



Senato della Repubblica

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale

Relazioni conclusive sull'attività della Commissione e sulle inchieste svolte

Documentazione di commissione

Commissione
parlamentare di
inchiesta
sull'efficacia e
l'efficienza del
servizio sanitario
nazionale

n. 6
aprile 2008

XV Legislatura



Senato della Repubblica

Documentazione di commissione

n. 6



Senato della Repubblica

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale

Relazione finale sull'attività della Commissione e sulle inchieste svolte

Documentazione
di commissione

Commissione
parlamentare di
inchiesta
sull'efficacia e
l'efficienza del
servizio sanitario
nazionale

n. 6
aprile 2008

XV Legislatura

La presente pubblicazione è stata curata dall'Ufficio di segreteria della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale.

Gli aspetti editoriali sono stati curati dall'Ufficio delle informazioni parlamentari, dell'archivio e delle pubblicazioni del Senato.

Le pubblicazioni del Senato possono essere richieste alla Libreria del Senato

- per posta: via della Maddalena 27, 00186 Roma
- per posta elettronica: libreria@senato.it
- per telefono: n. 0667062505
- per fax: n. 0667063398

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XV LEGISLATURA —————

Doc. XXII-bis
n. 3

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Istituita con deliberazione del Senato del 19 luglio 2006

RELAZIONE FINALE SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE

Relatore senatore Antonio TOMASSINI

Approvata dalla Commissione nella seduta del 12 marzo 2008

**Composizione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia
e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

*(Deliberazione del 19 luglio 2006, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale
n. 170 del 24 luglio 2006)*

Presidente

sen. Antonio TOMASSINI, FI

Vicepresidenti

sen. Giuseppe CAFORIO, Misto, Italia dei Valori
sen. Piergiorgio MASSIDDA, DCA-PRI-MPA

Segretari

sen. Domenico GRAMAZIO, AN
sen. Lido SCARPETTI, PD-Ulivo

Membri

sen. Salvatore ALLOCCA, RC-SE
sen. Laura BIANCONI, FI
sen. Paola BINETTI, PD-Ulivo
sen. Paolo BODINI, PD-Ulivo
sen. Daniele BOSONE, Aut
sen. Valerio CARRARA, FI
sen. Cesare CURSI, AN
sen. Erminia EMPRIN GILARDINI, RC-SE
sen. Bartolo FAZIO, Aut
sen. Albertino GABANA, FI
sen. Mario GASBARRI, PD-Ulivo
sen. Vidmer MERCATALI, PD-Ulivo
sen. Sandra MONACELLI, UDC
sen. Enrico PIANETTA, DCA-PRI-MPA
sen. Gianpaolo SILVESTRI, IU-Verdi-Com
sen. Vincenzo TADDEI, FI

INDICE

PREMESSA	Pag.	9
Inchieste svolte dalla Commissione	»	13
Inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD)	»	15
Inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento	»	23
Inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali	»	30
Inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM)	»	32
Inchiesta in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi	»	34
Inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA)	»	35
CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	»	43
ALLEGATI	»	47
I. Relazioni approvate dalla Commissione sui sopralluoghi effettuati	»	49
Presidio ospedaliero «G. Jazzolino» di Vibo Valentia ...	»	49
Ospedale di Sassari	»	55
Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma	»	58
Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) di Roma	»	61
Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma	»	80

Azienda ospedaliera «Villa Sofia CTO» e Azienda ospedaliera universitaria - Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo	<i>Pag.</i>	94
«Centro Sicuro» del Comune di Firenze	»	106
Ospedale «Sant’Anna» di Ronciglione, in provincia di Viterbo	»	109
Presidi ospedalieri in provincia di Frosinone	»	114
«Fondazione Gaetano e Piera Borghi» di Brebbia	»	121
Casa di cura «San Raffaele» di Cassino	»	122
II. Tabelle	»	129
III. Attività della Commissione in sede plenaria	»	161
IV. Sopralluoghi effettuati	»	167

PREMESSA

Il Senato della Repubblica con deliberazione del 19 luglio 2006, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e dell'articolo 162 del Regolamento del Senato, ha istituito la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale.

In ottemperanza all'articolo 4 della deliberazione, il Presidente del Senato ha nominato il senatore Antonio TOMASSINI a presiedere la Commissione e a farne parte i senatori Salvatore ALLOCCA, Laura BIANCONI, Paola BINETTI, Paolo BODINI, Daniele BOSONE, Giuseppe CAFORIO, Valerio CARRARA, Cesare CURSI, Erminia EMPRIN GILARDINI, Bartolo FAZIO, Albertino GABANA, Mario GASBARRI, Domenico GRAMAZIO, Piergiorgio MASSIDDA, Vidmer MERCATALI, Sandra MONACELLI, Giancarlo PITTELLI, Lido SCARPETTI, Gianpaolo SILVESTRI e Vincenzo TADDEI.

In data 29 gennaio 2007, il senatore Enrico PIANETTA è stato chiamato a far parte della Commissione di inchiesta in sostituzione del senatore Giancarlo PITTELLI, dimissionario.

La missione affidata alla Commissione di inchiesta dal dettato della deliberazione istitutiva, pur denotando una sostanziale continuità con i compiti attribuiti alle omologhe Commissioni di inchiesta che hanno operato nella XII, XIII e XIV Legislatura, si è contraddistinta per ampiezza e complessità, poiché accanto all'obiettivo di rafforzare lo stato delle conoscenze relative alle condizioni organizzative ed ai modelli produttivi delle strutture sanitarie pubbliche e private, di ricovero o di assistenza extraospedaliera (art. 1 comma 1), di verificare lo stato di attuazione delle politiche sanitarie e socio-sanitarie sull'intero territorio nazionale (art. 1, comma 2) e di valutare i profili di ordine finanziario legati alla spesa sanitaria regionale ed alla spesa privata sostenuta dai cittadini (art. 2, commi 1 e 2), ha dedicato spazio anche a questioni specifiche.

In tal senso, si annovera l'attenzione per l'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi (art. 2, comma 5, lettera *b*)), sui meccanismi e i criteri adottati in relazione alla selezione delle classi di farmaci prescritti per determinate patologie (art. 2, comma 5, lettera *c*)), sull'attività e l'organizzazione delle unità di terapia nei reparti di medicina neo-natale, nonché le esperienze in campo materno-infantile presso i distretti socio-sanitari (art. 2, comma 6, lettera *c*)) e sulla realizzazione di un sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, di cui all'art. 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (art. 2, comma 6, lettera *h*), n. 2).

La Commissione, insediatasi nella seduta del 15 novembre 2006 con la costituzione dell'Ufficio di Presidenza, dopo aver provveduto all'approvazione del Regolamento interno, ha avviato la propria attività che si è rilevata particolarmente intensa: si sono tenute settantuno sedute in sede

plenaria, si sono svolti sedici riunioni dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari e sono stati effettuati diciassette sopralluoghi. In particolare, la Commissione, nello sviluppo dei propri lavori, ha tentato per quanto possibile di seguire una impostazione fondata sulla programmazione per obiettivi; in tale ottica, nelle prime riunioni dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, si sono illustrate le principali linee di azione dell'organo parlamentare, riguardanti l'area della gestione, l'area delle terapie e quella delle garanzie e dei diritti dei cittadini.

Inoltre, tramite il nucleo di agenti ed ufficiali delle forze dell'ordine, costituito ai sensi dell'art. 23, comma 4, del Regolamento interno, ha vagliato ed approfondito decine di segnalazioni ed esposti, anche prendendo spunto da ripetuti fatti di cronaca che hanno portato alla ribalta incresciosi casi di cattiva gestione, carenze ed errori, gravi disfunzioni in diversi contesti territoriali della variegata realtà sanitaria nazionale.

La complessità dei compiti attribuiti, unita alla doverosa attenzione per le numerose emergenze che purtroppo scuotono il mondo della sanità, ha indotto la Commissione a seguire un metodo di lavoro che, perfezionandosi nel prosieguo della propria attività, si è avvalso in primo luogo dei tradizionali strumenti dell'inchiesta parlamentare, come le audizioni e i sopralluoghi, ma anche di una costruttiva cooperazione con l'Autorità giudiziaria che è stata previamente informata e coinvolta nelle iniziative assunte, in «uno spirito di doverosa collaborazione tra organi di poteri distinti e diversi, per fini di giustizia» (sentenza della Corte Costituzionale, 22 ottobre 1975, n. 231). Nello specifico, questo metodo di lavoro si è articolato in un iniziale approfondimento conoscitivo, affidato al nucleo NAS a supporto della Commissione, volto ad acquisire elementi informativi sui casi segnalati, anche attraverso un raccordo con le realtà territoriali interessate. In secondo luogo, in determinate circostanze, si è inteso procedere all'acquisizione di ulteriore documentazione richiesta o all'Autorità giudiziaria procedente o alle stesse strutture coinvolte o agli Assessorati competenti. Inoltre, qualora ritenuto opportuno, questo approfondimento è proseguito anche attraverso specifiche audizioni degli stessi magistrati o effettuando sopralluoghi *in loco*.

Tale capacità di azione si è particolarmente sviluppata di fronte a quelle situazioni di emergenza che, a causa della loro imprevedibilità, non possono essere oggetto di una preventiva pianificazione, esigendo una risposta il più possibile rapida, nella consapevolezza che è spesso nella immediatezza dei fatti che si raccolgono i più preziosi elementi informativi. Questo spirito di adattamento ed iniziativa davanti a circostanze spesso drammatiche – con le quali, purtroppo, si misura talvolta la mancata attuazione del diritto costituzionale alla salute – è stato reso possibile dal senso di responsabilità di tutti i Commissari e dalla possibilità di assumere decisioni in tempi inusualmente ravvicinati per un organo parlamentare, grazie alla disponibilità di tutti i Gruppi rappresentati in seno alla Commissione.

Peraltro, è significativo che l'organo parlamentare non si sia interessato di tali situazioni emergenziali come fine a se stesse, ma ha sempre tentato di inquadrarle all'interno di contesti ricostruttivi più ampi e generali per comprendere se tali gravi inefficienze fossero in qualche modo paradigmatiche di un più complessivo cattivo funzionamento delle strutture o di un non adeguato sviluppo degli *standard* di qualità delle prestazioni. Per tali ragioni, le delegazioni parlamentari, attraverso i sopralluoghi, sono intervenute, in alcune occasioni, senza alcun preavviso, cercando di sfruttare l'effetto sorpresa, allo scopo di evitare qualsiasi indiscrezione, fuga di notizia o semplice strumentalizzazione. Del resto, a questi profili di riservatezza, intrinsecamente connessi all'operato degli organi parlamentari di inchiesta ed all'acquisizione di numerosi dati sensibili, si sono scrupolosamente attenuti i componenti della Commissione, che hanno ritenuto opportuno dotarsi sia di una delibera sul regime di divulgazione degli atti e dei documenti acquisiti o formati dalla Commissione sia di apposite linee guida sulle modalità di svolgimento dei sopralluoghi e dell'esame degli schemi di relazione.

Allo scopo di evidenziare le risultanze che sono state raggiunte dalla Commissione, si reputa opportuno presentare nel dettaglio il lavoro svolto nell'ambito delle seguenti inchieste:

- inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD);
- inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento;
- inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali;
- inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM);
- inchiesta in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi;
- inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

INCHIESTE SVOLTE DALLA COMMISSIONE

Inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD).

Relatori alla Commissione CAFORIO e CARRARA

Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, con particolare riguardo al Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM)

La Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale ha deliberato, in data 30 gennaio 2007, l'apertura di un filone di inchiesta sul Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (contraddistinto dall'acronimo CCM), all'interno dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese.

Il CCM istituito dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, opera nel settore della prevenzione sanitaria ed ha tra i suoi compiti quello di far fronte alle emergenze sanitarie e di coordinare con le Regioni i piani di prevenzione attiva. Per questi ultimi sono stati messi a disposizione 440 milioni di euro per tre anni, dal 2005 al 2007. Per l'attività e il funzionamento del CCM, ivi comprese le spese per il personale, è stata inizialmente prevista una spesa di 32.650.000 euro per l'anno 2004, 25.450.000 per l'anno 2005 e 31.900.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

La Commissione, nella stessa data, ha deciso l'acquisizione di documenti, informazioni, atti di intesa e altri documenti della Conferenza Stato-Regioni sul CCM (in particolare i criteri di nomina dei rappresentanti regionali, la proposta di istituzione dei CCM regionali e le distribuzioni economiche).

Allo stesso modo, per quanto riguarda il Ministero della salute, la Commissione ha deciso di acquisire la proposta sulla nuova riorganizzazione del CCM con sedi regionali, la relazione ed i dati sull'attribuzione dei 440 milioni di euro per il Piano nazionale della prevenzione.

Per quanto concerne il Ministero dell'economia e delle finanze la Commissione ha, invece, deciso l'acquisizione dei documenti relativi agli stanziamenti e alle spese per i CCM con le rendicontazioni degli anni 2005 e 2006.

Tra le varie audizioni previste, purtroppo, data l'improvvisa chiusura della XV Legislatura, si è proceduto solo all'audizione del direttore generale del CCM, dottor Donato Greco nelle sedute di mercoledì 4 e 11 luglio 2007.

Nel corso di queste sedute i Commissari, tra i quali i relatori, hanno rivolto al dottor Greco quesiti riguardanti principalmente la natura dell'operato del Centro in relazione ai numerosi organi del Servizio sanitario nazionale che hanno competenze nel settore della prevenzione sanitaria (re-

gioni, comuni, Istituto superiore di sanità). Le funzioni assegnate al CCM, secondo i Commissari, infatti, sarebbero in parte quanto già in capo al Ministero della salute (indirizzi generali), al Coordinamento interregionale per la prevenzione (confronto e raccordo delle politiche regionali) ed all'Istituto superiore di sanità (ricerca scientifica ed analisi dei dati a supporto delle decisioni strategiche).

Numerosi sono stati i quesiti riguardanti profili prettamente economico-finanziari relativi al CCM stesso. In particolare è stato più volte sottolineato dai Commissari il dubbio circa le modalità d'impiego dei fondi destinati al CCM, che rappresentano risorse aggiuntive rispetto a quelle che il Fondo sanitario nazionale mette a disposizione delle regioni.

I Commissari hanno fatto notare come il finanziamento del CCM fosse, in parte, andato a supportare, con nuovi consulenti, gli uffici ministeriali e, per la componente destinata ai progetti, all'ISS. Come se a condizioni organizzative ed attività invariate, si fosse aggiunto un finanziamento alle casse dell'ISS ed in minor misura ad altri organismi ministeriali, come IZS ed ISPEL.

Dagli interventi dei Commissari trasparivano richieste di chiarimenti sulla strana situazione riguardante la confusione di ruoli, le sovrapposizioni di compiti, le interferenze nell'operare, tra il CCM ed i numerosi enti innanzi richiamati.

È stato poi rilevato, nel dettaglio, che gran parte dei progetti del CCM si sovrappongono ad iniziative di studio/confronto già in corso in precedenza, nell'ambito dei gruppi di lavoro interregionali, cui partecipano molto spesso gli stessi soggetti.

È stato oggetto di quesiti il percorso di individuazione e della scelta dei progetti da finanziare. Nonostante quanto stabilito nell'atto costitutivo infatti i vari comitati, in un percorso farraginoso, non fanno altro che avvalorare quanto predisposto dal CCM, senza lasciare alle Regioni effettive facoltà di dare indicazioni.

Secondo alcuni Commissari i progetti, inoltre, non sarebbero preceduti da uno studio complessivo che ne valuti le priorità, non sarebbe verificata la congruenza tra cifra del finanziamento e azioni, le modalità per garantire l'individuazione dei destinatari non sarebbero trasparenti (cifre ingenti verrebbero assegnate ad enti o soggetti senza alcuna valutazione preventiva, di confronto o procedura di gara).

Durante lo svolgimento delle audizioni è stata più volte rilevata la circostanza che non vi sia alcun organismo di controllo sui progetti, che in molti di questi progetti, gran parte delle spese sono destinate ai partecipanti ai vari sottocomitati, la cui composizione è stabilita dal CCM stesso, peraltro senza evidenti criteri di scelta.

È stato fatto rilevare che in molti casi sono state finanziate singole regioni per progetti ad esclusiva valenza regionale, in netto contrasto con la logica che dovrebbe vedere il CCM scegliere seguendo criteri chiari e condivisi da tutte le regioni.

Infine sono stati richiesti chiarimenti specifici circa contratti di affidamento di servizi alla KPMG, alla Metabenessere srl, alla R.T.I. Italpol,

al consorzio «Equilibria di Noci» ed infine di ben tre milioni di euro con il Formez.

Il dottor Greco, durante entrambe le audizioni ed a mezzo relazione scritta depositata presso la Commissione, ha risposto dettagliatamente ed in modo particolarmente esaustivo a tutte le domande rivoltegli.

Egli ha infatti convenuto circa l'inopportunità della creazione di tale organismo all'interno del Ministero della salute e non all'esterno sotto forma di agenzia, circostanza che avrebbe favorito l'adozione di contabilità analitica. Essendo infatti il CCM organo del Ministero della salute, le procedure non prevedono contabilità economica, pertanto il costo di un servizio fornito da un ente pubblico è valutato dal Comitato scientifico e dal Comitato strategico del CCM, mentre l'atto convenzionale ed i costi previsti sono verificati dalla Ragioneria centrale dello Stato e dalla Corte dei conti.

