. Il professor Solcia ha poi fatto presente che per l'informatica medica e la biotecnologia è stato attivato un consorzio con la facoltà di ingegneria della Università di Pavia: ciò ha dato vita ad una rete di cui si avvale l'intero ospedale come avviene, ad esempio, nel caso della videoteca informatizzata utilizzata dalla direzione scientifica. All'interno dell'ospedale è stato altresì attivato un servizio di ingegneria sanitaria cui è addetto un ingegnere attinto dal dipartimento di ingegneria dell'Università. Il direttore scientifico ha infine precisato che non sono stati attivati meccanismi per effettuare una comparazione tra l'attività di ricerca riconducibile all'IRCCS e l'attività di ricerca finanziata dall'università e relativa ad autonomi progetti della facoltà di medicina (prevalentemente afferenti al triennio preclinico).

La delegazione ha poi audito il dottor *Giovanni Azzaretti*, direttore sanitario, il quale ha fatto presente che in alcuni comparti, ormai antiquati, sussistono aspetti di inadeguatezza per quanto attiene alle nuove normative sulla sicurezza. L'afflusso alla struttura è comunque notevole in conseguenza della qualità particolarmente alta del servizio sanitario reso. Il 25 per cento dei pazienti giunge da fuori regione. Il direttore sanitario ha inoltre osservato che la struttura Belgioioso, assorbita dal San Matteo intorno al 1970, ha finora funzionato come sede distaccata di Pavia. In ordine alle liste di attesa, ha rilevato che esse sono consistenti soltanto per quanto attiene alla chirurgia vascolare: la delegazione parlamentare si è dichiarata interessata a conoscere comunque la situazione per quanto concerne le coronarografie, le ecografie addominali, le mammografie nonché i *doppler* vascolari.

La Carta dei servizi è stata promulgata dall'azienda ed è applicata in tutti i suoi uffici.

Il responsabile delle funzioni igienico-organizzative nonché dell'ufficio sicurezza e prevenzione, dottor *Domenico Vlacos*, ha comunicato che, contestualmente alla rilevazione dei fattori di rischio dei vari reparti, sono in atto corsi di informazione e formazione specie nel settore antincendi, per il quale è stato redatto un apposito manuale di emergenza con la descrizione delle procedure da seguire in caso di pericolo. Corsi di formazione sono anche specificamente mirati per tutto il personale che utilizza attrezzature radiologiche. Ognuna delle varie figure ha percorsi formativi differenziati.

È stato quindi audito il segretario generale, *Pier Giorgio Villani*, e da ultime le rappresentanze del personale medico e del personale sanitario non medico operanti nella struttura.

4. I documenti acquisiti

Nel corso del sopralluogo è stata acquisita la «Relazione sull'attività di ricerca corrente 1997 e programmazione attività ricerca corrente 1998». Il documento, tra l'altro, riproduce una tabella sull'*impact factor* delle pubblicazioni su riviste indicizzate (1997) per le aree di infettivologia, trapiantologia, delle biotecnologie e tecnologie biomediche, nonché di informatica medica e modelli gestionali. I dati globali per il 1997 risultano i seguenti: lavori in *extenso* 347; *impact factor* originale 1022, 88; *impact factor* normalizzato, 778.

Altri documenti consegnati alla Commissione concernono:

I. «Attività di ricerca e clinica» a cura della direzione scientifica del policlinico San Matteo.

II. Relazione del 6 ottobre 1998 su «Studi di fattibilità relativi agli interventi edilizi ed infrastrutturali per il riassetto dell'Ospedale», predisposta in collaborazione con il dipartimento di ingegneria edile dell'Università degli studi di Pavia.

III. Riepilogo dei finanziamenti pervenuti al policlinico San Matteo dal 1993 al 1998, nonché previsione dei finanziamenti medesimi per il 1999, suddivisi nelle seguenti voci: *a*) assistenza; *b*) ricerca corrente; *c*) ricerca finalizzata; *d*) risorse proprie; *e*) finanziamenti in conto capitale. Per il 1998 i finanziamenti per l'assistenza assommano a 331 miliardi ed 800 milioni; quelli per la ricerca corrente a 21 miliardi e 214 milioni; alla ricerca finalizzata sono stati destinati 3.450 milioni mentre le risorse proprie ammontano a 17 miliardi e 500 milioni. I finanziamenti in conto capitale equivalgono a 13 miliardi circa. Le previsioni per il 1999 indicano un finanziamento totale di 406 miliardi e 727 milioni, contro un finanziamento globale per il 1998 di 386 miliardi e 968 milioni: l'incremento è del 5, 1 per cento. Risultano in diminuzione la ricerca corrente (meno 4 miliardi circa) e la ricerca finalizzata (meno 2.200 milioni); in incremento invece l'assistenza (più 18 miliardi circa).

Perplessità ha peraltro suscitato il tipo di procedura prescelto (trattativa privata senza pubblicazione del bando) per l'individuazione del contraente - la *Société Générale de Santé* - cui è stata affidata l'organizzazione e la gestione della libera professione intramuraria del personale medico in rapporto di dipendenza con il San Matteo nonché dei medici universitari convenzionati. Nelle delibere in cui è stata autorizzata, mediante tale procedura (nonostante le osservazioni critiche formulate dal Ministero del tesoro e dal Collegio dei revisori dei conti), si fa in effetti riferimento al disposto dell'articolo 7, comma 2 lettere b) e d) del decreto legislativo n. 157 del 17.03.1995, che consente l'adozione della trattativa privata senza pubblicazione di bando rispettivamente quando «per motivi di natura tecnica l'esecuzione dei servizi possa venire affidata unicamente a un particolare prestatore di servizi» oppure nell'ipotesi di «impellente urgenza determinata da avvenimenti imprevedibili». Posto che la prima ipotesi deve intendersi riferita a situazioni del tutto eccezionali, quali prestazioni infungibili o rese in posizione monopolistica, non sembra tuttavia che questa ipotesi sia ravvisabile nel caso di specie; allo stesso modo non può ritenersi situazione di impellente urgenza determinata da avvenimenti imprevedibili l'organizzazione e l'attivazione dell'attività libero professionale intramuraria entro il termine non perentorio del 31.05.1997, secondo le previsioni dell'articolo 5, comma 3, del decreto del Ministero della sanità del 28.02.1997.

Va inoltre segnalato quanto riferito alla Commissione da un sindacalista della struttura a proposito di un eventuale lucro di doppio compenso per pazienti che, dopo essere stati operati nei locali destinati all'esercizio dell'attività libero professionale *intra moenia*, risultavano trasferiti per la degenza post-operatoria nel reparto ordinario dell'ospedale ed in quanto tali tariffati a loro volta secondo DRG; va altresì riferita l'asserita circostanza che le prestazioni ausiliarie in favore delle persone ricoverate in tale regime venissero fornite da personale infermieristico del predetto nosocomio in assenza di accordi specifici. La fondatezza di tali accuse è attualmente oggetto di indagini da parte dell'autorità giudiziaria.

5. Considerazioni conclusive

Il policlinico San Matteo è uno degli IRCCS politematici di maggior riferimento a livello nazionale, essendo anche sede di una tra le più antiche facoltà di medicina d'Italia.

Lo stato delle strutture, non diversamente da quello più volte verificato in analoghe ispezioni, è piuttosto inadeguato e compromesso nella funzionalità e nella sicurezza dai vari interventi di recupero parziale e di ristrutturazione, eseguiti nel corso degli anni.

Sostanzialmente vi sono alcune situazioni che si possono definire buone, rappresentate da padiglioni di recente attivazione, altre mediocri, come ad esempio e soprattutto i luoghi comuni, le sale d'aspetto, ed altre

pesime, come il pronto soccorso, le radiologie del padiglione ortopedico e le sale operatorie del 5° piano.

Nei padiglioni visitati prevale la percezione di trasandatezza e di trascuratezza, che comprende anche l'igiene e le pulizie: su tali aspetti vi è adeguato corredo fotografico e specifiche memorie redatte anche dal personale di consulenza della Commissione.

Al di là delle perplessità già avanzate in merito alla procedura seguita per l'individuazione del contraente cui è stata affidata l'organizzazione e la gestione della libera professione intramuraria, particolare interesse è stato suscitato dall'esperimento della creazione, all'interno del perimetro ospedaliero, di un padiglione dedicato alla libera professione ambulatoriale e di ricovero in cofinanziamento con una società straniera: tale padiglione risulta moderno, efficiente, ma manca di alcuni servizi essenziali, quali ad esempio una rianimazione, e di alcuni elementi particolari (per esempio gli arredi di sicurezza nei bagni sono stati dimenticati).

La documentazione successivamente trasmessa dal Commissario straordinario sull'andamento dell'attività intramuraria conferma la fondatezza dei dubbi della Commissione. Infatti, laddove l'attività intramuraria ambulatoriale svolta all'interno dell'ospedale o presso ambulatori privati determina per l'azienda utili pari a quasi il 20 per cento dei ricavi, la partecipazione dell'ospedale agli utili dell'attività intramuraria svolta sotto l'organizzazione della *Società Générale de Santé* è assolutamente irrisoria.

I colloqui e le audizioni hanno messo in evidenza, durante l'esposizione del commissario straordinario, l'insufficiente finanziamento, e quindi il *deficit* di gestione, anche se in via di miglioramento, con la conseguente impossibilità di completare i progetti già definiti.

Il direttore scientifico ha illustrato l'attività di ricerca che appare di buon livello, corrispondente alle valutazioni ministeriali, e particolarmente aggiornata sulle biotecnologie.

I primari ed il personale dipendente hanno espresso, così come avvenuto anche in altri istituti, le problematiche connesse agli aspetti di incertezza che caratterizzano gli IRCCS, la talvolta difficile commistione tra le attività di assistenza, di formazione e di ricerca.

Il piano per l'attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, pur essendo in fase avanzata, non è ancora completamente realizzato.

Il policlinico di Pavia si presenta quindi come una struttura che da un lato offre terapie di alto livello scientifico e ricerca di buon impatto, ma dall'altro soffre degli inevitabili ostacoli creati dalle insufficienze della struttura e dalla commistione dei tre destini (terapia, ricerca e formazione), non sufficientemente in equilibrio tra loro.

La conduzione sanitaria e la gestione dei servizi fanno emergere insufficienze che non si possono attribuire alle sole cause strutturali.

L'esperimento della casa di cura in cofinanziamento appare per ora incompiuto: è insufficiente a soddisfare la richiesta, manca di alcuni fondamentali servizi, non prevede ancora l'utilizzo del personale sanitario non medico dipendente dalla struttura.

Ancora una volta, in attesa di poter presentare la relazione complessiva su tutti gli IRCCS, si pone il dilemma della scelta monotematica o pluritematica degli istituti: una costante è che, laddove vi sono più missioni da svolgere e su più temi, il livello della ricerca si abbassa ed aumenta l'indirizzo dell'istituto verso l'alta specialità.

Tale rilievo potrà costituire utile elemento di valutazione in sede di presentazione del disegno di legge di riforma degli IRCCS.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 2 febbraio 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso la Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia (predisposta dal relatore sen. Enrico Pianetta)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 72 del 3 maggio 2000

1. Premessa

Nel quadro dell'approfondimento sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 2 febbraio 1999 a Pavia, per effettuare un sopralluogo presso la «Fondazione Salvatore Maugeri». Hanno fatto parte della delegazione i senatori Antonio Tomassini, Enrico Pianetta e Anna Maria Bernasconi.

La delegazione è stata assistita dall'Ufficio di segreteria e dal nucleo di polizia giudiziaria della Commissione. Nel corso del sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione di un operatore fotografico della polizia scientifica della questura di Pavia.

2. Il sopralluogo

La fondazione «Salvatore Maugeri», istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di natura privata, è specializzata in clinica del lavoro e della riabilitazione, secondo gli intendimenti del promotore.

La struttura è attiva dagli anni '60 ed ospita alcuni insegnamenti universitari. Una delle peculiarità è la terapia del dolore. La delegazione della Commissione ha effettuato visite ai vari reparti che nel complesso impegnano un'area di 43.000 mq. Sono stati così esaminati il centro di studi per attività motorie, i laboratori di igiene ambientale e le sedi deputate alla riabilitazione. Il reparto preposto alla dialisi conta 32 posti. I commissari hanno anche preso atto dell'attività del laboratorio di cardiologia molecolare nonché della divisione di oncologia medica e medicina sperimentale.

Il centro antiveneni della fondazione Maugeri svolge un'attività di consultazione telefonica a distanza per intossicazioni acute che si verificano anche in sedi remote. Il centro interviene localmente ove non siano all'opera competenze adeguate per patologie di settore piuttosto rare. Il centro medesimo si avvale di un consistente supporto informatico che è basato su circa 40 banche dati: tale impianto consente di dare risposta a quesiti tossicologici di urgenza in meno di un minuto. Viene riservata attenzione anche al rischio chimico industriale.

Nella sede della divisione di cardiologia è stato notato che l'impianto di chiamata dei medici e infermieri, da parte dei degenti, riflette tecnologie molto avanzate: tale impianto ha comportato la spesa di un miliardo.

3. Le audizioni in loco

Terminato il sopralluogo, la delegazione della Commissione ha ascoltato il professor *Umberto Maugeri*, presidente della Fondazione, il quale ha riferito che questa, nata nel 1965, venne riconosciuta Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico nel 1969. La struttura della fondazione è policentrica: partita dall'istituto di Pavia, si è poi articolata in altri otto centri di riabilitazione; essa comprende altresì i centri di igiene ambientale di Padova e Bari e il centro di prevenzione primaria di Milano. Hanno concorso alla nascita della Fondazione contributi di operatori economici. Del consiglio di amministrazione fanno parte, tra gli altri, il rettore dell'università di Pavia, quattro membri sostenitori e tre esperti nei settori rispettivamente della medicina del lavoro, della medicina riabilitativa e del settore fiscale.

Successivamente è stato audito il dottor *Costantino Passerino*, direttore generale, il quale ha fatto presente che nel complesso la Fondazione in Italia dispone di 1.657 posti letto, distribuiti in centri operanti in Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Campania e Puglia. Dal 1994 al 1997 il fatturato è aumentato del 3,9 per cento, mentre il costo del personale ha subito un incremento del 30 per cento.

Il direttore scientifico professor *Emanuele Capodaglio* ha quindi illustrato le linee di ricerca che riguardano: *a)* rischi occupazionali ambientali; *b)* riabilitazione neuromotoria; *c)* riabilitazione cardiaca; *d)* riabilitazione respiratoria; *e)* riabilitazione di altre patologie disabilitanti; *f)* ergonomia; *g)* psicologia.

Nel 1997 sono state prodotte 1073 pubblicazioni scientifiche.

La delegazione parlamentare ha quindi ascoltato il dottor *Ciro Rampulla*, direttore scientifico del centro di Montescano (PV), il quale ne ha illustrato le principali attività. Il centro dispone di 272 posti letto, di cui 78 dedicati alla riabilitazione cardiologica, 68 alla riabilitazione pneumologica e i restanti alla riabilitazione motoria. Sia il reparto cardiologico che quello pneumologico hanno alcuni posti letto per la terapia subintensiva; il centro dispone anche di una unità spinale.

Il dottor *Franco Franchignoni*, direttore scientifico del centro di Genova Nervi e coordinatore della sezione di medicina riabilitativa neuromotoria della Fondazione, ha evidenziato che le attività di riabilitazione neuromotoria (681 posti letto complessivi, più 34 dedicati ai casi particolarmente gravi) si articolano nelle divisioni di rieducazione funzionale, neurologia, ortopedia e fisioterapia. Il dottor Franchignoni ha poi rilevato che il sistema di classificazione basato sui DRG è nato per le patologie acute e non di funzione, e pertanto non è del tutto adeguato alla descrizione degli interventi di tipo riabilitativo e alla valutazione delle risorse assorbite da

tali interventi: da un lato le attività riabilitative sono meno legate alla diagnosi di quanto non lo siano allo stato funzionale, alla severità della patologia e alla tendenza alla cronicità, e dall'altro lato la scelta della diagnosi principale, dettata da criteri non univoci nel settore riabilitativo, può condurre all'inserimento della stessa patologia in differenti DRG. Il dottor Franchignoni ha infine fornito un'analisi della casistica dei centri della Fondazione in rapporto alle patologie di tipo neurologico, traumatologico e reumatologico.

Il dottor *Roberto Tramarin*, direttore del centro medico di Tradate (VA), si è invece soffermato sulle attività di riabilitazione cardiologica dell'Istituto (344 posti letto di degenza ordinaria, di cui 28 di terapia subintensiva, e 12 di *day hospital*), osservando che la casistica dell'Istituto corrisponde a circa il 30 per cento di quella nazionale, a fronte di una disponibilità di posti letto pari al 24,7 per cento di quella nazionale. Ha quindi illustrato uno studio condotto a livello regionale e volto, sulla base dell'esame di una casistica rilevante, alla definizione di un modello di codifica delle prestazioni specifico per la riabilitazione ospedaliera, parallelo al sistema dei DRG: tale studio si riferisce in particolare alla riabilitazione cardiologica e pneumologica e fornisce anche elementi per valutare la congruità della produzione scientifica rispetto ai temi proposti dal Piano sanitario nazionale.

La delegazione ha poi ascoltato il professor *Luigi Ambrosi*, direttore scientifico del centro di Cassano delle Murge (BA), e il dottor *Franco Rengo*, direttore scientifico del centro di Campoli Telesse (BN), centro che si caratterizza per la presenza di un reparto di 15 posti letto di riabilitazione morfo-funzionale in chirurgia plastico-ricostruttiva.

La delegazione parlamentare ha poi avuto incontri con rappresentanti del personale medico e del personale sanitario non medico operante nella struttura, da cui sono stati tratti elementi di approfondimento sul funzionamento della Fondazione e nessun rilievo critico.

4. La documentazione acquisita

A conclusione del sopralluogo sono stati consegnati alla delegazione parlamentare i seguenti documenti e pubblicazioni concernenti le attività della fondazione:

- I. «Riabilitazione attività sanitaria e scientifica».
- II. «Carta dei servizi pubblici e sanitari», elaborata dalla clinica del lavoro e della riabilitazione.
- III. Prospetto di «Ricerca istituzionale» della clinica del lavoro e della riabilitazione.
- IV. Documento del «Laboratorio di ergonomia della prestazione musicale» a cura del centro studi attività motorie.
- V. Riepilogo della attività clinica, del fatturato dei valori economici nonché organigramma della Fondazione.

Successivamente, su richiesta della Commissione, è stata acquisita ulteriore documentazione attestante l'attività svolta dall'Istituto, il quale comprende nove strutture, di cui cinque localizzate nella regione Lombardia, per un totale - relativamente al 1998 - di 1601 posti letto ordinari effettivi su 1624 convenzionati. L'andamento dei dati riferiti a ciascuno degli anni del quinquennio 1994-1998 è riassunto nel seguente prospetto:

	POSTI LETTO	POSTI LETTO
	Effettivi (di cui di <i>day hospital</i>)	Convenzionati (di cui di <i>day hospital</i>)
1994	1515 (37)	1629 (56)
1995	1531 (39)	1649 (55)
1996	1541 (58)	1649 (55)
1997	1595 (68)	1649 (55)
1998	1657 (56)	1679 (55)

A questi si debbono aggiungere 56 posti letto effettivi, di *day hospital*, per un totale di 1657 posti letto, che salgono a 1679 se si considerano i posti letto convenzionati. I posti letto effettivamente utilizzati nel quinquennio sono stati così distribuiti nelle nove strutture:

	POSTI LETTO EFFETTIVI					POSTI LETTO <i>DAY HOSPITAL</i>				
	1998	1997	1996	1995	1994	1998	1997	1996	1995	1994
Pavia	257	227	173	174	174	16	16	16	15	15
Montescano (PV)	262	262	273	270	270	14	14	14	2	2
Gussago (BS)	130	123	124	124	125	6	13	6	6	10
Tradate (VA)	130	115	130	130	130	8	13	10	10	10
Castelgoffredo (MN)	66	58	58	58	45	6	6	6	6	0
Veruno (NO)	302	292	293	304	304	0	0	0	0	0
Cassano (BA)	230	230	222	222	222	6	6	6	0	0
Campoli-Telese (BN)	180	176	166	166	166	0	0	0	0	0
Nervi (GE)	44	44	44	44	42	0	0	0	0	0

Dei 1657 posti letto effettivamente utilizzati nel 1998, 895 (54%) sono distribuiti nelle cinque strutture della Lombardia, e cioè Pavia, Montescano, Gussago, Tradate e Castelfreddo, i restanti 762 nelle altre strutture; il rapporto era pari al 51.5 % nel 1994. Le unità operative con il maggior numero di posti letto svolgono attività di riabilitazione funzionale neuromotoria, presente in tutte le strutture, con un totale di 679 posti letto (40.9% del totale), seguono le unità operative di riabilitazione cardiologica con 343 posti letto (20.7% del totale) e le unità operative di riabilitazione pneumologica con 312 posti letto (18.8% del totale); nel 1994 le rispettive percentuali erano 35.8% per la riabilitazione funzionale, 22.1% per cardiologia 20% per la pneumatologia.

Le specialità attualmente presenti nelle diverse strutture comprendono: l'oncologia, la medicina del lavoro, la nefrologia, la medicina generale, la riabilitazione funzionale, la cardiologia, la pneumologia, la chirurgia plastica, la neurologia, l'anestesia e terapia del dolore e l'allergologia.

Nel 1998 i ricoveri ordinari sono stati 27.723, con un tasso di occupazione dei letti del 93.70%, una degenza media di 19.36 giorni ed un totale 536.689 giornate di degenza.

Il seguente prospetto reca i dati riferiti al quinquennio 1994-1998:

	N. ricoveri ordinari	Tasso occupazione letti	Degenza media	Totale giorni degenza
1994	24.558	91.69%	20.38	500.473
1995	25.560	91.44%	19.38	495.308
1996	26.508	92.60%	18.93	501.807
1997	26.934	93.06%	18.87	508.162
1998	27.723	93.70%	19.36	536.689

Sempre con riferimento al 1998, il più alto numero di ricoveri è stato registrato a Pavia (6.257), seguita dalle strutture di Veruno e Cassano (rispettivamente 5.061 e 5.044), il tasso di occupazione dei letti più alto è stato registrato a Campoli-Telese (98.9%), seguita da Veruno e Nervi (93%), mentre la degenza media più alta è stata registrata a Montescano (27.12 giorni). Per quanto riguarda le attività di *day hospital*, i ricoveri sono stati 6879, con un tasso di occupazione dei posti letto del 173.72% ed un totale di 30.683 giornate di degenza.

In sintesi, rispetto agli anni precedenti (1994-1997), nelle diverse strutture è aumentato il numero dei ricoveri e delle giornate di degenza, mentre si è registrato un contenuto aumento del numero di posti letto ordinari e di *day hospital*.

L'esame dei bilanci consuntivi e dei connessi documenti contabili per gli anni 1994-1998 ha consentito di rilevare che il risultato di esercizio è stato costantemente in attivo, nonostante la Fondazione abbia ripetutamente lamentato (anche nel corso delle audizioni svolte dalla delegazione della Commissione) la non congruità delle tariffe regionali (DRG) a remu-

nerare i servizi tipici della struttura – quali, tra l'altro, la terapia subintensiva, i servizi di psicologia, di bioingegneria e di ergonomia – che non hanno riscontro negli ospedali pubblici e nelle case di cura private. L'utile netto di esercizio è stato di 13.920 milioni nel 1994, 23.320 milioni nel 1995, 2.425 milioni nel 1996, 1.574 milioni nel 1997 e 1.150 milioni nel 1998.

Il suo decrescere negli ultimi esercizi esaminati (fino a raggiungere livelli apparentemente inadeguati al capitale investito) può essere attribuito all'impegno finanziario per l'insediamento di altre strutture (si veda l'incremento della situazione debitoria nel 1998), all'accelerazione degli ammortamenti (si vedano gli esercizi 1997 e 1998) nonché al lamentato sfalsamento tra i costi e l'incasso dei crediti dagli enti erogatori.

Va infine rilevato che, a seguito di un ricorso presentato dall'istituto al TAR Lombardia, la Regione ha liquidato alla Fondazione (a valere sul cosiddetto fondo di riequilibrio istituito in concomitanza con l'introduzione del sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie a tariffa predefinita) la somma complessiva di L. 28.974 milioni relativamente agli esercizi 1995-1997. La Commissione non ha potuto approfondire la circostanza che, a fronte di una permanente attività di bilancio, sia pure decrescente, nel triennio 1995-1997, il TAR abbia potuto disporre una remunerazione dell'Istituto a valere del fondo di riequilibrio; si tratta comunque di una circostanza che suscita interrogativi.

4. Considerazioni conclusive

La fondazione Maugeri è un IRCCS monotematico di grande importanza a livello nazionale, anche se va rilevato come anch'essa, similmente agli altri IRCCS, abbia avuto negli anni una tendenza costante a «generalizzare» la propria attività.

Delle 11 sedi in cui si articola la Fondazione solo quella di Pavia è stata oggetto di specifico approfondimento, circostanza di cui va tenuto conto considerando che la Commissione ha potuto acquisire alcune voci critiche su l'organizzazione di talune strutture periferiche, in particolare si quella di Veruno e sulle strutture ad essa collegate; nell'ambito delle audizioni svolte è stato però possibile ascoltare le direzioni, i coordinatori dei singoli campi di attività comuni a tutti i centri. La struttura di Pavia si è presentata di livello qualitativo elevatissimo, degno dei migliori standard internazionali. Le attrezzature, i locali, gli arredi non possono che suscitare ammirazione e si pongono come esempio di avanguardia rispetto a quanto finora visitato. Anche la gestione sanitaria e organizzativa appare esente da possibili critiche.

Le audizioni sono servite a presentare la situazione gestionale dell'Istituto che appare ben condotta.

Ad esse è seguita l'illustrazione delle linee di ricerca, e sono state presentate le relazioni annuali scientifiche: l'*impact factor* è apparso di notevole livello e corrispondente alla valutazione ministeriale.

Particolarmente qualificanti nell'ambito dell'attività della Fondazione Maugeri sembrano il centro antiveleno, il centro studi delle attività motorie, il centro di terapia del dolore.

La fondazione Maugeri, pur essendo IRCCS privato e monotematico, ospita anche alcuni insegnamenti universitari.

La fondazione Maugeri è apparsa come un esempio di struttura d'avanguardia, ben organizzata dal punto di vista gestionale e sanitario, in grado di prestare cure sofisticate di alta qualità e di svolgere ricerca di notevole livello: si sottolinea come l'indirizzo sia monotematico, e come, pur nell'ambito delle difficoltà comuni a tutti gli IRCCS, si sia raggiunta una situazione ottimale.

Relazione sui sopralluoghi effettuati il 4 marzo 1999 e il 19 settembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto Neuromed di Pozzilli (IS) (prediposta dalla relatrice sen. Anna Maria Bernasconi)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 86 del 25 ottobre 2000

1. Premessa

Nel quadro dell'inchiesta sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 4 marzo 1999 all'istituto neurologico mediterraneo (Neuromed) di Pozzilli (IS), avente personalità giuridica di diritto privato con specializzazione nella ricerca clinica applicata alle neuroscienze. Hanno fatto parte della delegazione il senatore Antonio Tomassini, all'epoca presidente della Commissione, nonché la senatrice Anna Maria Bernasconi, relatrice per il citato filone di indagine.

Successivamente, a seguito dei numerosi rilievi critici cui tale ispezione ha dato luogo, la Commissione, in data 19 luglio 2000, ha deliberato di procedere ad ulteriori accertamenti. Il 19 settembre 2000, pertanto, una delegazione, composta dalla senatrice Anna Maria Bernasconi e dai senatori Antonino Monteleone, vice presidente della Commissione, Fulvio Camerini, Dino De Anna, Baldassare Lauria e Valerio Mignone, si è nuovamente recata presso l'istituto Neuromed di Pozzilli.

La presente relazione dà conto, in successione, sia di quanto verificato nel sopralluogo del 4 marzo 1999, sia della situazione riscontrata il 19 settembre 2000.

2. Caratteristiche dell'istituto Neuromed

Le caratteristiche e la struttura del Neuromed sono riassunte in una pubblicazione curata dallo stesso istituto. Da questa pubblicazione si ricava che l'istituto è stato concepito per garantire la massima integrazione tra attività assistenziale e attività di ricerca; che ai reparti di ricovero e cura ed agli ambulatori afferiscono prevalentemente pazienti che hanno già avuto contatti con presidi sanitari ospedalieri ed extra-ospedalieri di primo livello; che i dipartimenti di ricerca clinico-sperimentale operano su linee di indagine a lungo e breve-medio termine (le prime costituiscono le aree di interesse scientifico-strategico del dipartimento, mentre quelle a breve-medio termine si caratterizzano come studi speciali).

Dalla stessa pubblicazione si evince che il Neuromed è polo scientifico-didattico dell'università «La Sapienza» di Roma, è sede di corsi di laurea breve e di scuole di specializzazione della Facoltà di medicina e chirurgia, ed è dotato di un centro servizi per le relazioni europee con funzioni di monitoraggio permanente dei programmi dell'Unione europea per le ricerche.

Il Neuromed è articolato su tre aree di attività: clinica, parco tecnologico e polo scientifico didattico.

La clinica è suddivisa in reparti (neurologia, neuroriabilitazione, neurochirurgia, rianimazione, *day hospital*); servizi (diagnostica per immagine, neurofisiopatologia, diagnostica vascolare, neuroftalmologia e patologia clinica); ambulatori speciali (centro per la cura e lo studio del morbo di *Parkinson* e della sclerosi multipla, centro per la cura e lo studio delle cefalee, centro per la cura e lo studio dell'ipertensione, centro per la terapia chirurgica dell'epilessia, neurogenetica).

Il parco tecnologico è suddiviso nei seguenti dipartimenti di ricerca: patologia molecolare, angiocardioneurologia, neurologia, diagnostica per immagine, neuroriabilitazione, neurochirurgia e neuroepidemiologia. Il polo scientifico didattico è sede di corsi di laurea breve e di scuole di specialità di medicina e chirurgia.

Secondo i dati acquisiti, l'istituto, con riferimento al 1999, ha una dotazione di complessivi 121 posti letto così suddivisi: 36 in neurologia, 20 in neurochirurgia, 3 in terapia intensiva, 56 in neuroriabilitazione e 6 in *day hospital*.

È in vigore un protocollo di intesa tra l'istituto e l'università «La Sapienza» di Roma in base al quale quest'ultima concorre alla realizzazione delle attività assistenziali del Neuromed mediante reparti a direzione universitaria nelle strutture del medesimo istituto. Il personale medico universitario in servizio presso i citati reparti a direzione universitaria ha gli stessi diritti e doveri, per la parte assistenziale, previsti per il personale di corrispondente qualifica del ruolo regionale. L'orario settimanale del personale medico universitario cosiddetto strutturato per lo svolgimento delle funzioni didattiche, di ricerca e assistenziali è quello vigente nell'Università di appartenenza.

Con riferimento al 1999 il personale medico dei vari reparti è così composto:

- neurologia: 1 primario universitario strutturato, 12 dipendenti del Neuromed, 2 consulenti, di cui uno universitario;
- neurochirurgia: 1 primario universitario strutturato, 1 medico universitario strutturato, 6 dipendenti del Neuromed, 3 consulenti universitari;
- neuroriabilitazione: 1 primario universitario strutturato, 1 medico universitario strutturato, 5 dipendenti del Neuromed, 2 consulenti di cui uno universitario;
- terapia intensiva: 7 dipendenti del Neuromed (il medesimo personale, più 13 infermieri, svolge anche il servizio di anestesia);

- *day hospital* (reparto che sostanzialmente è un'appendice del reparto di neurologia): 1 dipendente del Neuromed;
- diagnostica per immagini: 1 primario universitario strutturato, 5 dipendenti del Neuromed, 3 consulenti di cui 2 universitari;
- diagnosi di laboratorio: 4 dipendenti del Neuromed.