Il direttore ha sottolineato la recente istituzione del CCM ed il fatto che esso, pur perseguendo impegni importanti, non abbia uno *staff* innovativo proprio, ma debba avvalersi di funzionari in servizio presso il Ministero della salute, le Regioni ed altri enti.

Ha inoltre giustificato quella che sembra una sovrapposizione dei ruoli con numerosi altri enti, ricordando che il CCM non inventa nuove attività ma ha semplicemente il compito di rendere efficienti l'attività di prevenzione primaria e del controllo della salute pubblica. Conseguentemente l'oggetto dei progetti, gli obiettivi da raggiungere non possono non riguardare gli stessi argomenti.

Ha giustificato come necessari e perfettamente regolari i contratti di affidamento di servizi richiamati dai Commissari, specificando le modalità con cui si procede all'assegnazione di tali affidamenti in base ai costi da sopportare. Ha inoltre specificato che analoga cosa non avviene per gli affidamenti che riguardano le regioni e gli istituti nazionali.

Per questi ultimi infatti, non si richiedono gare di affidamento specifico e sono quindi necessari degli accordi tra gli enti. L'affidamento agli Istituti avviene con convenzioni verificate dal consiglio di amministrazione e dal comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità.

Il direttore ha inoltre chiarito le motivazioni degli elevati finanziamenti all'Istituto superiore di sanità, che rappresenta appunto l'organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale, entità terza rispetto al tessuto sanitario del Paese e braccio operativo di azioni coordinate centralmente.

Il criterio dell'assegnazione dei progetti, secondo il direttore, è politico e progettuale. È stato previsto un manuale di linee guida progettuali, da seguire per l'assegnazione dei finanziamenti ai progetti.

Il direttore ha chiarito con dovizia di particolari le modalità con cui il CCM procede nell'individuazione delle priorità da perseguire e con quali progetti.

A conclusione dell'inchiesta condotta sul Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie, la Commissione non può che rilevare che la previsione di istituire il CCM all'interno del Ministero della

salute è stata sicuramente meno opportuna rispetto a quella di prevedere la costituzione di un ente terzo, come un'agenzia o meglio una autorità indipendente, che avrebbe avuto una copertura finanziaria ben distinguibile ed avrebbe potuto perseguire l'obiettivo dell'efficienza dei servizi in modo autonomo, anche e soprattutto dagli organi politici.

Non si può non rilevare inoltre che il CCM, studiando e verificando i progetti portati avanti da altri enti, seppur con modalità diverse, non permette una facile ricostruzione, rendicontazione e verifica dell'efficacia del suo operato. È praticamente impossibile verificare il lavoro del CCM in termini di costo-beneficio per la collettività.

Inoltre, il percorso per la scelta dei progetti, dettagliatamente enucleato nella relazione consegnata dal dottor Greco, è sicuramente, per quanto corretto, molto prolisso vedendo impegnati una decina di organi per decidere l'esecutività di un progetto.

Infine, seppur corrette dal punto di vista amministrativo, occorre sottolineare la certamente non rassicurante modalità riguardante l'affidamento a trattativa privata e le estensioni di contratto con società già operanti con il Ministero della salute. Seguendo tale principio infatti gli affidamenti del CCM non potranno che essere indirizzati ad aziende ai quali lo stesso CCM rivolge richieste di servizi o ad aziende già operanti con il Ministero della salute e per questo privilegiate, in modo scorretto; essendo destinatari di nuovi importanti ed ingenti finanziamenti per la realizzazione di, non sempre chiarissimi, progetti, il cui espletamento ed i cui risultati sono, come già enunciato, difficilissimi da verificare.

Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)

Tra i vari filoni di indagine affrontati dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio sanitario nazionale figura anche quello relativo all'acquisizione di elementi conoscitivi sull'attuazione degli adempimenti relativi al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), istituito presso il Ministero della salute, così come previsto dall'art. 1, comma 288, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006).

Il SiVeAS annovera tra i propri compiti quello di verificare che i finanziamenti erogati dallo Stato alle Regioni in materia di sanità pubblica vengano poi effettivamente tradotti in servizi per i cittadini secondo criteri di efficienza ed appropriatezza. Per il funzionamento del SiVeAS la legge finanziaria 2006 ha previsto uno stanziamento di 10 milioni di euro per l'anno 2006, successivamente ridotto a 7 milioni di euro per gli anni a venire.

Solo però con decreto interministeriale del 17 giugno 2006 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 16 agosto 2006, n. 189) il Ministro della salute ed il Ministro dell'economia hanno di fatto sancito l'effettiva istituzione del "Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sani-

taria (SiVeAS)", come organismo consultivo operante in seno alla Direzione generale per la Programmazione sanitaria del Ministero della salute.

La Commissione parlamentare d'inchiesta ha deliberato, il 30 gennaio 2007, l'apertura di una indagine conoscitiva sul SiVeAS che, a quella data, benché istituito formalmente da circa sei mesi, non si era ancora insediato a motivo della eccessiva burocratizzazione in ordine alla procedura di nomina dei componenti e la successiva registrazione dei contratti all'Ufficio centrale di bilancio (UCB) del Ministero della salute.

Si è stabilito pertanto di porre in essere un'azione di verifica mediante l'acquisizione di tutta la documentazione amministrativa posta in essere dal SiVeAS e la conseguente audizione del Ministro della salute, del Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, del Responsabile del nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR) e dei dipendenti che operano presso il SiVeAS.

In data 20 marzo 2007, la Commissione d'inchiesta iniziava il proprio programma di audizioni con l'intervento del dottor Filippo Palumbo, Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute. Il dottor Palumbo depositava in tale occasione una prima relazione, agli atti della segreteria della Commissione, in cui si specificava nei dettagli la fase programmatico-organizzativa del SiVeAS, ovvero la fase della sua attivazione, gli ambiti d'intervento e l'attività di supporto allo stesso SiVeAS.

Durante il corso dell'audizione, stante la complessità della materia trattata, diversi senatori, tra i quali il relatore, senatore Caforio, rivolgevano specifiche domande al dottor Palumbo in merito a questo primo periodo di attività del SiVeAS, sottolineando in particolare l'approfondimento di alcune tematiche anche attraverso l'invio di ulteriore documentazione da parte dello stesso Direttore. Gli aspetti oggetto di più approfondita analisi riguardavano:

- il decreto ministeriale n. 3 del 21 dicembre 2006 del Ministro Turco, con il quale si definiva "urgente" la programmazione della spesa degli 8.477.640,00 euro prima della chiusura dell'esercizio finanziario allora in corso;

- il decreto dirigenziale n. 2 del 22 dicembre 2006 a firma dello stesso dottor Palumbo, con il quale si autorizzava la spesa di cui all'allegato A del decreto ministeriale, che prevedeva una serie di contratti di collaborazione aventi come oggetto l'attività di supporto alla realizzazione del programma del SiVeAS;

- le collaborazioni con professionisti e con gli enti di cui al decreto dirigenziale al punto precedente;

- la richiesta di esame dei *curricula* degli esperti chiamati a collaborare;

- i criteri seguiti circa le modalità di scelta di questi ultimi;

- l'esistenza o meno di un comitato scientifico con il compito di predisporre le linee programmatiche del SiVeAS;

– le modalità con cui il SiVeAS svolge la sua attività in collegamento con analoghe strutture di altri Paesi europei.

Il relatore faceva inoltre notare, in quella sede, quali motivazioni avessero spinto il Ministero della salute ad impegnare quell'ingente somma di risorse per l'anno 2006, che ormai volgeva al termine, invece di approfittare di generare una eventuale economia di spesa all'interno dello stesso bilancio nei capitoli del Ministero della salute, atteso che analogo finanziamento era previsto per l'anno 2007.

Ai quesiti posti dai senatori, ed in particolare a quest'ultima specifica richiesta, il dottor Palumbo dava una prima sommaria risposta attraverso la breve esposizione in Commissione ma, soprattutto, successivamente, attraverso l'invio di una circostanziata relazione integrativa depositata presso la segreteria della Commissione stessa in data 19 aprile 2007, che ha permesso di meglio delineare i tratti specifici dell'organizzazione e delle attività del SiVeAS, oltre a chiarire eventuali dubbi sulla allocazione delle risorse finanziarie all'uopo destinate.

In primis, in merito all'ultima domanda del relatore, senatore Caforio, circa l'opportunità di impegno di risorse economiche in prossimità della fine dell'esercizio 2006, si evince da tale relazione come fosse precisa volontà del Ministero della salute «... *definire un programma di utilizzo pieno dell'importo di 10 milioni di euro al fine di implementare tutte le iniziative utili a realizzare l'attività di supporto che il Ministero della salute è stato chiamato a svolgere nel nuovo sistema relazionale costituito dal SiVeAS*».

È evidente che con tale risposta si è voluto sottolineare la legittimità della scelta politica, in capo al Ministro della salute, Turco, di impegnare la somma di 8.477.640,00 euro a valere sul 2006, allo scopo di non mandarla in perenzione, proprio a sostegno delle numerose attività del SiVeAS per le quali, poi, si sarebbe fatto fronte nel corso del successivo esercizio 2007.

Per ciò che riguarda le altre tematiche sollevate nel corso della audizione di cui sopra, emerge chiaramente dalla relazione integrativa che per quanto riguarda l'impegno degli 8.477.640,00 euro a valere sulla disponibilità 2006, con il decreto ministeriale n. 3 del 21 dicembre 2006, si è stabilito il carattere programmatico di tale impegno distribuito nei dodici mesi successivi e pertanto non relegato agli ultimi giorni dell'esercizio 2006.

In effetti al 31 dicembre 2006 le obbligazioni di spesa sono state pari a 1.522.000 euro, di cui 145.000 destinati ai carabinieri del Nas per corsi di formazione sulle attività ispettive e 1.350.000 all'Istituto superiore di sanità per la definizione di linee guida cui far riferimento nell'attività di verifica. La documentazione prodotta ha consentito inoltre di dare sufficiente spiegazione al tempo occorso per la stipula dei contratti di collaborazione i quali sono stati, su regolare istruttoria, firmati nei primi mesi dell'anno 2007.

In merito agli altri aspetti oggetto di approfondimento, il dottor Palumbo, dopo avere precisato che i *curricula* degli esperti sono stati in effetti consegnati con propria nota, datata 21 marzo 2007 e consegnata a mano a un ufficiale di polizia giudiziaria, in risposta alla nota di pari data del Presidente della Commissione recapitata per il tramite del medesimo ufficiale, attraverso la suddetta relazione integrativa ha potuto fornire ulteriori chiarimenti in ordine ai punti sollevati nel corso dell'audizione del 23 marzo 2007.

In particolare, a pagina 3 della menzionata relazione venivano date informazioni sull'attenzione ad analoghe strutture di altri Paesi europei; a pagina 5 venivano date informazioni e chiarimenti in merito all'attività di coordinamento tecnico – scientifico evidenziando la centralità del rapporto con le Regioni ed il ruolo del Comitato per la verifica dei LEA; a pagina 6 sono stati forniti chiarimenti in ordine alla prassi procedurale per il conferimento di incarichi ad esperti. L'elenco degli esperti cui è stato conferito il contratto di collaborazione risulta presente nella pagina *web* del Ministero della salute dedicata al SiVeAS.

Per quanto riguarda le informazioni circa l'insediamento dell'eventuale «organismo», la stessa relazione integrativa, a pagina 9 precisava ulteriormente che il legislatore non ha previsto la costituzione di alcuno specifico organismo, trattandosi di un sistema nazionale di relazioni e che, proprio a tal fine, ha disposto che, con un decreto interministeriale, fossero regolate le modalità con cui si sarebbe attuata quest'attività di relazioni interistituzionali. Tale decreto è appunto il decreto ministeriale del 17 giugno 2006.

Per quanto riguarda la operatività degli interventi effettivamente realizzati o da realizzarsi, informazioni sulla tempistica venivano fornite a pagina 14. Su questo punto, come anche sulle valutazioni in ordine alla carenza di informazioni di quanto è accaduto nell'anno 2007, sia sul piano della spesa che su quello delle attività, è doveroso ricordare che il Direttore generale, dottor Palumbo, era stato in effetti convocato per una specifica audizione a ciò dedicata il giorno 23 gennaio 2008. Il dottor Palumbo aveva dichiarato la propria piena disponibilità per questa audizione che tuttavia non è stata confermata dalla Presidenza della Commissione d'inchiesta in relazione alla sospensione dell'attività delle Commissioni parlamentari intervenuta a seguito del precipitare della situazione politica che ha portato alla crisi di Governo e allo scioglimento delle Camere.

Ulteriori approfondimenti venivano richiesti sul carattere dubbio del rapporto tra SiVeAS e Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ASSR) ed in particolare della posizione del dottor Palumbo, nella sua doppia veste di Direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e membro del Consiglio di amministrazione dell'ASSR.

Sempre nella relazione esplicativa del 19 aprile 2007, lo stesso direttore in effetti chiarisce che l'ASSR si trova al centro della rete relazionale su cui si basa il Sistema di verifica e controllo della qualità dell'assistenza sanitaria (SiVeAS), proprio in virtù della sua missione istituzionale, cen-

trale nel rapporto tra Stato e Regioni ed in particolare tra Ministero della salute e competenti assessorati regionali, ruolo confermato anche dalla legge finanziaria 2008 come «organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale». Da questo punto di vista appare coerente la scelta operata dal Ministero di avvalersi prioritariamente dell’Agenzia per lo svolgimento di attività aggiuntive a quelle ordinarie, valutate necessarie per un’implementazione sistematica delle attività di monitoraggio e controllo nel Servizio sanitario nazionale e per la collaborazione alle attività di affiancamento svolte dal Ministero della salute e dal Ministero dell’economia e delle finanze per le Regioni impegnate nei piani di rientro dai disavanzi.

Sulla specifica annotazione riguardante la posizione personale del dottor Palumbo, è necessario evidenziare che lo stesso risulta designato a far parte di tale organo di amministrazione, proprio in rappresentanza del Ministero della salute. Coerentemente con ciò l’emolumento richiamato di 15.338,77 euro annui non viene corrisposto allo stesso dottor Palumbo bensì al Ministero della salute ai sensi della normativa vigente in materia e del vigente contratto collettivo nazionale di lavoro.

Occorre poi precisare che la vigilanza sull’attività dell’ASSR è affidata ad altra Direzione generale del Ministero della salute (Direzione generale della ricerca scientifica). Tenendo presente quanto appena esposto, è bene anche precisare che non appare adeguato parlare di autoassegnazione di fondi pubblici, in quanto la decisione di assegnare risorse dell’attività SiVeAS all’ASSR è contenuta nel decreto ministeriale n. 3 del 21 dicembre 2006 a firma del Ministro della salute e che, d’altra parte, le risorse affidate alla stessa ASSR, in base al relativo regolamento, sono nella piena gestione del Direttore generale della stessa Agenzia e non del Consiglio di amministrazione.

La Commissione, da ultimo, non può comunque non rilevare come fragile sembri l’attuale processo di monitoraggio e controllo a fronte delle attività di tale «Sistema» che gestisce ingenti quantità di risorse pubbliche.

Si evidenzia, inoltre, che in data 5 marzo 2008, il Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute ha inviato, agli atti della segreteria della Commissione d’inchiesta, ulteriore documentazione in ordine all’aggiornamento delle attività del SiVeAS.

Inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento

Relatori alla Commissione BODINI e CURSI

Tra i principali compiti affrontati dalla Commissione parlamentare d'inchiesta nel corso della Legislatura appena conclusasi, può senz'altro includersi l'attività di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza, e più in generale del grado di efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate, riscontrabili nelle varie realtà ospedaliere dislocate su tutto il territorio nazionale.

La mappa che ne è derivata, attraverso i sopralluoghi, le audizioni e le relative relazioni approvate in Commissione, denota un quadro piuttosto preoccupante circa la situazione di alcune strutture sanitarie che operano in condizioni di estremo degrado, e a volte, vedi il caso del Policlinico Umberto I di Roma, senza le minime condizioni di sicurezza riservate ai pazienti e agli operatori sanitari.

Va sottolineato, parimenti, che il campione esaminato non può considerarsi un modello probante della normale realtà socio-assistenziale del Paese, poiché la Commissione ha concentrato i propri sforzi quasi esclusivamente su quei casi di malasanità segnalati dalla stampa nazionale, dai cittadini, dalle organizzazioni sindacali e quindi di per sé ha agito su un campione dai tratti ben delineati, diversi ad esempio da quelli che avrebbe seguito se avesse operato col metodo «indagine a campione».

Se l'Organizzazione mondiale della sanità pone il sistema sanitario italiano tra i primi tre al mondo per ciò che riguarda l'efficacia e l'efficienza delle cure prestate ai cittadini, la Commissione non può che confermare che, al di là di isolati episodi, la professionalità e l'eccellenza degli attori del sistema sanitario non solo è da confermarsi, ma va anche rilevata in quelle situazioni oggetto d'indagine, ove accanto a realtà strutturali e organizzative fatiscenti, riconducibili più propriamente a responsabilità di natura manageriale dell'azienda ospedaliera, la qualità e il livello assistenziale di prestazioni riservate al cittadino mantengono sempre e comunque livelli di buona qualità.

Come si avrà modo di rilevare dalle singole relazioni ispettive approvate a seguito degli specifici sopralluoghi, allegate in forma integrale in allegato, la geografia del sistema sanitario presenta una realtà assai differenziata in ragione della zona di ubicazione. Il nord Italia si caratterizza, in generale, con un sistema assistenziale di alto livello, con modelli integrati di gestione pubblico-privato all'avanguardia anche rispetto ai sistemi sanitari degli altri Paesi europei. Lo stesso dicasi per il centro-Italia, con qualche criticità in più per ciò che attiene alla gestione di alcune strutture di eccellenza sanitaria, mentre un quadro decisamente più preoccupante emerge dalla valutazione del sistema assistenziale meridionale, dove ac-

canto a tantissimi casi di eccellenza di prestazioni erogate, si annidano situazioni di criticità, spesso estranee alla pratica ospedaliera propriamente detta, ma che poi su questa inevitabilmente riflettono i propri esiti negativi (deficit finanziari, appalti delle forniture, gestione dei servizi, ecc. ecc.).

Al riguardo la Commissione non può non rilevare come la bontà del servizio assistenziale offerto nella quasi totalità delle Regioni del centro-nord d'Italia coincida anche con il rispetto dell'equilibrio di bilancio, ed invece, ad eccezione del Lazio che rappresenta un caso a sé, proprio le Regioni che presentano i maggiori disavanzi di gestione danno le minori garanzie in ordine alla qualità e quantità dei livelli assistenziali garantiti. Il Lazio rappresenta in tale contesto un caso isolato, difficile di per sé a comprendersi, perché come si è potuto notare a seguito di alcuni sopralluoghi effettuati, pur presentando una rete assistenziale di assoluto livello, con punte di eccellenza a livello internazionale, basti vedere gli esiti delle visite ispettive all'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea e al complesso integrato San Giovanni-Addolorata, rappresenta pur tuttavia la Regione con il peggiore disavanzo nel Paese e le strutture più prestigiose, tra cui ad esempio quelle dianzi menzionate, operano in un preoccupante regime di disavanzo cui sembra difficile nel breve-medio termine, trovare adeguata soluzione dai competenti organi regionali.

L'attività ispettiva della Commissione nei confronti delle strutture ospedaliere si è integrata pertanto con gli altri filoni d'inchiesta intrapresi dalla Commissione stessa concretizzandosi di fatto nei seguenti sopralluoghi:

- Presidio ospedaliero «G. Jazzolino» di Vibo Valentia;
- Azienda Policlinico Umberto I di Roma;
- Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma;
- Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) di Roma;
- Ospedale di Castellaneta, in provincia di Taranto (*);
- Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma;
- Istituto nazionale dei tumori - Fondazione G. Pascale di Napoli;
- Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze;
- Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese;
- Azienda ospedaliera «Villa Sofia C.T.O.» e Azienda ospedaliera universitaria - Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo;
- Ospedale «Sant'Anna» di Ronciglione, in provincia di Viterbo;
- Presidi ospedalieri in provincia di Frosinone;
- Ospedale «Di Summa – Antonio Perrino» di Brindisi.

La Commissione, nel corso dei sopralluoghi effettuati, si è avvalsa dell'operato del nucleo Nas interno alla Commissione stessa, denunciando di volta in volta alle competenti autorità di polizia giudiziaria locali eventuali irregolarità riscontrate durante il corso delle ispezioni.

Come sopra accennato, gli esiti integrali delle relazioni ispettive approvate sono riportate in allegato.

A causa di concomitanti fasi di lavoro della Commissione o a motivo dei ritardi di invio della documentazione da parte dei soggetti coinvolti nell'attività ispettiva e, non ultimo, il cessare improvviso della presente Legislatura, hanno di fatto impedito l'approvazione di significativi *dossier* d'inchiesta riguardanti le strutture ospedaliere quali il Policlinico Umberto I di Roma, l'Istituto nazionale dei tumori - Fondazione G. Pascale di Napoli, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze, l'Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese e l'Ospedale «Di Summa – Antonio Perrino» di Brindisi.

Per le strutture dianzi accennate, i cui atti d'indagine sono depositati presso la segreteria della Commissione, si delinea comunque di seguito un breve quadro riassuntivo a cura dei relatori.

Azienda Policlinico Umberto I di Roma

Trarre conclusioni sulla realtà del Policlinico universitario Umberto I non è certo facile, per la mole di materiale che è stato prodotto, per la complessità di ricostruire una situazione che si è andata stratificando nel corso di molti anni, per la contraddittorietà delle audizioni svolte ove i singoli attori, in parte a ragione, testimoniano l'impossibilità di porre rimedio in breve tempo a situazioni che vedono coinvolti diversi soggetti istituzionali (Regione, Azienda sanitaria, Università, Agenzia del demanio, ecc.) e diversi gradi di responsabilità.

È stata sicuramente la indagine più complessa affrontata dalla Commissione e dispiace che non vi sia stato il tempo di concluderla con un confronto comune. Anche la concomitante indagine in corso da parte dell'Alto Commissario per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e delle altre forme di illecito nella pubblica amministrazione, testimonia la gravità e la difficoltà della situazione in essere.

Alcune considerazioni, tuttavia, si ritiene giusto farle, nel modo più sintetico possibile. La struttura edilizia è quella del vecchio modello di ospedale a padiglioni, ciascuno dei quali tendeva (e forse tende ancora) ad essere autarchico. Anche ristrutturazioni recenti (valga per tutte l'esempio della clinica urologica) sono state fatte non nel senso della integrazione e razionalizzazione, ma piuttosto come celebrazione del potere del direttore di turno.

Il complesso architettonico è caotico, disordinato e privo di ogni razionalità e funzionalità. Il traffico veicolare interno e gli spostamenti dei pazienti da un padiglione all'altro sono inaccettabili. Il degrado della struttura è elevato in molte aree. Il progetto, da poco ripreso, di creare una struttura a monoblocco per degenze e servizi, mantenendo i padiglioni esterni per la didattica, appare l'unica percorribile al fine di conferire nuovo ordine nella struttura.

La riduzione dei posti letto effettuata, a seguito dell'apertura dell'ospedale Sant'Andrea, pur non avendo rispettato i livelli di contrazione previsti, è stata comunque una iniziativa utile e necessaria (pena la inge-

stibilità dell'ospedale) ma non è stata accompagnata da una proporzionale riduzione del personale e del numero di unità operative, peggiorando così l'attuale situazione economica. L'assurda proliferazione di posti apicali avvenuta negli anni è stata frutto, appare legittimo ritenere, di uno strapotere universitario che non ha tenuto in considerazione le necessità assistenziali e le programmazioni regionali, ma piuttosto il soddisfacimento delle esigenze di carriera dei singoli medici. I vari direttori generali e Commissari che si sono succeduti nel periodo di tempo preso in considerazione dalla inchiesta condotta dalla Commissione, sia pure con toni differenti, si sono tutti scontrati con questa realtà e solo recentemente si è riusciti ad effettuare accorpamenti, specie nell'area dei laboratori, e a programmare una razionalizzazione delle posizioni apicali, che tuttavia richiederà tempo per essere attuata. L'errore concettuale, riscontrato anche in altre realtà universitarie, è che lo sviluppo di carriera sia concepito solo come raggiungimento di una posizione apicale gestionale (direzione di unità operativa), mentre professionalità elevate, specie in ambito universitario, dovrebbero ottenere riconoscimenti stipendiali e di posizione proprio di tipo «professionale», come del resto è previsto dagli ordinamenti. Anche sul versante della realizzazione dei dipartimenti la situazione è piuttosto carente e anche in questo ambito sembra che i rapporti di forza tra direzione aziendale e dirigenza medica siano sbilanciati a favore di questa. Da ultimo la carenza di meccanismi di controllo gestionale efficaci e la scarsa informatizzazione dei sistemi completano il quadro di una istituzione che andrebbe «rifondata» dalla base e che rappresenta una grave anomalia nel quadro della sanità regionale e nazionale.

A ciò si aggiunga che forti dubbi permangono sullo stato di sicurezza dei luoghi di lavoro e cura riservati agli operatori e ai degenti.

Istituto nazionale dei tumori - Fondazione G. Pascale di Napoli

Ancorché non approvata ufficialmente dalla Commissione, la relazione finale relativa a questa ispezione è stata di fatto concordata tra i relatori e i membri della Commissione nei suoi tratti essenziali. Ne risulta l'esigenza di sottolineare che vanno stigmatizzati i ritardi con cui vengono affrontate le situazioni economico-gestionali di istituti di così grande rilevanza così come incredibile appariva la situazione legata alla direzione scientifica dell'Istituto, finalmente risolta a seguito dell'intervento della Commissione stessa. Si aggiunga che, come purtroppo è stato rilevato anche in altri ospedali del sud d'Italia, gli aspetti di manutenzione ordinaria appaiono carenti e tendono a conferire a tali strutture, anche se valide dal punto di vista scientifico e assistenziale, un aspetto decadente, di scarso decoro e in ultima analisi non rispettose sia dei degenti che degli operatori.

Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze

Trattasi di una Azienda mista ospedaliero-universitaria che presenta, di fatto, tutti i punti di forza e di criticità di tale architettura sanitaria.

Dalla documentazione agli atti e visti gli esiti ispettivi si può evincere che trattasi, nel complesso, di una azienda ospedaliera ben gestita con alcune aree critiche, peraltro già alla attenzione del *management* aziendale. In particolare, c'è da segnalare la presenza di aree di degenza nel dipartimento chirurgico con camere non rispondenti agli *standard* regionali e con grave carenza di servizi igienici.

Viene anche segnalata l'anomalia di due unità operative di urologia che svolgono apparentemente le stesse funzioni. Questo rappresenta, sia pure in misura assai limitata rispetto ad altre realtà esaminate dalla Commissione, uno dei «vizi» più comuni degli ospedali a componente universitaria, dove la distribuzione di posti apicali risponde più a logiche di potere che non di funzionalità dell'ospedale.

Quanto alle inchieste attualmente in corso sul rispetto delle «liste di attesa» si attenderanno i successivi eventuali pronunciamenti della magistratura, che sulla questione ha aperto un apposito fascicolo. Il fatto comunque evidenzia la necessità di un maggiore controllo interno e di una maggiore trasparenza nei meccanismi di formazione delle liste. Anche questo è un problema frequente nel panorama nazionale.

Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese

L'ispezione a tale complesso ospedaliero è stata di particolare interesse perché ha posto in evidenza come, anche in strutture di nuovissima realizzazione e di elevatissimi *standard* strutturali, dotati di un *management* aziendale collaudato e di qualità, si possano verificare problemi seri con ricadute sui pazienti. In particolare si è evidenziato come nella progettazione non siano stati posti in atto i necessari sistemi per il controllo batteriologico delle acque derivate dall'acquedotto pubblico e come apparecchiature nuove come la centrale di refrigerazione non fossero state sufficientemente isolate acusticamente e recassero disturbo ai degenti.

Una riflessione va poi fatta sulla esternalizzazione del servizio di sterilizzazione, centralizzato per tutto l'ospedale. Anche in questo caso, pur in presenza di un impianto assolutamente all'avanguardia, si sono evidenziati problemi nella pulitura della strumentazione chirurgica del reparto di ortopedia. Tale attrezzatura necessita di una pulizia manuale accurata prima del processo di sterilizzazione e solo il ricorso ad una caposala esperta ha permesso di risolvere il problema. Questo fatto evidenzia la necessità di controllo del personale specie quando si aggiudicano appalti «*full service*» con ditte esterne. Inserire nei capitolati di gara tutti i requisiti necessari, ma soprattutto eseguire controlli a posteriori sull'efficacia

del servizio, specie nelle fasi di avvio, risulta assolutamente necessario e compito specifico della direzione aziendale.

Ospedale «Di Summa – Antonio Perrino» di Brindisi

L'ispezione ha messo in evidenza un complesso ospedaliero in buone condizioni di operatività, anche se con problemi di ristrutturazione legati ad una rigidità della struttura architettonica. Il pronto soccorso manifesta difficoltà di spazi (peraltro in via di risoluzione) ma soprattutto di sovraccarico di lavoro legati ad una carente organizzazione sul territorio per la gestione delle urgenze. Questo dato è peraltro comune a molte realtà italiane per la scarsa correlazione tra ospedale e territorio con generale tendenza ad un eccesso di ricorso alle cure ospedaliere.

Il problema della scarsa igiene delle cucine, gestite da ditta esterna, ripropone il problema del controllo delle gestioni date in appalto, controllo che non può solo essere contabile, ma di rispetto di tutte le normative e gli *standard* richiesti. Anche la situazione della gestione dei rifiuti speciali si è rivelata deficitaria, come già rilevato in diversi altri ospedali.

Il problema delle truffe perpetrate da associazioni di operatori sanitari a danno del Servizio sanitario nazionale rappresenta una piaga ancora troppo diffusa. Anche in questo caso controlli incrociati sulle prescrizioni ed erogazioni potrebbero portare più precocemente a scoprire comportamenti illeciti ed il potenziamento di sistemi informatici con dati in tempo reale sarà la risposta anche in chiave preventiva.

La vicenda infine della terapia intensiva ha evidenziato come conflitti interni ad una *equipe* (peraltro in qualche modo fisiologici in qualunque ambiente di lavoro), se non ben gestiti, possono avere risvolti pesantemente negativi sulla immagine di un reparto, sulla tranquillità dei pazienti e, in ultima analisi, sulla resa prestazionale di un servizio.

CONSIDERAZIONI FINALI

Il lavoro svolto dalla Commissione è stato intenso e produttivo, limitato solo dalla breve durata della Legislatura e dalla situazione del Senato che, richiedendo assidua presenza in Assemblea, ha limitato nei fatti gli spostamenti ispettivi.

L'impostazione del lavoro ha seguito il criterio non di sovrapposizione rispetto ad indagini della magistratura, ma piuttosto, prendendo a volte spunto da queste, di una valutazione globale delle strutture ospedaliere visitate per trarne situazioni che avessero valore generale per il Servizio sanitario nazionale.

Anche laddove le inchieste hanno rilevato situazioni anomale, carenze o errori gestionali, è parso che la presenza di una Commissione parlamentare sia stata comunque sempre ben accettata, perché segno di attenzione verso realtà di per sé complesse e problematiche, e perché portatrice di speranze di miglioramento. Inoltre l'attività ispettiva, anche se solo potenziale, induce maggiore attenzione gestionale con riflessi positivi sull'utenza finale.

Il quadro generale che ne è uscito è innanzitutto quello di una generale vetustà delle nostre strutture ospedaliere con un evidente gradiente nord-sud, e anche quello di una difformità gestionale con ancora non sufficiente livello di managerialità. L'attenzione alla efficienza operativa rispetto alle esigenze del territorio non è sempre la stella polare che guida l'azione della dirigenza, e frequentemente il disavanzo economico è frutto di cattiva gestione, prima che di insufficienza di risorse. La carenza di una mentalità indirizzata al risultato ultimo (salute dei cittadini ovvero *outcome* clinico rispetto alle cure prestate) comincia ad essere presente, ma quasi ovunque mancano sistemi oggettivi di valutazione dei risultati, strumenti oggi assolutamente necessari per verificare tutte le figure coinvolte nel processo di cura, dall'infermiere al direttore generale.

L'auspicio è che anche nella prossima Legislatura possa proseguire questa azione finalizzata non tanto a scopi punitivi, quanto piuttosto a fare da stimolo al miglioramento di un Servizio sanitario che ha dimostrato nei suoi trenta anni di vita valenze assolutamente positive e riconosciute anche a livello internazionale, ma che necessita di significative iniezioni di efficienza, specie nel centro-sud del Paese.

(*) Il 7 maggio 2007 una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Tomassini e dal senatore Caforio, ha effettuato un sopralluogo presso l'ospedale di Castellana, in provincia di Taranto, dove si sono svolte le seguenti audizioni:

dott. Marco Urigo, Direttore generale ASL TA/1
dott. Vincenzo Lenti, Direttore sanitario ASL TA/1
dott. Emanuele Fiscaro, Direttore sanitario controllo e gestione ASL TA/1
dott. Antonio Scarcia, Primario UTIC
geom. Ilario Germinaro, responsabile ufficio tecnico dell'ospedale

Il 15 maggio 2007, presso la Commissione, si è svolta l'audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Taranto, dottor Mario Barruffa.

Inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali

Relatori alla Commissione MONACELLI e BOSONE

Nell'ambito dell'*inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali* avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale sono state inviate, in data 15 maggio 2007, alle Regioni, schede sotto forma di questionari, con l'esigenza di acquisire alcuni dati utili.

La raccolta dei dati avrebbe dovuto consentire la definizione del tipo di risposta offerta alle situazioni di coma vegetativi, oltre che all'assistenza domiciliare, sui pazienti affetti da patologie neurovegetative, demenze e fasi terminali di malattia, nelle diverse realtà regionali.