Sempre con riferimento al 1999, su un totale di 56 medici dedicati all'attività clinica, i contratti di consulenza in vigore nell'area sanitaria sono 10 di cui 7 con universitari. Vi sono poi 27 contratti di consulenza nell'area di ricerca e 15 a vario titolo (settore amministrativo, legale, ecc.), con presenze settimanali o mensili variabili a seconda dei casi.

Per quanto invece riguarda l'attività di ricerca, il personale in essa impegnato è composto - al maggio 2000 - da 61 medici, di cui 30 medici dipendenti dall'istituto (dei quali però solo 4 impegnati a tempo pieno nella ricerca), 21 medici consulenti (con una presenza in media di 5 ore a settimana), 8 medici universitari strutturati (in media 20 ore settimanali, ma dedicati alla ricerca solo per il 50%) e 2 medici borsisti.

Alla ricerca sono inoltre addetti 11 biologi, di cui 1 dipendente dal Neuromed, 1 universitario strutturato (20 ore settimanali), 9 borsisti, 1 farmacista consulente (20 ore settimanali), 2 chimici farmaceutici borsisti e 3 tecnici borsisti.

3. Il sopralluogo presso l'Istituto effettuato il 4 marzo 1999

La delegazione parlamentare ha iniziato il sopralluogo con la visita agli ambulatori allocati al piano terra della struttura. Sono stati visionati i laboratori di medicina nucleare (dove si eseguono anche esami di radio-immunologia), nonché quelli di biochimica clinica; la delegazione ha poi visitato il laboratorio di neurofisiopatologia.

Nella zona sorvegliata, ove è in funzione il laboratorio di medicina nucleare, è stata riscontrata una non corretta segnalazione di tutte le aree; inoltre, lo spazio appare insufficiente per i movimenti dei pazienti e del personale e non tutte le strutture sono a norma del decreto legislativo n. 626 del 1994.

Successivamente la delegazione ha proceduto, scendendo al piano interrato, alla verifica del laboratorio di radiologia, riscontrando alcune carenze. Non è infatti apparso correttamente effettuato lo smaltimento dei liquidi di fissaggio e sono state notate numerose tubature, facenti parte di un ipotetico sistema antincendio non collegato alla rete idrica ed apparentemente fatiscente.

La delegazione ha quindi visitato il settore di terapia intensiva, che è sembrato insufficiente per quanto riguarda la suddivisione degli spazi e dei percorsi; inoltre non sono rispettate le norme di igiene e di isolamento, anche se la gestione sanitaria è sembrata impegnata ad assicurare una prassi corretta.

Quindi i senatori Tomassini e Bernasconi, anche nella loro qualità di medici, hanno visitato le sale operatorie di neurochirurgia, le quali sono apparse in disordine; in una di esse è stata riscontrata un'impropria separazione, con un lenzuolo tirato che celava scatoloni e materiali da buttare.

I comportamenti e i percorsi del personale addetto non sono apparsi rispondenti alle regole igieniche di buona conduzione di un reparto operatorio.

Deve essere in particolare segnalato che vi è accesso diretto dall'ascensore alla porta che introduce alle sale operatorie, il che crea potenziale pericolo e ostacolo per i pazienti barellati.

La delegazione ha poi visitato al primo piano i servizi di cardiologia. L'unità spinale, pur evidenziata da cartelli indicatori, non è risultata in realtà esistente.

Lo stato dei servizi igienici nel reparto di neurochirurgia è stato oggetto di rilievi negativi: in particolare è stata notata la presenza di barriere architettoniche nelle stanze e l'inadeguatezza dei bagni alle esigenze di pazienti con funzioni motorie deficitarie.

Non ha sollevato invece osservazioni la palestra di riabilitazione funzionante al quarto piano dell'edificio.

Nell'ambito del parco tecnologico del Neuromed sono stati verificati i laboratori di farmacologia e di angiocardioneurologia; oggetto di sopralluogo sono stati pure i laboratori di radioisotopi, di metabolismo cerebrale, di neurofarmacologia e neurofisiologia sperimentale nonché quello di patologia diagnostica e la sala servizi. Va segnalata la promiscuità nello stesso corridoio di locali adibiti a stabulario accanto alle sale dei laboratori.

4. Le audizioni *in loco*

La delegazione parlamentare ha quindi proceduto alle audizioni dei vertici amministrativi e sanitari dell'istituto.

Il professor *Erberto Melaragno*, presidente del Neuromed dal 28 marzo 1998, ha innanzitutto ricordato che i provvedimenti amministrativi che hanno attivato e regolato l'IRCCS risalgono rispettivamente al 1985, 1991 e 1993. Il bilancio dell'istituto è in attivo e riconducibile alle entrate collegate all'area clinica. Di qui sono affluiti circa 3 miliardi di avanzo destinati alla edificazione della nuova sede dell'istituto. Tutti gli utili, sulla base delle modifiche statutarie all'articolo 34 dello Statuto apportate nel 1998, vengono riutilizzati in investimenti nella ricerca e nel miglioramento delle attività sanitarie nonché nella formazione del personale. Il presidente dopo aver confermato che nei reparti operano strutturati universitari, borsisti nonché dipendenti del Neuromed, ha precisato che l'ultimazione della nuova sede, limitatamente però al seminterrato e al piano terra, sarebbe avvenuta nel settembre 1999. In tali nuovi locali sarebbero stati ospitati le sale chirurgiche, la rianimazione, i laboratori neurologici ed il centro della terapia chirurgica dell'epilessia.

Circa l'assetto proprietario il professor Melaragno, in risposta a quesiti posti dalla senatrice Bernasconi, ha fatto presente che qualche attuale disagio, collegato alla configurazione di società a responsabilità limitata che contraddistingue l'istituto, sarebbe stato al più presto eliminato grazie alla prevista trasformazione in fondazione.

È stato quindi ascoltato il professor *Luigi Frati*, dal 1994 direttore scientifico del Neuromed, il quale ha ricordato che la sua chiamata intervenne successivamente alle turbolenze giudiziarie che contrassegnarono in quel periodo l'istituto e dopo le quali una cordata di imprenditori ne decise la acquisizione. Egli pose come condizione per l'accettazione dell'incarico che tutti gli utili fossero reinvestiti: ciò ha consentito di potenziare il settore scientifico e di attivare quei laboratori che all'istituto mancavano. Dopo avere precisato che la Facoltà di medicina della università «La Sapienza» coopera attraverso l'attività di primari e consulenti, il direttore scientifico ha depositato una documentazione dalla quale si evince il notevole incremento di pubblicazioni registrato dal Neuromed dal 1994 al 1998; nello stesso periodo si è inoltre verificato un sensibile incremento dell'«*impact factor*» per la produzione scientifica. Ulteriore documentazione attesta che, sulla base di dati elaborati dal Ministero della sanità, il Neuromed si trova al 13° posto quanto a produzione scientifica tra i 32 IRCCS operanti in Italia ed al 6° posto per quanto riguarda la produttività scientifica dei ricercatori. Il professor Frati ha spiegato poi come l'elevato livello qualitativo raggiunto dalla ricerca del Neuromed abbia promosso anche richieste di collaborazione da parte di istituti scientifici degli Stati Uniti d'America. Nel 1998 l'istituto ha percepito per le ricerche finalizzate dal Ministero della sanità 1.500 milioni; va inoltre aggiunto che l'istituto partecipa anche a diverse ricerche oltre a quelle perseguite in via esclusiva; da ultimo il professor Frati ha precisato che le spese per il personale hanno impegnato circa il 40 per cento delle risorse, dato che rientra nei limiti previsti dal Ministero della sanità.

È stato successivamente ascoltato il dottor *Pasquale Simonelli*, direttore sanitario facente funzione nonché responsabile del reparto di neuroriabilitazione. Nel corso del colloquio la delegazione ha tra l'altro riscontrato una certa confusione e incertezza per quanto concerne l'applicazione delle norme previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994 ed in particolare riguardo alla nomina del titolare dell'ufficio di responsabile della sicurezza.

Il dottor Simonelli ha osservato che segnalazioni da lui fatte alla amministrazione in tema di inadeguatezza delle strutture sotto il profilo igienico-sanitario non hanno potuto trovare adeguato riscontro per la carenza di spazi che l'attuale sede manifesta. In ogni caso - ha affermato - gli impianti elettrici sono a norma, come hanno riscontrato anche ispettori regionali e ministeriali, mentre gli ingombri visti nella sala di preparazione al risveglio sarebbero stati al più presto eliminati; il dottor Simonelli ha tuttavia osservato che, sempre a causa della carenza di spazi, una volta effettuati gli sgomberi il processo di accumulazione di materiale tende a riprendere.

Il piano di evacuazione è stato attivato; viene altresì applicata la Carta dei servizi ed è stato aperto l'ufficio di pubblica tutela.

La delegazione ha quindi audito l'avvocato *Domenico Carano*, segretario generale dell'istituto dal 1995, il quale ha dato conto innanzitutto delle competenze rientranti nella funzione a lui assegnata.

In ordine ad uno specifico quesito concernente il seguito dato alla lettera che il Ministero della sanità ha invitato il 23 settembre 1998 all'istituto per ottenere chiarimenti circa le misure consequenziali al procedimento penale attivato a carico dell'ex ministro Francesco De Lorenzo nonché dei signori Giovanni Marone, Riccardo Caruso e Francesco Rossi (quest'ultimo all'epoca direttore generale dell'istituto), il segretario generale ha dichiarato di non essere al corrente di tale lettera.

Ha fatto quindi presente che i servizi di mensa e di lavanderia sono stati affidati a ditte esterne, mentre non ha saputo fornire risposte in ordine al costo medio per malato curato nell'istituto. Ha precisato inoltre che l'ufficio acquisti ha una sua autonomia che non comporta l'ingerenza diretta del segretario generale su ogni operazione.

Rispondendo ad una specifica domanda, il segretario generale ha puntualizzato che a lui risultavano due casi di dipendenti dell'istituto titolari di partecipazioni azionarie dell'istituto medesimo: il dottor Francesco Pompeo, responsabile della semeiotica vascolare, e la dottoressa Tiziana Montagnano, responsabile della farmacia e consorte dell'ex direttore generale, dottor Francesco Rossi.

La delegazione ha proceduto quindi all'audizione del dottor *Mario Pietracupa*, amministratore delegato dal 1995, il quale circa lo stato di attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 ha fatto presente che sono stati fatti sforzi notevoli per adeguare le strutture alle prescrizioni normative; esiste il responsabile interno della sicurezza, mentre un consulente esterno fornisce un supporto tecnico all'opera richiesta dalle disposizioni sulla sicurezza.

Per quanto riguarda la citata richiesta del Ministero della sanità del 23 settembre 1998, ha fatto presente che competente a provvedere è l'assemblea della società Neuromed, la quale però non ha ancora avuto modo di riunirsi.

Il dottor Pietracupa ha precisato poi che le forniture sono assegnate tramite trattativa privata e che la concessione degli appalti è gestita dal consiglio di amministrazione con il supporto di un ufficio tecnico.

Successivamente, non essendovi nell'istituto rappresentanze sindacali di categorie né mediche né degli infermieri, per il personale dipendente è stata ascoltata la dottoressa *Anna Elisa Castellano*, aiuto neurologo, la quale ha fatto presente di non avere dichiarazioni spontanee da rendere. Il capo sala *Giuseppe Martucci*, in servizio dal 1981, in risposta ad un quesito del presidente Tomassini sui turni degli anestesisti, ha precisato che gli infermieri addetti alla rianimazione sono 10 ed operano, a turno, in coppia; ha inoltre affermato che nessun dipendente è stato attivato in ordine alle figure previste dalle norme sulla sicurezza dei luoghi di lavoro.

Su quest'ultimo punto va peraltro rilevato che la presidenza dell'istituto ha trasmesso copia del verbale dell'elezione del rappresentante dei lavoratori, figura prevista ai sensi del decreto legislativo n. 626 del 1994, avvenuta in data 23 gennaio 1997.

5. L'esame dei documenti acquisiti

Dall'audizione del presidente del Neuromed sono emersi parecchi dubbi riguardo all'assetto societario, alla compatibilità delle cariche ricoperte dalle persone che si sono alternate nei diversi ruoli societari, alla liceità di alcune procedure di acquisto e di appalto. Sostanzialmente si è riscontrato un quadro complessivo piuttosto confuso, caratterizzato inoltre nel tempo da diverse diatribe giudiziali, e che d'altronde è stato confermato non solo dalle altre audizioni *in loco*, ma anche dalla audizione dell'ex direttore generale Francesco Rossi, svolta presso la sede della Commissione in data 22 giugno 1999, il quale ha sollevato rilievi e perplessità soprattutto per quanto riguarda la regolarità di talune procedure di appalto.

La Commissione ha pertanto acquisito la documentazione necessaria ad approfondire gli aspetti richiamati, come pure quelli che nel corso del sopralluogo erano stati oggetto di rilievi o erano apparsi non sufficientemente chiari.

L'esame della documentazione acquisita ha chiarito che attualmente la proprietà dell'istituto è riconducibile alla famiglia Patriciello, in quanto proprietaria della società «ISVIM srl»; è peraltro da osservare che dal 1998 sono entrate in tale società con consistenti quote la «PROMED srl» e la «STAC srl», entrambe riconducibili al gruppo Faroni.

Per quanto attiene alla gestione societaria, va osservato che a partire dal giugno 1997 ricopre l'incarico di amministratore delegato del Neuromed il signor Mario Pietracupa, legato da rapporti di affinità con alcuni componenti della famiglia Patriciello. Il vecchio fondatore, dottor Francesco Rossi (coinvolto nel citato procedimento penale pendente dinanzi al Tribunale di Roma per corruzione continuata in concorso), ha cessato invece dalle funzioni di direttore generale nel novembre 1998, a seguito di espressa revoca delle deleghe a suo tempo assegnategli, ed ha quindi formalmente rassegnato le dimissioni da tale incarico nel luglio 1999.

Va rimarcato che l'istituto Neuromed sta compiendo passi verso il settore del *no profit*, avendo nel 1998 modificato l'articolo 34 del proprio Statuto in tema di destinazione degli utili; è inoltre in fase avanzata il progetto di trasformazione dell'istituto in fondazione senza finalità di lucro, già assunto come deliberazione di impegno anche nei confronti della regione Molise. I vertici del Neuromed, con lettera del 16 marzo 2000, hanno ribadito l'impegno di pervenire alla costituzione della fondazione entro 18 mesi.

Dall'esame dei bilanci relativi al periodo 1995-1998 si evince che Neuromed totalizza in poste attive circa 30 miliardi per esercizio, poste che salgono a circa 39 miliardi nel bilancio relativo al 1998; parte impor-

tante riveste la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera calcolata con il sistema DRG.

Da segnalare anche i crediti vantati nei confronti del Ministero della sanità a titolo di trasferimenti per ricerca corrente e finalizzata pari a 2 miliardi nel 1995 e rispettivamente a 4 miliardi, a 2 miliardi e ad oltre 8 miliardi negli esercizi successivi. I crediti vantati nei confronti della Regione a titolo di prestazioni sanitarie di degenza non ancora liquidate, invece, ammontano rispettivamente a 5 miliardi, 4 miliardi, 4 miliardi e 3 miliardi per gli esercizi successivi al 1995.

In ordine ai risultati economici dell'istituto dall'analisi dei bilanci si può rilevare che, nonostante i vertici del Neuromed abbiano più volte lamentato le riduzioni tariffarie operate dalla Regione, il risultato di esercizio è costantemente positivo, con tendenza alla crescita.

Sotto il profilo delle segnalate presunte incompatibilità, va rilevato che il signor Aldo Patriciello, il quale nella società ha ricoperto anche l'incarico di componente del consiglio di amministrazione nel periodo dal 28 luglio 1994 al 29 giugno 1995, figura tra i soci del Neuromed dal settembre 1994 al maggio 1998. Egli risulta altresì essere stato nello stesso periodo componente del Consiglio regionale del Molise, di cui ha ricoperto l'ufficio di assessore al bilancio tra l'agosto 1997 e il gennaio 1998.

Ciò ha suscitato perplessità in relazione ad un presunto conflitto di interessi in cui il signor Patriciello potrebbe essersi venuto a trovare, stante la sua ambivalente veste di socio del Neuromed e di incaricato di un pubblico ufficio presso la regione Molise, ente che, come sopra evidenziato, vanta una consistente esposizione debitoria nei confronti del Neuromed.

Ai sensi della legge 23 aprile 1981 n. 154 si evince (con particolare riferimento all'articolo 3, n. 1) e 2)), che nessuna incompatibilità sussiste in astratto tra la carica di consigliere regionale e quella di semplice socio di una società a responsabilità limitata titolare di rapporti economici con l'ente pubblico territoriale.

La circostanza che il signor Aldo Patriciello abbia ricoperto la carica di consigliere regionale nonché, seppure per un breve periodo, quella di assessore regionale al bilancio, unitamente alla circostanza che amministratore delegato del Neuromed, a partire dall'aprile 1997, sia stato il signor Mario Pietracupa, cognato di Aldo Patriciello, potrebbe invece assumere rilievo ove si provasse che il predetto ha omesso di astenersi in deliberazioni prese dalla regione Molise e riguardanti il Neuromed, oppure qualora risultasse una sua attività di strumentalizzazione dell'ufficio pubblico concretizzatasi in comportamenti e condotte dirette a interferire nel processo di formazione, di manifestazione o di attuazione della volontà dell'ente pubblico in occasione dell'adozione di deliberazioni riguardanti l'istituto Neuromed. Premesso che agli atti acquisiti dalla Commissione non esiste prova di tanto, va comunque osservato che nel caso delineato l'assenza in astratto di incompatibilità tra la carica di consigliere regionale e quella di semplice socio di una società a responsabilità limitata titolare

di rapporti economici anche continuativi con l'ente pubblico territoriale diverrebbe suscettibile di essere apprezzata in concreto quale grave causa di sviamento di potere nelle manifestazioni di volontà dell'ente.

In ordine a presunte irregolarità su alcune procedure di acquisto e di appalto, premessa l'incompetenza della Commissione ad esprimersi al riguardo, va osservato che le censure segnalate investono i lavori di ampliamento della clinica Neuromed, appaltati dall'istituto alla società «ICI», legalmente rappresentata dal signor Aniello Patriciello, fratello di Aldo Patriciello e cognato dell'amministratore delegato del Neuromed, Mario Pietracupa.

Tale circostanza ha suscitato le proteste del direttore generale poi revocato, dottor Francesco Rossi, il quale nella seduta del consiglio di amministrazione del 1° febbraio 1999 ha evidenziato modifiche ai criteri in precedenza adottati per il conferimento dell'appalto, sottolineando profili di incompatibilità e conflitti di interesse tra alcuni soci del Neuromed e la ditta appaltatrice e contestando insufficienti controlli sotto il profilo dell'effettuazione dei lavori e dei pagamenti effettuati.

Pur ribadendo l'incompetenza della Commissione, e segnalando altresì l'incompletezza della documentazione acquisita su tale aspetto, appare opportuno evidenziare la mancanza, nel contratto sottoscritto tra l'istituto Neuromed e la «ICI s.r.l.» di una chiara indicazione del valore complessivo dell'opera ed il suo frazionamento in lotti, nonché la circostanza che i lavori siano stati aggiudicati mediante trattativa privata ad una impresa amministrata dal fratello di uno dei soci di riferimento maggioritario e che all'epoca l'amministratore delegato del Neuromed fosse cognato di entrambi; va altresì rilevato che le citate riserve e contestazioni sono state avanzate non solo dal dottor Rossi, ma anche da altri due componenti del consiglio di amministrazione, uno dei quali ha espresso, unitamente al dottor Rossi, voto contrario alla prosecuzione dei lavori in oggetto nel corso della citata riunione del consiglio di amministrazione.

Per quanto concerne l'attività assistenziale, l'istituto si caratterizza per la cospicua presenza di medici di provenienza universitaria, per lo più dipendenti dell'università «La Sapienza» di Roma, sulla base dell'apposita convenzione da questa stipulata con il Neuromed: in pratica i responsabili di tutti i dipartimenti clinici sono medici universitari che prestano, in virtù della richiamata convenzione, la loro attività clinica presso il Neuromed.

A questo proposito il presidente dell'istituto, rispondendo ad una specifica richiesta di informazione, ha precisato che il personale universitario strutturato svolge la sua attività clinico-assistenziale settimanale in quattro giorni per un totale di 28 ore, come previsto dalla convenzione stipulata con l'Università; la presenza quotidiana dei medici viene accertata attraverso la firma di appositi fogli. Le restanti 10 ore lavorative settimanali sono espletate come attività didattica e di ricerca presso l'università La Sapienza di Roma, il polo didattico del Molise e i laboratori di ricerca del Neuromed.

Anche alcuni profili attinenti all'organizzazione dell'attività sanitaria hanno sollevato perplessità.

In particolare, rispondendo ad una specifica richiesta, inviata dalla Commissione il 30 giugno 2000, concernente le modalità di organizzazione della guardia medica attiva e di pronta reperibilità, l'istituto ha trasmesso un regolamento di «formalizzazione della guardia medica» approvato lo stesso 30 giugno. La circostanza appare quanto meno singolare e dà adito a più di un dubbio sull'effettiva presenza della guardia medica nell'istituto, o quanto meno sull'efficienza della sua organizzazione fino al recentissimo passato.

Per quanto concerne poi l'attività di ricerca, sulla base della documentazione acquisita è stato accertato che i fondi ministeriali per la ricerca corrente sono andati progressivamente crescendo, nell'ultimo quinquennio, passando da 3.600 miliardi nel 1995 a 6.737 miliardi nel 1999.

I fondi ministeriali per la ricerca finalizzata sono cresciuti dal 1995 (1.250 miliardi) al 1998 (1.942 miliardi); nel 1999 sono stati pari 870 miliardi.

Il numero delle pubblicazioni scientifiche è stato, per il 1994 di 50 con un *impact factor* medio di 1,8; per il 1995 di 82 con un *impact factor* di 2,6; per il 1996, di 64 con un *impact factor* medio pari a 4; per il 1997 di 85, con un *impact factor* di 2,6; per il 1998 di 78 con un *impact factor* di 2,82; per il 1999 di 74 con un *impact factor* pari a 2,95.

Per quanto riguarda poi l'attività di ricerca, essa si attesta intorno alle 70 pubblicazioni annue con un decremento però dell'*impact factor* negli ultimi anni rispetto al 1996.

In pochissimi lavori vi è predominanza (come autori) di ricercatori dell'istituto. Da una valutazione delle pubblicazioni del 1999 si rileva che su un totale di 74 pubblicazioni solo in 27 compare come primo autore un ricercatore a vario titolo legato all'istituto.

Va infine rilevato che per la ricerca non viene redatta una contabilità separata rispetto all'attività clinica.

Oggetto di uno specifico approfondimento, tramite un'ispezione presso l'istituto effettuata da collaboratori della Commissione in data 5 luglio 2000, è stato l'avanzamento dei lavori della nuova sede del Neuro-med: ciò in considerazione della evidente inadeguatezza sotto il profilo logistico-sanitario della sede visitata dalla Commissione.

Va ricordato che, in sede di audizione, il presidente Melaragno aveva affermato che l'ultimazione della nuova sede, limitatamente al seminterato e al piano terra, sarebbe avvenuta nel settembre 1999; in una successiva comunicazione del 16 marzo 2000 aveva poi assicurato che la nuova sede sarebbe stata consegnata nel settembre 2000.

Il sopralluogo compiuto ha invece consentito di accertare che al 5 luglio 2000 nessuna parte del nuovo edificio era stata ancora completata né tanto meno attivata, e che la fine dei lavori (compresi il collaudo e le necessarie autorizzazioni) era prevista, nel migliore dei casi, tra la fine del 2000 e l'inizio del 2001.

6. Il sopralluogo presso l'Istituto effettuato il 19 settembre 2000

Nella seduta del 19 luglio 2000, in sede di esame della bozza di relazione sull'istituto Neuromed predisposta dalla relatrice, senatrice Bernasconi, la Commissione – preso atto delle numerose considerazioni critiche contenute nel documento – riteneva necessari ulteriori approfondimenti.

Il 19 settembre 2000 è stato pertanto effettuato un secondo sopralluogo presso la sede dell'istituto da parte un'ampia delegazione della Commissione, la quale ha inizialmente visitato il nuovo edificio in cui è previsto il trasferimento dell'intera attività clinica del Neuromed.

La nuova struttura sorge affiancata ed in prosecuzione a quella già esistente, alla quale è collegata tramite tre ascensori ed appositi passaggi; si sviluppa su cinque piani complessivi suddivisi in un piano seminterrato, piano terra e tre piani rialzati. Il piano seminterrato ospita il servizio mortuario, la cucina, la divisione riabilitativa (tre palestre), il comparto operatorio (con due sale operatorie), un reparto di terapia intensiva post-operatoria (con sei posti letto più uno per l'attività *intra moenia*), il centro di trattamento dell'epilessia (con una sala operatoria, una sala per la terapia stereotassica e tre posti letto), e il reparto di diagnostica per immagini.

Nel piano terra e nei sovrastanti tre piani sono ubicate le stanze di degenza dei pazienti (18 per piano) a due posti letto ciascuna con bagno interno, per complessivi 140 posti letto circa, comprese le stanze riservate all'attività *intra moenia* che hanno un posto letto più un letto per un eventuale accompagnatore. In ogni piano vi sono due bagni attrezzati per portatori di *handicap*.

La delegazione ha constatato che lo stato di avanzamento dei lavori della nuova struttura – che presenta *standard* edilizi e tecnologici sicuramente elevati – ha subito negli ultimi mesi una forte accelerazione. La previsione formulata dalla dirigenza dell'istituto è che il completamento dell'opera verrà realizzato tra la fine del 2000 e l'inizio del 2001.

Come affermato dal presidente dell'istituto, professor Melaragno, il costo complessivo ha per il momento raggiunto i 18 miliardi, ma certamente supererà i 20 al completamento dell'opera: esso è stato interamente finanziato con gli utili della società, salvo alcune apparecchiature relative alla chirurgia dell'epilessia (per un importo di 12 miliardi) che per il 50 per cento verranno finanziate dal MURST a partire dal 2001.

È stata poi ispezionata la vecchia sede dell'istituto. Rispetto alla situazione riscontrata nel precedente sopralluogo, alcuni miglioramenti sono stati apportati relativamente alle stanze di degenza (è stato approntato per ogni reparto un bagno attrezzato per portatori di *handicap*), mentre persistenti perplessità hanno suscitato le sale operatorie. In particolare, anche se sono state rimosse le separazioni provvisorie rilevate durante la prima ispezione, la struttura complessiva delle sale operatorie resta informata a criteri superati rispetto agli *standard* oggi previsti.

La delegazione ha quindi visitato il polo scientifico e tecnologico, nel quale – rispetto al precedente sopralluogo – è stato costruito un nuovo stabulario che non ha sollevato rilievi sotto il profilo igienico.

Si è quindi svolta l'audizione del professor Erberto Melaragno, presidente dell'istituto Neuromed, il quale ha consegnato alla delegazione una memoria con allegati. In tale documento, nel sottolineare come nella valutazione dell'istituto occorra tener presente il processo di evoluzione avviato a partire dal 1995 nonché i risultati già conseguiti rispetto alla situazione preesistente, si dà atto del ruolo di stimolo per l'accelerazione di tale processo svolto dall'inchiesta condotta dalla Commissione.

Per quanto concerne l'inadeguatezza della vecchia sede con riferimento alle norme sulla sicurezza recate dal decreto legislativo n. 626 del 1994, il presidente Melaragno ha rilevato, con esplicita ammissione, come la costruzione della nuova clinica sia stata avviata proprio in considerazione delle carenze strutturali del vecchio edificio. Egli ha peraltro affermato che gli organismi preposti al controllo della sicurezza previsti dal citato decreto sono presenti ed operativi nell'istituto e che in quest'ultimo non sussistono situazioni di particolare rischio ambientale per i lavoratori e i malati ricoverati.

Il professor Melaragno ha poi osservato che se è innegabile che vi sono stati ritardi nel completamento della nuova sede, essi tuttavia sono stati contenuti in un ragionevole lasso di tempo e comunque sono stati dovuti all'esigenza di ottenere specifiche autorizzazioni ad una perizia di variante e suppletiva resasi necessaria per alcune variazioni del progetto originario relative al centro per la chirurgia dell'epilessia (sul punto è stata acquisita una specifica memoria).

In ordine all'assegnazione dei lavori di costruzione della nuova sede – le cui procedure avevano suscitato riserve (si veda sopra al paragrafo 5) – ha precisato che l'istituto, dopo aver interpellato tre imprese, ha sottoscritto un contratto di appalto con trattativa privata, perseguendo legittimamente i propri interessi nell'ambito del libero mercato, e peraltro garantendosi che i costi rispettassero l'elenco dei prezzi pubblicato dalla Camera di commercio di Isernia per conto del Provveditorato alle opere pubbliche della regione Molise.

Per quanto concerne l'attività di ricerca, il professor Melaragno ha rilevato – con riferimento alle pubblicazioni scientifiche del Neuromed del 1999 (complessivamente 74, di cui solo 27 vedono come primo autore un ricercatore legato all'istituto) – che tale dato in effetti dimostra che nel 40 per cento delle ricerche condotte il Neuromed ha offerto il contributo più rilevante, in un contesto in cui la ricerca si sviluppa necessariamente attraverso la collaborazione tra più enti e istituzioni.

Il presidente Melaragno ha poi sottolineato che l'effettiva conduzione delle ricerche presso la struttura del Neuromed è dimostrata dalla presenza nell'istituto di numerosi laboratori con linee di ricerca proprie ed autonome, dotati di tecnologie avanzate e presso i quali lavora un nutrito gruppo di ricercatori dipendenti, oltre che di borsisti e di contrattisti.

Sotto il profilo organizzativo, raccogliendo lo stimolo rappresentato dalle richieste della Commissione concernenti in particolare l'organizzazione della guardia medica e gli orari del personale universitario strutturato, il consiglio di amministrazione ha recentemente emanato un regolamento di organizzazione che adegua le procedure dell'istituto a quelle del servizio pubblico, come previsto per gli IRCCS dal decreto legislativo n. 502 del 1992, come recentemente modificato. Il professor Melaragno ha inoltre specificato che suo intento è quello di procedere ad una graduale riduzione degli incarichi di consulenza che in genere prevedono un obbligo di presenza piuttosto limitato, per favorire invece l'assunzione di personale direttamente dipendente dall'istituto.

Il presidente del Neuromed ha da ultimo dato conto delle iniziative assunte dall'istituto per la costituzione di una fondazione senza finalità di lucro, in attuazione dell'impegno in tal senso assunto con il protocollo d'intesa sottoscritto il 26 gennaio 2000 dal Ministero della sanità, dalla regione Molise e dallo stesso Neuromed, concernente il programma strategico di sviluppo dell'istituto.

L'assemblea straordinaria del «Neuromed s.r.l.» ha provveduto il 21 luglio 2000 a modificare lo statuto della società ed in particolare l'articolo 4, relativo all'oggetto sociale, prevedendo che la società possa «costituire organismi non commerciali e/o ONLUS aventi finalità similari e connesse alla propria o attività della società ad essi demandate». Detta modifica statutaria si è resa necessaria, ad avviso del professor Melaragno, per definire e distinguere i limiti di Neuromed come s.r.l. rispetto a quelli di Neuromed come IRCCS.