Nell'ambito dei questionari sono stati indagati sia gli aspetti generali (concernenti il fabbisogno stimato dei posti letto dedicati ai pazienti, la presenza di linee guida riguardanti l'assistenza ai pazienti e l'anno della loro approvazione, i pazienti degenti in strutture ospedaliere, i pazienti degenti in strutture convenzionate dedicate e quelli degenti in altre strutture); sia gli aspetti organizzativi, con domande su: numero delle strutture dedicate ai pazienti, numero di unità operative dedicate, il totale di posti letto/100 mila abitanti.

In una terza sezione dei questionari si indagava quali fossero gli *standard* assistenziali minimi, riferiti al numero di ore di prestazione sanitaria domiciliare per paziente/*die*, e numero di ore di assistenza domiciliare per paziente/*die*.

La sezione quarta era dedicata agli aspetti economici, con domande sui costi per paziente/anno nelle varie modalità assistenziali: ospedalizzazione, R.S.A., domiciliarizzazione e strutture dedicate, oltre che il costo medio paziente/*die*.

Le Regioni che hanno aderito, rispondendo ai questionari, sono elencate nella tabella riportata più avanti.

Le altre Regioni, nonostante vari solleciti, non hanno ad oggi dato risposta.

Le Regioni più «virtuose», cioè quelle che hanno risposto prontamente sono state: Provincia autonoma di Bolzano (27 giugno), Molise (2 luglio), Lombardia (6 luglio), Valle d'Aosta (6 luglio), Marche (21 luglio), Provincia autonoma di Trento (30 luglio), le meno «virtuose» Piemonte (14 settembre), Basilicata (25 settembre).

Il nord Italia ha aderito quasi nella totalità (anche se mancano Regioni «importanti» come il Veneto), dal centro Italia, sud Italia e Isole le risposte sono pervenute soltanto da due Regioni.

Dalle risposte pervenute è emersa una notevole difficoltà di aggregazione dei dati dovuta alla frammentazione, parzialità e incompletezza delle informazioni.

In considerazione dell'estrema differenziazione rilevata tra le Regioni, sono stati condotti alcuni sopralluoghi a campione in diverse aree del Paese (ospedale di Sassari, Casa di cura di Brebbia, in provincia di Varese e Casa di cura «San Raffaele» di Cassino, in provincia di Frosinone) a seguito o di segnalazioni ovvero di notizie apparse sulla stampa.

QUESTIONARI COMA VEGETATIVI

TABELLA RIASSUNTIVA DELLE REGIONI CHE HANNO ADERITO DATA 5/2/2008

1	ABRUZZO	
2	BASILICATA	Si
3	CALABRIA	
4	CAMPANIA	
5	EMILIA-ROMAGNA	Si
6	FRIULI-VENEZIA GIULIA	
7	LAZIO	
8	LIGURIA	Si
9	LOMBARDIA	Si
10	MARCHE	Si
11	MOLISE	Si
12	PIEMONTE	Si
13	PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	Si
14	PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	Si
15	PUGLIA	
16	SARDEGNA	Si
17	SICILIA	
18	TOSCANA	
19	UMBRIA	
20	VALLE D'AOSTA	Si
21	VENETO	

Inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM)

Relatori alla Commissione BINETTI e TADDEI

L'interruzione anticipata della XV Legislatura di fatto ha consentito di effettuare soltanto le seguenti audizioni, attraverso le quali sono state approfondite alcune tematiche sia di ordine generale che specifico, ad iniziare dalle funzioni e dagli obiettivi ricoperti dalle società medico – scientifiche (audizione del professor Pasquale Spinelli, presidente nazionale della Federazione delle società medico-scientifiche italiane (FISM), nella seduta del 20 giugno 2007) ed alla partecipazione dell'INAIL al sistema ECM tramite eventi o progetti organizzati ed accreditati dall'Istituto e tramite eventi esterni (audizione del dottor Giuseppe Bonifaci, dirigente medico responsabile del settore aggiornamento professionale della sovrintendenza medica generale dell'INAIL, nella seduta del 27 giugno 2007).

Sono state altresì approfondite le problematiche legate agli accreditamenti degli eventi e al ruolo dei *provider* pubblici e privati, delle Università e delle Aziende sanitarie (audizione del professor Alessandro Finazzi Agrò, Rettore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e rappresentante della Conferenza dei Rettori delle Università italiane (CRUI), nella seduta del 24 ottobre 2007). Si sono quindi raccolte le valutazioni, anche critiche, sulla fase sperimentale del sistema ECM, da parte di alcune categorie (dottor Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale Ordini medici chirurghi e odontoiatri (FNOMCeO), nella seduta del 27 novembre 2007 e dottor Giancarlo Belluzzi e dottor Antonio Manfredi, rappresentanti dell'Associazione nazionale medici veterinari italiani (ANMVI), nella seduta del 5 dicembre 2007).

Infine, si sono esaminate le prospettive di riforma del sistema ECM, anche alla luce della attività della Commissione nazionale per la formazione continua (audizione della dottoressa Maria Linetti, direttore dell'Ufficio V della Direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie del Ministero della salute, nelle sedute del 4 dicembre e 18 dicembre 2007).

Sul piano dell'acquisizione documentale, soprattutto grazie alle ultime audizioni menzionate, si è potuto disporre di una ricostruzione complessiva del sistema di educazione continua in medicina, con l'indicazione, tra l'altro, dei *referee* e degli eventi.

In particolare, dalla relazione depositata dalla dottoressa Linetti, è emerso che negli ultimi cinque anni in Italia sono state accreditate 363.710 edizioni di eventi formativi, a cui hanno partecipato 12.209.197 professionisti.

Lombardia e Lazio sono le regioni in cui si è avuto il maggior numero di eventi accreditati, rispettivamente 46.296 e 32.903, con il maggior

numero di partecipanti effettivi, circa 1.700.000 in Lombardia e 1.230.000 nel Lazio. Il picco complessivo degli eventi si è avuto nel 2004.

Il 14 dicembre del 2006 è terminata la fase sperimentale del sistema ECM, successivamente prorogato per altri sei mesi, fino al giugno 2007.

Durante tale periodo sono emerse le seguenti criticità:

- La possibilità che si creino contraddizioni e comunque la maggiore burocratizzazione per il doppio canale dell'accREDITAMENTO a livello nazionale e regionale;

- Il sistema di registrazione dei crediti ECM prevede una doppia anagrafe: nazionale e regionale tra loro interconnesse; ma in realtà non sono ancora pronte né l'una né l'altra;

- L'organigramma della Commissione nazionale per l'ECM appare quanto meno pletorico e certamente di non facile gestione, tenendo conto che assomma tre funzioni ad alta complessità: dalla funzione di indirizzo a quella di coordinamento, includendo quella di collocamento delle risorse disponibili;

- L'approccio al tema dell'ECM appare rispondente più a criteri di tipo burocratico-organizzativo che non ad una effettiva sensibilità per le esigenze formative dei diversi professionisti. La funzione di controllo è concentrata sulle prerogative dei *provider* e sulle caratteristiche generali dell'evento, ma niente e nessuno garantisce che ci sia una effettiva formazione dei professionisti con un innalzamento del livello delle loro competenze reali. Si valuta a monte, in fase di progettazione e non a valle a realizzazione avvenuta;

- Si rende necessario garantire una adeguata integrazione ai tre livelli del piano formativo previsto per i singoli professionisti: nazionale, regionale, aziendale, anche per meglio rispondere alle esigenze del miglioramento complessivo del SSN, espresso dai bisogni di salute dei pazienti;

- Il computo dei crediti ECM da acquisire per il triennio 2008-2010 è stato calcolato in 150 crediti, di cui 90 debbono essere crediti nuovi, mentre 60 possono essere attinti a quelli maturati nella fase sperimentale, periodo 2004-2007. L'arbitrarietà della valutazione delle attività svolte nel triennio sperimentale opera una omologazione tutt'altro che incoraggiante per le persone che in precedenza si sono impegnate a fondo sia sotto il profilo quantitativo, numero dei crediti acquisiti, che qualitativo, obiettivi di apprendimento effettivamente raggiunti;

- Un ulteriore problema emerso durante le audizioni riguarda le problematiche di natura economica: nella fase sperimentale il numero di crediti assegnato alle diverse iniziative era commisurato anche ad una specifica quota da pagare da parte degli organizzatori per ciascun credito. La maggioranza di questi fondi è stata fagocitata dal sistema burocratico, senza tradursi in iniziative concrete che favorissero almeno il miglioramento della qualità del circuito interno del sistema formativo. Molto è stato speso per un controllo che si è rivelato frammentato e poco si è investito sotto il profilo squisitamente pedagogico, come avrebbe voluto la stessa definizione ECM.

Inchiesta in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi

Relatori alla Commissione BIANCONI e BODINI

La Commissione, secondo quanto stabilito dalla propria delibera istitutiva (art. 2, comma 5, lett. b)) ha reputato opportuno aprire una specifica inchiesta allo scopo di acquisire elementi conoscitivi in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti d'organi ed ai criteri di attribuzione degli organi, in particolare di quelli salvavita, e sulla loro distribuzione sul territorio nazionale.

Inoltre, l'inchiesta si è posta l'obiettivo di svolgere un approfondimento anche sulle iscrizioni alle liste di attesa dei pazienti, sui risultati ottenuti dai vari centri italiani in termini di quantità e qualità nell'attività dei trapianti, sull'eventuale mancato rispetto di quanto previsto dai decreti attuativi della legge n. 91 del 1° aprile 1999 – con particolare attenzione al numero minimo di trapianti annuo richiesto per ogni centro trapianti – e sui meccanismi e i criteri adottati in relazione alle selezioni delle classi di farmaci prescritti per determinate patologie con particolare attenzione alle statine utilizzate nella prevenzione e nella cura di malattie cardiovascolari.

Pur prendendo spunto da alcuni fatti che hanno denotato gravi inadeguatezze ed errori nelle procedure di trapianto, la Commissione si è interessata a tale tematica, anche tenendo conto che, proprio per effetto della legge n. 91 del 1999, l'Italia si trova ora nelle prime posizioni per numero di prelievi, sebbene tale normativa di riferimento necessiti di alcuni correttivi. L'evoluzione delle altre inchieste, nonché la conclusione anticipata della Legislatura, hanno impedito di sviluppare il programma dell'inchiesta e di pervenire a delle conclusioni che in primo luogo traessero origine dalle valutazioni che, ad esempio, sono state poste in luce dai soggetti auditi.

Inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell’Agenzia italiana del farmaco (AIFA)

Relatori alla Commissione CAFORIO e CURSI

Premessa

L’inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) avviata nella 31^a seduta di mercoledì 6 giugno 2007, purtroppo non si è potuta concludere. Sono mancate infatti, per definire meglio e più completamente il quadro generale, alcune importanti audizioni programmate.

Alla luce delle audizioni effettuate e della documentazione acquisita è possibile comunque definire una prima valutazione conclusiva, ritenendo che il quadro generale e singoli aspetti potranno essere meglio definiti nel corso della prossima legislatura, in modo da proporre e adottare gli ulteriori provvedimenti per migliorare il settore farmaceutico e qualificare il ruolo dell’AIFA.

Elementi strutturali del settore farmaceutico in Italia

L’obiettivo iniziale della Commissione è stato quello di individuare e verificare gli elementi strutturali del settore farmaceutico, delle criticità e dei punti di forza, per tentare di definire un piano di sviluppo del sistema farmaceutico in Italia, tenendo conto della possibilità di valorizzare il ruolo dell’AIFA.

Sulla base delle audizioni effettuate e della documentazione agli atti acquisita, gli elementi strutturali del settore farmaceutico in Italia possono essere così riassunti e definiti:

- Dimensione del mercato farmaceutico italiano.

I dati forniti dalla Direzione generale dell’AIFA, a seguito del rapporto della DG Enterprise della Commissione europea, confermati dalla Associazione europea delle industrie farmaceutiche (EFPIA), indicano che il mercato farmaceutico totale – a ricavo industria – in Italia nel 2005 è risultato pari a 15,7 miliardi di euro, che costituisce il terzo mercato europeo e il quinto mercato mondiale, inclusi gli Stati Uniti e il Giappone.

Tale mercato a ricavo industria corrisponde, in prezzo al pubblico, a 23,19 miliardi di euro, di cui 13,4 miliardi di euro (58,0 per cento) per medicinali di fascia A, 3.900 milioni di euro per la fascia H (16,8 per cento) e 5.851 milioni di euro per la fascia C (25,2 per cento), con una copertura a carico del SSN pari al 74,8 per cento.

– Investimenti in Ricerca e Sviluppo (R&S) in Italia da parte delle Aziende farmaceutiche.

Nonostante la rilevanza del mercato farmaceutico italiano, simile per valore al mercato inglese, gli investimenti in R&S dell'industria farmaceutica in Italia, sulla base dei dati forniti dalla DG Enterprise della Commissione Europea nel 2005, sono inferiori di circa 5 volte a quelli del Regno Unito e di circa 4 volte a quelli della Francia.

Per evitare che l'Italia venga assunta prevalentemente come mercato, occorre promuovere politiche di contesto che incentivino la ricerca e la innovazione ed attraggano nel Paese investimenti da parte delle industrie del settore.

Proprio a questo fine nella legge finanziaria del 2006 (legge n. 266 del 2005, articolo 1 – commi 313, 314, 315 e 316) sono state inserite specifiche norme per i cosiddetti «Accordi di Programma», con un finanziamento pari a 100 miliardi di euro, attribuendo un premio di prezzo alle aziende farmaceutiche che investono in Italia, in particolare nella ricerca (fase I-II) e nell'ampliamento dei siti produttivi.

– Il processo registrativo

La registrazione dei farmaci in Europa, specie per i farmaci bio-tecnologici e per i medicinali innovativi, avviene attraverso la procedura centralizzata, tramite la nomina di un Paese europeo come *rapporteur* e *co-rapporteur*, nell'ambito del Comitato per la valutazione dei medicinali per uso umano (CHMP) dell'Agenzia europea dei medicinali (EMA).

Dal 2004 al 2006 l'Italia è stata *rapporteur* o *co-rapporteur* di procedure registrative europee centralizzate in otto casi di farmaci innovativi, con un notevole incremento rispetto agli anni precedenti e pur tuttavia l'Italia mantiene un ruolo ancora insufficiente rispetto ai Paesi del nord, che guidano nella stragrande maggioranza dei casi il processo registrativo europeo.

– La ricerca clinica in Italia

Sulla base dei dati forniti dall'Osservatorio nazionale sulle sperimentazioni cliniche (OsC) dell'AIFA risulta che dal 2000 al 2006 sono state condotte in Italia oltre 4.300 sperimentazioni cliniche.

In particolare le sperimentazioni di fase I, che pure sono aumentate in tale periodo dallo 0,9 al 2,3 per cento, risultano ancora molto limitate; le sperimentazioni di fase II registrano un incremento dal 27,8 al 39,5 per cento, mentre le sperimentazioni di fase III sono passate dal 64,0 al 46,2 per cento.

Da tali dati emerge che, pur con un *trend* favorevole di cambiamento, rimane prevalente la ricerca di fase III *pre-marketing*, mentre va fortemente potenziata la sperimentazione «*early phases*» ed, in particolare la fase I, avente l'Italia come centro coordinatore, per poter sviluppare sin dall'inizio il processo di ricerca e sviluppo (R&S) di un nuovo farmaco.

Anche in questo settore gli accordi di programma, sopra richiamati rappresentano un forte incentivo perché premiano le aziende che investono in Italia proprio per le ricerche di fase I e II.

– Il ruolo dei medicinali generici

I farmaci generici equivalenti hanno un ruolo essenziale nel mantenimento della compatibilità del sistema farmaceutico, in quanto a parità di efficacia e sicurezza, presentano un costo inferiore del 40-50 per cento rispetto ai farmaci di marca.

Le risorse economiche e i risparmi derivanti dai generici sono essenziali e necessari per sostenere i costi della ammissione alla rimborsabilità dei farmaci innovativi che presentano un prezzo molto elevato.

Sulla base della documentazione e dei dati forniti dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMED) dell'AIFA, risulta che il mercato dei generici che in Italia prima del 2001 era praticamente inesistente, rappresenta nel 2006 il 13,1 per cento della spesa farmaceutica e il 24,8 per cento delle prescrizioni.

I dati a consuntivo del 2007 indicano un incremento dal 13,1 al 18,7 per cento della spesa farmaceutica e al 29,7 per cento delle prescrizioni (una prescrizione su tre si riferisce a medicinali non più coperti da brevetto).

Nel 2008, con la scadenza della copertura brevettale di molecole con rilevanti quote di mercato, la percentuale dei generici è stimata aumentare a circa il 25 per cento e al 40 per cento rispettivamente del totale della spesa e delle dosi prescritte.

Per quanto riguarda, invece, la politica dei farmaci equivalenti, si ritiene che l'AIFA non abbia posto in essere uno sforzo sufficiente per il loro sviluppo. È necessario, pertanto, che di intesa con il Ministero della salute e con la Conferenza Stato-Regioni ci sia un maggior impegno soprattutto alla luce dei più recenti provvedimenti legislativi posti nella legge finanziaria e nel decreto-legge n. 248 del 2007, cosiddetto «Mille proroghe», per raggiungere lo sviluppo delle altre nazioni europee su questo tema.

Elementi di criticità e di miglioramento del sistema

Le audizioni effettuate e la documentazione acquisita, come sopra riportato, hanno consentito di acquisire dati ed elementi sulla struttura del settore farmaceutico in Italia, sulle criticità e sui punti di forza, e sul ruolo e la valorizzazione delle attività dell'AIFA.

E pur tuttavia emergono elementi di criticità e di miglioramento del sistema su cui svolgere una ulteriore attività di sviluppo del settore farmaceutico in Italia, che possono essere così riassunti:

- Rafforzamento ed incremento della prescrizione, della informazione e della comunicazione sui medicinali generici-equivalenti.

Oltre alla iniziativa dell'AIFA attivata nel 2006 con una campagna di comunicazione sul corretto uso dei farmaci e di promozione dei farmaci equivalenti (per un importo pari a circa 6 milioni di euro), va compiuto un ulteriore sforzo di informazione agli operatori sanitari e di comunicazione ai cittadini sul concetto del generico come farmaco equivalente, con la stessa efficacia e qualità del farmaco di marca ma con un costo inferiore, in quanto dopo dieci anni di copertura brevettale, sono stati riassorbiti gli investimenti in R&S, e cessa l'esclusività del mercato per cui i prezzi possono essere ridotti del 40-50 per cento.

In secondo luogo è opportuno che le manovre di contenimento della spesa farmaceutica, sia a livello normativo che amministrativo, escludano dal loro ambito di applicazione i farmaci generici – equivalenti.

In terzo luogo è necessario che la competitività sui prezzi indotta dai medicinali generici non venga parzialmente riassorbita tramite gli sconti effettuati alla distribuzione finale.

- Potenziamento del monitoraggio della prescrizione e dei consumi, dell'andamento della spesa farmaceutica ai fini della sostenibilità economica.

Il monitoraggio della prescrizione e dei consumi e dell'andamento della spesa farmaceutica è strumento e condizione essenziale per il governo della spesa farmaceutica e della sostenibilità economica a livello nazionale e in ogni singola regione.

Tale monitoraggio è assicurato dall'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali (OsMED) operante presso l'AIFA, in adempimento dell'art. 68, comma 9, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, che ha disposto l'obbligo di trasmissione da parte delle farmacie pubbliche (Assofarm) e private (Federfarma) dei dati di prescrizione dei medicinali a carico del SSN.

Le informazioni provengono direttamente all'Osservatorio dell'AIFA da parte delle farmacie, con un sistema informatico che raccoglie le informazioni all'atto della registrazione («strisciata») di ogni singola fustella contenuta nelle ricette rimborsate e spedite in ogni singola farmacia.

L'OsMED costituisce il *database* più ampio rispetto ai vari paesi europei (477 milioni di ricette nel 2005 – 503 milioni di ricette nel 2006 – 524 milioni di ricette nel 2007).

Sulla base dei dati di tutte le ricette con farmaci a carico del SSN, è stato attivato il progetto SFERA (Spesa farmaceutica regioni e ASL), attraverso cui i dati di prescrizione e di spesa vengono analizzati per singola regione e in *banchmarking* tra le varie Regioni, in modo da offrire agli assessorati regionali alla sanità e alle singole ASL uno strumento per il monitoraggio della spesa e l'adozione di provvedimenti di razionalizzazione e contenimento sulla base del fondo sanitario attribuito alle singole Regioni.

Tale progetto già operante presso la direzione generale del Ministero della salute è continuato dall'AIFA tramite una convenzione con «IMS International» approvata dalla Corte dei conti.

Peraltro senza i dati del progetto SFERA non sarebbe possibile per le Regioni avere il confronto con le altre Regioni sulla spesa farmaceutica, sull'andamento dei consumi, sulla prescrizione dei generici e sulle analisi per categoria terapeutica e per principio attivo.

In questo ambito è tuttavia necessario migliorare il rapporto del monitoraggio inviato alle Regioni, con indicatori non solo di consumo e di spesa ma anche con parametri di appropriatezza d'uso, concordati con la Conferenza Stato-Regioni, correlati con la prevalenza epidemiologica delle patologie e con il numero e la tipologia dei pazienti assistiti dai medici di medicina generale.

Pur ammettendo il valore scientifico, oggettivamente riconosciuto in Europa, all'IMS, non si comprende perché l'OsMED, che è l'organo di riferimento dell'Agenzia per il farmaco deputato alla raccolta ed analisi dei dati di consumo dei farmaci in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, non abbia utilizzato i dati di prescrizione dei medicinali forniti gratuitamente dalle farmacie pubbliche e private.

Inoltre è necessario trasmettere alle Regioni i dati della spesa e della prescrizione ospedaliera, sulla base del decreto ministeriale sulla «Targatura» (decreto ministeriale del 31 luglio 2007, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 229 del 2 ottobre 2007), che ha istituito il flusso dei dati di spesa ospedaliera da trasmettere al Ministero della salute e all'AIFA, da parte delle aziende produttrici, dei grossisti e della rete delle farmacie.

In questo modo sarà possibile verificare e correlare in ogni Regione il rapporto tra la spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera, anche in relazione alle differenze nel numero e nella complessità delle strutture nosocomiali e di assistenza presenti nelle singole Regioni.

Che esistesse una stretta correlazione tra spesa territoriale in regime di convenzione con il SSN e spesa ospedaliera era chiaro da tempo. E anche in questo caso la tempistica di intervento è quantomeno da ritenere tardiva.

- Qualificazione e adozione delle misure di ripiano e di contenimento della spesa da parte dell'AIFA.

Nel corso del 2005-2007 l'AIFA sulla base dei dati di monitoraggio dell'OsMED ha operato una serie di misure di ripiano per riportare la spesa farmaceutica al rispetto del tetto fissato dal Parlamento pari al 13 per cento del Fondo sanitario nazionale (FSN) per la farmaceutica convenzionata e al 3 per cento per la spesa farmaceutica ospedaliera.

In particolare l'AIFA ha adottato i seguenti provvedimenti di ripiano:

- proroga dello sconto del 4,12 per cento a carico del produttore (determinazione AIFA del 26 luglio 2005);
- aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale (PFN) con determinazione AIFA del 16 dicembre 2004;
- riduzione dei prezzi del 4,4 per cento (determinazione AIFA del 30 dicembre 2005) portato al 5 per cento con determinazione AIFA del 20 settembre 2006;

- aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale (PFN) con determinazione AIFA del 3 luglio 2006;

- riduzione dei prezzi del 5 per cento (determinazione AIFA del 27 settembre 2006) e di un ulteriore 5 per cento (delibera AIFA del 20 settembre 2006), prorogata dalla legge finanziaria 2007.

Sulla base delle misure adottate dall’AIFA nel 2007 è stato raggiunto l’equilibrio economico e la spesa farmaceutica convenzionata è risultata inferiore al 13 per cento del FSN e la spesa complessiva all’interno del tetto del 16 per cento; si tratta della voce della spesa sanitaria che ha rispettato il tetto programmato di spesa ed è stata posta sotto controllo.

Peraltro il raggiungimento dell’equilibrio economico è stato ottenuto senza riclassificare medicinali in fascia C e quindi senza ridurre la copertura assistenziale.

- Migliorare la unitarietà del sistema farmaceutico di intesa con le Regioni

Il riferimento normativo per assicurare l’unitarietà del sistema farmaceutico è costituito dall’articolo 48, comma 2, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, istitutivo dell’AIFA: al fine di assicurare l’unitarietà del Sistema farmaceutico come da norma sopra citata, l’Agenzia garantisce attraverso il Prontuario farmaceutico nazionale (PFN) l’accesso uniforme ed omogeneo su tutto il territorio nazionale ai farmaci innovativi, ai medicinali orfani e a tutti i farmaci essenziali per il trattamento delle patologie gravi, acute e croniche.

L’AIFA ha approvato con determinazione del 26 luglio 2005 il PFN che riporta l’elenco dei medicinali autorizzati e rimborsati dal Servizio sanitario nazionale. Tale elenco è stato aggiornato con determinazione AIFA del 3 luglio 2006 e in esso sono riportati tutti i medicinali rimborsati, l’introduzione dei farmaci generici-equivalenti, delle note AIFA per la appropriatezza prescrittiva, nonché dei farmaci innovativi ammessi a rimborso.

Il Prontuario ha assicurato la rimborsabilità su tutto il territorio nazionale (unitarietà del sistema farmaceutico) di tutti i farmaci essenziali per il trattamento delle patologie gravi e croniche, con una copertura da parte del Servizio sanitario nazionale pari a oltre il 70 per cento della spesa farmaceutica complessiva, copertura che risulta essere la più alta rispetto agli altri Paesi europei.

- Gestione e trasparenza degli atti

Non si rilevano specifiche inosservanze nell’operato gestionale dell’AIFA, in particolare sul programma di attività previsto dall’art. 6, comma 3, del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 20 settembre 2004, n. 245. Risulta documentato che annualmente ed entro il 30 novembre 2007 (per l’anno in corso), è stato approvato il programma di attività dell’AIFA per il 2008 da parte del CdA. Lo stesso programma è

stato trasmesso al Ministero della salute a norma dell'art. 4, comma 2, lettera c) del regolamento sopra citato.

Per quanto attiene alle attività contrattuali dell'AIFA, queste vengono annualmente verificate e approvate dal CdA sulla base della documentazione presentata dalla direzione generale.

Per quanto riguarda il bilancio di esercizio dell'AIFA per l'anno 2006, esso è stato deliberato dal CdA dell'AIFA ed approvato dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze, a norma dell'art. 22, comma 3, del regolamento di cui al citato decreto ministeriale n. 245 del 2004 ed è stato trasmesso in data 20 luglio 2007 ai componenti della Commissione Affari Sociali della Camera e ai componenti della Commissione Igiene e Sanità del Senato, in ottemperanza a quanto richiesto dalla Commissione parlamentare.

Tuttora non risultano pervenuti alla Commissione alcuni documenti richiesti tra cui il bilancio, il dettaglio delle spese e delle entrate in convenzione in essere al 30 novembre ultimo scorso.

Valutazioni conclusive e prospettive future

Le audizioni effettuate e la documentazione acquisita dalla Commissione hanno consentito di acquisire dati e elementi sulla struttura del settore farmaceutico in Italia, sulle criticità e sui punti di forza e sul ruolo dell'AIFA.

Questa relazione riporta sia gli elementi strutturali sia gli elementi di criticità e di miglioramento del sistema.

È importante sottolineare che lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e del ruolo dell'AIFA, sono oggi resi possibili perché è stato meglio definito il contesto legislativo e politico per assecondare tale sviluppo.

Si reputa opportuno segnalare che, al di là delle acquisizioni documentali e delle valutazioni emerse durante l'inchiesta condotta dalla Commissione, si sono registrati negli ultimi mesi della legislatura alcuni mutamenti nel quadro legislativo del settore farmaceutico in Italia, condivisi unanimemente dal Parlamento, i quali, per la loro valenza oggettiva, è utile presentare in sintesi:

- la normativa sugli accordi di programma, che sono stati già implementati dall'AIFA e che saranno conclusi entro il 31 marzo 2008, come strumento incentivante gli investimenti in R&S da parte delle industrie farmaceutiche in Italia;

- il decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, – articoli 5 e 5-bis – approvati all'unanimità dal Parlamento, che ha definito un nuovo sistema di regolazione dei prezzi del mercato, dando certezza e fissando un tetto del 14 per cento del FSN per la spesa farmaceutica territoriale (inclusiva della spesa farmaceutica convenzionata, della distribuzione diretta e del *ticket*), prevedendo un fondo specifico per i farmaci innovativi e il meccanismo di *pay-back* in caso di superamento del tetto, senza taglio dei prezzi. In tale

contesto è stata anche aumentata la pianta organica dell'AIFA per adeguare le unità operative ai nuovi compiti e alle nuove sfide del settore farmaceutico;

– tali norme costituiscono la cornice normativa – politica – programmatica per ridare efficienza al settore farmaceutico combinando sostenibilità economica e sviluppo, assumendo il farmaco come strumento di miglioramento nelle politiche di *welfare*;

– infine a seguito della conversione del decreto-legge n. 248 del 2007 «Proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni urgenti in materia finanziaria» è stata data certezza alla scadenza brevettuale dei medicinali in commercio, con la previsione della pubblicazione e dell'aggiornamento di tale elenco da parte del Ministero dello sviluppo economico (art. 9, comma 2-*bis*, del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31).

L'attività istruttoria condotta dalla Commissione, sia pur non compiutamente definita, ha comunque evidenziato che l'AIFA costituisce un soggetto rilevante, soprattutto perché tale agenzia contribuisce a mantenere in equilibrio sia le esigenze del sistema industriale di produzione dei farmaci – con la conseguente attenzione per i profili legati ai costi, ai ricavi ed alla formazione dei prezzi – sia le esigenze che, nell'ottica del riconoscimento del diritto alla salute a garanzia dei cittadini, attengono alla distribuzione degli stessi farmaci. Non bisogna infatti dimenticare che prima della sua istituzione, avvenuta nel 2004, esistevano notevoli difficoltà che l'AIFA ha saputo affrontare in modo meritevole e virtuoso.

L'esperienza maturata dalla stessa AIFA ha peraltro posto in risalto alcune insofferenze e criticità che dovrebbero essere superate.

In primo luogo, si constata la necessità di un miglior coordinamento tra il Consiglio di amministrazione e la Direzione generale di tale Agenzia; in secondo luogo – come emerso nel corso dell'approfondimento sviluppato dalla Commissione – in presenza di qualche opacità nella previsione e nell'attivazione di taluni incarichi si avverte l'opportunità di una maggiore osservanza dei principi di trasparenza e di indipendenza. Inoltre, come del resto sottolineato durante le audizioni dei vertici dell'AIFA, nonostante alcuni recenti progressi, resta il problema di un potenziamento e miglioramento della struttura organizzativa.

Si deve comunque riconoscere che le debolezze evidenziate sono state oggetto di intervento grazie alle misure contenute in alcune modifiche normative perfezionate nella fase conclusiva della legislatura: in tal senso, gli obiettivi di rafforzamento in precedenza delineati hanno avuto un primo riscontro positivo che dovrà essere ulteriormente implementato dal legislatore.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Dalle risultanze delle varie inchieste che sono state attivate dalla Commissione, nonché dalle valutazioni avanzate dai singoli relatori delle stesse, si delinea un quadro conoscitivo sufficiente per esprimere alcune valutazioni ed analisi, pur nel rammarico derivante da una interruzione dell'attività intrapresa a causa dello scioglimento anticipato delle Camere. Peraltro, la conclusione della Legislatura è intervenuta proprio nel momento in cui la Commissione, nell'ambito delle diverse inchieste, si apprestava ad intensificare e a perfezionare il proprio lavoro di indagine, sulla base dei molteplici dati acquisiti.

Nel suo operato, la Commissione si è distinta per una notevole capacità di confronto ed approfondimento che si è compiuta secondo la tradizione propria degli organi parlamentari di inchiesta, i quali, assolvendo ad una funzione di garanzia, si dimostrano distanti da pregiudiziali divisioni politiche. Tale caratteristica ha quindi consentito alla stessa Commissione di presentarsi con una voce unica, anche grazie allo spirito di collaborazione di cui hanno dato prova i senatori componenti tale organo, nonché i consulenti e i componenti dell'Ufficio di Segreteria della stessa Commissione. La diversificazione delle funzioni, nell'ambito delle rispettive competenze e professionalità, ha dato l'occasione, in diverse circostanze, di intervenire assai rapidamente e di produrre documenti che si contraddistinguono per l'integrazione di più livelli di conoscenza: si tratta peraltro di un complesso di risultati che sono tanto più significativi in considerazione del rigoroso vincolo di spesa che la Commissione, in un doveroso sforzo di contenimento dei costi delle istituzioni, è stata obbligata ad adempiere, secondo il dettato dell'articolo 8 della deliberazione istitutiva.

Questa impostazione generale seguita nei propri lavori connota tutte le inchieste che sono state deliberate ed aperte, non solo quelle che, come ad esempio l'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento, hanno avuto una indubbia proiezione esterna, ma anche altre nell'ambito delle quali è stata particolarmente significativa l'acquisizione documentale.

Nel ripercorrere, in sintesi, le principali risultanze conseguenti ai diversi settori di indagine aperti, non si può non sottolineare come uno dei problemi che maggiormente attanaglia il Servizio sanitario nazionale sia rappresentato da una eccessiva complicazione burocratica, che trova la sua origine presso gli uffici del Governo centrale e nella conseguente sovrapposizione di competenze, funzioni e ruoli che inevitabilmente finisce per degenerare in concorrenza ed, in non pochi casi, in un vero e proprio antagonismo. Evidenti prove di tale burocratizzazione si riscontrano nel sistema di educazione continua in medicina (ECM), oggetto di una specifica inchiesta che ha posto in risalto le contraddizioni che scaturiscono da un sistema di accreditamenti a livello nazionale e regionale alquanto farraginoso.

Nel denunciare ed evidenziare tali criticità – appurate soprattutto con riferimento all’inchiesta sull’attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull’assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD) – la Commissione ritiene di aver assolto pienamente il proprio mandato, sebbene, in ordine a tali aspetti, appare auspicabile l’istituzione di un organismo che garantisca un controllo imparziale e permanente che, a causa di diversi motivi, gli organi parlamentari non sono sempre in grado di assicurare con la massima tempestività.