Inoltre il consiglio di amministrazione ha varato lo statuto relativo alla costituenda «Fondazione Neuromed», approvato dall'assemblea della società lo scorso 29 settembre senza modifiche sostanziali. Si prevede che il patrimonio della fondazione sia inizialmente costituito dai conferimenti della Neuromed s.r.l. e si precisa che essa non ha scopo di lucro e persegue la promozione ed eventuale attuazione, diretta o indiretta, di attività di ricerca di base nel campo delle scienze neurologiche, nonché la promozione e il sostegno dell'attività di assistenza sanitaria nelle forme ritenute più opportune.

Il presidente Melaragno ha precisato infine – rispondendo ad una specifica domanda del senatore Mignone – che probabilmente alla fondazione senza scopo di lucro verrà in prevalenza affidata l'attività di ricerca, restando invece quella assistenziale in capo alla s.r.l., con una gestione quindi volta a remunerare con un profitto gli investimenti compiuti.

L'esame della documentazione da ultimo acquisita concernente l'attività clinica del Neuromed consente di osservare che fino agli anni 1994-1995 si riscontra una netta prevalenza di cosiddette patologie mediche del dorso per le quali si procede anche al ricovero nei reparti chirurgici. Negli anni successivi si registra un incremento delle patologie degenerative del sistema nervoso centrale e periferico di interesse chirurgico (patologie che passano al primo posto tra quelle trattate), anche se le affezioni mediche del dorso continuano ad occupare un posto rilevante.

7. Considerazioni conclusive

La notevole ed inconsueta durata dell'inchiesta condotta dalla Commissione sul funzionamento dell'istituto Neuromed ha consentito di cogliere – ed in certa misura di stimolare – il processo di trasformazione che senza dubbio l'istituto sta attraversando, sia sotto il profilo organizzativo e strutturale che sotto il profilo dell'assetto giuridico-istituzionale.

La situazione che si presentava nel marzo del 1999 – al momento del primo sopralluogo – appariva carente sotto molteplici punti di vista, dalla evidente e grave inadeguatezza igienico-sanitaria e di sicurezza (con riferimento al decreto legislativo n. 626 del 1994) del vecchio edificio ospitante l'attività clinica e i reparti di degenza, a metodi e prassi organizzative alquanto insufficienti e poco rigorosi, ad esempio relativi alle modalità di accertamento della presenza dei professori universitari cosiddetti strutturati che svolgono le funzioni di responsabili dei reparti assistenziali. Anche l'attività di ricerca non sembrava, almeno sotto il profilo organizzativo, esente da pecche, in particolare per quanto riguarda l'eccessivo numero di consulenti con un impegno orario assai limitato.

A questi elementi di perplessità si aggiungevano poi aspetti societari che suscitavano più di una riserva, concernenti prospettate incompatibilità e conflitti di interesse relativi a componenti del consiglio di amministrazione e alla gestione degli appalti da parte della società Neuromed.

Complessivamente il quadro che emergeva sembrava alimentare il sospetto che l'attività dell'istituto fosse principalmente funzionale a confluenti e prioritari interessi imprenditoriali e accademici, in assenza di strutture e organizzazione adeguate ad un IRCCS di elevato livello. Si aggiungeva infine l'ombra del procedimento penale che aveva coinvolto il precedente direttore generale e che aveva ad oggetto anche le modalità con cui all'istituto era stata riconosciuta la qualità di IRCCS.

A fronte di tale problematica situazione, sono state programmate alcune iniziative, quali la costruzione di una nuova struttura dove ospitare le degenze e l'attività clinica (necessaria per la riconosciuta inadeguatezza della vecchia sede a rispondere ai dettami del decreto legislativo n. 626 del 1994) e la previsione di istituire una fondazione senza scopo di lucro alla quale demandare in tutto o in parte le attività finora gestite dalla s.r.l.

In realtà la costruzione della nuova sede non è ancora ultimata, anche se si è potuto notare una positiva accelerazione dei lavori a seguito dei rilievi avanzati dalla Commissione.

Per quanto riguarda l'istituenda fondazione – iniziativa che dà attuazione ad uno specifico impegno contenuto nel protocollo d'intesa sottoscritto dall'istituto Neuromed con la Regione – rispetto all'esigenza pur sottolineata dallo stesso presidente Melaragno di modificare lo statuto della s.r.l. Neuromed al fine di meglio distinguere i limiti di tale società rispetto a quelli dell'IRCCS Neuromed, va rilevato che il progetto di statuto della fondazione recentemente approvato dall'assemblea della società Neuromed ha carattere onnicomprensivo e generico, in quanto consente

alla fondazione non solo di promuovere ed attuare attività di ricerca, ma anche attività di assistenza sanitaria nelle forme ritenute più opportune. Occorrerà perciò verificare come, in concreto, sarà disegnato il campo operativo della fondazione ai fini della valutazione, di competenza della Regione, del rispetto dell'impegno assunto da Neuromed nel citato atto d'intesa.

In proposito occorre tuttavia sottolineare che lo stesso presidente Melaragno ha specificamente affermato, nel corso dell'ultima audizione, che con ogni probabilità alla fondazione verrà trasferita la sola attività di ricerca, mentre l'attività clinica continuerà ad essere gestita a fini di lucro.

In linea con il prospettato processo di rinnovamento, si è poi posta la nomina del nuovo consiglio di amministrazione avvenuta nel luglio 1999.

La dirigenza dell'istituto si è inoltre attivata - quasi sempre in conseguenza di rilievi o richieste formulati dalla Commissione - adottando apprezzabili iniziative in tema di organizzazione dell'attività assistenziale e di adeguamento alla normativa dettata dal citato decreto n. 626.

Anche per quanto concerne i profili attinenti ai rapporti con il personale di provenienza universitaria e con i consulenti, i vertici del Neuromed sono sembrati via via più sensibili all'esigenza di affermare con maggior decisione l'interesse dell'istituto in quanto tale. Permane comunque una presenza rilevante di personale che non è né universitario strutturato né direttamente dipendente dall'istituto, ma opera in base ad un rapporto di consulenza che prevede un orario settimanale limitato a poche ore. Sempre nell'ambito dei rapporti con l'Università, si ritiene debba essere chiarita la compatibilità tra l'incarico di direttore scientifico del Neuromed e quello di Preside della Facoltà di medicina.

Alla luce di quanto esposto, si comprende come il quadro che si è offerto alla delegazione della Commissione che ha effettuato il secondo sopralluogo presso l'istituto sia risultato senza dubbio diverso e migliore rispetto a quello, decisamente preoccupante, registrato un anno e mezzo prima. Questo tuttavia non significa che il processo di evoluzione dell'istituto al quale si è fatto cenno possa considerarsi completato. Senza dubbio sono stati compiuti passi in avanti; d'altra parte alcuni processi di cambiamento restano, allo stato, ancora *in itinere* e lo stesso andamento dell'inchiesta della Commissione ha dimostrato l'opportunità che essi vengano monitorati e stimolati anche in futuro da parte degli organi pubblici preposti (Ministero della sanità e regione Molise), eventualmente approfondendo, nelle opportune sedi, aspetti tuttora sospesi o non sufficientemente chiariti, segnalati dalla presente relazione. Tale opera di monitoraggio, in linea con quanto previsto nel disegno di legge di riforma degli IRCCS già approvato dalla Camera dei deputati e ora all'esame del Senato, dovrebbe anzi rivestire, anche nei confronti degli IRCCS privati, un carattere puntuale e continuativo, in quanto funzionale all'obiettivo di assicurare da parte di tali istituti uno *standard* di prestazioni - sia nella ricerca che nell'assistenza - tali da giustificare effettivamente il riconoscimento come IRCCS.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 27 aprile 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'ospedale San Raffaele di Milano (*predisposta dalla relatrice sen. Anna Maria Bernasconi*)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 79 del 12 luglio 2000

1. Premessa

Nel quadro dell'inchiesta sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 27 aprile 1999 a Milano, per effettuare un sopralluogo presso l'Ospedale «San Raffaele», Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato. Hanno fatto parte della delegazione il senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione, nonché i senatori Anna Maria Bernasconi, Giovanni Bruni e Giancarlo Zilio.

Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione del dottor Vincenzo Bisconti, collaboratore esterno e di un componente del nucleo di polizia giudiziaria della Commissione medesima, nonché di un operatore fotografico della polizia scientifica della questura di Milano.

2. Caratteristiche dell'ospedale San Raffaele di Milano

La struttura dell'ospedale San Raffaele di Milano si sviluppa su una superficie complessiva di circa 60.000 mq., coprendo un'area territoriale di circa 300.000 mq., ed è ripartita in quattro corpi di fabbrica collegati da due piani sotterranei. Il Centro di ricovero e cura per le patologie HIV correlate, denominato «Centro San Luigi», trova invece collocazione separata.

L'istituto ospita 1.213 posti letto autorizzati, di cui 947 accreditati, ed ha effettuato, nel 1998, 58.994 ricoveri con il Servizio sanitario nazionale, per una degenza media di 7,14 giorni e con un indice «occupazionale» dell'86.83 per cento. Nel medesimo periodo, ha inoltre effettuato 56.393 prestazioni di pronto soccorso e 20.299 interventi chirurgici. L'istituto occupa attualmente 555 medici di ruolo.

Ulteriori notizie circa le caratteristiche dell'istituto possono trarsi dalle pubblicazioni, curate dall'istituto, acquisite agli atti dell'indagine. Nel merito specifico delle attività di ricerca scientifica del parco biome-

dico, la pubblicazione «*San Raffaele Biomedical Science Park*», del luglio 1997, illustra il progetto di «abbattimento delle barriere» fra l'attività accademica e quella di ricerca industriale nelle varie specificazioni in cui si articola la ricerca.

Infine, il periodico quadrimestrale «*Sanare Infirmos*», nel numero dell'ottobre 1997, fornisce un approfondito studio monografico sull'Ospedale San Raffaele e sulle sue attività, nonché su quelle della fondazione «Centro San Raffaele del Monte Tabor» e del suo presidio romano.

3. Il sopralluogo alla struttura ospedaliera

La delegazione ha iniziato la propria ricognizione esaminando gli ambienti del pronto soccorso, dell'area ivi addetta alla registrazione ed alla accettazione ricoveri, nonché della attigua sala d'attesa. Il servizio è dislocato in una struttura allungata e suddiviso in zona amministrativa e zona medica. L'area antistante l'ingresso del pronto soccorso è attrezzata per l'arrivo delle autoambulanze e per l'accesso diretto delle lettighe alle due sale urgenze. Dette sale, comunicanti fra loro e dotate ciascuna di un annesso locale di servizio, sono specialmente dedicate all'accoglienza dei politraumatizzati coinvolti in incidenti stradali nonché ad urgenze simili. Le sale presentano una completa dotazione di apparecchiature, con defibrillatore e respiratori artificiali. Al momento del sopralluogo, uno dei respiratori è risultato in riparazione, mentre erano presenti due respiratori a bombole su carrello. La struttura è completata da tre sale per visita, da una sala osservazione e da una sala di visita pediatrica con servizi, mentre si attendeva la consegna di una unità di rianimazione. Al servizio, attivo nelle 24 ore, risultano assegnati due internisti, due chirurghi ed un anestesista, oltre al personale di guardia divisionale nei reparti.

Per i pazienti assistiti nel pronto soccorso, l'accettazione segue un percorso distinto da quello di accettazione ordinaria. All'accettazione ordinaria è invece dedicata un'ampia area che è stata di seguito visitata dalla delegazione. Essa annovera, fra l'altro, un percorso denominato «Linea Arianna» che è esclusivamente dedicato ai pazienti tumorali per i quali vengono così ridotti i tempi d'attesa.

La delegazione ha poi visitato il reparto di terapia intensiva, cui si accede attraverso un corridoio attrezzato con armadietti a chiave, sul quale insistono anche due spogliatoi. Il reparto non comprende le postazioni di terapia specialistica che sono dislocate presso i rispettivi reparti.

Al piano inferiore si trova il reparto di neuroradiologia. La delegazione ha ivi preso visione di due *recovery rooms* di piccole dimensioni e delle attigue sale di attesa. Circa le dimensioni ridotte delle *recovery rooms*, il personale medico ha informato che esse sono dedicate principalmente all'assistenza pediatrica e che per le emergenze sono comunque disponibili altre sale di maggiori dimensioni ed agibilità.

Nell'area che ospita l'apparecchiatura per la «NCH Stereotassia Gamma Knife», in attività dal dicembre 1993, la dottoressa Laura Ven-

trella, assistente neurochirurgo, ha illustrato sia le procedure diagnostiche che le manovre chirurgiche stereotassiche, ed in particolare il funzionamento dei quattro tipi di casco, che consentono irradiazioni anche inferiori al decimo di millimetro. L'apparecchiatura viene utilizzata principalmente per effettuare trattamenti nelle metastasi e nelle localizzazioni singole encefaliche, nonché in molte malformazioni aneurismatiche. Attraverso di essa vengono svolti altresì studi sull'epilessia ed è stato realizzato un archivio computerizzato di tutta la casistica, corredato da immagini digitalizzate.

Dopo aver percorso un corridoio in fase di ristrutturazione (che separa la Gamma Knife dal settore Q e su cui affacciano le centrali elettriche e quelle termiche), la delegazione ha visitato la zona prelievi, che consta di un'ampia sala di attesa attrezzata su cui insistono le sale prelievi ed un settore specificamente pediatrico.

La delegazione si è quindi divisa, ed i senatori Tomassini e Bruni hanno effettuato una visita diretta alle sale operatorie, mentre i senatori Bernasconi e Zilio hanno visitato l'unità coronarica ed il reparto di emodinamica.

La delegazione, poi ricongiuntasi, ha quindi visitato il reparto di cardiocirurgia, situato al terzo piano, e specificamente un magazzino con impianto antincendio centralizzato, una sala riservata alla fisioterapia respiratoria e le camere di degenza. Il reparto ospita 38 posti letto di cui 20 di corsia e 18 di intensiva. I letti di corsia sono distribuiti in camere attrezzate. Ad esempio, la camera che ospita i letti 321 e 322, mostra la dotazione standard di due letti con alla parete l'impianto di erogazione di gas medicali, due tavolini portaoggetti, due sedie ed un televisore, oltre al bagno interno.

Infine, la delegazione ha effettuato una visita diretta ai laboratori allocati nel complesso del Dipartimento di biotecnologie (DIBIT).

4. Le audizioni *in loco*

Concluso il sopralluogo alla struttura, hanno avuto inizio le audizioni.

Sono stati ascoltati inizialmente il professor *Luigi Maria Verzè*, presidente dell'Istituto, e la sua assistente dottoressa *Raffaella Voltolini*, presidente dell'associazione «Sigilli». Il professor Verzè ha illustrato la storia della fondazione «Centro S. Raffaele del Monte Tabor», nata nel 1970, e delle due associazioni che la governano, e precisamente l'associazione «Monte Tabor» e l'associazione «Sigilli», che nel loro statuto si informano entrambe allo spirito filantropico che caratterizza il mandato della fondazione stessa. Ha inoltre illustrato come da questo nucleo sia derivata l'espansione internazionale dello «spirito fondazionale», con la creazione di analoghe istituzioni nel mondo, fra cui quelle in Brasile ed in India.

L'Istituto San Raffaele di Milano, riconosciuto nel 1972, ha ottenuto la prima convenzione nel 1973 con l'Università di Milano. Dal polo universitario è nata l'Università «Vita - Salute San Raffaele», di cui il pro-

fessor Verzè è rettore, dando luogo prima alla facoltà di psicologia, poi alla facoltà di medicina.

Per quanto attiene al bilancio, in risposta a quesiti posti dai senatori Bernasconi e Tomassini, il professor Verzè si è detto molto meravigliato dell'intervento della magistratura che indaga su cinque medici di sua piena fiducia. Il bilancio dell'istituto, ha aggiunto il professor Verzè, è complessivamente equilibrato, sebbene l'esercizio in corso non rispetterà il *budget* sia a causa di una contestazione da parte della Regione, che a causa di un incendio di origine dolosa sviluppatosi il 17 gennaio 1998, nel reparto di pediatria, che ha provocato danni per parecchi miliardi. Grava inoltre sul bilancio l'iniziativa che, dal 1990, vede la fondazione impegnata nella struttura nell'area di Mostacciano a Roma. Il professor Verzè ha poi ricordato che l'operazione, che ha coinvolto Ministero e Regione, è stata definita dal ministro Berlinguer un modello di riferimento che avrebbe dovuto ripetere l'esperienza di Milano ed avrebbe dovuto essere finanziata per 175 miliardi.

In prospettiva, come illustrato dal professor Verzè, sono previsti il completamento del parco scientifico, già realizzato al 50 per cento in apposita struttura DIBIT, un progetto di sviluppo dei servizi centralizzati con nuova allocazione delle cucine e dei servizi di convivenza alberghiera e la realizzazione di strutture per tempo libero e campi sportivi, nonché il potenziamento del parco scientifico industriale già presente nel DIBIT. È invece già stato realizzato un collegamento di trasporto leggero fra la metropolitana e l'ospedale.

In seguito a specifici quesiti dei senatori Bernasconi e Bruni, la dottoressa Voltolini, che ricopre anche la carica di direttore generale della Didattica, ha specificato che la facoltà dell'Ateneo «Vita - Salute San Raffaele» ha preso avvio con l'anno accademico 1998-1999. Per quanto attiene ai rapporti con l'Università di Milano, è previsto un programma di dismissione in tre anni. La facoltà, ha infine specificato la dottoressa Voltolini, accoglie attualmente 70 studenti per una retta annua di 15,5 milioni di lire, mentre sono attive 10 borse di studio di pari importo sostenute da finanziatori ed altre borse di portata minore.

Successivamente sono stati ascoltati il dottor *Claudio Bordignon*, sovrintendente scientifico e primario del dipartimento di ematologia, ed il professor *Guido Pozza*, ex sovrintendente scientifico e primario del dipartimento di medicina interna.

Il dottor Bordignon ha illustrato le linee secondo cui si svolge la ricerca: diabete e malattie endocrino-metaboliche; tecnologie biomediche; biotecnologie e medicina molecolare (l'area più ampia); i progetti speciali, di cui 6 approvati nel 1998. La ricerca si articola in due aree, precisamente nell'apposita struttura DIBIT ed attorno al letto del malato.

È in corso una *joint venture* con l'Istituto «Telethon», che si qualifica quindi come un'agenzia di finanziamento esterno, accanto al CNR, al Ministero della sanità, e ad enti privati ed alle istituzioni pubbliche internazionali. Nell'area biomedica, l'istituto ha attratto le maggiori industrie, conseguendone vantaggi tecnologici e culturali. Il San Raffaele ha inoltre

intensi rapporti con la Unione Europea, da cui riceve ampio riconoscimento: il *rate* di finanziamento dalla Unione Europea è del 30 per cento circa, nella media delle maggiori istituzioni europee.

Il dottor Bordignon ha altresì osservato come le pubblicazioni siano aumentate negli ultimi anni e sia in costante incremento anche l'*impact factor*. Dalla documentazione consegnata si evince che il numero complessivo delle pubblicazioni è salito da 500 nel 1995 a 586 nel 1998, con un *impact factor* medio pari nel primo anno di riferimento a 3,91 e nel secondo anno a 4,8, con alcune differenze tra i singoli filoni di ricerca.

Il dottor Bordignon ha infine evidenziato il *trend* in ascesa della capacità di finanziamento esterno e del finanziamento del Ministero della sanità che sottolinea il riconoscimento della qualità della ricerca.

A seguito di una domanda posta dalla senatrice Bernasconi, il dottor Bordignon ha precisato che per la ricerca e per la clinica sono redatti due bilanci separati e che i medici presenti nella pianta organica della ricerca svolgono almeno per il 90 per cento attività di ricerca, dedicandosi solo in minima parte all'attività clinica.

Il professor Pozza ha espresso soddisfazione per la capacità di ricorrere alle fonti di finanziamento. Ha inoltre osservato come l'attività di produzione scientifica sia in aumento nonostante l'adozione dei DRG (*Diagnosis Related Group*) e come la ricerca sia stata adattata al *turnover* dei pazienti imposto dai DRG.

La dottoressa *Gianna Zoppi*, sovrintendente sanitario, ha illustrato i tre elementi che hanno caratterizzato la graduale evoluzione dell'Istituto sin dal riconoscimento come IRCCS, avvenuto nel 1981: la natura scientifica; l'esigenza assistenziale dovuta alla collocazione territoriale; l'Università. La dottoressa Zoppi ha inoltre sottolineato come l'Istituto funzioni con le caratteristiche di un vero policlinico, con l'insediamento di un dipartimento di emergenza-urgenza ad alta specialità attivo per 24 ore che risponde a tutte le emergenze cardiologiche, neurochirurgiche e traumatologiche e che si sta attrezzando per quelle pediatriche. Importante, inoltre, per le malattie infettive è il Centro San Luigi, in sede distaccata. I ricoveri sfiorano ormai il livello di 60.000, di cui quasi il 20 per cento provenienti extraregione, con una occupazione che supera l'85 per cento, un valore medio per ricovero di circa 7 milioni ed un numero di interventi chirurgici di oltre 20 mila l'anno, comprendenti i trapianti rene-pancreas.

A seguito di richieste avanzate da parte del senatore Tomassini, la dottoressa Zoppi ha chiarito che l'istituto San Raffaele ha una propensione organizzativa interdisciplinare le cui linee guida sono quelle scientifiche. Non risultano situazioni di precariato del personale. Oltre i 555 medici in ruolo presso l'Ospedale si contano posizioni di consulenza rese da altri soggetti non in ruolo.

A proposito delle emergenze, la dottoressa Zoppi ha infine specificato che, nel maggiore dei due blocchi operatori, esiste una sala dedicata esclusivamente alla urgenza-emergenza 24 ore su 24, ed esiste anche un protocollo organizzativo interno per ulteriori emergenze.

Il dottor *Robert Mazzucconi*, direttore sanitario, ha illustrato alcuni aspetti organizzativi collaterali, e segnatamente il servizio programmazione, attivo già da due anni, che funge da interfaccia rispetto alla prestazione medica con il paziente già prima del ricovero. In particolare, il dottor Mazzucconi ha illustrato l'adozione di pacchetti predefiniti di prestazioni che il servizio programmazione, a beneficio del paziente, prenota e concentra, se possibile, in una sola mattinata. Detto servizio consente già, oltre ad un importante risparmio, anche la programmazione del prelievo autologo di sangue e consentirà di elevare la programmazione chirurgica ordinaria al 90-95 per cento. Attualmente, fra visita e ricovero, trascorrono non più di 20-30 giorni.

A tale riguardo, in una comunicazione successiva alle audizioni, la dottoressa Zoppei ha precisato che le liste di attesa per l'elezione si aggirano in media sui 30 giorni ma possono essere flessibili in considerazione delle urgenze, soprattutto in divisioni quali la neurochirurgia e l'area cuore. Ad esempio, in cardiocirurgia per l'alta patologia non vi è alcuna attesa, per la media patologia un'attesa di 3 settimane e per la bassa anche di 4 mesi; in cardiologia, per i casi urgenti l'attesa può durare da 1 a 15 giorni (salvo naturalmente i casi di massima urgenza), mentre per i casi elettivi 1 mese; in ginecologia, i casi urgenti attendono 1 settimana, quelli ordinari 1 mese.

Il dottor Mazzucconi ha poi fatto presente che l'istituto ha programmi operatori con personale dalle 7,30 alle 22, nonché servizi diagnostici attivi almeno 10 ore al giorno e guardia attiva nei laboratori 24 ore su 24.

Su tale ultimo punto, in base alla documentazione acquisita, è risultato che presso l'istituto San Raffaele è organizzata una guardia attiva 24 ore su 24 plurispecialistica specifica per il pronto soccorso, nonché per le varie divisioni specialistiche. Si ritiene comunque di dover segnalare che per la radiologia è prevista la presenza 24 ore su 24 solo di un tecnico, mentre per lo specialista radiologo è in funzione un sistema di pronta reperibilità notturna.

A fronte di ulteriori domande del senatore Tomassini, il dottor Mazzucconi ha inoltre ricordato come, in occasione del recente incendio, il pronto soccorso abbia affrontato una situazione di emergenza catastrofe fungendo come zona di verifica di tutti gli interventi organizzativi.

Rispondendo a richieste dei senatori Bernasconi e Bruni, il dottor Mazzucconi ha infine specificato che in caso di ricovero collegato con il Servizio sanitario nazionale il paziente non può richiedere alla struttura prestazioni diagnostiche in regime di libera professione. L'attività in regime privatistico è svolta in reparti differenziati e dedicati esclusivamente; non è concesso il passaggio da regime di solvenza a quello del Servizio sanitario nazionale e viceversa.

L'ingegner *Roberto Capra*, responsabile del servizio prevenzione e protezione, ha riferito circa le risultanze della perizia tecnica nonché delle indagini della magistratura, in merito all'incendio doloso che ha colpito l'ospedale San Raffaele. L'ingegner Capra ha affermato che, in quella cir-

costanza, l'evacuazione di quasi 300 pazienti è stata ultimata regolarmente e con anticipo rispetto all'intervento dei Vigili del fuoco.

In tema di valutazione dei rischi, ha infine posto in evidenza i problemi derivanti dal rumore esterno generato dal traffico stradale, mentre ha assicurato che scarsamente incidente è il rumore derivante dal vicino aeroporto di Milano.

Il dottor *Vincenzo Mariscotti*, sovrintendente amministrativo, ha illustrato l'articolazione dei servizi cui è preposto e che dal 1991 beneficiano di una contabilità economica patrimoniale. Ad essi si affiancano la contabilità per centri di costo ed un sistema di budget che prevede incontri periodici con i primari e la direzione sanitaria per l'elaborazione di consuntivi e proiezioni sull'andamento della gestione.

Il dottor Mariscotti ha poi avanzato osservazioni negative circa l'impostazione dei DRG nella regione Lombardia. Particolarmente insoddisfacente risulta, a suo avviso, il pagamento delle prestazioni relative ai pazienti del pronto soccorso, correntemente valutate per circa la metà del costo effettivo.

A seguito di una domanda della senatrice Bernasconi, il dottor Mariscotti ha confermato che i bilanci hanno sofferto dopo l'introduzione dei DRG. Questo ha causato una riduzione del rimborso medio per ricovero di circa il 35-40 per cento. La questione è stata sollevata dinanzi al TAR Lombardia. Il disavanzo attinente alle strutture di Milano è stato nel 1998 di circa 20 miliardi, aggravato dalle circostanze conseguenti all'incendio che hanno determinato l'inagibilità di alcuni reparti, per circa 100 posti letto.

A seguito di ulteriori richieste della stessa senatrice Bernasconi circa le indagini giudiziarie in corso, il dottor Mariscotti, alla luce della precisa definizione dell'attività ambulatoriale fornita dal nomenclatore, ha escluso che prestazioni ambulatoriali possano essere state erogate in regime di ricovero.

A proposito delle apparecchiature, in risposta al senatore Tomassini, il dottor Mariscotti ha illustrato il ruolo svolto dall'Ingegneria clinica nell'acquisto e nella manutenzione. Quest'ultima avviene, tuttavia, anche attraverso la stipulazione di contratti di tipo «*Full Risk*», oppure a chiamata, ovvero, infine, attraverso le assicurazioni. In particolare, le apparecchiature di dialisi vengono, a seconda delle risorse disponibili, acquistate oppure utilizzate in comodato d'uso a fronte di un rimborso percentuale della tariffa regionale.

A proposito dell'acquisto dei farmaci, il dottor Mariscotti ha poi illustrato l'attività della «Commissione terapeutica» cui partecipano tre farmacisti dipendenti dalla direzione sanitaria ed i primari.

La delegazione parlamentare ha quindi ascoltato una rappresentanza del personale medico. Il professor *Giuseppe Bianchi*, primario di nefrologia, si è detto colpito da quanto accaduto in relazione alle vicende giudiziarie che hanno visto coinvolti medici del San Raffaele; a suo giudizio una valutazione generale della situazione sanitaria, almeno in Lombardia, non può prescindere dalla constatazione che il sistema dei DRG non cor-

risponde adeguatamente alla realtà economica delle prestazioni mediche erogate. Ha inoltre evidenziato che, dalla mancanza di un dialogo fra l'autorità che eroga i rimborsi ed il medico, deriva il timore, comprovato da tutti i suoi assistenti, che ogni atto medico possa essere soggetto a rivisitazione da parte dell'autorità giudiziaria. Ha così auspicato che l'attività di controllo possa essere esperita da persone competenti in presenza di un adeguato dialogo.

A seguito di una osservazione della senatrice Bernasconi circa un articolo pubblicato dal professor Bianchi, lo stesso ha poi risposto che il più recente intervento della magistratura, con il sequestro di 12 cartelle del reparto di nefrologia relative a pazienti ricoverati due volte nell'arco di un anno, ha riproposto le questioni da lui già sollevate.

Poiché nella struttura non esistono sindacati medici organizzati, la delegazione della Commissione ha ascoltato il dottor *Andrea Falini*, rappresentante dell'associazione «medici del San Raffaele», il quale ha illustrato il ruolo di interazione con la dirigenza svolto dall'associazione. Ha poi spiegato che i circa 400 medici dell'associazione hanno deliberato di non aderire ad un sindacato, pur rimanendo la possibilità di aderirvi invece a titolo personale.

La dottoressa *Anna Borri*, della medesima associazione, ha ricordato di aver cominciato a frequentare il San Raffaele da studentessa e di essere stata in seguito assunta. Ha manifestato la propria soddisfazione nella collaborazione con l'istituto ed il desiderio, condiviso dai colleghi, di continuarla.

La dirigente del servizio infermieristico *Angela Redaelli* ha illustrato l'organico del servizio che annovera circa 1.700 addetti, di cui circa 1.000 infermieri professionali distribuiti in tutti i reparti in numero sufficiente per un'assistenza attenta al malato. Ha evidenziato gli aspetti positivi della possibilità di selezionare il personale per categorie e per capacità, al di fuori delle graduatorie ad esaurimento, ma ha posto l'accento sui problemi derivanti dalle gravidanze, ivi compresi i problemi di carattere sociale ad esse legati. In proposito ha sottolineato gli sforzi compiuti dal servizio per favorire il reinserimento e la ricollocazione delle risorse secondo gli orari più consoni.

Infine, ha dato conto dell'aggravamento dell'attività infermieristica a seguito dell'introduzione dei DRG che non annoverano una serie di attività proprie dell'assistenza.

L'infermiera professionale *Luciana Cracco* ha illustrato l'introduzione dell'assistenza per piccole *équipe* che ha sostituito l'assistenza per compiti, e l'adozione della cartella infermieristica atta a personalizzare tale assistenza.

5. Le audizioni presso la sede della Commissione

Nell'audizione svoltasi presso la sede della Commissione il 25 maggio 1999, sono stati ascoltati il dottor *Francesco Prete* ed il dottor *Sandro*

Raimondi, entrambi sostituiti procuratori presso il Tribunale di Milano, i quali hanno depositato numerosi atti afferenti al procedimento penale n. 2308 del 1999 RGPM.

Il dottor Prete e il dottor Raimondi hanno spiegato che l'inchiesta condotta dalla Magistratura milanese - nata da svariati esposti, segnalazioni e denunce provenienti da più parti, soprattutto da privati, i quali ritenevano di aver subito un danno patrimoniale in relazione a prestazioni mediche ricevute - non riguarda soltanto l'ospedale San Raffaele, ma anche altre strutture sanitarie, sia pubbliche (il policlinico di Milano) che private, operanti nel territorio.

La metodica investigativa si è articolata partendo dall'acquisizione, presso diverse strutture nosologiche, di documentazione amministrativa e sanitaria ed operando quindi una attenta elaborazione della medesima anche con l'ausilio di opportune consulenze tecniche; nel caso di specie, per quanto concerne l'ospedale San Raffaele, risultano sequestrate circa sette-ottomila cartelle cliniche, che sono state poi esaminate a campione da consulenti tecnici del P.M. e con l'importante ausilio di personale appartenente ai NOC dell'Assessorato regionale alla sanità della Lombardia; a ciò si sono accompagnati numerosi interrogatori di pazienti (qualche centinaio), di medici e di personale amministrativo condotti dalla Guardia di finanza.

La predetta tecnica investigativa ha consentito di raggiungere importanti risultati e di procedere così alla richiesta ed alla successiva esecuzione di cinque ordinanze di custodia cautelare emesse dal competente GIP nei confronti dei dirigenti medici responsabili dei reparti di odontoiatria, di oculistica, di oncologia e di neurologia dell'ospedale San Raffaele.

Premesso che il relativo procedimento penale non è ancora concluso, l'esito degli accertamenti, secondo l'impostazione dell'accusa, è in sostanza riassumibile nella effettuazione presso alcuni reparti dell'istituto di prassi dirette o alla falsa certificazione di prestazioni, addebitate al Servizio sanitario nazionale, in realtà non erogate (è questo il caso del reparto di odontoiatria), oppure alla erogazione in regime di ricovero, della durata di uno o due giorni, sempre a carico del Servizio sanitario nazionale, di prestazioni che il nomenclatore vigente prevede siano erogate in regime ambulatoriale.

In tale ultima ipotesi, mentre i reparti dotati di posti letto - nella fattispecie quelli di oculistica e di neurologia - provvedevano autonomamente al ricovero, per taluni esami erogati dal servizio di radioterapia (non dotato di posti letto) si attestava un inesistente ricovero di un giorno in regime di *day hospital* presso la divisione di medicina II.

Le cartelle di accettazione registrano l'anomalia - che trova forse spiegazione, secondo i magistrati, in un errore di impostazione del programma informatico - per cui il medico accettante risulta sempre essere il medico coordinatore sanitario dell'ospedale e non il medico del pronto soccorso o dell'accettazione.

Dall'indagine della magistratura non sono emersi profili di responsabilità coinvolgenti direttamente il vertice organizzativo della struttura. A

riguardo va osservato che i comportamenti oggetto di rilevanza penale attingono solo a quattro reparti dell'Ospedale San Raffaele, mentre l'attività investigativa, secondo quanto riferito dai magistrati in sede di audizione, ha abbracciato l'intera struttura dell'IRCCS in questione; è pertanto del tutto ragionevole ritenere che, se l'ipotesi dell'esistenza di direttive imposte dai vertici della struttura fosse rispondente al vero, tutti o comunque la maggior parte dei reparti e servizi ne sarebbe stata interessata e non soltanto i quattro reparti di odontoiatria, di oculistica, di oncologia e di neurologia.

6. I documenti acquisiti

Hanno concorso a puntualizzare lo stato di funzionamento dell'ospedale San Raffaele di Milano, in aggiunta ai documenti acquisiti in loco ed il cui elenco è allegato alla presente relazione, i documenti pervenuti alla Commissione in seguito alle richieste intervenute nel corso delle audizioni. In particolare:

- a) il questionario denominato «Invito ai degenti», relativo alle inchieste di «*customer satisfaction*» svolte dall'Istituto;
- b) la Carta dei servizi dell'Istituto;
- c) lo schema, a cura della direzione sanitaria, con i dati relativi ai ricoveri ed alle prestazioni erogate nel 1998;
- d) i bilanci sezionali, a cura del sovrintendente amministrativo, della fondazione «Centro San Raffaele del Monte Tabor» relativi agli anni 1995, 1996 e 1997;
- e) lo schema delle attività assistenziali, comparato per gli anni 1994, 1995, 1996, 1997 e 1998, a cura del sovrintendente amministrativo;
- f) i tabulati relativi alle funzioni di guardia attiva e reperibilità, a cura del sovrintendente amministrativo;
- g) il tabulato relativo alle unità mediche in forza all'Istituto, suddiviso per livelli dirigenziali, a cura del sovrintendente amministrativo;
- h) la documentazione fornita dal responsabile del servizio di prevenzione e protezione, fra cui in particolare il piano di emergenza ed evacuazione.

7. Considerazioni conclusive

Nel complesso le strutture dell'ospedale del San Raffaele di Milano sono apparse moderne ed efficienti.

Le norme previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994 sono applicate e tutti i dispositivi di garanzia per le emergenze sono presenti ed adeguati.

Le attrezzature diagnostiche e terapeutiche, tutte di buon livello, comprendono anche apparecchiature tecnologicamente all'avanguardia.

Alla struttura di degenza è collegato un dipartimento di biotecnologie ed un parco scientifico.

La direzione scientifica ha mostrato un'elevata produttività, con un alto *impact factor* che corrisponde alla valutazione dell'apposita commissione del Ministero della sanità.

La quantità di interventi, il numero di ricoveri, la forte richiesta extraregionale (salita, tra il 1996 e il 1999, dal 14,3 per cento al 21,4 per cento della domanda complessiva) pongono l'istituto a livelli sicuramente elevati di prestazione sanitaria. A differenza di altre strutture di buon livello, il servizio di prevenzione e protezione ha ottemperato a tutte le disposizioni vigenti.

Dalle audizioni dei vertici amministrativi è emerso un quadro di buona organizzazione e di apprezzabile attenzione alle varie esigenze.

Vanno peraltro rilevati alcuni elementi di contrasto tra quanto affermato in sede di audizione ed i riscontri documentali acquisiti dalla Commissione. In particolare l'ipotesi che prestazioni ambulatoriali fossero state erogate in regime di ricovero, esclusa in sede di audizione, ha ricevuto invece ineludibili conferme dalle indagini condotte dalle autorità giudiziarie, la quale ha accertato che prestazioni ambulatoriali, in alcuni reparti, sono state costantemente erogate in regime di ricovero (addirittura della durata di due giorni).

In ordine alla ripetutamente lamentata «non congruità» delle tariffe regionali, va osservato che l'istituto ha largamente beneficiato del cosiddetto fondo di riequilibrio regionale e che comunque tale presunta non congruità delle tariffe riguarderebbe tutte le strutture sanitarie della Lombardia nonché, sia pure con qualche differenza, quelle dell'intero territorio nazionale.

Sotto il profilo economico, l'ospedale San Raffaele di Milano ha fatto registrare nel periodo 1994-1998 i seguenti risultati di esercizio:

- 1994: perdita di 1.981 milioni;
- 1995: perdita di 18.200 milioni;
- 1996: attivo di 15.450 milioni;
- 1997: attivo di 19.159 milioni;
- 1998: perdita di 20.970 milioni.

Lamentando l'incongruità delle tariffe DRG per le prestazioni di alta specializzazione erogate, l'istituto ha avanzato richiesta alla regione Lombardia di risorse aggiuntive a valere sul cosiddetto fondo di riequilibrio. Per gli anni 1995-1997 sono stati concessi dalla Regione 45,4 miliardi di ripiano. Tali risorse aggiuntive sono state imputate per 30 miliardi all'esercizio 1997 e per 15,4 miliardi al 1998.

Inoltre, benché in sede di audizione sia stato affermato che non vi sono presso l'ospedale San Raffaele situazioni di precariato del personale, è altresì vero che - con riferimento al gennaio 2000 - a fronte dei 555 medici di ruolo si contano ben 99 consulenti (il cui impiego è pari in media a 30 ore settimanali), con un'incidenza del 17,83 per cento; in taluni reparti i consulenti rappresentano una percentuale assai rilevante del per-

sonale medico (il 34,5 per cento nel reparto di oculistica, il 33 per cento nel reparto di medicina generale II).

L'audizione del personale ha confermato le valutazioni positive sull'istituto e le buone relazioni intercorrenti tra i dipendenti e la dirigenza. È peraltro opportuno segnalare che al San Raffaele i medici non sono organizzati in sindacati di categoria e che l'associazione che è stata audita è chiaramente legata all'istituto e non ha carattere sindacale.

Per quanto concerne gli eventi giudiziari che avevano coinvolto alcuni responsabili apicali dell'istituto San Raffaele, l'audizione dei magistrati incaricati dell'inchiesta ha evidenziato responsabilità individuali, ma escluso per il caso specifico quella dell'istituto.

Occorre infine osservare che nel corso degli ultimi anni l'attività di alcuni reparti ha subito rapide accelerazioni e decelerazioni, di cui non si è in grado di fornire un'esauriente interpretazione sulla base della documentazione acquisita.

Si ritiene opportuno segnalare alcuni eventi del quinquennio 1995-1999:

- a) incrementi significativi di:
 - angioplastica percutanea transluminale coronarica;
 - asportazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore;
 - endoarteriectomia di vasi del capo e del collo;
 - altri interventi sulla retina, sulla coroide e sulla camera posteriore.
- b) Riduzione nelle seguenti aree:
 - *by-pass* aorto-coronarico;
 - colecistectomia laparoscopica;
 - asportazione di varicocele e idrocele del cordone spermatico.
- c) Variazioni non significative in:
 - cataratte;
 - legatura e *stripping* di vene varicose arti inferiori;
 - liberazione del tunnel carpale.

Un'elaborazione dei dati forniti consente di evidenziare le variazioni percentuali di procedure generali e specifiche:

- a) dal 1995 le procedure chirurgiche hanno subito incrementi sino al 1998, con modesta riduzione nel 1999;
- b) la angioplastica coronarica ha subito aumenti sino al 300%;
- c) le tecniche di ablazione mediante catetere di lesione o tessuto del cuore aumenti oltre il 5000%.

La dottoressa Zoppei ha successivamente precisato per le vie brevi che molti incrementi sono attribuibili a potenziamento di strutture o a istituzione di servizi dedicati (es. elettrofisiologia). Non sembra peraltro che tutte le risorse impiegate abbiano determinato miglioramenti qualitativi e quantitativi delle procedure (es. cardiocirurgia).

In conclusione l'IRCCS San Raffaele si manifesta come un istituto di buon livello con punte di eccellenza, dotato di strutture adeguate, attrezzature tecnologicamente avanzate, produttività scientifica e *impact factor* elevati.

Dall'ispezione, dalle audizioni e dall'analisi dei dati richiesti risultano comunque punti oscuri sia riguardo la congruità dei finanziamenti che riguardo l'uso appropriato delle prestazioni e delle forme di finanziamento tramite DRG.

Ne sono esempio i ripiani di bilancio attuati dalla regione Lombardia e le indagini in corso della Magistratura.

Si segnala inoltre che le dichiarazioni rese dai vertici amministrativi in corso di audizione non sono state, a volte, confermate dai dati raccolti (ad esempio in tema di prestazioni ambulatoriali svolte in regime di ricovero).

Infine, pur non essendovi documentazione attestante la presenza di precariato medico, persistono rapporti di consulenza in media di trenta ore settimanali, percentualmente elevati.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 21 novembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso il Centro di riferimento oncologico di Aviano (PN) (predisposta dalla relatrice sen. Anna Maria Bernasconi)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 92 del 24 gennaio 2001

1. Premessa

Nel quadro dell'approfondimento sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 21 novembre 2000 ad Aviano, per effettuare un sopralluogo presso il Centro di riferimento oncologico. Hanno fatto parte della delegazione i senatori Anna Maria Bernasconi, Dino De Anna e Francesco Tirelli.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente e dalla coadiutrice parlamentare capo, signora Paola Di Tullio. Durante il sopralluogo la delegazione si è inoltre avvalsa della collaborazione del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Pordenone hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso la sede del Centro

La sede del Centro di riferimento oncologico di Aviano si articola in un corpo centrale, che ospita l'attività clinica, e quattro blocchi laterali collegati al primo, rispettivamente dedicati alla radiologia, radioterapia e medicina nucleare; ai laboratori clinici; ai laboratori sperimentali; al trattamento dell'AIDS (quest'ultimo verrà attivato nel 2001).

Vi è poi un edificio con le centrali tecniche e, in prossimità di questo, lo stabulario.

A poche centinaia di metri dell'edificio principale, inoltre, sorge la Casa di accoglienza con 45 monolocali per pazienti ambulatoriali (eventualmente con un accompagnatore) e 12 posti letto di *hospice* per pazienti terminali.

L'ingresso del blocco clinico ha un aspetto accogliente e piacevole, come del resto tutti i locali visitati; nella hall un ampio pannello illustra chiaramente la logistica interna e le attività svolte dal Centro; apprezzabile risulta l'allestimento di una mostra di quadri nell'ingresso, che viene rinnovata ogni mese.

Il primo piano dell'edificio, con gli ambulatori e il *day hospital* è interamente riservato ai pazienti esterni. La delegazione parlamentare ha visitato il reparto di *day hospital*, dove sono presenti sale a 6 posti letto ed

altre a 2 posti letto, con un corridoio di astanteria ed un altro dedicato esclusivamente al passaggio del personale medico e infermieristico, ed una sala per la preparazione dei trattamenti farmacologici.

La delegazione ha poi ispezionato, al 4° piano, il reparto di oncologia chirurgica generale, dotato di confortevoli stanze a 2 letti con servizi (non tutti attrezzati per portatori di *handicap*) e di vasti e curati spazi comuni, in cui tra l'altro i pazienti possono consumare i pasti.

Al 5° piano sono state visionate le sale operatorie, nonché le tre sale ad alta sterilità. La disposizione delle sale operatorie e dei servizi connessi all'attività chirurgica appare consona al rispetto delle necessarie condizioni di igiene e sicurezza. L'approntamento di camere sterili è particolarmente apprezzabile, data la sua relativa rarità in centri oncologici pur in presenza di malati fortemente immunodepressi.

Al piano terra la delegazione ha visitato la biblioteca scientifica, aperta per gli interni 24 ore al giorno e tutti i giorni della settimana, che dispone di oltre 400 riviste specializzate in abbonamento e di collegamenti *on line* con i principali centri oncologici.

È stato quindi ispezionato il laboratorio oncologico sperimentale I in cui lavorano circa 35 ricercatori, dei quali una parte in regime di precariato, struttura di recente costruzione ed a norma con le disposizioni del decreto legislativo n. 626 del 1994 (è in costruzione un locale esterno per ospitare i congelatori). In particolare nell'unità che conduce esperimenti sul rapporto eziologico tra virus e linfomi si è osservato che i locali sono correttamente suddivisi tra uno spazio dedicato al laboratorio vero e proprio, uno per l'attività di studio ed un altro per le colture cellulari.

La delegazione ha inoltre visitato il reparto di radiologia e radioterapia in cui sono compresi - oltre agli ambulatori anche di radio-chemioterapia (dove si svolgono visite integrate con specialisti) - le sale per la terapia intraoperatoria, la brachiterapia e le alte energie con acceleratori lineari. Le attrezzature tecnologiche in dotazione del reparto sono all'avanguardia: esiste un collegamento in rete tra le varie apparecchiature (simulatore universale, TAC, stereotassi, *planning system*), il che consente terapie radiologiche di grande precisione. Il reparto, insieme alla sezione di Pordenone, segue circa 2.400 pazienti all'anno, dei quali il 65% di provenienza extraregionale.

Infine è stato ispezionato il locale che ospita le vasche di decantazione per lo smaltimento dei rifiuti dei pazienti in trattamento radioattivo.

3. Le audizioni *in loco*

La delegazione della Commissione ha svolto le audizioni dei vertici sanitari e amministrativi del centro, e successivamente delle rappresentanze sindacali del personale sia medico che non medico.

Il professor *Ennio Gallo*, commissario straordinario del Centro dal 7 luglio 2000, nel giudicare complessivamente di buon livello le prestazioni assistenziali erogate, con alcune punte di eccellenza, ha evidenziato come

punti critici: l'avvio dei dipartimenti, il finanziamento del rinnovo delle attrezzature (con i connessi problemi di contabilizzazione nel passaggio tra bilancio finanziario e bilancio economico), e la carenza di personale infermieristico.

Il commissario straordinario ha manifestato l'intenzione di potenziare l'attività chirurgica del Centro (passando dagli attuali 2000 interventi all'anno a 2500), obiettivo per il cui raggiungimento appare necessario provvedere alla costituzione di un gruppo omogeneo di chirurgia di supporto.

Il bilancio dell'istituto per il 1999 ha registrato uscite per circa 88 miliardi, a fronte dei quali il centro ha ricevuto 13 miliardi dal Ministero per l'attività di ricerca, oltre 50 miliardi per prestazioni assistenziali (di ricovero e ambulatoriali), e 3 miliardi per la cosiddetta complessità; la Regione ha provveduto per gli ulteriori 20 miliardi necessari al pareggio. Tale ulteriore finanziamento è stato garantito dalla Regione limitatamente al prossimo biennio.

In particolare il commissario straordinario ha evidenziato l'incidenza della spesa farmaceutica, pari al 14 per cento delle uscite (contro una media del 6 per cento nei bilanci degli ospedali friulani), parte considerevole della quale è dovuta ai farmaci anti AIDS.

Nel periodo 1995-1999 si è formato un avanzo di gestione di oltre 16 miliardi, che il bilancio dell'esercizio 1999, approvato nel giugno 2000, ha destinato come segue: 2,1 miliardi per incentivi al personale collegati alla realizzazione di specifici progetti da concertare con le organizzazioni sindacali, 400 milioni per formazione professionale, 7,6 miliardi per opere strutturali (in cofinanziamento con i fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988), 1,3 miliardi per apparecchiature tecnologiche, e 4,7 miliardi per la costituzione di un fondo di riserva. Tuttavia - ha precisato il commissario straordinario - la Regione ha sbloccato l'utilizzazione solo delle somme relative agli incentivi al personale, alla formazione professionale e all'acquisto di apparecchiature, condizionando la effettiva disponibilità delle rimanenti all'esito positivo di un contenzioso in atto con lo Stato.

In generale, per quanto concerne l'attività degli IRCCS, il professor Gallo ha sottolineato la pressante esigenza di definire in modo chiaro gli ambiti ed i connessi finanziamenti dell'attività di assistenza e dell'attività di ricerca, eliminando la zona grigia attualmente esistente che è fonte di conflitto tra Stato e Regioni: è evidente peraltro, a suo giudizio, che le prestazioni erogate da un IRCCS richiedono una quantità di risorse superiore rispetto a quella di un normale ospedale.

Infine, rispondendo ad un quesito del senatore Tirelli, il commissario straordinario ha fatto presente che, tra le principali iniziative di integrazione con il territorio, il Centro gestisce un camper attrezzato per cure a domicilio oncologiche e ginecologiche, messo a disposizione da una fondazione privata, ed inoltre svolge l'attività domiciliare per i pazienti regionali affetti da AIDS (in media in numero di 8). Esiste poi un dipartimento oncologico, del quale fanno parte il direttore scientifico del CRO, la Asl,

rappresentanti del volontariato e medici del territorio, che impronta linee di intervento coordinato.

È stato poi ascoltato il professor *Antonino Carbone*, direttore scientifico dal 1996 e dipendente del CRO dal 1983, il quale ha inizialmente lamentato, soprattutto ai fini di una programmazione di ampio respiro, il fatto che in quattro anni si siano succeduti al CRO ben tre commissari straordinari. Ha quindi illustrato alcune iniziative messe in atto in occasione del decimo anniversario del riconoscimento come IRCCS del CRO: tra queste, l'istituzione di un comitato scientifico internazionale con personalità di spicco, utile anche al fine di disporre di parametri obiettivi di prova dell'affidabilità della ricerca svolta dall'istituto. È inoltre in fase di sviluppo la collaborazione con il settore imprenditoriale privato, anche in vista della costituzione di una fondazione per la realizzazione di progetti comportanti l'uso di alta tecnologia.

Il direttore scientifico si è poi soffermato sui criteri, fondati sull'accordo e la partecipazione, ai quali informa l'attività di coordinamento della ricerca presso l'istituto, ed ha sottolineato i proficui rapporti intrattenuti con il Comitato etico e con il Comitato tecnico scientifico. Ha inoltre sostenuto l'opportunità di un atteggiamento di apertura ai rapporti con l'Università, sulla base del riconoscimento della reciproca utilità ed integrazione dell'attività di ricerca svolta.

Il professor Carbone ha infine illustrato l'organizzazione della ricerca all'interno del CRO, soffermandosi in particolare sulle «unità *translational*» (in alcuni casi già di fatto esistenti nell'istituto, ma di difficile classificazione sotto il profilo normativo), le quali possono essere considerate come un anello di collegamento tra ricerca sperimentale di laboratorio e ricerca clinica: tali unità, tipiche degli IRCCS, dovrebbero essere sviluppate nel modello dipartimentale prevedendo anche specifici sbocchi di carriera.

La delegazione ha svolto poi l'audizione del direttore amministrativo, dottor *Franco Cadelli*, il quale ha in primo luogo precisato che per l'attività di ricerca non viene redatto un bilancio separato rispetto all'attività clinica. I costi della ricerca nei reparti ad attività mista sono comunque rilevabili (anche se non esplicitati nel bilancio) con riferimento alle attività di *follow up* non svolte nei normali ospedali e necessarie al fine di giungere ad una diagnostica più raffinata.

Ha poi chiarito che l'avanzo di gestione realizzato negli anni 1995-1999 è stato dovuto ad una politica basata sul congelamento delle assunzioni di personale dipendente che è stato sostituito, soprattutto per quanto concerne l'attività di ricerca, da personale precario (che ha ovviamente un costo inferiore). A partire dallo scorso anno, però, allo scopo di rendere più accettabile il *turnover*, si sono riprese le assunzioni.

Il direttore amministrativo ha quindi sottolineato come per la regione Friuli-Venezia Giulia l'aver attuato il federalismo fiscale sin dal 1996 si sia rivelato per certi versi penalizzante: ciò ha infatti comportato per la Regione (a differenza delle altre Regioni, che hanno beneficiato del ripiano dello Stato dei debiti nel settore sanitario) l'aver dovuto sopportare

direttamente l'onere relativo agli incrementi di spesa ulteriori rispetto a quelli programmati (ad esempio la spesa farmaceutica è cresciuta del 12 per cento rispetto al tetto previsto del 3 per cento). Tale situazione contribuisce a rendere incerta la disponibilità della Regione a continuare a supportare finanziariamente l'attività di ricerca del CRO.

È stato quindi ascoltato il dottor *Luigi Donatoni*, direttore sanitario dal 1° aprile 1999 al 9 novembre 2000, il quale ha fatto presente che l'organizzazione del CRO si ispira ad una visione integrata delle varie funzioni e che tra i principali progetti elaborati durante la sua direzione sono compresi la centralizzazione della preparazione dei farmaci antiblastici, la ristrutturazione del *day hospital* e una migliore strutturazione del servizio prevenzione e protezione. È stato altresì disegnata l'organizzazione dipartimentale del Centro.

Il dottor Donatoni ha affermato che per far fronte alla cronica carenza di personale infermieristico nel maggio 2000 è stato svolto un concorso che sta consentendo di attingere ad una graduatoria di 44 unità. Si pensa inoltre di ottimizzare l'impiego delle risorse attraverso una riorganizzazione dipartimentale (accorpendo in particolare i reparti di ginecologia e di chirurgia oncologica) e di riconvertire, tramite appositi corsi di formazione regionale, alcuni ausiliari in figure dedicate all'assistenza. Ha poi precisato che non sono ancora stati realizzati alcuni progetti incentivanti previsti nel contratto aziendale integrativo, mentre la carenza di personale infermieristico è attualmente pari a circa 20 unità.

Da ultimo il dottor Donatoni ha osservato che la causa principale del blocco dei concorsi, di fatto esistente fino a circa un anno fa, è stata una situazione di contrasto tra l'Istituto, la Regione ed il Ministero della sanità.

La delegazione ha successivamente auditato il dottor *Giovanni Del Ben*, direttore sanitario dal 10 novembre 2000, il quale ha sottolineato come il forte senso di appartenenza al CRO del personale dipendente costituisca un elemento positivo in vista di una più completa aziendalizzazione dell'istituto. Ha rilevato che il CRO tratta DRG particolarmente qualificati e si segnala per alti indici di occupazione dei posti letto. Per quanto concerne la dipartimentalizzazione, si sta procedendo all'individuazione di funzioni trasversali tra le unità operative per realizzare un uso effettivamente comune delle risorse dipartimentali (ciò dovrebbe consentire anche una valorizzazione dell'autonomia della professione infermieristica).

Il dottor Del Ben ha precisato poi che le stanze dedicate all'attività di ricovero in regime *intra moenia* sono situate all'interno dei reparti (distinti sono invece gli spazi ambulatoriali). La domanda per attività ospedaliera *intra moenia* è esigua, mentre più richiesta è la stanza a pagamento con migliore trattamento alberghiero (peraltro quello di base è già ottimo).

Il dottore Del Ben si è infine soffermato sulle liste di attesa, in relazione alle quali ha consegnato specifica documentazione, e ha precisato che allo stato, rispetto alla pianta organica, vi è una carenza di 20 medici di I° livello.

La delegazione ha quindi auditato le rappresentanze sindacali.

Il dottor *Michele Quaia* (SNABI) ha illustrato un documento, firmato anche da rappresentanti CGIL-sanità, AUIPI e SINAFO, in cui si lamenta la mancata applicazione, da parte della dirigenza del CRO, dell'articolo 34 del DPR 617/80 sull'equiparazione giuridica ed economica del personale laureato del ruolo non medico.

Il dottor *Luigi De Marco* (ANPO) ha sottolineato l'esigenza di approvare tempestivamente la nuova normativa sugli IRCCS al fine di consentire a tali istituti, e soprattutto a quelli di diritto pubblico, una programmazione a medio e lungo termine che ne valorizzi appieno le potenzialità.

A tale rilievo si è associato il signor *Giuseppe Merico* (SNATOSS), mentre il signor *Pierluigi Benvenuto* (CGIL) ha evidenziato la gravità della carenza del personale infermieristico.

La dottoressa *Paola Zotti* (AUDI) ha affermato che il buon andamento del CRO è dovuto alla disponibilità e senso di responsabilità degli operatori più che ai buoni rapporti tra vertice aziendale e organizzazioni sindacali. A suo giudizio, peraltro, la tendenza non è positiva: l'eccessivo carico di lavoro e un trattamento economico meno favorevole rispetto a realtà anche limitrofe stanno generando demotivazione tra il personale e la fuga di alcune categorie (in particolare gli infermieri).

Il dottor *Fabio Fabiani* (AAROI), infine, ha rilevato che dannosi intralci ad una più soddisfacente gestione del Centro sono spesso frapposti dagli eccessivi controlli burocratici sia del Ministero che della Regione, che in particolare non ha sbloccato i fondi per le incentivazioni al personale collegati alla realizzazione di progetti obiettivi.

In data 10 gennaio 2001 è pervenuta alla Commissione una memoria scritta firmata dai rappresentanti di tutte le organizzazioni sindacali mediche presenti nel Centro di Aviano, nella quale si ribadisce l'urgenza di provvedere al riordino degli IRCCS e alla ridefinizione del ruolo e della funzione degli IRCCS oncologici. Il documento sottolinea anche la necessità di regole più flessibili per permettere la formazione *in loco* degli operatori sanitari e della ricerca e per favorire il rientro e l'inserimento di ricercatori dall'estero, nonché l'opportunità di linee guida volte a garantire l'autonomia operativa delle strutture semplici e ad assicurare un'organizzazione del lavoro su base effettivamente dipartimentale. Da ultimo la citata memoria, riferendosi in particolare al Centro di Aviano, sollecita la completa utilizzazione dei fondi statali *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per opere di ampliamento necessarie sia all'implementazione della libera professione intramuraria in regime di ricovero sia per strutture serventi l'utenza esterna.

4. La documentazione acquisita

La Commissione ha acquisito – al momento del sopralluogo ed in base a successive richieste – documentazione sufficiente ad illustrare l'attività svolta dal Centro di Aviano, sia nel settore dell'assistenza che in quello della ricerca.

Per quanto concerne l'assistenza, il numero dei posti letto dell'istituto è riassunto nel seguente prospetto:

	Ordinari	Day Hospital	TOTALE
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	5	-----	5
Oncologia Chirurgica Ginecologia	26	2	28
Oncologia Chirurgica	30	9	39
Oncologia Medica A	17	3	20
Oncologia Medica B	22	12	34
Oncologia Medica C	5	8	13
Radioterapia	10	1	11
Totale Generale	115	35	150

Il numero dei posti letto per paganti in proprio (dozzinanti) è fissato in 9 (compresi nel totale di 150).

Il personale medico ed infermieristico dei citati reparti assistenziali è così ripartito:

	Personale Medico n. unità	Personale Infermieristico n. unità
Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva	7	19
Oncologia Chirurgica Ginecologia	9	22
Oncologia Chirurgica	9	22
Oncologia Medica A	6	18
Oncologia Medica B	9	25
Oncologia Medica C	6	-
Radioterapia	12	18
Totale Generale	58	124

Sono poi presenti 3 medici (con 4 infermieri) in gastroenterologia, 2 medici (con 5 infermieri) nel reparto di oncologia medica AIDS, 3 medici (con 5 infermieri) in cardiologia, 3 medici (con 1 infermiere) in medicina nucleare, 4 medici in radiologia. Al gruppo operatorio afferiscono 13 infermieri.

Sono inoltre presenti 3 medici (più 1 biologo) nel nucleo di ricerca clinica laboratoristica in ematologia, 3 (più 6 biologi) nel reparto di oncologia sperimentale 1, 1 (più 2) in oncologia sperimentale 2, 2 (più 1) nel nucleo di ricerca sperimentale e clinica in immunologia, 4 (più 3) nel reparto di anatomia e istologia patologica, 6 (più 2) nel centro immunotrasfusionale e laboratorio di analisi, 3 (più 2) in microbiologia e immunologia virologica, 2 (più 2) in epidemiologia, 2 (più 2) nel coordinamento sanitario.

Complessivamente, al 31 ottobre 2000, su un totale di personale dipendente in servizio di 605 unità (rispetto alle 683 previste in pianta organica), 385 (432) unità appartengono al ruolo sanitario: all'interno di quest'ultimo vi sono 15 medici di II° livello (rispetto ai 16 previsti in pianta organica) e 84 (106) di I° livello.

Nel Centro, sempre alla data del 31 ottobre 2000, operavano 40 borsisti e contrattisti, dei quali 9 (2 infermieri professionali e 7 laureati in varie discipline) nell'unità operativa di epidemiologia, 3 (biologi) nel nucleo di ricerca clinica e laboratoristica in ematologia, 7 (2 medici, 3 biologi e 2 tecnici sanitari) nel nucleo di ricerca clinica e laboratoristica in immunologia, 6 (di cui 3 biologi ed 1 farmacista) in oncologia sperimentale 1 e 5 (4 biologi e 1 biochimico) in oncologia sperimentale 2.

Il Centro ha effettuato 4.115 ricoveri nel 1997, 4.570 nel 1998 e 5.101 nel 1999; negli stessi anni gli interventi chirurgici sono stati 1.824, 1724 e 1969. La maggior parte di questi interventi sono stati effettuati dal reparto di Oncologia chirurgica, dove in particolare nel 1998 sono stati realizzati 830 interventi di chirurgia della mammella (839 nel 1999), 157 di chirurgia del melanoma (178 nel 1998) e 149 di chirurgia addominale (163 nel 1998); lo stesso reparto ha compiuto 606 interventi di *day surgery* (543 nel 1998).

Il fatturato dei DRG per il 1999, per un totale di 29.693 milioni, è stato così ripartito: 11.114 milioni per pazienti regionali, 18.449 milioni per pazienti extraregionali, e 129 milioni per pazienti paganti.