Per quanto concerne l’inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento, si conferma la problematica delle eccessive liste di attesa, che la Commissione ha avuto modo di toccare con mano nei numerosi sopralluoghi svolti in varie strutture e nelle audizioni tenute nell’ambito dell’inchiesta in merito all’organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi, anche portando alla luce un’ingiustificabile differenza tra i dati che venivano presentati e la realtà concreta che i singoli utentici segnalavano. Inoltre, si è constatato che la libera professione *intra-moenia* registra un buon livello di articolazione nelle regioni maggiormente virtuose sotto il profilo finanziario, mentre nelle aree con più alti disavanzi risulta un minor grado di organizzazione e, talvolta, una non sufficiente consapevolezza della priorità rappresentata da questo tema.

Anche l’inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell’Agenzia italiana del farmaco (AIFA), pur non formalmente conclusa, ha permesso di evidenziare l’apprezzabile funzione ricoperta dall’AIFA che si pone quale organo terzo tra lo Stato centrale e le Regioni. In ogni caso, appaiono ancora gravi i ritardi nella necessaria conciliazione dell’esigenza connessa all’uso ed alla distribuzione dei farmaci con quella propriamente industriale, legata ad una logica di costi e ricavi.

Dal lavoro compiuto in relazione all’inchiesta sui coma neurovegetativi, sull’assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali, anche alla luce dei questionari che sono stati inviati a tutte le Regioni, emerge uno spaccato territoriale con forti disuguaglianze e punte di disorganizzazione con conseguenti effetti sia in termini di eccessivi costi, che di dispersione di energie. Non solo si segnala una carenza nei dati raccolti nei diversi ambiti regionali, ma anche una serie di disfunzioni presenti nelle strutture pubbliche, sebbene risulti in qualche modo compensata dalla presenza di realtà particolarmente apprezzabili, come la «Fondazione Gaetano e Piera Borghi» di Brebbia, in provincia di Varese, e la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino, in provincia di Frosinone, che si pone come un eccellente centro di funzionalità ed efficienza, rappresentando un esempio per l’intera realtà sanitaria nazionale.

Al di là delle valutazioni che si sono tracciate in merito ai settori di indagine menzionati, la Commissione si accingeva a deliberare ulteriori inchieste sulle seguenti problematiche: le carenze esistenti nel sistema di controllo e vigilanza che rendono possibili truffe a carico del Servizio sa-

nitario nazionale – sulle quali, peraltro, è stata avviata una prima riflessione, con riferimento ad irregolarità registrate in alcune regioni – la tutela del benessere animale e le conseguenze di ordine sanitario legate all'emergenza nel settore dei rifiuti nella regione Campania.

Inoltre, la Commissione si è purtroppo trovata in diverse circostanze ad intervenire di fronte ad emergenze che hanno avuto un forte impatto presso l'opinione pubblica. Tra i casi che sono stati oggetto di approfondimento, si segnalano i gravi episodi accaduti presso l'Ospedale di Vibo Valentia (con relativo sopralluogo e successiva relazione approvata dalla Commissione) e presso l'Ospedale di Castellaneta, in provincia di Taranto (con relativo sopralluogo ed audizione del magistrato competente). Inoltre, anche per la particolare delicatezza che si richiede per l'assistenza e la cura dei minori, si ritiene utile ricordare la visita presso il «Centro sicuro» del comune di Firenze.

Nel prospettare al Parlamento e alle amministrazione dello Stato, sia a livello centrale che periferico, alcune indicazioni che si ricavano dalla complessa attività compiuta, si sottolinea che ancora una volta si è di fronte ad un'Italia che si presenta a due velocità: se nella parte settentrionale e centrale sussistono adeguate condizioni di efficacia ed efficienza, in linea con gli indicatori dell'OMS che pongono ad alti livelli il Sistema sanitario italiano, nella parte meridionale si riscontrano purtroppo situazioni di allarmante degrado, come la stessa Commissione ha avuto modo di verificare nella regione Calabria o in quelle occasioni in cui ha ritenuto di prospettare alle autorità preposte una serie di prescrizioni e suggerimenti sia di breve, che di medio-lungo periodo. Le difficoltà organizzative, la bassa qualità assistenziale, gli inadeguati *standard* per le diverse prestazioni sembrano talvolta imporre interventi di natura esterna, dal momento che il sistema non sembra nelle condizioni di autoriformarsi e correggersi.

Non si può nascondere che alcune difficoltà e criticità nascono anche da una distorta interpretazione del quadro costituzionale delineato in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, riforma tradottasi molto spesso in una amplificazione, senza il dovuto coordinamento, dei livelli di intervento dello Stato e delle Regioni. Si avverte, pertanto, l'esigenza di una necessaria rivalutazione del ruolo dello Stato, soprattutto per quanto riguarda i compiti di controllo e di intervento che si rende indispensabile azionare nei casi di cattivo funzionamento e di spreco delle risorse finanziarie.

Come già avvenuto nelle precedenti, anche nella XV Legislatura – pur conclusasi prima della sua scadenza naturale – il patrimonio di dati, valutazioni e suggerimenti che la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale fornisce non solo al Parlamento, ma anche a tutti i responsabili ed operatori che, a diverso titolo, sono impegnati all'interno del Servizio sanitario nazionale, potrà rivelarsi di estrema utilità, nell'auspicio che ogni singola parte di tale sistema si senta impegnata nel rendere effettiva la tutela della salute, consacrata dalla Costituzione come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

ALLEGATI

Relazioni approvate dalla Commissione sui sopralluoghi effettuati

Presidio ospedaliero «G. Jazzolino» di Vibo Valentia

Programma del sopralluogo ed audizioni

12 febbraio 2007

Sopralluogo presso il presidio ospedaliero «G. Jazzolino», a Vibo Valentia, con la presenza del presidente Tomassini e dei senatori Bodini, Caforio, Emprin Gilardini e Taddei.

Audizione del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, del Direttore sanitario dell'ospedale, di un rappresentante dei medici, del responsabile del personale infermieristico e del Direttore generale dell'Azienda sanitaria nel periodo aprile-agosto 2004.

Audizioni presso la Commissione

8 Maggio 2007 – audizione dell'Assessore alla tutela della salute ed alle politiche sanitarie della regione Calabria, dottoressa Doris Lo Moro.

Relazione approvata dalla Commissione

Una delegazione della Commissione di inchiesta, composta dal presidente Tomassini e dai senatori Bodini, Caforio, Emprin Gilardini e Taddei si è recata il 12 febbraio u.s. a Vibo Valentia, presso il presidio ospedaliero «G. Jazzolino».

La visita presso il presidio ospedaliero si è articolata in una ispezione dell'ospedale, svolta nella mattinata, durante la quale si sono avuti anche brevi colloqui con alcuni responsabili ed operatori di unità operative e in una serie di audizioni, svoltesi nel pomeriggio, del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, del Direttore sanitario dell'ospedale, di un rappresentante dei medici, del responsabile del personale infermieristico e del Direttore generale dell'azienda sanitaria nel periodo aprile-agosto 2004.

Il presidio di Vibo Valentia fa parte di una ASL che ha altri due presidi ospedalieri nelle città di Tropea e Serra San Bruno ed un quarto presidio ospedaliero a Soriano Calabro in fase di trasformazione in lungo-degenza riabilitativa, oltre ad altri presidi ambulatoriali distribuiti sul territorio.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali va subito evidenziato come l'ospedale oggetto della ispezione presenti una situazione generale abba-

stanza degradata. Si tratta di una struttura progettata negli anni Sessanta e operativa dal 1974, che si potrebbe definire di architettura povera, ma soprattutto con vincoli strutturali molto evidenti e tali da rendere oggettivamente difficile una ristrutturazione che la porti ad avere standard abitativi e operativi in linea con le esigenze attuali della sanità.

Alcune aree sono state ristrutturate in questi ultimi anni. In particolare, il laboratorio analisi appare ben dotato di attrezzature sia analitiche che informatiche ed i locali sono stati tutti rifatti. Gli spazi sono tuttavia piuttosto angusti specie per quanto riguarda il corridoio di svincolo.

L'unità coronarica ed il reparto di degenza di cardiologia sono pure recenti, ma sono logisticamente separati tra loro e tali da comportare turni di infermieri separati per numeri esigui di pazienti. Soddisfacente appare la dotazione tecnica di controllo remoto dei pazienti ed è in programma la realizzazione della sala di emodinamica. Gli spazi di degenza normale sono però esigui, i bagni assai piccoli, non dotati di doccia e probabilmente non a norma per le dimensioni. Come in altre aree di degenza si notano corridoi angusti dove l'incrocio tra un carrello di medicazione ed una barella non è possibile.

La unità di emodialisi, situata sopra gli spazi del pronto soccorso, appare adeguata e svolge due turni di attività sulle 12 ore. Più problematici appaiono gli spazi di stoccaggio dei materiali per dialisi.

In radiologia si sta provvedendo alla installazione di una TAC di ultima generazione, ma le condizioni operative del servizio, per la presenza del cantiere, sono assai problematiche. Anche qui si rileva come l'accesso alla sala TAC sarà sempre difficoltoso per la ristrettezza degli spazi. Non vi sono peraltro adeguati spazi di attesa per i pazienti che debbono eseguire esami radiologici e si è notato un eccesso di presenza di accompagnatori.

Alcune aree presentano particolari criticità come il pronto soccorso dove risultano inadeguati gli spazi di attesa ed i percorsi alle varie sale. Mancano percorsi separati per le urgenze rispetto all'accesso pedonale normale. Tutti gli ambienti di visita e medicazione sono angusti ed in scadenti condizioni, in particolare la sala dedicata ad eventuali manovre di rianimazione. È peraltro in corso un progetto di completa ristrutturazione.

Per quanto riguarda le sale operatorie è attualmente in funzione una sola sala (essendo le altre state chiuse per intervento della magistratura) che funziona solo per le urgenze. Gli interventi programmati vengono eseguiti presso l'ospedale di Tropea. Una seconda sala (presso il reparto di ginecologia) è dichiarata utilizzabile «in casi estremi». Entrambe appaiono tuttavia inadeguate e con attrezzature obsolete. L'utilizzo promiscuo per vari tipi di interventi (settici e non) dell'unica sala dichiarata agibile è comunque problematico. La ristrutturazione di un intero nuovo reparto operatorio con tre sale operatorie è in corso ma ancora in fase iniziale, ancorché la consegna lavori fosse prevista per il 18 aprile u.s. (100 giorni dopo la consegna lavori).

Il reparto di ostetricia e ginecologia risulta complessivamente scadente sia come situazione di degenza, che di sale travaglio e parto. La

sala operatoria connessa alla sala parto per cesarei urgenti e contemporanei all'uso dell'altra sala operatoria è in condizioni pessime. Il numero di parti cesarei è particolarmente alto (50 per cento su circa 1000 parti all'anno). Il nido è in stato di semiabbandono e non c'è terapia intensiva neonatale.

La struttura dell'obitorio presenta un discreto stato di degrado, inadeguatezza delle attrezzature, in particolare della cella refrigerata.

Si è constatata poi l'assenza di una vera e propria farmacia in quanto è presente solo un armadio farmaceutico, situato in una struttura prefabbricata di circa trenta anni di età, fortemente degradata e con spazi interni assolutamente inadeguati e con necessità di rifornimento giornaliero da un magazzino centrale. Peraltro, nei limiti evidenziati, il materiale appariva ordinato, con sistema computerizzato di gestione e con presenza di formulario aziendale adeguato.

Risulta discreta la situazione delle cucine, che sono però separate sia dal corpo centrale dell'ospedale che dalla mensa. Una grave criticità si è rilevata nei servizi che danno direttamente sui locali della cucina e non presentano adeguate caratteristiche di spazi e isolamento.

Dalle audizioni del Direttore generale dell'Azienda e del suo predecessore, del Direttore sanitario di presidio, del primario del laboratorio analisi (in rappresentanza, peraltro non ufficiale, del corpo medico) e del dirigente del servizio infermieristico, si possono trarre le seguenti sintetiche conclusioni.

I problemi evidenziati sia strutturali che gestionali sono di lungo periodo e solo da poco si stanno realmente affrontando. Fondi aggiuntivi *ex* articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67, a suo tempo promessi non sono mai stati erogati e tutto quanto finora fatto per l'adeguamento ha attinguto al bilancio corrente aziendale.

I dati di *performance* dell'ospedale, che pure pare rispondere ai principali bisogni sanitari del territorio, non sono brillanti, ma non sono noti nei dettagli. Il «*case mix*» è stato definito dal direttore sanitario «ridicolo» con troppi ricoveri di carattere osservazionale. Vi è un eccesso di personale rispetto alla attività svolta, dovuto prevalentemente alla frammentazione delle aree di degenza (426 infermieri sui tre presidi). La divisione della attività su tre piccoli presidi ospedalieri comporta dispersione di risorse e diseconomie. Non si è riusciti a sapere con esattezza quanti posti letto esistano e siano operativi nei vari presidi, avendo ciascuno degli interpellati fornito dati discordanti (da circa 300 a 460).

Non si sono avuti dati sull'indice di saturazione e durata delle degenze, avendo l'impressione di un generale sottoutilizzo dei posti letto; né si sono ottenuti dati precisi sulla consistenza del personale, sui turni di servizio e sulle sedute operatorie medie.

Si è riscontrato per contro una generale affezione all'ospedale e un desiderio di miglioramento, ma anche un senso di «abbandono istituzionale» sebbene tutti concordino sul fatto che qualche miglioramento si è registrato negli ultimi anni.

Le condizioni igieniche generali appaiono discrete e non vengono segnalati particolari problemi di infezioni ospedaliere. Si è appreso che gli altri due ospedali, che per ragioni di tempo non si sono potuti visitare, sono in condizioni peggiori di quello di Vibo Valentia.

La popolazione servita dall'ASL provinciale è di circa 175.000 abitanti con un incremento di circa 55-60.000 nella stagione turistica, anche se mancano stime precise.

L'impressione globale che si è tratta dal sopralluogo e dalle audizioni è che, a fronte di personale numericamente sovradimensionato e sufficientemente motivato, non vi sia una adeguata organizzazione dell'attività legata in parte anche alla situazione logistica.

La struttura visitata appare decisamente degradata nel suo insieme e con limiti strutturali tali da ritenere improbabile una sua «riabilitazione» anche con interventi profondi. La dislocazione stessa degli spazi è irrazionale e difficilmente modificabile. Se a questo si aggiunge la presenza sul territorio (peraltro non vasto) di altri due presidi ancora più piccoli e, a quanto riferito, ancora meno efficienti, si può concludere che la soluzione più razionale, anche dal punto di vista dei costi, non possa essere che quella di un nuovo ospedale (i cui lavori solo iniziali sono stati bloccati) che abbia le dimensioni critiche per offrire servizi centralizzati di qualità e razionalizzazione delle risorse.

Nel frattempo gli interventi sulla struttura attuale dovrebbero essere limitati al minimo indispensabile prevedendo anche l'utilizzo di strutture mobili o, al limite, da campo, per sopperire alle carenze assistenziali. Si è reso necessario peraltro ottenere ulteriori informazioni sui tempi realistici di realizzo del nuovo ospedale ed informazioni più specifiche sui progetti di ristrutturazione dell'ospedale attuale.

A ciò si è provveduto con l'acquisizione di una relazione aggiornata da parte del Direttore generale e con una audizione dell'Assessore alla sanità della regione Calabria.

Dal combinato di questi documenti si è appreso di uno sblocco globale di fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 dell'11 marzo 1988 (per l'ammontare di 368 milioni di euro) che da vari anni erano rimasti inutilizzati. Questo, con l'aggiunta di altri fondi regionali e locali, permetterà di dare avvio ad un piano organico, già deliberato, di ammodernamento di tutta la rete assistenziale della Calabria, con la creazione di 11 ospedali di riferimento e di vari altri presidi ad essi correlati.

Della intera cifra ben 60 milioni di euro sono stati destinati all'ospedale di Vibo, che sarà ospedale di riferimento.

In questo modo si è superato definitivamente il precedente appalto che era insufficiente quanto a fondi stanziati («somma ... assolutamente e dichiaratamente inadeguata perché per realizzare un ospedale di quel genere serve almeno il doppio della somma prevista» secondo le dichiarazioni dell'Assessore regionale, «mandando in appalto le strutture murarie senza considerare il problema della funzionalità dell'ospedale») e soprattutto, secondo la relazione del Direttore generale irregolare in quanto «il consorzio TIE aggiudicatario dell'appalto è in realtà un consorzio simulato

in quanto due delle quattro ditte che lo compongono (responsabili una del 50 per cento dei lavori di edilizia e l'altra del 50 per cento dei lavori di impiantistica) sono state inserite falsamente nell'atto di gara».

Per tale motivo è stata sporta denuncia all'autorità competente e, mentre è in fase di ultimazione la procedura per l'annullamento del precedente appalto, si è ottenuto il dissequestro del cantiere.

Si è inoltre proceduto alla revoca del precedente responsabile unico del procedimento con nomina di un nuovo responsabile.