Tale fatturato è derivato per il 50 per cento da ricoveri ordinari extraregionali, per il 28 per cento da ricoveri ordinari regionali, per il 12 per cento da *day hospital* extraregionali e per il 10 per cento da *day hospital* regionali.

Il fatturato delle attività ambulatoriali, sempre riferito al 1999, è stato di 5.637 milioni per pazienti regionali e di 3.331 milioni per pazienti extraregionali. In termini di tipo di prestazione, prevalgono quelle erogate dal servizio immunotrasfusionale e dai servizi di radiologia e radioterapia (quest'ultima soprattutto per quanto riguarda i pazienti extraregionali).

Anche i dati relativi ai primi otto mesi di fatturato dei DRG per il 2000 confermano – ed anzi accentuano – il rilievo dell'attrazione extraregionale esercitata dal Centro: infatti i ricoveri ordinari e le prestazioni di *day hospital* extraregionali salgono rispettivamente al 52 e al 16 per cento del fatturato complessivo.

Per quanto attiene ai DRG maggiormente prodotti, si riscontra negli ultimi tre anni una prevalenza dei trattamenti chemioterapici non associati a diagnosi secondaria di leucemia acuta (pari nel 2000, mesi da gennaio ad ottobre, al 37 per cento del totale dei DRG prodotti); seguono gli interventi di radioterapia e le mastectomie (totali e subtotali) per neoplasie maligne senza complicazioni (rispettivamente pari all'8,5 per cento e al 12 per cento). Inoltre nel 2000 rispetto al precedente biennio risultano in crescita gli interventi maggiori sul torace ed in calo le neoplasie dell'apparato respiratorio e i trattamenti per HIV.

In tema di liste di attesa, la documentazione acquisita ha messo in evidenza una situazione nel complesso positiva. Nel reparto di oncologia chirurgica, ad esempio, i tempi di attesa sono di 1 giorno per visite per stadiazione, 7 giorni per le biopsie, 20 giorni per il ricovero; nel reparto di cardiologia, si attendono 15 giorni per un *holter* mentre una visita urgente è immediata; in radiologia, un Rx toracico comporta 2 giorni di attesa, una RMN richiede 7 giorni per un paziente oncologico in stadiazione e 70 giorni per un paziente non oncologico, mentre per una mammografia relativa a un paziente oncologico in stadiazione si attende 1 giorno.

Il tasso di occupazione dei posti letto di ricovero ordinario è stato pari a 70.8 nel 1998, a 73.5 nel 1999 e a 67 nei primi undici mesi del 2000. I reparti con gli indici maggiori sono quelli di oncologia medica (tra 75 e 80 nei tre anni considerati); quello con l'indice in media più basso (tra 58 e 67) è il reparto di oncologia chirurgica e ginecologia, per il quale però il basso indice è anche dovuto a carenze di personale infermieristico che non hanno consentito di utilizzare appieno i posti letto disponibili.

Il tasso di occupazione relativo ai posti di *day hospital* è stato nei tre anni rispettivamente di 118.8, 123.3 e 156.4, con le punte maggiori in radioterapia e nelle oncologie mediche.

Per quanto attiene alla ricerca, la produzione scientifica con l'annesso *impact factor* è rilevabile dal seguente prospetto:

	1995	1996	1997	1998	1999
Numero pubblicazioni	158	178	167	155	156
Impact Factor totale	414	634	636	479	539
Impact Factor medio	2,62	3,56	3,80	3,09	3,45

La valutazione dell'apposita commissione del Ministero della sanità colloca il Centro di Aviano, nell'ambito del complessivo sistema degli IRCCS e con riferimento al prodotto clinico-scientifico del 1998, al 7° posto per quanto riguarda la produzione scientifica e all'8° posto in funzione del rapporto prodotto/risorse. La situazione concernente i finanziamenti ministeriali per la ricerca, corrente e finalizzata, nell'ultimo quinquennio è sintetizzata dal seguente prospetto:

FINANZIAMENTO DEL MINISTERO DELLA SANITA' PER LA RICERCA CORRENTE	
ANNO 1996	L. 9.670.000.000
ANNO 1997	L. 10.203.462.000
ANNO 1998	L. 11.552.000.000
ANNO 1999	L. 11.890.000.000
ANNO 2000	L. 13.379.000.000

RICERCA FINALIZZATA FINANZIATA		
DAL MINISTERO DELLA SANITA'		
ANNO 1996	L. 700.000.000	
ANNO 1997	L. 800.000.000	
ANNO 1998	L. 1.252.000.000	Con n. 10 di U.O. esterne all'Istituto e una quota di competenza di L. 506.000.000
ANNO 1999	L. 1.612.000.000	Con n. 9 di U.O. esterne all'Istituto e una quota di competenza di L. 660.000.000
ANNO 2000	L.1.250.000.0000	Con n. 15 di U.O. esterne all'Istituto e una quota di competenza di L. 719.000.000

Per quanto attiene al processo di attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, la dirigenza del CRO ha provveduto alla strutturazione del servizio di prevenzione e protezione aziendale, attribuendo, tra l'altro, gli incarichi di medico competente e medico autorizzato previsti dalla citata normativa.

Nel corso del 1999 sono stati svolti i seguenti corsi: corso di sicurezza antincendio e gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro (convenzione con il comando provinciale dei Vigili del fuoco - 150 partecipanti); corso per la manipolazione dei farmaci antiblastici (attivato all'interno dell'istituto - 26 partecipanti); incontri formativi sull'uso dei protocolli sulle precauzioni universali e prevenzione da puntura d'aghi.

È stata inoltre attivata un'indagine epidemiologica per ogni infortunio segnalato, con interventi specifici di correzione delle disfunzioni rilevate.

5. Considerazioni conclusive

Il Centro di riferimento oncologico (CRO) di Aviano, IRCCS monotematico dal 1990, ha una dotazione complessiva di 150 posti letto prevalentemente distribuiti nelle oncologie mediche e chirurgiche.

È situato in un ampio spazio verde e articolato su più edifici tra loro collegati. Le strutture di degenza, di ricerca e di servizio sono assolutamente soddisfacenti sia per le condizioni igieniche e di lavoro che per quelle di ospitalità. Si segnala in particolare la attenta ricerca di umanizzazione ambientale per i pazienti ricoverati. Solo gli spazi dedicati al *day hospital* ed ai trattamenti ambulatoriali sono un poco sacrificati, ma ne è già prevista la ristrutturazione nel piano strategico pluriennale 2000-2002.

Va inoltre positivamente sottolineata la presenza di una struttura separata per l'ospitalità di pazienti ambulatoriali provenienti da zone distanti e un *Hospice* per malati terminali.

All'avanguardia sono apparse le dotazioni strutturali e le prestazioni diagnostiche-terapeutiche del reparto di radiologia e radioterapia.

A riprova del carattere di eccellenza di questa struttura sta il suo forte richiamo extraregionale, con un *trend* in aumento.

Il fatturato dei ricoveri ordinari extraregionali è salito dal 50 al 52 per cento e quello di *day hospital* dal 12 al 16 per cento rispetto al fatturato annuale complessivo. Nel reparto di radiologia e radioterapia il 65 per cento dei pazienti è di provenienza extraregionale.

I dati quali-quantitativi sia dell'attività clinica che di quella di ricerca sono consolidati e sostanzialmente immutati nell'ultimo quinquennio.

Si segnala uno sforzo positivo per migliorare la qualità della ricerca e il livello di comunicazione internazionale, anche attraverso la istituzione di unità *translation*. Sembra particolarmente interessante, forse dirompente nel contesto italiano, la proposta del direttore scientifico di istituire un comitato scientifico internazionale composto da alte personalità scientifiche per la verifica e la validazione della attività del CRO.

Qui, come nella maggior parte degli IRCCS ispezionati, i fondi ed, in parte il personale, sono indistinti riguardo attività di ricerca e attività clinica.

Il CRO inoltre ha stretti rapporti con il territorio, soprattutto per la assistenza ai malati di AIDS, sia con che senza patologia tumorale associata.

Esistono peraltro alcuni punti di criticità dipendenti da cause esterne o interne alla struttura.

Tra le cause esterne in quasi tutte le audizioni è emersa la necessità di superare la attuale provvisorietà gestionale e di riconoscere risorse adeguate.

Da parte di alcuni sindacati è stata poi lamentata la non perequazione economica tra personale laureato medico e non medico addetto alla ricerca.

Vi è carenza di infermieri e sono scoperti 20 posti di personale medico di I° livello.

Le degenze per attività libero professionale non sono in spazi distinti.

Rimane infine relativamente alto il numero di personale sanitario con rapporto precario, in particolare tra i ricercatori.

Il giudizio finale è complessivamente molto positivo, sia per la attività di ricerca che clinica e per le condizioni strutturali del CRO di Aviano.

I contenuti del piano strategico 2000-2002, se resi operativi, daranno sicuramente ulteriore impulso ed eccellenza a questo IRCCS monotematico.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 16 gennaio 2001 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (INRCA) di Ancona *(predisposta dalla relatrice sen. Anna Maria Bernasconi)*

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 95 del 21 febbraio 2001

1. Premessa

Nel quadro dell'approfondimento sul funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario si è recata il 16 gennaio 2001 ad Ancona, per effettuare un sopralluogo presso l'Istituto nazionale riposo e cura anziani (INRCA). Hanno fatto parte della delegazione le senatrici Anna Maria Bernasconi e Carla Castellani.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è inoltre avvalsa della collaborazione del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Ancona hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare. La presente relazione è pertanto corredata di supporto fotografico relativo ad aspetti considerati rilevanti ai fini della indagine.

L'INRCA è un IRCCS pubblico (riconosciuto nel 1968) polisede e monotematico, che si occupa di ricerca sull'invecchiamento e di assistenza e cura degli anziani. Attualmente è strutturato in 8 presidi ospedalieri (Ancona, Fermo (AP), Appignano (MC), Roma, Firenze, Cagliari, Casatenovo (LC), Cosenza), un dipartimento di ricerche gerontologiche (Ancona) e un centro sperimentale di assistenza domiciliare integrata (Pescara).

2. Il sopralluogo presso il dipartimento di ricerche e l'ospedale geriatrico di Ancona

Il dipartimento di ricerche dell'INRCA di Ancona ha sede nella parte vecchia della città (a differenza dell'ospedale geriatrico) in un edificio storico che ha ospitato in passato prima un ospedale e poi un convento. Peraltro, sia pure con qualche limitazione di spazio, il palazzo fornisce locali tutto sommato adeguati allo svolgimento dell'attività di ricerca.

La delegazione della Commissione ha visitato il laboratorio di biologia e genetica molecolare, dove si conducono studi sulle basi genetiche delle malattie dell'invecchiamento con l'ausilio di 2 sequenziatori del DNA (macchina in dotazione presso un ristretto numero di centri in Italia).

Al piano seminterrato è stato ispezionato il laboratorio di crioconservazione, dove è allocata una banca dati di materiale biologico che raccoglie circa 14.000 campioni di DNA, relativi a 1.000 soggetti, in prevalenza ultracentenari. Rispondendo ad un quesito posto dalla senatrice Bernasconi, il direttore scientifico, dottor Franceschi, ha precisato che l'eliminazione dei rifiuti è svolta da una ditta specializzata secondo procedure differenziate a seconda del grado di tossicità del materiale.

La visita è continuata con il centro gerontologico sperimentale, munito di camera operatoria per interventi su animali da laboratorio, e con i laboratori di citologia, di microscopia elettronica e di citofluorimetria. In uno degli ambienti, alcuni piuttosto piccoli, erano in corso lavori di ristrutturazione. La dotazione strumentale è risultata di livello tecnologicamente avanzato; sull'applicazione della normativa di sicurezza il direttore scientifico ha fornito assicurazioni.

Infine sono stati visionati il laboratorio di immunologia e lo stabulario (cavie), per il quale esiste un progetto, già approvato dal Ministero della sanità, di trasferimento in una nuova sede presso l'aeroporto di Falconara.

La delegazione si è quindi trasferita presso l'ospedale geriatrico «U. Sestilli», situato nella zona sud di Ancona, che si articola in più corpi, tra loro collegati. Ad ausilio degli utenti è stato realizzato un sistema di percorsi facilitati (un tabellone posto all'ingresso dell'ospedale e una serie di strisce colorate per terra che conducono agli ingressi dei principali reparti e servizi).

È stato dapprima visitato il reparto di diagnostica, dotato di Rx, Tac, ecografia, RMN, mammografia (quest'ultima non attiva al momento dell'ispezione) e medicina nucleare.

È stato successivamente ispezionato il reparto di cardiologia, dotato di *stroke unit* e di UTIC con 6 posti letto più 2 in terapia postintensiva. La degenza cardiologica dispone di 24 posti letto (più 2 di *day hospital*). È attivo un sistema di telecardiologia che prevede la presenza nell'ospedale di un cardiologo per le 24 ore ed il collegamento con 89 case di riposo situate nella Regione. Sta per essere avviato un sistema più avanzato, che consentirà collegamenti in videoconferenza con i pazienti a casa assistiti con apparecchi medicali adeguati per monitorare la situazione. In prospettiva tale sistema dovrebbe contribuire ad incrementare l'assistenza domiciliare, riducendo quella ospedaliera.

La delegazione ha successivamente visitato il reparto di chirurgia vascolare e tumorale: la degenza è in stanze da 2/3 letti con bagno in comune per 2 stanze; ogni piano dispone di 1 bagno attrezzato per portatori di *handicap*. È attiva una convenzione con l'Università (semeiotica chirurgica).

Il blocco operatorio (3 sale, di cui una di ultima generazione) non è stato visitato poiché al momento dell'ispezione erano in corso interventi. Dopo l'accettazione – dotata di una unità di valutazione geriatrica che consente di filtrare circa il 40 per cento degli utenti che richiedono il ricovero – sono stati ispezionati i laboratori clinici (diagnostica molecolare,

urologia, ematologia) che operano in stretto collegamento con la ricerca di base, da un lato, e l'attività clinica, dall'altro. In particolare il laboratorio di diagnostica molecolare è dotato di apparecchiature per amplificazioni genetiche e di sequenziatori di DNA.

Nell'ospedale è attivo dal febbraio 2000 un reparto di *day surgery*, in sostituzione di uno dei due reparti di chirurgia soppresso su richiesta della Regione. Esistono anche il pronto soccorso e la rianimazione, anche se l'ospedale non è compreso nella rete regionale del servizio 118.

L'ispezione ha poi avuto per oggetto il reparto di riabilitazione funzionale, dotato di 24 posti letto e di 5 bagni: è prevista una ristrutturazione per porlo a norma rispetto al parametro previsto di 1 bagno ogni 4 posti letto.

È stato inoltre visitato il Centro antidiabetico (con servizi di oculistica, andrologia, e per il piede diabetico) che è centro di riferimento regionale e assiste ambulatorialmente circa 70 pazienti al giorno e 17.000 in un anno.

Infine, la delegazione ha visionato il laboratorio di analisi della postura e del movimento, che svolge attività di ricerca sulle possibili applicazioni cliniche di conoscenze bioingegneristiche.

3. Le audizioni *in loco*

La delegazione della Commissione ha svolto le audizioni dei vertici sanitari e amministrativi dell'Istituto e di alcune sedi periferiche, e successivamente delle rappresentanze sindacali del personale sia medico che non medico.

Il dottor *Maurizio De Magistris*, commissario straordinario dal luglio 2000 (in precedenza la carica è stata ricoperta dalla dottoressa Di Gennaro per poco più di un anno e prima di lei dal professor Crivellini), ha dichiarato di aver dovuto far fronte ad una difficile situazione economico-finanziaria.

Il bilancio previsionale per il 2000 è stato approvato solo a fine esercizio e evidenzia un *deficit* di 26 miliardi. Il bilancio per il 2001 - chiuso dopo aver attivato il processo di *budget* collegandolo per la prima volta al sistema premiante - prevede un *deficit* di 16,3 miliardi.

Il commissario straordinario ha fatto presente che, a causa dei ritardi con cui la Regione di riferimento paga le prestazioni di talune sedi, l'esposizione bancaria dell'istituto è arrivata a toccare gli 80 miliardi. Comunque i debiti complessivi dell'INRCA ammontano a 40 miliardi.

Come causa di tale situazione deficitaria, il dottor De Magistris ha indicato il sottopagamento dei DRG per le prestazioni erogate, i costi finanziari connessi ai ritardi dei pagamenti da parte delle Regioni e la pesantezza della struttura dell'istituto anche a paragone con altre strutture del Servizio sanitario nazionale. È evidente la necessità sia di un piano di riequilibrio finanziario (e di gestione della cassa), sia di una ristruttu-

zione organizzativa dell'ente che si confronti, in un orizzonte temporale di 5 anni, con gli obiettivi strategici perseguibili.

La ristrutturazione organizzativa – a giudizio del commissario straordinario – deve assegnare alla direzione di Ancona il coordinamento delle sedi più piccole, presso le quali l'incarico di direttore sanitario va affidato a dirigenti medici di II livello operanti nella stessa sede.

Vi è poi il nodo rappresentato dai costi delle sedi più piccole, che proprio per le ridotte dimensioni (dai 45 ai 100 posti letto) incontrano difficoltà a remunerare le loro spese di gestione, a cui si aggiungono i costi generali dell'istituto (piuttosto elevati, visto che si attestano intorno al 20 per cento delle spese complessive a fronte di una percentuale pari all'8 per cento per le aziende sanitarie più efficienti).

Il dottor De Magistris si è quindi soffermato sulla situazione delle singole sedi decentrate, premettendo che la direzione dell'istituto è chiamata ora a scegliere quali potenziare. Elemento fondamentale è rappresentato dall'atteggiamento della Regione presso cui la sede è situata, giacché è razionale per l'istituto investire risorse solo in presenza di un atteggiamento collaborativo della Regione.

Il centro geriatrico (non ospedaliero) di Pescara non sembra avere grandi prospettive almeno da un punto di vista strettamente aziendale: la convenzione con le ASL per l'assistenza domiciliare verrà disdetta in quanto tali attività non sembra rientrare fra quelle proprie di un IRCCS. Esistono invece a livello ministeriale progetti volti ad inserire tale struttura in un istituto di nuova creazione che opererebbe in collaborazione con l'Università di Chieti e di altre Università in qualità di osservatorio epidemiologico nazionale sull'invecchiamento della popolazione.

La situazione è critica – ha continuato il commissario straordinario – anche per la sede di Cagliari, ospitata in una sede del tutto inadeguata, specialmente sotto il profilo della sicurezza, e con la Regione in ritardo di diversi anni nei pagamenti.

Difficoltà registra anche la sede di Firenze, cui la Regione non riconosce DRG adeguati e che incontra problemi anche in relazione alla nuova struttura in cui si è trasferita presso l'Istituto ortopedico toscano (IOT).

L'ospedale di Cosenza ha invece visto appianate le pregresse difficoltà con la regione Calabria; stessa valutazione è da fare con riferimento alla sede di Ancona, per la quale il nuovo accordo con l'Università prevede convenzioni con le Facoltà di medicina, economia ed ingegneria.

Tradizionalmente forti sono infine i centri di Roma e di Casatenovo che godono di un buon inserimento nel sistema regionale.

Conclusivamente il commissario straordinario ha sottolineato l'esigenza per l'istituto di concentrare le risorse nello sviluppo della riabilitazione (e non delle acuzie) e di migliorare per i servizi le sinergie con il Servizio sanitario nazionale, salvaguardando però le condizioni di autonomia (ad esempio per quanto attiene alla diagnostica per immagini) necessarie per la ricerca.

Il dottor *Giancarlo Moroni*, segretario generale, ha in primo luogo precisato che per la ricerca l'INRCA non redige bilanci separati, anche

se il dipartimento di ricerche di Ancona è considerato come sede a parte; è allo studio una specifica contabilità analitica dei costi per progetto di ricerca (anche per la ricerca corrente).

Ha poi fatto presente che la Carta dei servizi è stata adottata a partire dal 1996; lo strumento del *bonus/malus* per mancata prestazione è previsto, ma non è mai stato applicato.

Il segretario generale – dopo aver indicato in 1359 le unità di personale dell'istituto per complessivi 800 posti letto – si è soffermato sulle problematiche inerenti alle diverse sedi.

La sede di Ancona – attualmente 220 posti letto, che diventeranno 260 una volta attivate la lunga degenza e l'*hospice* – dispone di un solo reparto chirurgico caratterizzato da un tasso di utilizzo non elevato per il quale è stata da poco rinnovata la convenzione con l'Università; nello scorso anno, su pressione della Regione, l'altro reparto di chirurgia generale è stato trasformato in *day surgery*. Nell'ospedale è presente il reparto di neurologia (ma non quello di neurochirurgia); vi è anche la terapia intensiva con una sala operatoria di ultima generazione. È allo studio un nuovo tipo di laboratorio chiamato *office*, che consentirebbe l'espletamento immediato degli esami.

Il centro di prevenzione di Genova è stato chiuso da circa un anno, non essendo andato in porto il progetto di costruire un nuovo complesso.

La chiusura del centro di prevenzione di Pescara, in cui lavorano 7 unità di personale, è stata per il momento bloccata dal Ministero della sanità.

La sede di Firenze – ha affermato il dottor Moroni – attraversa una delicata fase sia dal punto di vista della collocazione logistica che sotto il profilo funzionale e finanziario. Dei due ospedali che prima ospitavano il centro, uno è stato chiuso su richiesta della Regione, mentre la geriatria riabilitativa, prima ubicata presso la struttura dei Fraticini si è da poco spostata presso l'Istituto traumatologico toscano (IOT) con alcuni servizi assicurati da una convenzione con la ASL n. 10. La struttura presenta un *deficit* annuale di 4 miliardi (i DRG che la Regione riconosce sono bassi rispetto agli elevati livelli dell'assistenza) e la regione Toscana è debitrice di 12 miliardi; la situazione è difficile anche sul versante sindacale poiché il personale effettivo è molto inferiore a quello previsto dalla pianta organica.

Il segretario generale ha poi affermato che il responsabile del servizio protezione e prevenzione di Ancona è stato nominato nel 1996: esiste un piano di evacuazione dell'ospedale ed è già stata realizzata la relativa esercitazione.

L'esercizio 1999 – ha concluso il segretario generale – ha visto la redazione per la prima volta del bilancio economico finanziario: il documento, che si compone di un unico stato patrimoniale per l'intero Istituto, conti separati per ciascuna sede ed un conto economico consolidato, è stato trasmesso al Ministero del tesoro (si è in attesa del parere delle Regioni interessate).

È stato quindi ascoltato il dottor *Claudio Franceschi*, direttore scientifico da circa quattro anni e mezzo, il quale ha dichiarato che, nell'assumere l'incarico, si è preoccupato di definire con chiarezza la *mission* dell'INRCA nello studio e terapia delle disabilità motorie e cognitive correlate all'invecchiamento e delle patologie connesse. Tutte le ricerche sono pertanto state ricondotte a tale *mission*, pur tenendo conto delle specializzazioni delle varie sedi decentrate (in particolare Casatenovo per le malattie respiratorie, Firenze per le deficienze motorie e cognitive, Cosenza per le patologie cardio-vascolari, Appignano per la riabilitazione, Pescara e Cagliari per la pneumologia).

Il direttore scientifico ha poi affermato che, di fronte ad una certa inadeguatezza delle infrastrutture, ha provveduto al rinnovo delle attrezzature in tutte le sedi.

Il *budget* ministeriale per la ricerca corrente – ha rilevato – viene in realtà interamente assorbito dal costo del personale. Inoltre alcuni dei criteri utilizzati per l'assegnazione di tali risorse ai vari IRCCS risultano penalizzanti per l'INRCA: la complessità della casistica trattata e l'attrazione extraregionale, in particolare, certamente non avvantaggiano un istituto specializzato nella cura degli anziani; inoltre la normalizzazione dell'*impact factor* adottata dal Ministero non è sufficiente ad assorbire l'*handicap* costituito dallo scarso «peso» assegnato alle riviste di geriatria.

L'istituto ha pertanto dovuto sviluppare la propria competitività nell'accaparrarsi altri tipi di finanziamento. Così ora l'INRCA è al terzo posto fra gli I.R.C.C.S privati e pubblici per i finanziamenti concessi dal Ministero della sanità per la ricerca finalizzata (con un importo finanziato pari, nel 2000, a 5 miliardi).

Il direttore scientifico ha sottolineato la presenza di alcune eccellenze nella ricerca dell'istituto: quelle concernenti le disabilità motorie dei centri di Firenze e Ancona, le disabilità cognitive e l'*Alzheimer* (Ancona), le incontinenze e il diabete (Ancona e Roma).

Un problema è invece rappresentato, secondo il dottor Franceschi, dalla elevata età media dei ricercatori (circa 45 anni), dovuta in gran parte al blocco subito dalle assunzioni negli ultimi anni per motivi di bilancio. Si è fatto ricorso a borse di studio e a contratti a tempo determinato, che però non rappresentano una soluzione soddisfacente.

Il dottor Franceschi ha poi richiamato l'attenzione sulla situazione – storicamente radicata, anche se priva di accettabili ragioni – che vede il personale medico dedicato alla ricerca percepire un diverso trattamento economico (compresi gli incentivi) rispetto ai laureati in diverse specialità (biologia, etc.); inoltre gli incentivi dei ricercatori dell'area economico-sociale sono incongruamente equiparati a quelli del personale amministrativo.

Infine il direttore scientifico ha sottolineato come l'apertura ai rapporti con le Università ed altri enti di ricerca costituisca un elemento importante per assicurare l'elevata qualità dei progetti di ricerca e in generale per la crescita dell'INRCA, a condizione però di riconoscere e salvaguardare la specificità di ciascun soggetto.

Il professor *Enrico Paciaroni*, fino al 31 dicembre 2000 sovrintendente sanitario per le sedi distaccate, ha ricordato che Ancona rappresenta la sede iniziale dell'Istituto, che ha poi aperto altre strutture in varie Regioni (a partire da quella di Firenze nel 1968) in quelle situazioni che presentavano le migliori opportunità. Successivamente lo sviluppo dell'ente Regione ha modificato la situazione, determinando in alcuni casi problemi di inserimento dei centri INRCA nella rete sanitaria e conseguenti difficoltà finanziarie.

Ha quindi illustrato l'attività delle sedi distaccate.

Nel centro di Roma sono presenti i dipartimenti di endocrinologia, con unità di diabetologia, e di geriatria-cardiologia, più un laboratorio di analisi e radiologia. I rapporti con la regione Lazio sono buoni e i DRG riconosciuti sono adeguati.

Il centro di Casatenovo, dove è stato di recente aperto un reparto di pneumatologia semintensiva, ed i posti letto sono aumentati da 60 a 80 a seguito di una ristrutturazione, è ben funzionante ed integrato con il sistema regionale.

Nel centro di Cosenza sono presenti i reparti di medicina geriatrica e cardiologia (con *stroke unit*); dal 2000 è attiva una unità coronarica (9 posti letto) con servizio di anestesia e terapia antalgica; la radiologia è stata rinnovata e il laboratorio è convenzionato con l'università della Calabria (biologia molecolare). I rapporti con la Regione sono ora ottimi (non così in passato).

La sede di Firenze – ha riferito il professor Paciaroni – presenta indubbiamente aspetti problematici, pur avendo rappresentato in passato la punta di diamante dell'INRCA. Alle difficoltà finanziarie dovute all'insufficiente riconoscimento dei DRG e delle rette per la lungodegenza e ai ritardi nei pagamenti da parte della Regione, si aggiungono ora quelle legate al trasferimento di sede presso lo IOT, dove il previsto progetto di creare un polo di riabilitazione è stato disatteso dalla Regione (che ha invece utilizzato la struttura come centro di *day surgery*). Vi sono inoltre problemi organizzativi con il personale, la cui pianta organica – che prevede per 26 posti letto (di cui però al momento attivati poco più della metà) una copertura infermieristica pari nei tre turni a 5, 4 e 2 unità – comporterebbe, ove rispettata, costi insostenibili. Peraltro la sede fiorentina mantiene un'apprezzabile attività di produzione scientifica in tema di incontinenze, disabilità motorie e epidemiologia.

Per la sede di Cagliari, infine, l'atteggiamento della Regione (che deve ridurre i posti letto in eccedenza) non è favorevole, ma il tentativo della direzione dell'Istituto di procedere alla sua chiusura si più volte scontrato con forti resistenze dei sindacati.

Tramite un sistema di video conferenza, la delegazione parlamentare si è quindi collegata con le sedi dell'INRCA di Cosenza, Firenze, Casatenovo e Roma.

Per la sede di Cosenza il dottor *Emidio Feraco*, primario cardiologo, e il dottor *Giovanni Nicotera*, primario anestesista, hanno confermato la ripresa del centro da quando sono state risolte le difficoltà di rapporto

con la Regione. Nel 2000 è stata aperta una unità coronarica, mentre sta per essere attivato un reparto di terapia antalgica (il primo in Calabria) con le connesse ricerche sul dolore nell'anziano. Il centro è ora stato inserito nel Piano socio-sanitario regionale e stanno per avviarsi rapporti di collaborazione con la facoltà di medicina di Catanzaro.

Per la sede di Firenze il dottor *Alberto Baroni*, capo dipartimento, ha ricordato le difficoltà con la Regione, lamentando in particolare la situazione di crisi in cui versa il settore assistenziale del centro, non ancora interamente trasferito nella struttura dell'IOT. Il fatto che l'ospedale funzioni principalmente come centro di *day surgery* determina qualche problema perché, ad esempio, i servizi cessano di funzionare a una certa ora del giorno. Ha inoltre precisato che il tasso di occupazione dei posti letto è ora diminuito (ai Fraticini, precedente sede, era invece del 98 per cento) e che le problematiche sindacali esistenti, concernenti il rapporto tra posti letto e personale dedicato, si traducono in fenomeni di assenteismo. A giudizio del dottor Baroni, la componente scientifica è invece buona, con riferimento tra l'altro al laboratorio di epidemiologia e ai rapporti di collaborazione con diverse Università.

L'attività del centro di Casatenovo (LC) è stato illustrato dal dottor *Giacomo Molteni*, direttore amministrativo, dal dottor *Eraldo Marchi*, responsabile della pneumologia geriatrica, e dal dottor *Montori*, responsabile del laboratorio.

Il centro (36 posti letto di pneumologia generale e 28 riabilitativa, con un tasso di occupazione rispettivamente pari a 85 per cento e 100 per cento) è perfettamente integrato nella rete sanitaria regionale e per la parte assistenziale è equiparato ad un'azienda ospedaliera: in compenso viene sottoposto al monitoraggio della Regione (ad esempio in tema di rispetto delle liste di attesa che sono inserite nella programmazione locale). L'età media dei pazienti è superiore a 65 anni, ma l'accordo con la Regione prevede anche il ricovero di altre fasce di età. Negli ultimi 3-4 anni – ha precisato il dottor Molteni – la ricerca è stata penalizzata dai vincoli alla spesa; sono peraltro stati fatti cospicui investimenti (3,5 miliardi) per soddisfare i parametri per l'accreditamento.

Per il centro di Roma, il professor *Giuseppe Riondino*, responsabile del dipartimento di endocrinologia metabolica, e il professor *Francesco Leggio*, responsabile del dipartimento di geriatria e cardiologia, si sono soffermati sull'attività svolta dai rispettivi dipartimenti, fornendo dati che attestano il buon livello di operatività assistenziale del centro, che si segnala anche per la produzione scientifica (epidemiologia del diabete, neurotrasmettitori e ormoni, aspetti neuroendocrini dello *stress*).

Da ultimo la delegazione ha audito le rappresentanze sindacali.

Il signor *Valerio Olivieri* della RSU di Firenze ha consegnato una memoria scritta in cui viene denunciata la situazione gestionale del centro di Firenze, caratterizzata da gravi carenze nell'applicazione delle norme sulla sicurezza recate dal decreto legislativo n. 626 del 1994, dalla totale mancanza di attività di aggiornamento del personale sanitario non medico, dall'assenza di un vertice amministrativo autonomo. Per tali ragioni – e

per l'atteggiamento poco disponibile del commissario straordinario - i dipendenti della sede hanno proclamato una giornata di sciopero per il 19 gennaio 2001.

Il signor Olivieri ha inoltre osservato che il dottor Baroni non avrebbe avuto titolo a parlare per conto della sede di Firenze in una sede ufficiale quale l'audizione davanti alla Commissione.

Il signor *Alessandro Mancinelli* (CISL FPS di Ancona) ha consegnato un documento a firma anche della FPS CISL territoriale in cui si propone che il costo del personale degli IRCCS pubblici venga interamente sostenuto dalle Regioni, assicurando per contro che le risorse destinate alla ricerca siano effettivamente vincolate a tale utilizzo. Nel documento si sottolinea inoltre, come problema più grave relativo all'attività di assistenza svolta dall'INRCA, la carenza di ausiliari e di infermieri. Alla memoria presentata dalla CISL si è associato il signor *Acacia* in rappresentanza dello SNATOSS.

Il dottor *Giovanni Lamura* ha depositato una memoria sottoscritta dalla CGIL-CISL-UIL Dirigenza non medica dell'INRCA - Settore ricerca in cui si focalizza l'attenzione sui problemi relativi: al pagamento del personale della ricerca con i fondi ministeriali destinati alla ricerca corrente; alla mancata equiparazione del personale adibito alla ricerca; alla gestione amministrativa della ricerca; all'impiego per attività tecnico-amministrative di personale dipendente finanziato con i fondi della ricerca corrente. Sui richiamati argomenti, il documento suggerisce anche specifiche soluzioni. Il dottor Lamura ha inoltre lamentato gravi problemi operativi connessi alla decisione di bloccare le assunzioni di personale a tempo determinato.

Il signor *Sergio Mariani* (RSU della sede di Roma) ha lamentato le difficoltà di contrattazione dovute all'avvicinarsi di commissari straordinari ed ha fatto presente che le difficili relazioni sindacali sono tra i motivi dello sciopero indetto dalla sede di Firenze. Ha dichiarato poi che vi è scarsa comunicazione tra la sede di Ancona e le sedi periferiche e che in realtà in queste ultime non si svolge alcuna attività di ricerca.

La dottoressa *Fiorella Marcellini* (Confedir Sanità-Dirigenti non medici) ha difeso il buon livello sia della produzione scientifica che dell'assistenza dell'INRCA, pur riconoscendo uno scarso collegamento con le sedi periferiche. Ha poi lamentato che non sempre, a causa di lentezze burocratiche, i fondi reperiti per le ricerche finalizzate vengono spesi con la necessaria tempestività.

È da evidenziare infine che in data 24 gennaio 2001 è pervenuto alla Commissione un telegramma del vice presidente del Consiglio regionale della Toscana in cui, in relazione allo stato di agitazione del personale della sede INRCA di Firenze, si auspica che i vari soggetti interessati (Regione, Asl, dirigenza INRCA e organizzazioni sindacali) si impegnino in una verifica dell'attività di tale struttura, individuando soluzioni idonee che la inquadrino nell'ambito della programmazione sanitaria regionale.

4. La documentazione acquisita

La Commissione ha acquisito – in gran parte già al momento del sopralluogo – documentazione sufficiente ad illustrare l'attività svolta dall'INRCA, tenendo in considerazione sia la sede principale di Ancona sia le sedi periferiche.

Per quanto concerne l'assistenza, il numero dei posti letto e del relativo personale medico ed infermieristico al 12 gennaio 2001 è riassunto nel seguente prospetto:

SEDI	POSTI LETTO (D.H.)	N. REPARTI E SERV. OSPED.	PERSONALE AL 12.01.2001		
			TOTALE	DI CUI PERSONALE MEDICO	DI CUI PERSONALE INFERMIERISTICO
ANCONA	217 (13)	17	513	88	235
FERMO	71	4	91	11	39
APPIGNANO	35	1	36	2	14
CASATENOVO	47	5	92	10	35
FIRENZE	54 (8)	3	99	15	32
ROMA	94 (14)	6	168	28	77
COSENZA	68	5	134	25	48
CAGLIARI	38 (2)	4	66	11	11
PESCARA			8	2	0
AMM.NE CENTRALE			79		
TOTALE	634 (37)	44	1.286	192	491

Gli scostamenti più significativi delle unità del personale in servizio rispetto a quelle previste nella pianta organica riguardano i centri di Firenze (che registra uno scarto in negativo di ben 90 unità, di cui 39 infermieri e 21 del ruolo tecnico), di Cagliari (con uno scarto negativo di 68 unità, di cui 29 infermieri e 16 fisioterapisti) e di Roma (con uno scarto negativo di 50 unità, di cui 15 medici e 21 del ruolo tecnico).

Complessivamente al 12 gennaio 2001 il personale in servizio (fatta esclusione per il dipartimento di ricerca) comprende 1.286 unità, di cui 192 dirigenti medici (169 di I° livello e 23 di II° livello), 31 dirigenti non medici, 622 unità del ruolo sanitario (comparto), 313 appartenenti al ruolo tecnico, 122 appartenenti al ruolo amministrativo.

Il dipartimento di ricerca con sede ad Ancona occupa 4 dirigenti medici, 29 dirigenti non medici e 6 unità del comparto sanitario; 3 dirigenti e 15 unità del comparto tecnico; 15 unità del comparto amministrativo.

Quanto al personale precario, l'INRCA si avvale complessivamente di 45 contrattisti (di cui 25 presso il dipartimento di ricerca di Ancona), 41 consulenti (di cui 15 presso l'ospedale di Ancona, 7 presso la sede di Fermo e 6 presso quella di Cosenza) e 1 borsista (presso il dipartimento di ricerca).

Gli universitari sono in totale 3: uno presso il dipartimento di ricerca (unità operativa di biologia molecolare), e due consulenti (presso l'unità operativa di neurologia dell'ospedale di Ancona e l'unità operativa di cardiologia della sede di Roma).

L'indice di occupazione dei posti letto per la sede di Ancona, con riferimento al complesso dei reparti, è pari all'87,4 per cento nel 1997, all'86 per cento nel 1998, all'85 per cento nel 1999 e scende, nei primi nove mesi del 2000, al 77,1 per cento. I reparti in cui si registra il calo più sensibile sono la chirurgia e l'urologia, che nel 2000 presentano un tasso di occupazione rispettivamente del 61,9 per cento e del 69 per cento.

Il tasso di occupazione di posti letto delle altre sedi registra, per i primi nove mesi del 2000, valori in ogni caso superiori all'85 per cento (Firenze è all'89,2 per cento), ad eccezione del centro di Cagliari fermo al 70,3 per cento valore peraltro analogo a quello degli anni precedenti. Da segnalare l'incremento, negli anni considerati, del tasso di occupazione nel centro di Cosenza, passato dal 72,2 per cento nel 1997, al 72,7 per cento nel 1998, al 77 per cento nel 1999 fino all'86,4 per cento nel 2000.

Il numero dei ricoveri e il fatturato dei DRG (in milioni) per gli anni 1997-2000 è di seguito riportato:

	1997 N. Ricoveri (Fatt. DRG)	1998 N. Ricoveri (Fatt. DRG)	1999 N. Ricoveri (Fatt. DRG)	2000 N. Ricoveri (Fatt. DRG)
Ancona	7110 (31.440)	7214 (36.874)	7350 (39.279)	6981 (37.161)
Roma	3498 (11.989)	3498 (11.685)	3814 (15.454)	4554 (16.439)
Cosenza	1504 (6.977)	1632 (8.185)	1661 (9.065)	1802 (10.230)
Firenze	2.209 (11.175)	1981 (10.283)	1587 (8.405)	1721 (9.175)
Casatenovo	1324 (5.813)	1247 (6.077)	1155 (5.865)*	899 (4.672)*
Fermo	1175 (6.466)	1464 (8.694)	1704 (10.210)	1617 (9.630)
Cagliari	1207 (3.844)	1380 (4.372)	1344 (3.821)*	851 (2.800)*
Appignano	290 (2.020)	303 (2.892)	366 (2.918)	357 (2.821)
* Dati riferiti ai primi 9 mesi del 2000				

Da segnalare la flessione di Ancona nel 2000, la perdurante crisi dei centri di Firenze e Cagliari; in costante crescita risultano Cosenza e Roma.

I principali DRG prodotti dalle varie sedi sono:

Ancona: diabete per pazienti di età superiore ai 35 anni, malattie cerebrovascolari e dell'apparato cardio-circolatorio.

Roma: diabete per pazienti di età superiore a 35 anni, malattie endocrine.

Cosenza: ipertensione arteriosclerotica e in generale malattie dell'apparato cardio-circolatorio.

Firenze: disturbi degenerativi del sistema nervoso.

Casatenovo: malattia polmonare ostruttiva cronica ed altre malattie polmonari.

Fermo: insufficienza cardiaca e shock, malattie e disturbi del sistema nervoso.

Cagliari: malattia polmonare ostruttiva cronica ed altre malattie polmonari.

Appignano: artropatie ed altre malattie dell'apparato muscolo-scheletrico.

In tema di liste di attesa, nella documentazione acquisita si precisa che tutte le prestazioni urgenti vengono praticate al di fuori delle liste di attesa. Per quanto concerne le prestazioni programmabili, le sedi ubicate nelle Regioni (Marche, Lazio, Lombardia) che hanno stabilito un monitoraggio sistematico dei tempi di attesa si uniformano alle indicazioni regionali relative alle varie «aree critiche».

Sono di seguito riportate, per ciascuna sede, le prestazioni caratterizzate dalle liste di attesa più lunghe:

Ancona - MOC (120 gg.), RMN della colonna e del cranio (90 gg.), Ecodopplergrafiaca (25 gg.)

Fermo - Ecodoppler vari (15-20 gg.), MOC (90-100 gg.)

Appignano - Sedute di fisioterapia (15-20 gg.)

Roma - Tutte le prestazioni ambulatoriali non hanno liste di attesa significative

Casatenovo - Test allergologici (45 gg.), Ecocardiografia (20-25 gg.)

Firenze - Visite ambulatoriali geriatriche (30 gg.), prestazioni di DH (15-20 gg.)

Cosenza - Ecocardiografie (30 gg.)

Per quanto attiene alla provenienza extra ASL o extraregionale dei pazienti, di seguito sono riportati i dati registrati nel 1999 e, tra parentesi, nei primi nove mesi del 2000:

	Nr. Dimessi Deg. Osp.		Nr. Dimessi Day Hospital	
	Extra ASL	Extra Reg.	Extra ASL	Extra Reg.
Ancona	19% (19%)	6% (7%)	17% (18%)	2% (4%)
Appignano (MC)	42% (42%)	1% (1%)		
Cosenza	12%	1%		
Fermo	14% (14%)	4% (4%)		
Firenze	16% (11%)	4% (4%)	6% (5%)	2% (2%)
Roma (RME)	60% (61%)	7% (7%)	55% (54%)	3% (4%)
Cagliari	(35%)	(0%)	(28%)	(2%)

In merito alla ricerca, la produzione scientifica con l'annesso *impact factor* è rilevabile dal seguente prospetto, che si riferisce al complesso delle pubblicazioni scientifiche dell'istituto:

	1996	1997	1998	1999
Numero Pubblicazioni	88	81	64	86
Impact Factor	137	267	175	226
Impact Factor totale normalizzato	259	332	302	342
Impact Factor normalizzato medio	2.94	4.09	4.71	3.97

Il contributo alla produzione scientifica fornito dal dipartimento ricerche e dalle singole sedi dell'istituto è riassunto nella seguente tabella (in cui gli articoli sono attribuiti in base al primo autore):

	1996		1997		1998		1999	
	n. lavori/IFN		n. lavori/IFN		n. lavori/IFN		n. lavori/IFN	
Dipartimento Ricerche	29	85	31	131	28	132	30	124
Ancona	30	69	21	86	10	40	25	91
Firenze	17	82	21	99	17	87	18	76
Roma	2	2	2	2	3	14	3	20
Fermo	5	9	3	8	2	1	5	12
Casatenovo	2	5	2	2	-	-	1	1
Cosenza	2	3	-	-	1	6	-	-

Sono poi da considerare alcuni lavori ai quali ha collaborato più di una sede: 1 nel 1996 con un *impact factor* di 4 (Ancona, Fermo e Cosenza le sedi partecipanti); 1 nel 1997 con un *impact factor* di 6 (Ancona e Cosenza); 3 nel 1998 con un *impact factor* di 22 (2 Ancona e Cosenza; 1 Ancona, Appignano e Cosenza) e 4 nel 1999 con un *impact factor* di 18 (1 Ancona e Cosenza; 1 Ancona, Appignano e Cosenza; 2 Ancona, Fermo, Appignano e Cosenza).

La valutazione dell'apposita Commissione del Ministero della sanità per la ripartizione del finanziamento della ricerca colloca INRCA, per il 1999, al 19° posto per la produzione scientifica, al 2° posto per l'innovazione assistenziale e al 6° posto per i progetti di riqualificazione e potenziamento.

Il finanziamento della ricerca corrente è illustrato di seguito:

FINANZIAMENTO RICERCA CORRENTE (IN MILIONI)					
1994	1995	1996	1997	1998	1999
12.986	10.000	7.900	7.900	8.223	8.865

Questi invece i finanziamenti della ricerca finalizzata (in milioni, comprensivi delle quote destinate a *partner* scientifici esterni):

	1996	1997	1998	1999	2000
Ministero sanità	250	900	2.416	3.044	5.090
MURST				847	
UE e National Institute on Aging		439	502	298	864

Nel 1999 INRCA si è classificata al 3° posto nella ripartizione dei fondi ministeriali per la ricerca finalizzata tra gli IRCCS pubblici e privati.

Per quanto attiene al processo di attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, il Servizio di protezione e di prevenzione è stato istituito nel 1996, anno in cui è stato nominato anche il relativo responsabile. Nello stesso anno sono stati nominati i medici competenti.

Risultano altresì regolarmente designati gli addetti alle squadre di emergenza ed evacuazione ed alla funzione antincendio, nonché i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Sono stati predisposti i piani di emergenza ed evacuazione; è stata effettuata la individuazione e la valutazione dei rischi lavorativi e definito un programma di interventi che ha come priorità l'attuazione delle procedure per il conseguimento del certificato di prevenzione incendio (al momento conseguito per la sede di Fermo) e l'informazione e formazione del personale.

Quanto infine alla situazione economico-gestionale dell'INRCA nel suo complesso, le perdite di esercizio sono state pari a 14,8 miliardi nel 1997; a 25,3 miliardi nel 1998; a 16,8 miliardi nel 1999 e a 19,9 miliardi nel 2000 (che arrivano a quasi 26 miliardi se si conteggiano anche gli ammortamenti di attrezzature il cui costo non è stato sopportato direttamente dall'ente).

I centri che hanno fatto registrare le maggiori perdite negli anni 1999 e 2000 (dati ancora previsionali) sono Ancona (-6,9 miliardi nel 1999; -7,2 miliardi nel 2000), Firenze (-4,4 miliardi nel 1999; -4 miliardi nel 2000), Cosenza (-3,5 e -4 miliardi) e Cagliari (-2,7 e -2,2 miliardi). I rispettivi dati di *budget* per il 2001 evidenziano un miglioramento sostanziale solo per la sede di Cosenza, che passa addirittura, nelle previsioni, ad un attivo di 240 milioni.

Anche il Dipartimento di ricerca di Ancona è in passivo di 814 milioni nel 1999 e di 1,6 miliardi nel 2000.

Le altre sedi sono grosso modo in pareggio, con un *trend* in miglioramento nel caso di Fermo e di Roma.

5. Considerazioni conclusive

L'Istituto nazionale riposo e cura anziani, riconosciuto IRCCS pubblico nel 1968, ha monotematicità nella ricerca e cura riguardo le patologie dell'invecchiamento. Tra gli IRCCS pubblici ha la particolarità di comprendere un numero significativo di sedi distaccate, ubicate in Regioni diverse e distanti.

Il sopralluogo si è svolto nella sola sede principale di Ancona; per le altre sedi sono state sentiti operatori e responsabili di struttura, sia direttamente che attraverso videoconferenza, ed è stato acquisito materiale documentale.

Nella sede di Ancona sia il centro di ricerca (ubicato in uno storico palazzo) che il centro clinico corrispondono a criteri di adeguatezza e di efficienza. È alta la qualità dell'assistenza e della ricerca.

Nel settore ricerca particolarmente interessanti e all'avanguardia sono parsi i laboratori di biologia e genetica molecolare e la banca di materiale biologico di «grandi vecchi». È anche da sottolineare positivamente il perseguimento di stretti collegamenti tra la ricerca di base e l'applicazione clinica.

Nel settore clinico vi è molta attenzione a migliorare l'appropriatezza e la durata dei ricoveri, con la presenza in accettazione di una unità di valutazione geriatrica e con un sistema di telecardiologia (collegato ora con alcune RSA e in futuro anche con i singoli pazienti). Qualche perplessità suscita invece la riconversione di un reparto di chirurgia in *day surgery*, data la fragilità e la complessità della patologia dell'anziano, e il conseguente affidamento all'università del restante settore chirurgico. Nel 2000 sono diminuiti i ricoveri e il tasso di occupazione dei posti letto in particolare proprio nel reparto di chirurgia.

Le sedi periferiche presentano situazioni molto diversificate.

Situazioni molto critiche sono presenti nei centri di Pescara e Cagliari.

È stato chiuso il centro di prevenzione di Genova.

Hanno buon livello di attività clinica Cosenza, Casatenovo e Roma, ma la produzione scientifica è relativamente bassa.

Firenze merita un discorso a sé. Pur mantenendo una discreta produzione scientifica (tradizionalmente nel settore dell'epidemiologia), ha sofferto pesantemente della nuova ubicazione presso un altro ospedale pubblico e ha gravi carenze di organico. Nel 2000 è aumentato il numero assoluto dei ricoveri, ma parallelamente è diminuito il tasso di occupazione dei posti letto.

Sono tuttora in corso agitazioni per risolvere questa situazione molto precaria e conflittuale.

Dalle audizioni e dall'analisi dei dati emergono grandi disparità tra la sede centrale di Ancona, che risponde alle caratteristiche di IRCCS sia per la ricerca che per la qualità dell'assistenza, e le altre sedi, che presentano forti disparità e disomogeneità sia nel campo dell'assistenza che in quello della ricerca. In alcuni casi solo l'intervento regionale e le iniziative locali hanno ridato impulso alla struttura. Non sembra invece di cogliere un'unica e forte strategia di intervento per tutta la complessa realtà dell'INRCA.

Ne è prova l'audizione del nuovo commissario straordinario, che si è soffermato quasi esclusivamente su valutazioni economico-finanziarie delle singole realtà.

In parte ciò è comprensibile, dato l'aumento progressivo del debito per quasi tutte le sedi, compresa quella di Ancona. Ciò nonostante, pur avendo individuato il commissario l'esigenza di concentrare le risorse non sulle acuzie ma nello sviluppo della riabilitazione, non è stato presentato un piano organico di sviluppo sia complessivo che delle singole sedi.

Solleva inoltre dubbi l'intenzione di abolire nelle sedi decentrate le figure di direzione, affidando l'incarico di volta in volta a dirigenti di II livello. Tale scelta è stata giustificata con l'esigenza di maggior coordinamento tra le singole sedi, attuabile tramite l'accentramento dei vertici amministrativi ad Ancona.

Attualmente la situazione, sotto questo profilo, vede la responsabilità sanitaria delle sedi di Firenze, Casatenovo, Appignano e Fermo affidata al responsabile sanitario della sede di Ancona, mentre per le sedi di Cosenza e Cagliari tale incarico è attribuito in convenzione ad un dirigente della Asl di riferimento; la sede di Roma ha come responsabile sanitario un dirigente medico della sede di Ancona.

Quanto alla direzione amministrativa, tale funzione è svolta in tutte le sedi distaccate da un dirigente interno, ad eccezione di quella di Firenze, per la quale l'incarico è attribuito al responsabile amministrativo di Casatenovo.

Non suscita invece critiche particolari la mancanza di bilanci separati per attività clinica e di ricerca, giacché tale situazione è diffusa in quasi tutti gli IRCCS ispezionati.

Né va considerato criterio negativo la scarsa percentuale di prestazioni extra regionali, data la difficoltà dell'anziano a muoversi dal proprio territorio.

Pur avendo il direttore scientifico individuato nello studio e terapia delle disabilità motorie e cognitive correlate all'invecchiamento e patolo-

gie connesse la linea strategica per il ruolo dell'INRCA, in alcune audizioni è emersa l'assenza di un reale coordinamento tra sedi. Si è poi giustamente lamentata la non equiparazione economica tra personale di ricerca laureato medico e non medico, nonché l'inappropriatezza della ripartizione degli incentivi tra personale di ricerca e personale amministrativo.

La monotematicità dell'istituto, incentrato sulla popolazione anziana, è sostanzialmente rispettata, anche se alcuni servizi hanno utenza non in età geriatrica, come ad esempio la diabetologia di Ancona e Roma.

In assenza di un chiaro piano di sviluppo risultano difficili e procrastinate le azioni per compensare le attuali carenze di organico, particolarmente pesanti nel settore infermieristico e tecnico.

Si ritiene che proprio questa vacanza di progetto strategico sia alla base della maggiori carenze dell'INRCA che però può considerarsi complessivamente struttura di buon livello per la ricerca e la cura delle patologie dell'anziano.

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SUL SISTEMA SANITARIO

**Il funzionamento degli Istituti di ricovero
e cura a carattere scientifico (IRCCS)**

RELAZIONE FINALE

Relatrice sen. ANNA MARIA BERNASCONI

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 97 del 1° marzo 2001

I N D I C E

1. ANALISI STORICA E PREMESSE	Pag.	129
1.1. Criteri e procedura di riconoscimento e conferma del carattere scientifico degli IRCCS	»	129
1.2. Rapporti IRCCS-Università	»	130
1.3. Ripartizione della quota afferente all'1% del FSN de- stinata al finanziamento della ricerca corrente e fina- lizzata svolta dagli IRCCS	»	131
1.4. Controllo dell'attività di ricerca	»	133
2. EVOLUZIONE LEGISLATIVA	»	134
3. LA REALTÀ ATTUALE DEGLI IRCCS.	»	136
3.1. Distribuzione degli IRCCS sul territorio nazionale	»	137
3.2. Caratterizzazione tematica e assetti istituzionali	»	139
3.3. Finanziamenti per la ricerca	»	143
4. LE QUESTIONI APERTE	»	146
4.1. Il ruolo degli IRCCS nel Servizio sanitario nazionale di oggi	»	146
4.2. Il rapporto Stato-Regioni	»	146
4.3. Il rapporto IRCCS-Università.	»	147
4.4. Adeguatezza e appropriatezza delle risorse	»	147
5. L'INCHIESTA DELLA COMMISSIONE	»	148
5.1. Le ispezioni.	»	149
5.2. Questionario	»	153
5.3. Analisi dei dati e punti critici	»	153
6. CONCLUSIONI E PROPOSTE	»	156
ALLEGATI		
N. 1. - Questionario inviato.	»	161
N. 2. - Tabelle da 1 a 5.	»	163

1. Analisi storica e premesse

1.1. Criteri e procedura di riconoscimento e conferma del carattere scientifico degli IRCCS

Il riconoscimento del carattere scientifico degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (si seguito denominati IRCCS) i quali, insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura, svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica, trova un primo fondamento nell'articolo 42, comma 2, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il quale stabilisce che «il riconoscimento del carattere scientifico di detti istituti è effettuato con decreto del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro della pubblica istruzione, sentite le Regioni interessate e il Consiglio sanitario nazionale».

Il medesimo articolo dispone altresì all'ultimo comma che «gli istituti a carattere scientifico aventi personalità giuridica di diritto pubblico, ai quali non viene confermato il riconoscimento, perdono la personalità giuridica», prevedendo il conseguente trasferimento alle Unità sanitarie locali dei beni, delle attrezzature e del personale, nonché dei rapporti giuridici in atto.

Sulla base della legge sopracitata, è stato emanato il decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980 n. 617, recante una dettagliata disciplina dell'ordinamento, del controllo e del finanziamento degli IRCCS, specificando (Titolo III, articoli da 22 a 32) come questi istituti devono esercitare l'attività di ricerca scientifica biomedica sulla base di programmi correnti e finalizzati, in conformità agli indirizzi espressi dal Piano sanitario nazionale.

L'articolo 48 dello stesso decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980, da considerare tuttora vigente, disciplina anche l'attribuzione del carattere scientifico agli «enti che ne fanno istanza, con specifico ed esclusivo riferimento al presidio sanitario, presso il quale sono svolte prestazioni di ricovero e cura connesse ad attività di ricerca scientifica biomedica. Il riconoscimento ha valore limitatamente alla sede o struttura indicate nel relativo decreto di riconoscimento e per un periodo non superiore a cinque anni. Il riconoscimento si intende rinnovato per uguale periodo, qualora non venga revocato entro sei mesi prima della scadenza del quinquennio, sulla base dei risultati conseguiti nel precedente quinquennio».

Il decreto legislativo n. 30 giugno 1993, n. 269 – Riordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – emanato a norma del-

l'articolo 1, comma 1, lettera h), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, stabilisce all'articolo 2 (commi 1 e 2) che al Ministero della sanità compete, fra l'altro, il riconoscimento del carattere scientifico degli istituti e la relativa revoca. I provvedimenti conseguenti devono essere emanati sentiti il Ministro del tesoro, il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

Inoltre, il comma 3 stabilisce che con regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, sentita la Conferenza Stato-Regioni, sono tra l'altro disciplinati:

a) i criteri generali per il riconoscimento degli Istituti e la definizione delle strutture e attrezzature destinate all'attività di ricerca biomedica, organizzativa e gestionale dei servizi sanitari, nonché dell'attività di ricerca ed assistenza svolta, necessarie per il riconoscimento;

b) le procedure per il riconoscimento e la revoca del carattere scientifico degli Istituti;

c) le norme transitorie per la revisione dei riconoscimenti già concessi (1).

Infine l'articolo 7, comma 1 prevede «...la revisione dei riconoscimenti già attribuiti con particolare riferimento agli obiettivi della programmazione nazionale in ordine alle priorità di ricerca» (2).

1.2. Rapporti IRCCS – Università

I rapporti e la collaborazione fra gli IRCCS e le strutture universitarie, nei loro vari aspetti, sono regolati da diverse norme che sono state emanate nel corso degli anni e tuttora vigenti.

Per quanto attiene allo svolgimento dell'attività di ricerca svolta dagli IRCCS, l'articolo 27, comma 2 del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980 stabilisce che «la Commissione biomedica nell'esprimere parere sui programmi dal punto di vista scientifico e finanziario può formulare rilievi e suggerire modifiche anche al fine del coordinamento tra di loro e con quelli predisposti da altri istituti ed enti operanti nello stesso settore di ricerca o in settori connessi.», dove fra questi ultimi possono essere identificati anche gli istituti universitari.

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria all'articolo 6, commi 2 e 3 – Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università – regola la formazione del personale medico e paramedico precisando che « per soddisfare le speci-

(1) Il regolamento previsto non è stato emanato a seguito della sentenza della Corte costituzionale 19-25 luglio 1994, 338, la quale ha ritenuto illegittime alcune norme del decreto legislativo n. 269 del 1993.

(2) Tale adempimento non è stato attuato in considerazione dei vari disegni di legge sul riordino degli IRCCS presentati nel corso del tempo.

fiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli Istituti zooprofilattici sperimentali».

1.3. Ripartizione della quota afferente all'1% del F.S.N. destinata al finanziamento della ricerca corrente e finalizzata svolta dagli IRCCS

Il decreto legislativo n.502 del 1992, articolo 12, comma 2 prevede che sulla base dell'approvazione della annuale legge finanziaria una quota pari all'1% del Fondo sanitario nazionale complessivo, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro, sia trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata (oltre che per rimborsare le aziende sanitarie per le prestazioni erogate a cittadini stranieri e per finanziare programmi speciali di rilievo interregionale e nazionale) per il finanziamento di attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:

- 1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;
- 2) Istituto superiore per la prevenzione e sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;
- 3) Istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;
- 4) Istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria.

Di conseguenza fin dall'inizio di ogni anno il Ministro della sanità è a conoscenza dell'esatto ammontare di tale quota da ripartire fra gli aventi diritto indicati precedentemente, e può, dopo la consultazione con i dirigenti generali interessati, elaborare una proposta di ripartizione delle somme a disposizione.

Tale proposta, di prassi, viene fatta propria dal Ministero del tesoro - Ragioneria generale dello Stato - che provvede ad emanare apposito suo decreto, il quale viene registrato dalla Corte dei conti - sezione atti tesoro.

Una volta stabilito l'ammontare da assegnare agli IRCCS, distintamente per la loro attività sia di ricerca corrente che finalizzata, occorre di ripartire i fondi fra questi istituti.

Tale compito è affidato al Ministro della sanità con il supporto del Servizio per la vigilanza degli enti e sulla base delle proposte della Commissione per la ricerca scientifica biomedica (istituita a norma dell'articolo 23 del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980) - oggi Commissione per la ricerca sanitaria (in base alla legge n. 266 del 1993, articolo 2, comma 7) - in conformità agli obiettivi espressi dal Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità quindi, avvalendosi sem-

pre del supporto e delle proposte suindicati, provvede annualmente, a diramare le linee di indirizzo, alle quali gli IRCCS devono attenersi per la programmazione dell'attività di ricerca corrente e per la presentazione dei progetti di ricerca finalizzata.

Con l'istituzione della Commissione per la ricerca sanitaria (decreti ministeriali del 13/9/1997 e dell'11/11/1997, ex articolo 2, comma 7 del decreto legislativo n. 266 del 1993) – sostitutiva della predetta Commissione biomedica – la funzione è svolta dal nuovo organismo, che in base all'articolo 4 del sopra citato decreto ministeriale «... svolge attività di consulenza e proposta per quanto attiene:

- a) gli obiettivi generali della ricerca sanitaria in coerenza con le indicazioni di politica sanitaria e del Piano sanitario nazionale;
- b) la ripartizione delle risorse finanziarie destinate alla ricerca e alla sperimentazione;
- c) la selezione dei progetti di ricerca e di sperimentazione;
- d) il coordinamento dei progetti di ricerca e di sperimentazione;
- e) il monitoraggio delle iniziative di ricerca sanitaria avviate, la valutazione e la diffusione dei risultati».

La Commissione biomedica (sostituita nel 1997 dalla Commissione per la ricerca sanitaria) proponeva anche i criteri secondo i quali doveva essere valutata la documentazione richiesta agli IRCCS, utili per poi addìvenire, per quanto concerne la ricerca corrente, all'assegnazione definitiva dei fondi per ognuno degli istituti scientifici.

Tali criteri sono cambiati mano a mano che è sorta l'esigenza di una valutazione maggiormente rigorosa dell'attività degli stessi istituti. Da una fase dove, a fianco alla validità scientifica dei progetti presentati e dei risultati conseguiti, si riconosceva, soprattutto agli istituti di diritto pubblico, anche una spesa storica per il costo del personale adibito alla ricerca, si è passati, anche su richiesta della Corte dei conti, a determinare criteri che ponessero in evidenza il carattere più prettamente scientifico dell'attività di ricerca.

Dal 1994 è stato introdotto, fra i criteri per l'assegnazione del finanziamento della ricerca corrente, il valore dell'impact factor degli articoli pubblicati su riviste scientifiche internazionali, che permette una valutazione oggettiva e internazionalmente riconosciuta della produzione scientifica dei singoli istituti.