Inoltre, per velocizzare al massimo le procedure, il Presidente della Giunta regionale calabrese ha avanzato al Presidente del Consiglio la richiesta di adottare una ordinanza di protezione civile per la nomina di un commissario delegato, con poteri speciali, per la realizzazione del nuovo ospedale. Ciò è possibile in quanto Vibo è stata coinvolta nell'alluvione dello scorso anno. Tale richiesta è stata parimenti e in accordo avanzata anche dal Ministero della salute. Ciò dovrebbe portare alla ripresa dei lavori per il nuovo ospedale alla fine dell'estate ed alla conclusione del cantiere nel giro di tre anni.

A tale proposito la Commissione, pur comprendendo le ragioni che hanno spinto ad adottare tale procedura e principalmente i problemi di ordine temporale, non può non sottolineare che la procedura normale per l'assegnazione degli appalti rappresenta la via maestra per la realizzazione delle opere pubbliche.

In questo frattempo sono state intraprese per l'ospedale attuale le opere murarie non rinviabili e l'acquisto delle attrezzature di alta tecnologia, tutte riutilizzabili e trasferibili nel nuovo ospedale. La spesa così prevista, interamente con fondi aziendali, di 7 milioni di euro sarà, per circa il 70 per cento, recuperabile: ciò è in particolare riferibile alla TAC *Multislices*, alla risonanza magnetica, al sistema RIS-PaCS per la completa digitalizzazione del servizio di radiologia, all'implementazione dell'emodinamica, alle sale operatorie costruite con il sistema del *service*.

Per quanto riguarda le strutture murarie, il blocco operatorio entrerà in funzione nel prossimo giugno, i lavori del pronto soccorso si completeranno in settembre e sono in fase di affidamento quelli relativi alla facciata principale, al servizio psichiatrico e alla ortopedia, al magazzino farmaceutico, a nuovi spazi ambulatoriali, all'abbattimento della torretta dell'ex inceneritore per agevolare l'atterraggio dell'elicottero di soccorso. L'esame delle schede informative evidenzia, per questi interventi, costi ragionevolmente contenuti e tempi di esecuzione accettabili, tenuto conto delle esigenze assistenziali non rinviabili e non surrogabili, nonché dei tempi di realizzazione del nuovo ospedale.

In conclusione pare che l'azione intrapresa, sia pure con le riserve sopra espresse, vada nella giusta direzione e rappresenti un concreto e sostenibile programma.

Impegno della Commissione sarà quello di seguire da vicino l'evoluzione della situazione di Vibo Valentia e, più in generale, di tutta la regione Calabria, già da ora programmando una nuova ispezione dopo l'estate. La Commissione impegna altresì la direzione generale a fornire rap-

porti semestrali di aggiornamento sull'andamento dei lavori e sulla attivazione dei nuovi servizi, fino al completamento del programma che è stato esposto. La Commissione richiede inoltre alla direzione generale un rapporto rispetto alla situazione del personale di tutta l'ASL, la sua reale consistenza numerica ed una valutazione oggettiva del suo utilizzo. A tale proposito si riserva, in occasione della prossima ispezione, un incontro con le organizzazioni sindacali non audite nel precedente incontro.

Ospedale di Sassari

Programma del sopralluogo ed audizioni

9 marzo 2007

Sopralluogo ad Alghero e Sassari (ospedale di Sassari), con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Allocca, Bosone, Massidda e Monacelli.

Incontro con la sig.ra Maddalena Soro.

Audizioni:

dott.ssa Nerina Dirindin, Assessore Igiene e sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna

dott. Bruno Zanaroli, Direttore generale ASL/1 Sassari

dott. Guido Fellin, Direttore sanitario ASL/1 Sassari

dott. Antonio Contu, Direttore sanitario Ospedale di Sassari

dott. Demetrio Vidili, primario del reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Sassari

dott. Giuseppe Sechi, responsabile regionale assistenza domiciliare

dott. Paolo Piras, sostituto Procuratore della Procura della Repubblica di Sassari

*Relazione approvata dalla Commissione**

Note conclusive

Il sopralluogo e le audizioni sono avvenute nell'ambito del filone di inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali e hanno contribuito a fare chiarezza sulle modalità di assistenza previste in regione Sardegna per casi di malattie croniche progressive.

In particolare l'attenzione si è concentrata sulla storia clinica e umana del signor Giovanni Nuvoli affetto da sclerosi laterale amiotrofica, ricoverato da lungo tempo presso il reparto di anestesia e rianimazione dell'ospedale di Sassari.

La preoccupazione che qui viene espressa è quindi relativa alla tutela della piena libertà delle volontà espresse dal paziente da una parte, e all'adeguatezza della continuità assistenziale anche a domicilio dall'altra.

Bisogna infatti sicuramente tutelare la volontà, ma anche la sicurezza del paziente che ha chiesto ripetutamente di poter tornare a casa proseguendo le terapie necessarie alla sopravvivenza.

Tuttavia l'ospedalizzazione domiciliare del paziente è stata sconsigliata dai sanitari che lo hanno oggi in cura per le difficili condizioni di tipo ambientale in cui si verrebbe a trovare, non tanto con riferimento all'aspetto tecnico-logistico, ma proprio per quanto riguarda le garanzie

assistenziali fornite dai *caregivers* e il difficile rapporto già riscontrato fra questi e il personale via via selezionato per le funzioni sanitarie e più puramente assistenziali.

Si ricorda che i *caregivers* per essere tali devono sottoscrivere un impegno di assistenza continuativa, di condivisione delle strategie di cura e di collaborazione con le strutture sanitarie competenti.

Nelle precedenti esperienze sono infatti emersi, nonostante la buona volontà chiaramente dimostrata dai diversi attori, *deficit* di programmazione sanitaria e difficoltà organizzative, ma anche problematiche psico-relazionali.

È necessario inoltre ricordare che, sebbene il paziente sia stato riconosciuto capace d'intendere e di volere, egli abbia manifestato, soprattutto nel corso dell'ultimo anno, un atteggiamento oscillante circa la volontà di prosecuzione delle cure o interruzione, causato altresì da possibili condizionamenti esterni alla sua libera volontà, verosimilmente anche di tipo mediatico.

In conclusione, la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, per quanto di sua competenza, alla luce del sopralluogo e delle audizioni,

constatata in regione Sardegna, come del resto in vaste parti del Paese, la carenza di strutture *ad hoc* per pazienti affetti da patologia degenerativa cronica, bisognosi di un'elevata intensità di cura ma anche di potersi relazionare liberamente,

constatata anche l'inopportunità che il paziente in questione rimanga ancora a lungo ricoverato presso un reparto dedicato all'emergenza-urgenza ove il paziente, pur eccellentemente assistito, appare deafferentato rispetto alle relazioni esterne,

per tutte le ragioni sopra menzionate, ritiene che:

a) al paziente signor Giovanni Nuvoli debba essere garantita adeguata e professionale continuità assistenziale secondo la sua libera espressione di volontà;

b) che questa continuità assistenziale può essere garantita in tutta sicurezza per il paziente anche rispetto alla sua libera espressione di volontà in via preferenziale in una struttura residenziale assistenziale (RSA) che sia in grado di sostenere il paziente affetto da questo *handicap* grave o in un'altra struttura extraospedaliera;

c) che tale continuità assistenziale, nel pieno rispetto della volontà ultimamente espressa dal paziente, possa svolgersi anche in regime di ospedalizzazione domiciliare, ma che questa soluzione, date le criticità riscontrate, per garantire sicurezza e qualità sanitaria e libertà piena di espressione di volontà del paziente, non possa essere lasciata alla buona volontà ma dovrà prevedere un'adeguata sorveglianza sia dal punto di vista sanitario che bioetico.

Alla luce di questa ultima ipotesi la Commissione suggerisce all'Azienda sanitaria responsabile la possibilità di istituire una Commissione sa-

nitaria di sorveglianza che controlli e verifici non solo le terapie ma anche il personale, cioè che praticamente garantisca il monitoraggio sulla qualità e la continuità dell'assistenza con riferimento anche al ruolo dei *caregivers* e al loro rapporto con il personale socio-sanitario impiegato. In tale contesto è importante il recupero della figura del medico curante.

Per quanto riguarda, invece, la garanzia dell'espressione delle volontà del signor Nuvoli e la tutela di manifestazione della sua libertà di autodeterminazione terapeutica, che non deve essere minata, si suggerisce, sempre all'Azienda sanitaria in accordo con il Comune di residenza e con la Procura competente l'istituzione di un Comitato territoriale di bioetica depositario unico ed ultimo delle volontà del paziente. Si propone che tale Comitato sia presieduto dal sostituto procuratore detentore dell'inchiesta.

(*) Si riportano le note conclusive della relazione approvata dalla Commissione, le cui restanti parti sono coperte da segreto, ai sensi dell'articolo 2, lettera *d*), della delibera sul regime di divulgazione degli atti.

Si fa inoltre presente che nella seduta del 4 aprile 2007 è stato presentato dalla senatrice Emprin Gilardini il seguente schema di relazione alternativo:

«La soluzione più auspicabile è quella che rispetta la volontà della persona capace di intendere e di volere, ovvero in questo caso l'ospedalizzazione domiciliare, che ovviamente presuppone l'adeguatezza del livello assistenziale, in relazione alla sua situazione clinica.

In questa eventualità tale ospedalizzazione dovrà essere sicura al livello qualitativo, incluse le procedure di mediazione dei conflitti tra i diversi soggetti coinvolti.

Ogni altra diversa soluzione dovrà trovare il consenso informato del signor Nuvoli; che può in ogni caso modificare in qualunque momento la propria manifestazione di volontà.

All'istituzione del Comitato di bioetica si preferisce il ricorso al tribunale, al fine di assicurare all'interessato quelle garanzie che l'ordinamento gli assicura.»

Azienda Ospedaliera Sant'Andrea di Roma

Programma del sopralluogo ed audizioni

13 marzo 2007

Sopralluogo presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea, a Roma, con la presenza del vice presidente Caforio e dei senatori Bodini e Corsi, accompagnati dal direttore generale, avvocato Francesco Rocca, e dal direttore sanitario, dottoressa Maria Paola Corradi.

Relazione approvata dalla Commissione

Una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Sistema sanitario nazionale, composta dal vicepresidente senatore Giuseppe Caforio e dai senatori Paolo Bodini e Cesare Corsi, si è recata, in data 13 marzo 2007, presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma, strategicamente compresa tra le consolari via Cassia e via Flaminia, nell'immediate vicinanze del grande raccordo anulare, da dove è possibile accedervi per mezzo di una uscita dedicata.

L'ospedale anche se di recente apertura (2001), è stato progettato e costruito dagli anni Settanta agli anni Novanta. Dopo anni di inspiegabile abbandono l'occasione che ha dato impulso all'apertura ed al rapido decollo dell'attuale Azienda ospedaliera è stata, da una parte, la destinazione presso il Sant'Andrea stesso della II^a Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università "La Sapienza" di Roma e, dall'altra, l'impulso dato dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul Sistema sanitario che nella XIII Legislatura, nell'ambito dell'inchiesta sulle strutture sanitarie incomplete o non funzionanti, svolse un sopralluogo proprio presso l'ospedale Sant'Andrea.

Nel corso del sopralluogo, effettuato alla presenza del direttore generale, avvocato Francesco Rocca, del direttore sanitario, dottoressa Maria Paola Corradi, e di alcuni collaboratori appartenenti allo *staff* dirigenziale, sono stati ispezionati i seguenti reparti:

- pronto soccorso;
- radioterapia;
- medicina nucleare;
- dialisi;
- day hospital* oncologia;
- blocco operatorio;
- neurochirurgia;
- cardiochirurgia.

I reparti ispezionati e tutto l'ambiente ospedaliero si presentavano in buone condizioni igieniche, curati nell'arredo, dotati di valide attrezzature ed apparecchiature sanitarie efficienti.

Il personale (medico, infermieristico e paramedico) intervistato nel corso dell'ispezione si presentava ben motivato, mostrando attaccamento e dedizione per il proprio lavoro.

È stata notata altresì una ottima sintonia tra la dirigenza e il personale dipendente.

In particolare:

il pronto soccorso attivato in data 30 marzo 2005, è dotato di 10 postazioni adibite alla osservazione breve differenziate per codice *triage*, dotate di *monitor* che garantiscono l'assistenza *sub-intensiva*, nonché di altri locali muniti di moderne apparecchiature di supporto alle attività di pronto soccorso. Per l'anno 2005, gli accessi sono stati 24.121 mentre, nel 2006 sono stati ben 41.439;

l'unità operativa complessa (UOC) di radioterapia, è dotata di 3 acceleratori lineari + 1 dotato di braccio robotico dedicato alla radioterapia intraoperatoria e 2 apparecchi di brachiterapia;

la UOC di medicina nucleare è dotata di 6 postazioni tecniche e 2 gamma-camere per scintigrafie;

il servizio di dialisi è considerato punto di eccellenza dell'ospedale. Ha iniziato l'attività il 14 aprile 2003. L'unità operativa di dialisi è dotata di 20 postazioni in collegamento *on-line* con i medici di medicina generale sul territorio;

il *day-hospital* oncoematologico è dotato di 11 postazioni e 7 ambulatori;

il blocco operatorio, tra il 2004 ed il 2005 ha avuto un notevole incremento dell'attività, grazie all'ampliamento delle sale operatorie, passate da 7 a 8 ed alla realizzazione di un nuovo blocco di 5 sale per un totale di 13, di cui 2 dedicate alla cardiocirurgia ed alla neurochirurgia ed una all'urgenza. Il blocco operatorio è posizionato tra quelli tecnicamente più avanzati d'Europa grazie alla sala operatoria integrata dedicata alla neurochirurgia, denominata *brain suite*, unica in Europa, caratterizzata da una strumentazione d'avanguardia per il trattamento delle neoplasie cerebrali ed alla sala operatoria attrezzata con navigatore computerizzato, ultimo nato tra gli strumenti di sussidio negli interventi di chirurgia protesica e chirurgia della colonna vertebrale. Gli interventi chirurgici sono passati dai 505 del 2002 ai 9.659 del 2006;

prestazioni ambulatoriali. La media di afflusso al centro unico di prenotazione (CUP) dell'ospedale, per visite specialistiche, è di circa 1.700 persone al giorno. Le prestazioni ambulatoriali effettuate nell'anno 2006 sono state 936.873, compresa l'attività di diagnostica di laboratorio.

L'offerta didattica della II^a Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma, consiste in un corso di laurea specialistica, un corso di laurea in biotecnologie, un corso di laurea specialistica in biotecnologie molecolari e cellulari, 14 corsi di laurea di I° livello per le professioni sanitarie, un corso di laurea in scienze infermieristiche e 34 scuole di specializzazione.

L'attività universitaria rende l'ospedale fulcro di una rete internazionale di rapporti accademici facendone un importante centro di ricerca.

I ricercatori del Sant'Andrea operano ai massimi livelli, elaborando strategie innovative con una particolare propensione per lo studio di metodologie diagnostiche anche grazie all'attività dei laboratori, come ad esempio il centro di diagnostica molecolare avanzato. Infine, il settore congressuale che cura ogni anno circa 50 convegni, alcuni dei quali di livello internazionale, concorre all'intenso scambio scientifico che consente ai professionisti un continuo aggiornamento su linee guida e protocolli terapeutici.

Si è evidenziata – ma la situazione è ben presente al *management* aziendale – una carenza di spazi didattici per la situazione attuale. Tuttavia i progetti illustrati di ampliamento e di creazione di un vero *campus* universitario danno garanzie di un adeguamento anche in questo ambito in tempi ragionevoli.

La Commissione sollecita in tal senso gli organi competenti ad una rapida realizzazione degli spazi didattici, la cui attivazione avrà riflessi positivi sia sul versante assistenziale sia sul piano dell'integrazione tra la ricerca e l'assistenza.

In conclusione, per quanto constatato, si può affermare che questa Azienda ospedaliera rappresenta un modello di buona sanità con *standard* assistenziali ed organizzativi di assoluto livello internazionale.

Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) di Roma

Programma del sopralluogo ed audizioni

2 aprile 2007

Sopralluogo presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena e Istituto Dermatologico S. Maria e S. Gallicano, a Roma, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Binetti e Corsi.

Audizioni:

dott. Marino Nonis, Direttore generale Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)

dott. Giorgio Marianetti, Direttore amministrativo Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)

dott.ssa Amalia Allocca, Direttore sanitario aziendale Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)

prof. Aldo Di Carlo, direttore scientifico ISG

delegazione di direttori di dipartimento e primari IRE ed ISG

delegazione di organizzazioni sindacali area dirigenza medica e sanitaria

delegazione di organizzazioni sindacali comparto sanitario

Audizioni presso la Commissione

15 maggio 2007 – audizione del direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, professoressa Paola Muti. [26a seduta]

17 maggio 2007 – audizione del direttore scientifico dell'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma, professor Aldo Di Carlo. [28a seduta] – Audizione del direttore generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma, dottor Marino Nonis. [28a seduta]

12 giugno 2007 – audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, dottor Augusto Battaglia. [32a seduta]

20 dicembre 2007 – audizione del direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, professoressa Paola Muti e del direttore di Oncologia medica A dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, professor Francesco Cognetti. [67a seduta]

Relazione approvata dalla Commissione

Una delegazione della *Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio sanitario nazionale*, composta dal Presidente Tomassini e dai senatori Binetti e Corsi, si è recata, in data 2 aprile 2007, presso l'IFO di Roma – Mostacciano, (l'IFO - Istituti Fisioterapici Ospitalieri, comprende IRE - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena e ISG - Istituto Dermatologico S. Maria e S. Gallicano), in relazione alla

chiusura del centro trapianti esistente presso l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Regina Elena ed alla contestuale costituzione del medesimo centro presso l'Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini di Roma.