Attualmente vengono aggiunti altri criteri, che mettono in evidenza la peculiare caratteristica di erogatori di prestazioni sanitarie di ricovero e cura degli IRCCS, come quello della complessità della casistica clinica risultante dalla rilevazione degli indicatori previsti dal decreto ministeriale 24/7/1995, quello della «capacità di attrazione» (percentuale dei pazienti dimessi residenti fuori Regione sul totale dei dimessi) così da dare una «misura» della trasferibilità della ricerca al Servizio sanitario nazionale.

Definiti e adottati i criteri di produttività della ricerca e dell'assistenza per l'assegnazione del finanziamento, viene emanato un decreto a firma del Ministro che stabilisce le esatte somme assegnate ad ogni sin-

golo istituto, decreto che viene registrato dalla Corte dei conti – sezione atti sanità.

Per quanto concerne la scelta delle ricerche finalizzate che il Ministero della sanità commissiona agli IRCCS con la stipula di contratti, questa viene effettuata tra i progetti di ricerca presentati (di norma 5 per ogni istituto) in base alle linee di indirizzo diramate all'inizio di ogni anno.

Tali linee di indirizzo sono state fornite finora dal Ministero della sanità sulla base delle proposte della Commissione per la ricerca sanitaria in riferimento sempre agli obiettivi del Piano sanitario nazionale, tenendo conto degli specifici settori di riconoscimento degli istituti scientifici e della possibilità di trasferire i possibili risultati ed i prodotti di ricerca alle attività cliniche del Servizio sanitario nazionale.

Tra i progetti di ricerca finalizzata il Ministero prevede anche progetti definiti come «strategici» per la loro particolare rilevanza in riferimento al piano sanitario nazionale. In tutti i casi il Ministero della sanità privilegia progetti di ricerca che prevedano strette collaborazioni tra IRCCS e strutture universitarie o CNR.

Una volta identificate le ricerche che si reputano maggiormente rispondenti all'interesse della pubblica sanità, facendo attenzione ad evitare duplicazioni, soprattutto in rapporto con progetti finanziati dai fondi di ricerca corrente, viene stabilito anche l'ammontare da assegnare a ciascuna di esse per il periodo necessario per lo svolgimento.

Similmente a quanto avviene per la ricerca corrente, viene emanato un decreto del Ministro della sanità con l'elenco delle ricerche finalizzate con accanto l'importo stanziato, e anche questo decreto viene registrato dalla Corte dei conti.

1.4. Controllo dell'attività di ricerca

Oltre all'attività di programmazione della ricerca svolta dagli IRCCS, la Commissione biomedica aveva la funzione di esprimere pareri sull'attuazione dei programmi di ricerca e sui criteri per la loro utilizzazione sul piano operativo.

In particolare, sulla ricerca finalizzata il già citato decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980 all'articolo 31 prevede che « alla scadenza di ogni semestre gli istituti trasmettono al Ministero della sanità, ed alla Regione interessata, una relazione sullo stato di attuazione dei programmi finalizzati. Il Ministero della sanità, sentita ove occorra la Commissione, può chiedere chiarimenti e può disporre indagini e verifiche presso gli istituti».

La predetta attività di consulenza sull'attuazione dei programmi di ricerca è stata trasferita ora alla nuova Commissione per la ricerca sanitaria che, fra i suoi compiti, annovera anche quello di monitorare le iniziative di ricerca sanitaria avviate, la valutazione e la diffusione dei risultati.

Alla valutazione ed espressione di parere favorevole da parte degli Uffici (proposto da funzionari medici) riguardo le relazioni semestrali, è legata l'erogazione delle corrispondenti rate.

In caso di inadempimento da parte degli IRCCS, il Ministero della sanità, a norma del sopraindicato articolo 31, può sospendere immediatamente l'erogazione dei finanziamenti. La sospensione può essere disposta anche qualora sia accertata la mancata od irregolare attuazione delle ricerche commissionate.

2. Evoluzione legislativa

Il decreto legislativo n. 30 giugno 1993, n. 269 è stato censurato in parte dalla Corte costituzionale, su ricorso promosso dalle regioni Lombardia ed Emilia-Romagna.

Infatti la Corte costituzionale ha riconosciuto alle Regioni una posizione non marginale negli organismi di amministrazione attiva degli IRCCS (consiglio di amministrazione) e di controllo (collegio dei revisori).

La sentenza del 19-25 luglio 1994, n. 338, dichiarava la illegittimità di parte delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269, e precisamente:

– dell'articolo 2, comma 2, nella parte in cui non prevede che per il riconoscimento del carattere scientifico degli istituti e la relativa revoca sia sentita la Regione interessata;

– dell'articolo 3, comma 2, nella parte in cui non prevede che del consiglio di amministrazione e del collegio dei revisori degli istituti scientifici, con personalità giuridica di diritto pubblico, facciano parte rispettivamente due od un rappresentante della Regione interessata.

Le predette due censure, superate all'epoca solo temporaneamente con le disposizioni del decreto-legge 1° aprile 1995, n. 100 (che non vennero convertite in legge), determinarono l'esigenza di assicurare l'operatività degli IRCCS pubblici attraverso il loro commissariamento. Va peraltro segnalato che gli istituti in questione erano già in condizione di realizzare le più ampie funzioni loro attribuite dal decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269, quali – a titolo esemplificativo – le prestazioni di ricerca nel settore della organizzazione e gestione dei servizi sanitari. Infatti a differenza delle altre aziende sanitarie, unità sanitarie locali e presidi ospedalieri, che hanno assunto personalità giuridica solo per effetto del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, gli istituti scientifici avevano conseguito la trasformazione in enti pubblici già con l'articolo 28 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, consolidata e confermata dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il regime provvisorio di direzione degli IRCCS, tramite nomina di un commissario straordinario da parte del Ministero della sanità, è perdurato sino ad oggi. Il decreto-legge 19 giugno 1997, n. 171 (convertito dalla legge 31 luglio 1997, n. 258) infatti, ha da una parte consolidato il regime commissariale degli IRCCS, ma dall'altra ha posto un termine: il riordino organico e complessivo di questi particolari istituti.

Da anni il Parlamento è impegnato nella legge di riordino degli IRCCS.

Allo stato è in seconda lettura al Senato della Repubblica il disegno di legge recante «Disciplina degli istituti di ricerca biomedica» (A.S. 4720-B) che è auspicabile dia, entro la corrente legislatura, un assetto definito agli IRCCS.

I punti principali del disegno di legge testé citato sono i seguenti.

All'articolo 1:

- gli IRCCS vengono ridefiniti Istituti di ricerca biomedica – Irb;
- sono ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, che «operano nei campi della ricerca biomedica, della organizzazione e della gestione dei servizi sanitari offrendo altresì prestazioni di ricovero e cura»;
- sono vincolati al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale;
- sono sede di formazione continua.

Agli articoli 2 e 3, tramite uno o più regolamenti del Ministro della sanità sono definite:

- a) le finalità di ricerca, perseguite insieme con le prestazioni di ricovero e cura e con la formazione continua e l'aggiornamento degli operatori sanitari;
- b) i criteri per il riconoscimento del carattere scientifico degli istituti e la relativa revisione.

I regolamenti si ispirano ai principi di:

- specializzazione disciplinare e coerenza con gli obiettivi della programmazione scientifica nazionale;
- valutazione periodica della entità e qualità della attività di ricerca e assistenza e adeguatezza di strutture e personale;
- eventuale istituzione di una commissione di esperti nazionali ed internazionali per la valutazione del riconoscimento di Irb e della loro revisione;
- riconoscimento a tempo (5 anni) con il coinvolgimento delle Regioni territorialmente competenti;
- possibilità di revoca, in particolare se non è mantenuta la aderenza agli obiettivi nazionali;
- applicazione di criteri definiti per il rapporto tra Irb e Università;
- autonomia giuridico-amministrativa per gli Irb privati;
- aziendalizzazione per gli Irb pubblici.

Sono organi degli istituti di diritto pubblico:

- a) il comitato di indirizzo composto di rappresentanti regionali, dei Ministeri della sanità e dell'università;
- b) il direttore generale, nominato dal Ministro della sanità d'intesa con la regione interessata il direttore scientifico, nominato dal Ministro della sanità;

- c) il comitato tecnico-scientifico;
- d) il collegio sindacale.

L'articolo 4 del disegno di legge comprende norme transitorie tra cui:

- la revisione entro un anno di tutti i riconoscimenti progressivi;
- l'eventuale trasferimento di personale e di beni mobili ed immobili ad altre strutture del Servizio sanitario nazionale per quegli istituti ai quali non è rinnovato il riconoscimento.

Il disegno di legge di riordino riafferma il carattere scientifico di interesse nazionale degli IRCCS e il legame indissolubile tra ricerca e assistenza.

Si supera la precedente censura della Corte costituzionale, riconoscendo alle Regioni territorialmente competenti specifico ruolo sia nelle procedure di riconoscimento che nella scelta dei vertici gestionali.

Si rendono infine più rigorosi i controlli sui criteri che sostengono la particolarità di queste strutture assistenziali, sia riguardo la capacità di ricerca che riguardo la rispondenza ad obiettivi nazionali.

Infine va fatto un riferimento alla legge 13 maggio 1999 n. 133 sul federalismo fiscale, che abolisce a regime i trasferimenti alle Regioni della spesa sanitaria corrente e, all'articolo 10, prevede che «quest'ultima è computata al netto delle somme vincolate da accordi internazionali e di quelle destinate al finanziamento delle attività degli istituti di ricovero e cura, delle attività degli istituti di ricerca scientifica e sperimentale e delle iniziative previste da leggi nazionali e dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo nazionale ed internazionale per ricerche e sperimentazioni attinenti alla gestione dei servizi e alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, in misura non inferiore alla relativa spesa storica. Fermo restando quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 121 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sono determinati, d'intesa con la Conferenza permanente per il rapporto tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, i criteri per il raccordo dell'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con la programmazione regionale, nonché le modalità per il finanziamento delle attività assistenziali».

3. La realtà attuale degli IRCCS

La denominazione stessa degli IRCCS caratterizza almeno in parte le peculiarità di tali istituti. Sono istituti di ricovero e cura, inseriti nel sistema sanitario nazionale che operano, a seconda della loro specifica qualificazione e specializzazione, come istituzioni idonee a erogare servizi di diagnosi, prevenzione e cura. Dato il loro carattere scientifico sono inoltre deputati a svolgere attività di ricerca biomedica con una ricaduta a breve o medio termine sulle attività di tutto il Servizio sanitario nazionale. Avendo quindi come finalità specifiche e indissolubili quelle del ricovero e cura e

della ricerca, si differenziano da altri enti di ricerca che non offrono prestazioni dirette in ambito sanitario.

Questa stretta correlazione tra attività clinica – diagnostica e terapeutica – e attività di ricerca viene chiaramente enunciata nel decreto legislativo n. 269 del 1993 in cui si precisa che gli IRCCS perseguono, unitamente a prestazioni di ricovero e cura, anche finalità di ricerca in campo biomedico e nella organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

Dalle normative vigenti che identificano e regolano gli IRCCS se ne deduce l'individuazione come strutture sanitarie ad alta specializzazione con elevato contenuto tecnologico, in grado di offrire al Ministero della sanità e agli organi del Servizio sanitario nazionale un supporto tecnico e scientifico a livello operativo.

Date le caratteristiche specifiche e i particolari assetti giuridici e amministrativi propri dei vari IRCCS non è facile delineare un profilo univoco.

Benché tutti facciano capo al Ministero della sanità, che ne rappresenta non solo l'organo tutorio e di riferimento ma anche l'ente erogatore di parte dei finanziamenti, gli IRCCS, in quanto svolgono attività clinica sul territorio, sono, per contro, direttamente coinvolti nella programmazione sanitaria regionale. Gli ambiti di intervento delle Regioni non sono tuttavia ancora del tutto chiariti e precisati.

Per quanto riguarda il finanziamento, gli IRCCS sono destinatari, come altre strutture centrali di ricerca del Servizio sanitario nazionale, della quota dell'1% del Fondo sanitario nazionale, con percentuali variabili, stabilite dal Ministero della sanità, in rapporto alla loro produttività in ambito clinico e scientifico.

Ma come strutture di ricovero, ricevono un finanziamento regionale basato sulle prestazioni assistenziali svolte (DRG) e finanziamenti aggiuntivi per eventuali funzioni speciali individuate dalle singole Regioni di ubicazione degli istituti.

3.1. Distribuzione degli IRCCS sul territorio nazionale

A tutt'oggi sono presenti sul territorio nazionale i seguenti 32 IRCCS accreditati, alcuni dei quali tuttavia hanno filiali aperte nella stessa Regione o in altre Regioni.

Regione Lombardia

1. Ospedale Maggiore, Milano
2. Istituto Auxologico, Milano
3. Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano
4. Istituto Nazionale Neurologico «Carlo Besta», Milano
5. Istituto Europeo di Oncologia, Milano
6. Fondazione Centro S. Raffaele Monte Tabor, Milano
7. Centro Cardiologico S.p.A. «Fondazione Monzino», Milano

8. Centro «S. Maria Nascente» – Fondazione Pro Juventute Don C. Gnocchi, Milano
9. Fondazione «Istituto Neurologico Casimiro Mondino», Pavia
10. Policlinico San Matteo, Pavia
11. Fondazione S. Maugeri – Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, Pavia
12. Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia
13. Istituto Scientifico «E. Medea» – Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC)

Regione Liguria

1. Istituto Giannina Gaslini, Genova
2. Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova

Regione Friuli-Venezia Giulia

1. Istituto per l'Infanzia Burlo Garofalo, Trieste
2. Centro di Riferimento Oncologico – C.R.O., Aviano (PN)

Regione Emilia-Romagna

1. Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

Regione Toscana

1. Fondazione «Stella Maris», Calambrone (PI)

Regione Marche

1. I.N.R.C.A. – Istituto Nazionale di Riposo e Cura degli Anziani, Ancona

Regione Lazio

1. Azienda Ospedaliera Lazzaro Spallanzani, Roma
2. Istituto Regina Elena, Roma
3. Istituto S. Maria e S. Gallicano, Roma
4. Istituto Dermatologico dell'Immacolata, IDI, Roma
5. Centro Residenziale «Clinica S. Lucia», Roma
6. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Regione Campania

1. Fondazione «Giovanni Pascale», Napoli

Regione Molise

1. Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzilli (Isernia)

Regione Puglia

1. Ospedale Oncologico, Bari

2. Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia «S. De Bellis», Castellana-Grotte (BA)
3. Ospedale «Casa Sollievo della Sofferenza», San Giovanni Rotondo (FG)

Regione Sicilia

1. Associazione Oasi Maria SS, Troina (EN)

Dalla distribuzione territoriale degli IRCCS risulta che 18 (56%) hanno sede nel Nord, 8 (25%) nel Centro e 6 (19%) nel Sud del Paese. In particolare nella sola regione Lombardia trovano sede ben 13 IRCCS (40%) di cui 8 (25%) nella città di Milano. Segue la regione Lazio con 6 Istituti (19%), tutti concentrati nella città di Roma. Infine 3 istituti risiedono nella regione Puglia, due in Liguria e due in Friuli. Un istituto è presente nelle regioni Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Molise, Calabria e Sicilia.

Va poi specificamente menzionato che alcuni IRCCS hanno filiali distaccate nella stessa Regione o in altre Regioni:

a) Fondazione S. Maugeri – Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, con sede centrale a Pavia e sedi distaccate a:

Veruno (NO), Gussago (BS), Montescano (PV), Tradate (VA), Castel Goffredo (MN), Campoli del Monte Taburno (BN), Cassano delle Morge (BA), Telese (BN), Genova-Nervi, Padova, Bari, Milano.

b) Auxologico, con sede centrale a Milano e sede distaccata a:
Piancavallo (VB).

c) Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, con sede centrale a Genova e sedi distaccate a:

Roma, Messina (2 centri per assistenza e ricerca), Bologna, Padova, Palermo.

d) Bambino Gesù, con sede centrale a Roma e sedi distaccate a:
Palidoro di Fiumicino e Santa Marinella (Roma).

e) INRCA, con sede centrale ad Ancona e legale a Roma e sedi distaccate a:

Casatenovo (CO), Firenze, Appignano (MC), Fermo (AP), Roma, Cosenza, Cagliari, Pescara (in riconversione).

f) Istituto nazionale dei tumori, con sede centrale a Milano e sede distaccata a:

Rionero in Vulture (PZ).

3.2. Caratterizzazione tematica e assetti istituzionali

Al di là dell'ubicazione geografica, è interessante valutare la distribuzione dei 32 IRCCS in rapporto alle specificità di interesse e operatività scientifica con caratteristiche tematiche mono o polispecialistiche, gli as-

setti giuridico-istituzionali e infine la presenza o meno di istituzioni o istituti universitari al loro interno.

Per quanto riguarda l'aspetto giuridico-istituzionale, gli istituti si dividono in IRCCS con personalità giuridica di diritto pubblico e di diritto privato. Questa differenza pone gli istituti in situazioni diverse per quanto riguarda la loro organizzazione, le modalità operative in ambito economico-amministrativo, le nomine gestionali.

IRCCS di diritto pubblico (n. 16)

Istituto Tumori – Milano
Ospedale Maggiore – Milano
Istituto C. Besta – Milano
Policlinico S. Matteo – Pavia
Burlo Garofalo – Trieste
Centro Rif. Oncologico – Aviano (PN)
Istituto Tumori – Genova
Istituto G.Gaslini – Genova
Istituti Ortoped. Rizzoli – Bologna
I.N.R.C.A. – Ancona
Istituto Regina Elena – Roma
Istituto S.Gallicano – Roma
Fondazione Pascale – Napoli
Istituto Oncologico – Bari
Istituto S. De Bellis – Castellana Grotte (BA)
Spallanzani – Roma

IRCCS di diritto privato (n. 16)

Eugenio Medea – Bosisio Parini (LC)
Casa Sollievo della Sofferenza – S. Giovanni Rotondo (FG)
S. Raffaele – Milano
Istituto Monzino – Milano
S. Maria Nascente – Milano
Fondazione Maugeri (Clinica del lavoro) – Pavia
Fondazione Mondino – Pavia
Centro Auxologico Piancavallo – Milano
Istituto Europeo Oncologia – Milano
Fatebenefratelli – Brescia
Stella Maris – S. Miniato (PI)
Ospedale Bambin Gesù – Roma
Clinica Santa Lucia – Roma
Ist. Derm.co Immacolata – Roma
Istituto Neuromed – Pozzilli (IS)
Oasi – Troina (EN)

Per quanto riguarda le aree di specifico interesse in relazione alla specificità di intervento clinico-diagnostico e di ricerca, gli IRCCS possono essere suddivisi nei seguenti raggruppamenti principali:

Area oncologica: include 7 centri (22%):

1. Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori (Milano)
2. Istituto Europeo di Oncologia (Milano)
3. Centro di Riferimento Oncologico – CRO, Aviano (PN)
4. Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genova
5. Istituto Regina Elena, Roma
6. Fondazione «G. Pascale», Napoli
7. Ospedale Oncologico, Bari.

Area pediatrica: include 3 centri pediatrici ai quali vanno aggiunti altri 5 Istituti che si occupano più specificatamente di malattie neurologiche in età evolutiva (definita come specialità anche di neuropsichiatria infantile):

1. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
2. Istituto Giannina Gaslini, Genova
3. Istituto per l'Infanzia Burlo Garofalo, Trieste
4. Istituto Nazionale Neurologico «Carlo Besta», Milano
5. Istituto Scientifico «E. Medea» – Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC)
6. Fondazione «Istituto Neurologico Casimiro Mondino», Pavia
7. Fondazione «Stella Maris», Calambrone (PI)
8. Associazione Oasi Maria SS, Troina (EN)

Area delle neuroscienze: interessa molteplici IRCCS, alcuni prevalentemente indirizzati alle neuroscienze in età evolutiva:

Istituto Giannina Gaslini, Genova
Istituto per l'Infanzia Burlo Garofalo, Trieste
Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma *;

altri indirizzati alle malattie neurologiche dell'adulto e dell'anziano:

1. Istituto Nazionale Neurologico «Carlo Besta», Milano *
2. Fondazione «Istituto Neurologico Casimiro Mondino», Pavia *
3. Istituto Scientifico «E. Medea» – Ass. La Nostra Famiglia, Bosisio Parini (LC) *
4. Fondazione «Stella Maris», Calambrone (PI) *
5. Centro Residenziale «Clinica S. Lucia», Roma
6. Associazione Oasi Maria SS, Troina (EN) *
7. Centro «S. Maria Nascente» – Fondazione Pro Juventute Don C. Gnocchi, Milano

* (Sono istituti anche di area pediatrica e quindi sono stati inseriti in due raggruppamenti).

8. Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed, Pozzilli (Isernia)
9. Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli, Brescia

Area Dermatologica

1. Istituto S. Maria e S. Gallicano, Roma
2. Istituto Dermopatico dell'Immacolata, IDI, Roma

Area Cardiologica

1. Centro Cardiologico S.p.A. «Fondazione Monzino», Milano

Area Gastroenterologica

1. Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia «S. De Bellis», Castellana-Grotte (BA)

Area Ortopedica

1. Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

Area Malattie Infettive e Immunologia

1. Azienda Ospedaliera Lazzaro Spallanzani, Roma

Area Medicina del Lavoro e Riabilitazione

1. Fondazione S. Maugeri – Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, Pavia

A questi vanno aggiunti IRCCS che per la loro struttura e organizzazione vengono raggruppati sotto il termine di polispecialistici o che svolgono un'attività di tipo trasversale su diverse patologie:

1. Ospedale Maggiore, Milano
2. Fondazione Centro S. Raffaele Monte Tabor, Milano
3. Policlinico San Matteo, Pavia
4. Ospedale «Casa Sollievo della Sofferenza», San Giovanni Rotondo (FG).
5. Auxologico di Milano

3.3. Finanziamenti per la ricerca (3)

(3) La fonte dei grafici riportati nel presente paragrafo è il Ministero della sanità.

4. Le questioni aperte

4.1. *Il ruolo degli IRCCS nel Servizio sanitario nazionale di oggi*

La evoluzione storico-legislativa degli IRCCS ha sempre conservato la loro caratteristica istitutiva: essere strutture sanitarie particolari, di interesse nazionale, la cui missione coniuga ricerca e assistenza, a cui si aggiunge la formazione.

In qualità quindi di strutture sanitarie di eccellenza, gli IRCCS costituiscono, o dovrebbero costituire, per i settori loro riconosciuti dal Ministro della sanità, elementi di punta del Servizio sanitario nazionale in grado di armonizzare e ottimizzare attività assistenziale e di ricerca attraverso la proposta di nuove strategie non solo sul piano diagnostico e terapeutico ma anche gestionale.

Il tumultuoso avanzamento delle conoscenze in campo biologico, se da un lato tende ad intensificare le interazioni tra ricerca di base, ricerca applicata e comune pratica clinica, dall'altro pone il problema cruciale della idoneità e ammissibilità di nuove strategie diagnostiche e terapeutiche e più generalmente delle procedure medico-chirurgiche valutate in rapporto a efficienza ed efficacia.

Gli IRCCS, proprio per il ruolo loro assegnato, dovrebbero essere anche in grado, attraverso l'utilizzo di protocolli esperti, di garantire un rapporto ottimale tra costi e benefici. Essi sono quindi impegnati a svolgere attività di ricerca e sperimentazioni di interesse collettivo mediante l'elaborazione di linee guida, fruibili dal Servizio sanitario nazionale.

L'interesse nazionale condiziona alcuni obiettivi di ricerca, quelli poi sostenuti da fondi derivati dal Ministero della sanità; giustifica il ruolo del Governo centrale nel riconoscimento-IRCCS e nei processi di verifica della corrispondenza alla mission loro assegnata.

La rispondenza degli attuali, e dei futuri, IRCCS a questa caratterizzazione «speciale» nel panorama complessivo delle strutture sanitarie resta ancora tutta da verificare.

4.2. *Il rapporto Stato-Regioni*

Le Regioni hanno un ruolo non marginale, poiché sostengono economicamente e programmaticamente le prestazioni assistenziali svolte dagli IRCCS presenti sul proprio territorio.

Del resto la Corte costituzionale, nella ricordata sentenza n. 338 del 1994, ha rivendicato un ruolo regionale nella gestione degli IRCCS di diritto pubblico, bocciando alcuni articoli del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269.

Riguardo gli IRCCS, peraltro, il rapporto Stato-Regioni non è mai stato pacifico né omogeneo. Mentre alcune Regioni hanno da sempre vantato, e sostenuto, la presenza di questi istituti, altre, anche per il ruolo monocratico del Ministero nella scelta dei vertici gestionali, hanno teso a de-

responsabilizzarsi. L'affidamento alle regioni di maggiori poteri nelle politiche sanitarie del loro territorio, avvenuto in questi ultimi anni, ha esacerbato i conflitti.

Hanno giocato a sfavore di un rapporto collaborativo la lunga fase di provvisorietà dell'assetto istituzionale degli IRCCS pubblici, il commissariamento ministeriale, il richiamo ad un ruolo nazionale estraneo per certi versi alla sola realtà regionale. Nel tempo le tensioni non hanno favorito il pieno espandersi delle potenzialità degli IRCCS e, per quanto riguarda la assistenza, il loro pieno riconoscimento e sostegno nella programmazione regionale.

4.3. Il rapporto IRCCS-Università

Nel rapporto tra IRCCS e Università esiste un margine di promiscuità, più evidente nei policlinici-IRCCS e in strutture private convenzionate con le Università, tra le strutture di ricerca accreditate come IRCCS e quelle prettamente universitarie.

In particolare buona parte degli IRCCS privati sostengono l'attività di ricerca, e in parte anche quella assistenziale, tramite convenzioni con Università situate nella stessa Regione o in altre Regioni.

Diventa a volte estremamente difficile verificare, rispetto ai compiti ed alle capacità di ricerca e di assistenza, quanto è da riferire alla struttura riconosciuta IRCCS e quanto alla compresenza universitaria.

4.4. Adeguatezza e appropriatezza delle risorse

Gli IRCCS lamentano insufficienza di disponibilità finanziaria sia per la assistenza che per la ricerca.

a) Assistenza

Il pagamento delle attività di assistenza rappresenta l'introito maggiore. È ripartito dalle Regioni agli IRCCS allo stesso modo delle altre strutture sanitarie presenti sul territorio, cioè con il criterio dei DRG. La indifferenza tariffaria tra IRCCS e altri ospedali è fonte di forti critiche, poiché gli IRCCS rivendicano costi di assistenza molto più alti proprio per le loro caratteristiche di ricerca, che comportano indagini aggiuntive, anche di costo elevato, e maggior personale.

Non tutte le Regioni, poi, riconoscono adeguatamente agli IRCCS quelle funzioni speciali, che potrebbero dare ulteriore sostegno economico all'attività sanitaria.

b) Ricerca corrente e finalizzata

Il riconoscimento del «carattere scientifico» è per particolari patologie o funzioni di rilievo nazionale e conferisce agli IRCCS, come si è visto, il diritto alla fruizione di un finanziamento statale aggiuntivo finalizzato esclusivamente allo svolgimento della attività di ricerca relativa alle patologie o alle funzioni riconosciute.

Di fatto in quasi tutti gli IRCCS i fondi per la ricerca corrente, a differenza dei fondi per la ricerca finalizzata, non sono specificamente dedicati alla ricerca, non hanno bilancio separato e vengono computati nel bilancio complessivo dell'ente.

A parziale giustificazione di questa «non visibilità» del bilancio economico della ricerca corrente si porta il fatto che parte della ricerca, specificamente quella applicata, è indissociabile dalla attività clinica: il clinico è ricercatore e viceversa.

Se ciò è vero, rimane il problema di distinguere tra uso appropriato dei fondi e loro eventuale distorsione a compenso di altri deficit di bilancio o per scopi di interesse non IRCCS.

Vi può essere, come parziale concausa di un uso non appropriato dei fondi di ricerca corrente, la modalità di assegnazione anno per anno dei finanziamenti, che non favorisce una programmazione di ricerca più definita e di lungo respiro.

Gli IRCCS poi si avvalgono, oltre alle risorse provenienti dal Ministero della sanità, di altre risorse provenienti dal MURST, da altri centri di ricerca pubblici, da fondi dedicati dell'Unione europea, da organismi internazionali e da privati.

Queste entrate non sono indice, in senso stretto, di maggior benessere economico. La capacità di un IRCCS di richiamare tali ulteriori risorse è considerata piuttosto indice di qualità della ricerca svolta da quell'istituto e del suo essere in grado di attrarre «commesse» scientifiche.

5. L'inchiesta della Commissione

La Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha individuato, tra i temi su cui specificamente indagare, la realtà attuale degli IRCCS e la loro rispondenza alle caratteristiche istitutive.

Interesse primario della Commissione è stato perciò verificare se gli attuali istituti rispettano gli specifici riconoscimenti di patologia e di funzioni loro assegnati e se rispondono ai caratteri di scientificità e di eccellenza richiesti.

I commissari non hanno peraltro escluso né ignorato, soprattutto durante le ispezioni, la rispondenza di questi istituti anche ai normali requisiti di qualsiasi struttura del Servizio sanitario nazionale riguardo la sicurezza, l'assistenza, il personale.

L'indagine è stata condotta attraverso audizioni svolte in Commissione, ispezioni di singoli istituti con sopralluoghi da parte di alcuni commissari, e tramite un questionario inviato a tutti gli IRCCS.

Sono stati auditi la ministra della sanità Rosy BINDI; il professor Enrico SOLCIA, direttore scientifico del policlinico San Matteo di Pavia; il dottor Luciano GATTINONI, direttore scientifico del Policlinico di Milano; il dottor Carlo CALTAGIRONE, direttore scientifico dell'Istituto Santa Lucia di Roma; il dottor Gianni LOCATELLI, commissario straordinario dell'Istituto nazionale tumori di Milano. Per tali audizioni si rinvia

al resoconto stenografico delle sedute della Commissione svoltesi il 14 maggio 1998, il 16 luglio 1998 e il 25 febbraio 1999.

5.1. Le ispezioni

Sono stati direttamente ispezionati 12 IRCCS, di cui 9 pubblici e 3 privati.

Una delegazione della Commissione si è recata presso i seguenti IRCCS (tra parentesi è riportato il nome dei senatori che di volta in volta hanno partecipato all'ispezione): Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano (senatori Tomassini, Bernasconi, Monteleone); Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori Fondazione Giovanni Pascale di Napoli (senatori Tomassini, Di Orio, Bernasconi e Pianetta); Istituto Regina Elena di Roma (primo sopralluogo: senatori Tomassini, Bernasconi, Lavagnini, De Anna; secondo sopralluogo: senatori Tomassini, Bernasconi, Lavagnini); Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova (senatori Tomassini, Daniele Galdi, Monteleone, Saracco); Ospedale Maggiore di Milano (senatori Tomassini, Bernasconi, Zilio); Ospedale San Matteo di Pavia (senatori Tomassini, Bernasconi, Pianetta); Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia (senatori Tomassini, Bernasconi, Pianetta); Istituto Neuromed di Pozzilli (IS) (primo sopralluogo: senatori Tomassini e Bernasconi; secondo sopralluogo: senatori Bernasconi, Monteleone, Camerini, De Anna, Baldassare Lauria, Mignone); Ospedale San Raffaele di Milano (senatori Tomassini, Bernasconi, Bruni, Zilio); Centro di riferimento oncologico di Aviano (PN) (senatori Bernasconi, De Anna, Tirelli); Istituto nazionale riposo e cura dell'anziano di Ancona (senatrici Bernasconi e Carla Castellani).

Rispetto alle caratteristiche tematiche sono stati visitati 6 IRCCS oncologici, su un totale nazionale di 7; 4 IRCCS polispecialistici, su un totale di 6; 1 istituto neurologico privato; 1 istituto pubblico per la patologia dell'anziano.

Per le specifiche situazioni si rimanda alle relazioni approvate in ordine a ciascun sopralluogo.

Di seguito si segnalano solo gli aspetti più rilevanti di ogni ispezione.

1) Istituto nazionale tumori di Milano (11 novembre e 9 dicembre 1997)

L'ispezione della Commissione era stata sollecitata da un diffuso malcontento riguardo la gestione commissariale di allora.

I commissari, in due ispezioni successive, hanno constatato le gravi conflittualità sia all'interno degli organi dirigenziali che tra dirigenza e personale. Sono state rilevate insufficienze di gestione sanitarie e scientifiche e si è preso atto che si erano verificate in precedenza molte dimissioni volontarie di primari, con sostituzioni non sempre adeguate alla specificità dell'istituto. Tutti i sindacati hanno espresso un giudizio fortemente negativo.

È stato comunque confermato l'alto livello professionale e la qualità dell'assistenza e della ricerca di questo istituto.

La Commissione ha ritenuto opportuno segnalare al ministro la situazione dirigenziale.

(Nota: poco tempo dopo sono stati sostituiti il commissario straordinario e il direttore scientifico).

2) Istituto nazionale per lo studio e per la cura dei tumori Fondazione Pascale di Napoli (26 marzo 1998)

Sono state rilevate gravi carenze strutturali, anche per quanto riguarda la sicurezza. Da molti anni l'istituto non presentava bilanci. Parte rilevante dei fondi per la ricerca corrente non erano utilizzati e venivano distorti per comperare attrezzature, che poi erano poco o nulla utilizzate. Il direttore scientifico ha denunciato irregolarità burocratiche e amministrative.

Si è peraltro accertato che, malgrado gravi insufficienze gestionali e di direzione, l'istituto conservava buone professionalità di assistenza e di ricerca.

(Nota: il direttore scientifico si è dimesso poco dopo il sopralluogo).

3) Istituto oncologico Regina Elena di Roma (30 aprile e 14 ottobre 1998)

In una struttura evidentemente obsoleta, si è dato atto alla dirigenza degli sforzi di ammodernamento compiuti, pur permanendo gravissime insufficienze di assistenza e di igiene. L'analisi delle prestazioni ha mostrato discrepanze tra i compiti istituzionali (oncologia) e la prevalente attività in patologie non tumorali. Le componenti di ricerca (sperimentale e clinica) non sono apparse ben integrate, anche per la separazione fisica tra strutture cliniche e di ricerca. È stata riscontrata una forte critica nei confronti della conduzione gestionale e scientifica da parte dei sindacati medici.

(Nota: È in corso il trasferimento del Regina Elena in una nuova sede).

4) Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova (29 maggio 1998)

Si è accertato che l'istituto ha buona qualità di assistenza e ricerca. La ricerca è dislocata anche in altre sedi poste in diverse Regioni. A Messina è anche dislocata attività di assistenza. In alcune divisioni, in particolare in quella di chirurgia plastica, si è accertato lo svolgimento di attività non oncologica.

Parte del debito era stato riferito alle sedi distaccate.

5) Istituto oncologico a carattere scientifico di Bari (22 ottobre 1998)

L'istituto, ubicato in un complesso occupato anche da una struttura privata, si è avvalso per molti anni di prestazioni e personale esterno. I ruoli medici nevralgici erano, al momento dell'ispezione, ancora occupati da consulenti e l'istituto non aveva mai avuto un direttore scientifico di ruolo. Si è accertato che molte delle prestazioni non erano strettamente correlate a patologia tumorale, ma venivano comunque classificate come

DRG oncologici. Non vi erano adeguate misure di sicurezza, pur essendo soddisfacenti ospitalità e qualità dell'assistenza. La produzione scientifica era ridotta, e limitata ad alcune divisioni.

6) Ospedale Maggiore di Milano (17 novembre 1998)

Molta parte della struttura è apparsa obsoleta e, pur conservando un buon livello di assistenza, carente nella sicurezza e nella accoglienza dei pazienti. Al momento del sopralluogo, era peraltro in fase di approvazione definitiva il progetto del monoblocco chirurgico e si stava ristrutturando il pronto soccorso. Permaneva un inutile moltiplicazione di servizi, con frammentazione e duplicazione di apparecchiature anche molto costose. I primari ospedalieri hanno lamentato la fatiscenza strutturale, ma hanno ribadito la necessità di conservare un numero soddisfacente di posti letto e quindi di ricoveri. Gli universitari hanno giudicato non conflittuale, anzi potenziante, la coesistenza Università-IRCCS. I sindacati hanno lamentato la non soluzione del precariato medico e la carenza di infermieri. È stata unanime la critica al direttore sanitario. Il livello della ricerca è risultato comunque alto, con alcuni punti di eccellenza per patologie complesse e rare. È tra i pochi IRCCS a tenere distinti i fondi di ricerca corrente.

(Nota: dopo il sopralluogo, è stata cambiata la direzione sanitaria).

7) Ospedale policlinico S. Matteo di Pavia (2 febbraio 1999)

Alcune aree sono apparse fatiscenti e anguste, come nel day hospital oncologico, il pronto soccorso, alcune sale operatorie. La sicurezza è risultata carente; invece modernissima è sembrata la clinica per libera professione intra moenia, in cofinanziamento con una società francese, ma sono stati manifestati forti dubbi sul corretto uso della struttura e sul ritorno economico, quasi inesistente, per il S. Matteo.

La attività di ricerca era di buon livello e vi erano reparti di eccellenza.

8) Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia (2 febbraio 1999)

È IRCCS di diritto privato con molteplici sedi in tutta Italia, il 46% delle quali situate fuori dalla regione Lombardia. L'ispezione si è limitata alla sede centrale, di nuovissima costruzione e con buon livello igienico, ambientale, assistenziale. Per alcune sedi decentrate sono stati auditi i responsabili. Le sedi distaccate sono sostanzialmente strutture riabilitative. Pur essendo istituto monotematico, tende a «generalizzare» la propria attività assistenziale. È stato riscontrato un buon livello di ricerca con punti di eccellenza, in particolare il centro antiveleni.

9) Ospedale S. Raffaele del Monte Tabor (27 aprile 1999)

IRCCS di diritto privato collocato in struttura moderna, con buon livello di assistenza e di sicurezza. Il centro ricerca, in sede propria ma contigua, è di altrettanto buon livello. I fondi di ricerca corrente sono separati

dal bilancio generale. Nel corso del sopralluogo sono state però rilevate evidenti incongruità tra le testimonianze dei vertici amministrativi e la inchiesta giudiziaria in corso, attestante irregolarità nelle prestazioni e nei ricoveri. In alcuni reparti vi erano percentuali discrete di consulenti, in rapporto al personale dipendente. Nell'istituto non esistono organizzazioni sindacali di categoria. Sono state riscontrate rapide accelerazioni e decelerazioni di alcune prestazioni diagnostiche invasive nel corso degli ultimi anni.

10) Istituto Neuromed di Pozzilli (IS) (14 marzo 1999 e 19 settembre 2000)

IRCCS di diritto privato, unico ad aver avuto due ispezioni a distanza di tempo. Nella prima ispezione sono state rilevate gravi carenze di assistenza e di sicurezza, risultate parzialmente corrette nella seconda visita.

Le critiche mosse dalla Commissione hanno favorito l'accelerazione dei lavori per la nuova struttura, anche se non ancora completata al momento della seconda ispezione. Sempre a seguito dell'interessamento della Commissione il vertice dell'istituto ha proceduto a definire un ordine di servizio almeno per i servizi di guardia. Si è inoltre proceduto alla trasformazione dello statuto societario, in cui era prioritaria la presenza di componenti una sola famiglia, al fine di meglio distinguere i limiti tra Neuromed s.r.l. e Neuromed-IRCCS; la costituenda fondazione dovrebbe interessarsi solo della attività di ricerca. Le responsabilità dirigenziali dei reparti e dei settori della ricerca sono affidate ad universitari, in base ad una convenzione con l'Università la Sapienza di Roma; la direzione scientifica è affidata al preside della facoltà di medicina e chirurgia. Restano dubbi sulla reale autonomia della produzione scientifica.

(Nota: è in corso la costituzione della Fondazione, che richiederà il trasferimento del riconoscimento IRCCS).

11) Centro di riferimento oncologico di Aviano (21 novembre 2000)

Polo di eccellenza per l'oncologia, dotato anche struttura di ospitalità per parenti e un hospice. Ha forte richiamo extra regionale e vanta una buona attività di ricerca, caratterizzata da particolare attenzione nel trasferire la ricerca sperimentale nella clinica. La Regione fornisce un sostegno economico con fondi aggiuntivi. È stata peraltro riscontrata una rilevante quota di personale precario e la non equiparazione economica tra ricercatori medici e non.

12) Istituto Nazionale Riposo e Cura Anziani (INRCA) di Ancona (16 gennaio 2001)

IRCCS pubblico con il maggior numero di sedi distaccate (8).

L'ispezione è stata effettuata solo nella sede centrale, che presenta buon livello di assistenza e di ricerca. Ha sollevato qualche critica la riorganizzazione del comparto chirurgico. Più complessa e disomogenea si è presentata la situazione delle sedi distaccate, di cui alcune sottoutilizzate.

In particolare sono emerse le grandi difficoltà della sede di Firenze, che pur avendo rivestito nel recente passato un ruolo di eccellenza sia nell'assistenza che nella ricerca vede oggi mortificata il suo rilievo. Il commissario straordinario è sembrato enfatizzare in maniera eccessiva i problemi economico-finanziari dell'istituto, mentre è risultato insufficientemente definito il disegno strategico per il futuro dell'istituto.

5.2. *Questionario*

A tutti gli IRCCS è stato inviato un questionario al fine di ottenere dati che fossero i più omogenei possibile in modo da poter confrontare le diverse realtà nel panorama degli istituti scientifici. I quesiti formulati avevano lo scopo di acquisire informazioni che permettessero di valutare ogni istituto da diversi punti di vista sia in ambito clinico-assistenziale che scientifico e finanziario, e precisamente:

a) valutare la distribuzione del personale (rapporto tra dipendenti e precari, tra borsisti/contrattisti e consulenti stipendiati da fondi del Ministero della sanità – come esplicitamente richiesto nel questionario – tra dirigenti del ruolo sanitario e universitari);

b) valutare il volume di attività e la sua corrispondenza con la tematicità di riconoscimento come IRCCS, nonché indice d'attrazione come criterio d'eccellenza professionale;

c) valutare la situazione finanziaria generale ed, in particolare, la relazione con i finanziamenti provenienti dal Ministero della sanità e con quelli di provenienza extraministeriale, indicativi di una capacità di «attrazione scientifica»;

d) valutare la produzione scientifica riferita alla qualità ed autonomia dei lavori scientifici pubblicati e la loro corrispondenza alla caratterizzazione specifica di ogni IRCCS.

Va innanzi tutto rilevato che le risposte, nella maggioranza dei casi, sono state esaurienti; due IRCCS tuttavia non hanno assolutamente risposto (il Regina Elena e il Santa Maria e San Gallicano di Roma, recentemente trasferitisi in una nuova sede), mentre altri hanno fornito risposte incomplete. Anche per questi motivi si è ritenuto di valutare solo alcuni parametri che comunque potessero fornire dati sufficienti per un'analisi delle attività degli istituti sia in ambito clinico che scientifico (personale, degenze, finanziamenti e pubblicazioni scientifiche).

Inoltre non si è ritenuto opportuno, per lo scopo della presente inchiesta, valutare la componente del personale amministrativo. In allegato sono riportati il testo del questionario, nonché 5 tabelle in cui sono raccolti i dati relativi alle risposte ottenute.

5.3 *Analisi dei dati e punti critici*

1. Come già rilevato nella parte introduttiva, dei 32 IRCCS, metà sono di diritto pubblico e metà di diritto privato. Analizzando tuttavia

gli istituti per categorie tematiche, si osserva che su 8 oncologici, ben 7 sono pubblici; su 3 pediatrici 2 sono pubblici; su 10 di neuroscienze solo 2 sono pubblici. Tra i polispecialistici (5) 2 sono pubblici e 3 privati mentre tra gli altri monotematici si ritrovano 4 pubblici e 3 privati (Tab. 1).

2. Pur nella variabilità numerica del personale dirigente di ogni istituto, che è espressione delle dimensioni dell'IRCSS stesso, il rapporto tra personale non strutturato (retribuito con fondi del Ministero della sanità), quali borsisti, contrattisti e consulenti, e personale dirigente in organico è risultato molto variabile, con punte anche elevate in cui il numero dei non strutturati uguaglia o supera quello del personale dirigente sanitario dipendente (CRO di Aviano; E. Medea; Mondino; Stella Maris; S. Lucia; Neuromed). Anche all'interno del personale precario il rapporto tra borsisti/contrattisti e consulenti (sempre retribuiti attraverso finanziamenti di ricerca corrente e/o finalizzata provenienti dal Ministero della sanità) è molto variabile. In alcuni istituti si è notata una tendenza a privilegiare il rapporto di consulenza, che talora raggiunge punte del 50% sino al 100% rispetto al numero dei borsisti/contrattisti (Neuromed; S. Giovanni di Dio; INRCA; De Bellis; Fond. Maugeri; S. Raffaele) (Tab. 1).

3. Per quanto concerne la percentuale dei dirigenti dipendenti da amministrazione universitaria in rapporto a quelli dipendenti dal singolo istituto, mentre si rileva la completa assenza di componente universitaria in 10 strutture, nelle rimanenti il rapporto percentuale varia dall'1% al 41%. Quattro istituti sono al di sopra del 15% (Mondino; Neuromed; Ospedale Maggiore di Milano; S. Matteo) (Tab. 1).

4. Per quanto riguarda il volume di attività (Tab. 2), al di là del numero dei posti letto in regime ordinario e day hospital (DH), i dati forniti sono poco leggibili o perché incompleti o per la commistione tra degenza ordinaria e DH. Un dato di particolare interesse è invece quello riferito all'affluenza extraregionale, che può essere considerato indice d'attrazione della struttura per particolari patologie. Nel 25% degli istituti, indipendentemente dalla disciplina (Ist. Tumori di Milano; IEO; CRO di Aviano; Gasslini; Besta; Neuromed, Rizzoli; Auxologico), i ricoveri di pazienti provenienti da Regioni diverse dal luogo di residenza dell'IRCCS si aggira o supera il 40%, con dati costanti per gli ultimi tre anni considerati. In altri invece l'indice di attrazione extraregionale è basso (Pascale; Oasi; INRCA; De Bellis; Spallanzani) (Tab. 2).

5. La valutazione dei DRG (primi dieci prevalenti per il 1999), in rapporto alla specificità dei singoli IRCCS, considerando anche la presenza di Istituti politematici, appare in generale congrua. Si sono tuttavia rilevati per alcune strutture DRG incongrui o troppo generici in rapporto alla tipologia dell'ente. (Tali discrepanze sono riportate nella Tab. 3 con una particolare evidenziazione grafica).

6. Per quanto riguarda il bilancio complessivo (Tab. 2), va ricordato che dall'anno finanziario 1999 il bilancio presentato ha tipologia economico-patrimoniale e non più finanziaria. Più che il bilancio complessivo, è interessante il dato sull'avanzo/disavanzo, dal quale emerge che sui 23

IRCSS che hanno risposto al quesito solo 5 hanno chiuso in attivo il 1999 e di questi 4 sono privati (IEO; Stella Maris; Neuromed; Auxologico) ed uno solo pubblico (CRO). Per quanto riguarda i restanti 18, si osservano per alcuni disavanzi irrisori (S. Giovanni di Dio), per altri passivi consistenti che raggiungono quasi il 10% del bilancio complessivo (Tumori di Milano; INRCA; S. Raffaele).

7. Nella Tab. 4 sono riportati i dati relativi alle varie fonti di finanziamento: il Ministero della sanità, il MURST ed altri erogatori pubblici o privati, nazionali, europei o extraeuropei (Altri). Come riportato nelle tabelle generali sui finanziamenti erogati dal Ministero della sanità agli IRCCS, (si veda sopra alle pag. 25-27), si può notare un incremento progressivo dello stanziamento negli ultimi tre anni. La quota del finanziamento corrente viene erogata secondo parametri che riguardano sia l'attività clinica che la produzione scientifica. L'analisi della variazione dei finanziamenti per ogni singolo istituto per gli anni 1998/1999 mostra tuttavia delle variazioni che, pur tenendo conto di altri parametri a conoscenza esclusiva del Ministero, poco si correlano con la produzione scientifica in termini di impact factor (IF). A fianco di alcuni istituti per i quali l'incremento del finanziamento varia di poco (da 0 al 7%), ve ne sono altri con un incremento di finanziamento corrente che varia dal 16.7% sino a punte del 33% e 57% (Don Gnocchi ONLUS e Medea). Al contrario, per due istituti (Pascale di Napoli e Ospedale Maggiore di Milano) si è verificata una flessione del finanziamento rispettivamente del 14.9% e del 35%. Di particolare interesse appare la capacità di alcuni IRCCS di attirare finanziamenti privati e/o esteri (e di mantenerli nel corso degli anni considerati), dimostrando così la di emergere come centri di riferimento per le patologie ad essi affidate. Particolarmente «attivi» in questo senso sono apparsi l'Istituto tumori di Milano, l'Istituto europeo oncologico di Milano, l'Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova, il Don Gnocchi di Milano, l'Istituto dermatologico e il San Raffaele di Milano, con un rapporto tra «Altri» finanziamenti e ricerca corrente variabile tra il 20% sino al 128% (Istituto europeo oncologico di Milano). Altri istituti invece non sono stati in grado di attrarre altre fonti di finanziamento al di fuori di quelle ministeriali (Fondazione Pascale di Napoli, Ospedale oncologico di Bari; Associazione Oasi di Troina (EN), Fondazione Maugeri di Pavia) (Tab. 4).

8. Uno degli indicatori che oggi è considerato sufficientemente attendibile in riferimento alla produzione scientifica è l'IF, indice sicuramente migliore rispetto al semplice numero dei lavori scientifici pubblicati. L'IF determina il grado di rilevanza scientifica di un articolo in rapporto all'importanza della rivista (generalmente internazionale) su cui viene pubblicato.

Per ovviare a discrepanze di valori in rapporto all'argomento, e quindi al tipo di rivista su cui la comunicazione scientifica viene pubblicata (argomenti più squisitamente clinici o argomenti di biologia molecolare o genetica le cui riviste hanno un IF anche due o tre volte superiore a quello delle più prestigiose riviste «cliniche»), il Ministero della sanità ha

introdotto criteri di correzione (IF corretto: IFc) onde non penalizzare ricerche che, pur di ottimo livello, hanno accesso a riviste che per le loro caratteristiche hanno un IF minore. Il rapporto tra IFc ed il numero dei lavori pubblicati da un IRCCS in un determinato anno fornisce un indice attendibile del livello scientifico medio delle pubblicazioni.

Tenuto conto dei limiti della valutazione, va tuttavia rilevato che, per quanto riguarda il biennio 1998/1999, si notano alcune tendenze «curiose» a carico di alcuni IRCCS. Non ci si riferisce tanto ad un calo della produttività, che nei casi più evidenti si aggira intorno al 30%, ma, soprattutto, a picchi positivi che superano il 100% raggiungendo anche il 300% (S. Giovanni di Dio; Monzino; Spallanzani).

La valutazione poi dei singoli lavori pubblicati mostra una discreta correlazione tra il lavoro prodotto e le linee di ricerca attivate e la specificità tematica del singolo IRCCS. È da rilevare tuttavia che per dizioni generiche quali «tecnologie biomediche» è impossibile una valutazione puntuale della pertinenza del lavoro scientifico. Inoltre la presenza, all'interno di un lavoro pubblicato, di molti autori afferenti ad altri IRCCS e/o a istituti universitari non permette di valutare il reale contributo ed impegno di ciascun IRCCS nella produzione scientifica.

Ne risulta che lo stesso articolo pubblicato viene conteggiato da due o più istituti come pubblicazione propria, con levidente risultato di ottenere «doppioni» sulla valutazione dell'IF e nell'assegnazione delle risorse. Lo stesso vale per lavori pubblicati in collaborazione con istituti universitari.

6. Conclusioni e proposte

Le strutture ospedaliere del Servizio sanitario nazionale comprendono, a vario titolo, aziende sanitarie e ospedaliere, ospedali privati accreditati, policlinici a gestione diretta o mista, ospedali classificati e istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, (di seguito denominati IRCCS).

Gli IRCCS, istituiti con la legge n. 833 del 1978 e ridenominati nella nuova proposta legislativa Istituti di ricerca biomedica (Irb), hanno come specifica e originale caratteristica (citando l'articolo 1 del disegno di legge di riforma, A.S. 4720-B) di essere «enti nazionali dotati di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, riconosciuti in base ai criteri della specializzazione disciplinare, della valutazione della qualità della ricerca biomedica svolta e della attività assistenziale correlata resa in coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e regionale».

Questa particolare collocazione istitutiva non è mai stata messa in discussione, neppure nel lungo periodo di vacanza degli organi di gestione ordinaria e di commissariamento ministeriale.

Proprio la valenza nazionale di ricerca e assistenza ha giustificato negli anni la diretta responsabilità del Ministero della sanità riguardo il loro riconoscimento come IRCCS (che poteva interessare tutto o solo una parte

della struttura), le nomine degli organi di direzione, la assegnazione di risorse a sostegno della ricerca. Si potrebbe dire che questi istituti, più di altre strutture del Servizio sanitario nazionale, avrebbero dovuto rappresentare punti di eccellenza nel territorio nazionale a cui il Ministero affidava compiti strategici per l'avanzamento della medicina moderna.

Non sempre il loro riconoscimento sembra avere rigorosamente corrisposto ai criteri istitutivi. Il riconoscimento è stato peraltro sempre molto ambito da strutture di ricovero pubbliche e private, poiché, se è vero che avrebbe comportato maggiori controlli, rendeva possibile l'acquisizione di risorse economiche e, in particolare per le strutture private, le inseriva in uno spazio di prestigio nel Servizio sanitario nazionale. Il ritardo verificatosi nell'approvazione della legge di riordino del settore, dopo la citata sentenza della Corte costituzione n. 338 del 1994, ha peraltro impedito di verificare nel tempo la conservazione o il progressivo raggiungimento - da parte dei vari istituti - di quelle caratteristiche che devono essere proprie degli IRCCS. Chi ne ha più sofferto sono proprio le strutture che hanno che hanno, da sempre o progressivamente, raggiunto livelli di eccellenza sia nella assistenza che nella ricerca.

Allo stato vi sono 32 IRCCS, esattamente a metà suddivisi in pubblici e privati. Alcuni IRCCS si articolano in una o molteplici sedi distaccate.

La Commissione di inchiesta ha ritenuto di indagare sulla realtà attuale degli IRCCS, sia per verificare la loro rispondenza alle finalità istitutive, sia per fare emergere problemi che potessero aiutare nella stesura definitiva della legge di riordino.

I commissari hanno proceduto nella indagine con audizioni e ispezioni dirette, con l'invio di un questionario e l'elaborazione delle risposte pervenute, nonché con l'analisi dei lavori scientifici pubblicati.

Dai dati raccolti emerge una realtà tutt'altro che omogenea e non pienamente soddisfacente.

Gli attuali IRCCS coprono gran parte delle patologie più rilevanti o più complesse.

Colpisce però la mancanza di riconoscimento specifico di istituti psichiatrici, pur essendo ben rappresentato il settore delle neuroscienze sia in età pediatrica che adulta e pur avendo uno di questi (S. Giovanni di Dio di Brescia) una linea di ricerca rivolta alla psichiatria per adulti.

Invece proprio verso le malattie psichiatriche si è avuta in questi ultimi anni un'evoluzione culturale e scientifica, che rivede la stessa essenza ontologica di questa patologia, rivalutando una possibile base biologica di molti disturbi psichiatrici. La presenza di IRCCS puramente psichiatrici sarebbe di grande aiuto per politiche sanitarie nazionali di sostegno a studi approfonditi e ad avanguardie assistenziali per una patologia così complessa ed emarginante.

Nelle discipline oggi riconosciute prevale la monotematicità. Solo cinque su trentadue IRCCS sono polispecialistici.

Si è però rilevato che, anche laddove esiste una monotematicità ben definita, non sempre si ha corrispondenza stretta con le attività di assistenza e di ricerca svolte.

Ma forse quello della monotematicità è un falso problema. Alcune monotematicità, come la pediatria e la patologia dell'invecchiamento, sono ovviamente multidisciplinari. Inoltre la ricerca, anche in campi specifici, chiede competenze diverse. Va piuttosto criticamente segnalato che alcuni temi di ricerca oggi riconosciuti a qualche IRCCS, esempio le biotecnologie e la medicina molecolare, si riferiscono in modo generico a tecniche ormai trasversali a molte funzioni sanitarie e ampiamente diffuse anche in altri centri di ricerca e di assistenza avanzata. Tale dizione permette di fatto di legittimare lavori scientifici di qualsiasi area tematica non compresa nel riconoscimento, favorendo l'aumento improprio degli indici di pubblicazione sui quali si basa il finanziamento ministeriale. Ciò vale soprattutto per gli IRCCS politematici.

Si propone di meglio specificare le linee di ricerca, sulle quali un IRCCS deve prioritariamente indirizzare le ricerche sostenute dal Ministero.

Altra cosa è pretendere l'aderenza alla mission, per quanto riguarda l'assistenza.

L'analisi del questionario riguardo i DRG mostra una discreta aderenza alla tematicità. Tuttavia sono da segnalare alcune anomalie, quali l'inserimento di prestazioni di patologie generali sotto DRG di tematica propria (ad esempio l'Istituto oncologico di Bari), o l'uso DRG estremamente generici tali da rendere impossibile il giudizio sulla appropriatezza delle prestazioni (ad esempio l'Istituto Neuromed di Pozzilli e l'Associazione Oasi di Troina).

Si propone di meglio definire anche il mandato assistenziale e di controllare la correttezza di inserimento nei raggruppamenti diagnostici delle prestazioni realmente effettuate.

Un punto estremamente delicato è rappresentato dal personale precario. La presenza di borsisti e contrattisti in un istituto di ricerca trova giustificazione nelle caratteristiche stesse del lavoro di ricercatore, con positivi aspetti di mobilità del personale. Nei fatti tale precariato è frequentemente confermato anche per un decennio attraverso la reiterazione degli incarichi provvisori. Così questi «ricercatori» tendono a ricoprire in modo surrettizio vuoti di pianta organica o rappresentano l'opportunità per un istituto di fruire di personale qualificato a minor costo.

Contratti di ricerca a tempo determinato dovrebbero essere legati a specifici progetti pluriennali, cosa non prevista per i progetti di ricerca corrente, ed essere aggiuntivi rispetto alle dotazioni organiche per l'assistenza ordinaria.

Si propone di evitare le proroghe di borse di studio oltre un certo numero di anni; di legare i contratti a programmi pluriennali, rimodulando non più annualmente la ripartizione della spesa corrente; di rendere trasparenti i criteri di scelta del personale di ricerca.

Problema a sé, all'interno del personale medico non dipendente, è la figura del consulente. È a volte consistentemente numerosa ma con pochissime ore mensili di presenza, altre volte occupa in un reparto una percentuale rilevante rispetto al personale medico dipendente.

È poi tutto da definire il rapporto tra IRCCS e Università.

La collaborazione tra queste due istituzioni è specificatamente incoraggiata per i progetti di ricerca finalizzata e questa collaborazione è spesso positiva perché permette il trasferimento di conoscenze, soprattutto quelle non strettamente mediche come la bioingegneria, oggi importante per una medicina moderna. Tuttavia in alcune situazioni emerge che la convenzione con l'Università, anche fuori Regione, ha di fatto determinato «l'occupazione» universitaria di tutti o di buona parte dei posti di dirigenti di II livello. Molti universitari poi, soprattutto in strutture private, ricoprono anche il ruolo di direttori scientifici. Ciò purtroppo rende di difficile lettura anche la valutazione delle autonome capacità di ricerca e di produzione scientifica dell'istituto.

Una situazione ibrida, che può determinare una moltiplicazione non reale dei lavori scientifici (e quindi dei finanziamenti) che un medesimo autore potrebbe, di volta in volta, sottoscrivere per conto degli IRCCS, o dell'Università, o di altri istituti di ricerca.

Si propone di chiarire, pur mantendoli, i rapporti tra IRCCS e Università, sia in relazione alle responsabilità di assistenza che per il riconoscimento della paternità della produzione scientifica e della conseguente distribuzione di risorse ministeriali.

Per la produzione scientifica, in generale, i dati riportati e riferiti dai vari IRCCS denotano non solo un buon livello di produzione, ma anche un progressivo miglioramento della produttività scientifica.

Va tuttavia rilevato che le variazioni dovute alle diverse modalità di «correzione» dell'impact factor, adottate dal Ministero nel corso degli ultimi anni, non permettono una valutazione omogenea. Tenuto conto che una certa fluttuazione annuale della produttività è del tutto fisiologica, per una corretta valutazione si dovrebbe più opportunamente considerare la produzione media di ogni istituto valutata su un arco di almeno tre anni. Peraltro le variazioni del valore della produzione non sono strettamente correlabili alle variazioni di assegnazione dei fondi ministeriali. Le risorse di ricerca corrente hanno sì avuto un progressivo e costante incremento negli ultimi anni, ma la loro distribuzione tra i vari IRCCS ha presentato caratteristiche di variabilità non sempre corrispondenti alla produzione scientifica dei singoli istituti.

Nella valutazione della ricerca è poi importante, ma spesso disattesa, la trasferibilità dei risultati e delle conoscenze derivate all'attività terapeutica. Solo in pochi istituti è trasparsa, da parte dei commissari straordinari e soprattutto dei direttori scientifici, la preoccupazione di trasferire la ricerca nell'attività clinica e di favorire il reciproco potenziamento.

Nella valutazione della rispondenza alla mission non aiuta, per alcuni IRCCS, la presenza di un numero rilevante di sedi satelliti.

In alcuni casi queste sono fonte di sottrazione di risorse importanti (Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova) senza che sia chiaro il ritorno scientifico.

In altri casi sono strutture sanitarie ordinarie, senza le caratteristiche positive della rispettiva sede centrale, e talora neppure dedicate alle patologie tematiche assegnate.

I commissari hanno poi potuto rilevare nelle ispezioni dirette che le sedi satelliti erano poco o nulla considerate nei piani strategici di sviluppo dell'IRCCS di riferimento, come se fossero appendici irrilevanti e non soggette anche loro al mandato ed alle verifiche della sede centrale.

Infine tra IRCCS pubblici e privati è rilevabile la maggior libertà ed agilità di movimento e programmazione di quelli privati, con minore possibilità di controllo ministeriale.

Si propone l'adozione di criteri omogenei per la selezione del personale, non solo di ricerca, e che vengano condotti puntuali controlli sulla qualità dell'assistenza, allo stesso modo per le strutture pubbliche e private.

In conclusione il panorama italiano degli IRCCS è poliforme e anche ricco, ma con aspetti che richiedono alcune correzioni normative. Tra queste è compresa la previsione di rigorose verifiche periodiche, che però non possono prescindere da una puntualizzazione, a monte, delle peculiarità cliniche e scientifiche di ogni IRCCS.

I controlli possono anche avere valenza positiva e ne sono testimonianza alcuni miglioramenti avvenuti a seguito delle visite ispettive della stessa Commissione di inchiesta.