La delegazione è stata ricevuta alle ore 14,30 circa, dal Direttore generale dell'Istituto, dottor Marino Nonis, il quale ha poi delegato il Direttore di presidio, dottor Cavallotti, ad accompagnare i membri della Commissione durante il sopralluogo ad alcune strutture dell'Istituto precedentemente concordate.

Alle ore 16,30 circa, terminata la visita, presso il centro congressi «Raffaele Bastianelli», struttura interna all'Istituto, si è proceduto alle audizioni nel seguente ordine:

Dr. Marino Nonis, Direttore generale;
Dr. Giorgio Marianetti, Direttore amministrativo;
Dr.ssa Amalia Allocca, Direttore sanitario;
Prof. Aldo Di Carlo, Direttore scientifico ISG;
Deleg.ne Direttori di Dipartimento e Primari IRE e ISG;
OO.SS. area Dirigenza medica e sanitaria;
OO.SS. comparto sanitario.

Quanto al sopralluogo alle strutture sono stati ispezionati i seguenti reparti:

blocco operatorio;
struttura complessa radiologia IRE;
struttura complessa ginecologia oncologica;
struttura complessa medicina nucleare.

È da rilevare, in via generale, che l'immobile presenta un eccellente stato di conservazione, con ampi spazi sia esterni che interni a disposizione delle attività dell'Istituto, finiture di pregio, buona segnaletica e servizi tali da rendere piuttosto confortevole il soggiorno del personale dipendente e dell'utenza all'interno dell'Istituto. Questo anche a motivo della originaria diversa destinazione dell'immobile stesso (struttura ricettivo-alberghiera) e della sua relativa anzianità, poiché acquistato dalla Regione Lazio nel 2000 e solo nel 2003 avviato nelle attività in maniera organica.

In particolare nel corso della visita si è evidenziato:

BLOCCO OPERATORIO

L'unità operativa complessa di anestesia e camera operatoria consta delle seguenti strutture:

blocco operatorio;
day-surgery con attività ambulatoriale;
centrale di sterilizzazione.

Il blocco operatorio è strutturalmente concepito secondo quanto previsto dalla normativa vigente; si compone di 8 sale operatorie dedicate

alle varie branche specialistiche. Ciascuna sala è munita di due porte di accesso, uno spazio antistante ove sono collocate apparecchiature ed una porta di uscita per il "percorso sporco". In alcune sale operatorie sono collocate apparecchiature altamente specialistiche, in ragione della tipologia di interventi chirurgici che vi si eseguono.

Al blocco operatorio si entra attraverso un accesso riservato ai pazienti, e consta anche di uno spogliatoio riservato ai medici uomini, uno spogliatoio per i medici donne, uno spogliatoio per infermieri e personale ausiliario. Presso il blocco operatorio si trova la "*recovery room*" consistente in sei box attrezzati ed intercomunicanti. Inoltre, ci sono tre spogliatoi, una stanza per il caposala del «Regina Elena», una stanza per il caposala del «S. Gallicano», due depositi per il materiale, un deposito per le apparecchiature, un laboratorio per le analisi estemporanee e due spazi per il riposo del personale. Al piano superiore è ubicata una centrale di sterilizzazione.

L'attività chirurgica viene svolta su due turni (mattina-pomeriggio) per cinque giorni a settimana e pronta disponibilità notturna e festiva.

Si evidenzia che il locale adibito a spogliatoio del personale appare angusto in considerazione del numero degli armadietti in esso contenuti.

RADIOLOGIA

Il reparto è dotato di apparecchiature per l'esecuzione di numerosi accertamenti.

Le attività diagnostiche vengono svolte su due turni (8-14 e 14-20) presso:

- sezione angiografica (angiografo dedicato con «arco a c» in fase di installazione in locali contigui alla radiologia);

- radiologia tradizionale munita di un sistema telecomandato analogico con digitale originariamente per lo studio delle ossa, convertito in digitale con un nuovo sistema di piastre ai fosfori;

- sezione telecomandata digitale diretta, per esami contrastografici del distretto digestivo ed urinario;

- sezione di radiologia toracica digitale diretta, per esami del torace e dello scheletro;

 - sezione per esami ortopantomici;

 - sezione ecografica (consta di 2 sezioni, una dedicata alle patologie dermatologiche - ISG - ed un'altra dedicata prevalentemente alle patologie oncologiche - IRE);

 - sezioni TAC;

 - sezione RM (RM mammaria, angio RM, RM perfusionale e spettroscopia);

 - sezioni ecografiche;

 - diagnostica senologica.

Presso detto reparto sono impiegati 14 medici, 22 tecnici, 9 infermieri, 9 dipendenti con funzioni amministrative e 2 operatori tecnici di assistenza (OTA).

È in corso di realizzazione un ammodernamento tecnologico che prevede l'acquisizione di nuove apparecchiature poiché le attuali risultano assai vetuste per un IRCCS.

GINECOLOGIA

È articolata in un reparto di degenza con annessa unità operativa semplice e di chirurgia endoscopica mini-invasiva nonché in ambulatori ginecologici di primo e secondo livello.

Il personale impiegato presso il reparto di ginecologia consiste in 9 dirigenti medici, 3 coordinatrici, 10 infermieri e 3 operatori tecnici di assistenza (OTA).

Il reparto di degenza è dotato di 22 posti letto di degenza ordinaria e 2 posti letto di *day-surgery*. Le stanze sono doppie, con bagno in camera e aria condizionata.

Gli ambulatori ginecologici sono 2, di primo e secondo livello.

MEDICINA NUCLEARE

L'attività di medicina nucleare comprende:

1 reparto di terapia medico-nucleare con 8 letti di degenza ordinaria;

5 sezioni di diagnostica strumentale tradizionale (3 gamma-camere topografiche SPET multi-testa, 1 densitometro total-body DEXA, 1 ecografo);

1 sezione di diagnostica scintigrafia PET-CT (2 tomografi);

1 ambulatorio specialistico;

1 sezione di radiofarmacia.

Sia le strutture ambientali (1800 mq circa) che le tecnologie disponibili, sono di ultima generazione e d'avanguardia nel proprio settore. La struttura si avvale, inoltre, di un sistema integrato di radioprotezione ambientale e di scarichi contenuti, integralmente computerizzati, estremamente sofisticato.

La struttura complessa di medicina nucleare IRE, si caratterizza in ambito nazionale come centro di riferimento per la diagnosi e la terapia del carcinoma della tiroide offrendo un percorso integrato diagnostico-terapeutico che si svolge interamente all'interno della struttura (visita specialistica, scintigrafia, ecografia, citoaspirato ecoguidato, scintigrafia *total-body*, terapia radiometabolica).

La struttura complessa effettua attività terapeutica radiometabolica sul carcinoma differenziato della tiroide. Si caratterizza per la terapia sin-

tomatica delle metastasi ossee. Il centro inoltre effettua terapie radiometaboliche per neoplasie pediatriche (neuroblastomi), terapie innovative "ad alta tecnologia" per il trattamento dei linfomi (radio-immunoterapia) di alcuni tumori neuroendocrini, nonché terapia transarteriosa nelle neoplasie epatiche primitive e secondarie.

L'attività di diagnostica scintigrafica copre tutte le applicazioni di oncologia nucleare sia convenzionali sia ampiamente innovativi per tecnologia e /o indicazioni cliniche, inclusa la diagnosi PET-CT. In particolare, la struttura si caratterizza in ambito nazionale come centro di riferimento per la diagnostica scintigrafica dei tumori neuroendocrini con octreotide marcato. Sono correntemente effettuate anche le diagnostiche scintigrafiche avanzate di cardiologia nucleare.

L'attività clinica medico-nucleare, sia negli aspetti diagnostici che terapeutici, è svolta secondo l'approccio per processi e relative procedure esplicite che riflettono le linee guida internazionali.

L'operatività delle sezioni di diagnostica convenzionale è limitata, come esposto in seguito, ad un solo turno su cinque giorni a settimana, l'operatività PET è limitata ad un solo turno su quattro giorni a settimana e la diagnostica MOC è stata del tutto sospesa, per carenza di personale di varie qualifiche.

Al termine del sopralluogo, si è proceduto con il sistema della «libera audizione», all'incontro sopra accennato con il *management* aziendale, amministrativo e sanitario, e con le organizzazioni sindacali.

Quanto al Direttore scientifico dell'IRE, Prof.ssa Paola Muti, il Presidente della Commissione ha sottolineato con dispiacere l'assenza della stessa dovuta ad improrogabili impegni professionali, nonostante la comunicazione dell'audizione fosse stata anticipata con molto preavviso e si è riservato di chiederne una successiva audizione presso la Commissione.

Dal quadro complessivo delle risposte fornite ai membri della Commissione e dalla documentazione acquisita agli atti della Commissione stessa, è emerso un quadro piuttosto delineato di quale sia l'attuale situazione dell'Istituto.

Lo scenario in cui lo stesso attualmente opera, denota infatti un modesto grado di efficacia, inteso come limitata capacità di raggiungere gli obiettivi potenzialmente raggiungibili, ed una significativa inefficienza, inteso come rapporto tra gli scarsi obiettivi raggiunti e l'ormai cronico disavanzo di gestione consolidato nel tempo.

Stante la natura dell'Istituto (IRCCS) e la complessa e variegata normativa che si è succeduta negli ultimi anni per tali tipi di enti, ed anche la incertezza del ruolo che gli stessi dovessero assumere nel nuovo quadro delineato dal Sistema sanitario regionale (a seguito del pronunciamento della Corte costituzionale), risulta di non facile individuazione l'analisi delle motivazioni che di fatto rendono tutt'altro che efficiente la gestione dell'Istituto, sia in termini economici che di risultati, intesa come impossibilità di individuare in una specifica causa o in un solo soggetto le responsabilità di tale situazione di stallo.

Il fattore di maggiore rilevanza che è emerso dall'audizione dei soggetti intervistati, tutti con compiti assai diversi e ciononostante spesso in contrapposizione per il ruolo svolto, è la convergenza pressoché unanime su alcune considerazioni che di seguito si riepilogano.

L'IFO Regina Elena – S. Gallicano accorpa oggi, di fatto, due IRCCS con finalità completamente differenti e difficilmente contemporabili:

l'IRCCS Regina Elena, con attività di centro di eccellenza oncologica;

l'IRCCS S. Gallicano, unico istituto di diritto pubblico in Italia con finalità di cura e assistenza dermatologica.

A seguito dell'accorpamento dei due Istituti, presso la sede di Roma-Mostacciano è oggi presente il 100 per cento delle attività cliniche dell'Istituto Regina Elena (IRE) e circa il 70 per cento di quelle riferibili all'Istituto S. Gallicano (ISG).

Altre attività dell'Istituto S. Gallicano vengono svolte presso la sede di Roma-Trastevere e per l'Istituto Regina Elena presso il centro ricerche di Roma-Pietralata ove si concentrano quasi tutte le attività di ricerca sperimentale. Dai colloqui intercorsi sembrerebbe venuto meno il progetto di trasferire le attività di ricerca dell'Istituto Regina Elena presso la sede di Roma-Mostacciano (da Pietralata appunto), ricongiungimento giudicato in precedenza necessario per il buon esito della ricerca traslazionale ed in grado di produrre notevoli economie di gestione.

Quanto all'aspetto organizzativo è da rilevare che la Regione Lazio, a seguito della entrata in vigore della legge regionale n. 2 del 23 gennaio 2006, non ha ancora provveduto alla nomina del Consiglio di indirizzo e verifica dell'Istituto, e che non è stato ancora nominato il Comitato tecnico scientifico. Pertanto l'attuale Direttore generale si trova ad operare quale organo monocratico e, forse, anche a motivo della assenza di questi organi, ad oggi non è stato ancora approvato il regolamento di organizzazione e funzionamento (così è definito per gli IRCCS l'atto aziendale), fondamentale documento strategico-organizzativo-programmatico, senza l'adozione del quale non è possibile procedere a quella azione di rilancio, urgente e necessaria per le future sorti dell'Istituto.

In verità, come testimoniato dal Direttore generale, una bozza di tale regolamento già esiste e sarebbe articolata su un modello dipartimentale strutturale per «patologia d'organo».

Dalle audizioni svolte e dalla documentazione acquisita si nota come tale modello, seppur *in fieri*, abbia riscontrato la pressoché unanime contrarietà dei medici e dei ricercatori dei due Istituti che ritengono di non condividerla in quanto «... confusa, contraddittoria e dannosa ...» per la loro professionalità e soprattutto per i pazienti. Ciononostante tale bozza di regolamento di organizzazione e funzionamento sarebbe attualmente all'esame del competente Assessorato regionale alla sanità.

La Commissione ritiene che l'approvazione in tempi brevi di una nuova bozza di regolamento di organizzazione e funzionamento, qualunque essa sia, purché adottata dopo ampio dibattito interno e largamente condivisa, possa chiarire e/o fugare la maggior parte delle argomentazioni

e i dubbi sollevati dai soggetti uditi che risentono non poco del clima di incertezza organizzativa attualmente esistente all'interno dell'Istituto.

La situazione che desta le maggiori perplessità anche sul piano procedurale è quella del Centro Trapianti di fegato dell'IRE.

Nel caso in specie, infatti, la Regione Lazio con delibera della Giunta regionale n. 159 del 13 marzo 2007, nella piena autonomia in materia di indirizzo e organizzazione sanitaria, dispone il trasferimento di un dipartimento quale il centro trapianti IRE da un IRCCS ad una Azienda ospedaliera regionale (S. Camillo – Forlanini) e viceversa una unità operativa complessa (UOC) di chirurgia oncologica presso l'IRCCS stesso. La stessa delibera indica però che, in realtà, il centro trapianti non sarà strutturalmente ubicato presso l'Azienda ospedaliera S. Camillo-Forlanini, ma presso un IRCCS pubblico, confinante, l'Istituto Lazzaro Spallanzani, che risulta essere uno dei due Istituti nazionali (l'altro è il Sacco di Milano) specializzati nelle emergenze da attacchi da terrorismo biologico e trattamento delle malattie infettive. Sempre nel testo della delibera di cui sopra si dice che «... l'Istituto nazionale malattie infettive Lazzaro Spallanzani, con prot. n. 825 del 23 gennaio 2007, ha presentato, 40 giorni prima, la richiesta per il riconoscimento di «Centro di riferimento regionale per le infezioni nei trapianti» ai sensi della delibera della Giunta regionale del 18 marzo 2005 ...» e sempre nel medesimo documento è scritto «che l'Istituto dispone di strutture edilizie realizzate seconde le più moderne tecnologie incluso un reparto operatorio, inattivo)...». Tutto ciò sembrerebbe più far pensare che si è cercato di utilizzare una struttura, magari costruita per altri fini, ma inutilizzata ed ubicata in un Istituto poco adatto ai trapianti a motivo della propria specializzazione. Inoltre, con tale delibera, viene disposto il trasferimento di una intera unità di chirurgia oncologica con i relativi medici e si procede d'ufficio, senza procedure concorsuali ed approfondita valutazione dei titoli professionali e scientifici, alla nomina dei primari. Nemmeno sembra essere stata espletata alcuna concertazione con le organizzazioni sindacali e/o confronto con i professionisti che già operano nelle rispettive strutture, mortificandone le legittime aspettative, con la conseguenza di inevitabili malumori che si ripercuotono in disagi professionali per la nuova struttura (scarso numero di sessioni operatorie) e soprattutto nella qualità dell'assistenza offerta ai cittadini.

L'IRCCS non è un ospedale regionale come gli altri, è solamente inserito nella rete sanitaria regionale, ma mantiene un ruolo sovraordinato in relazione alla eccellenza della propria specializzazione che dovrebbe sfociare in pubblicazioni e/o professionalità messa a servizio degli altri presidi regionali e interregionali quanto ad esperienza, casistica, capacità di formazione, ricerca e attrezzature.

È quindi evidente che deve essere diversa la politica del reclutamento del personale dirigente e dei ricercatori di un istituto d'eccellenza. Essa dovrebbe sempre essere tesa alla individuazione e selezione dei migliori professionisti negli specifici settori attraverso procedure trasparenti ed obiettive.

Sempre in riferimento al succitato caso di trasferimento *ope legis* del Centro trapianti di fegato ad opera della Regione Lazio, il Direttore sanitario stesso dell'Istituto ha giudicato sproporzionato e troppo invasivo il dispositivo contenuto nella delibera della Giunta regionale, sia per ciò che riguarda il personale da trasferire sia per ciò che concerne i posti letto trasferendi, ed infatti ha limitato in Istituto l'apertura dei posti letto di chirurgia oncologica ex Azienda ospedaliera S. Camillo - Forlanini a 20 (contro i 27 della delibera della Giunta regionale) ed ha proceduto al trasferimento di soli due medici (oltre al primario) contro i quattro previsti dalla Regione.

Sembra, inoltre, dalle informazioni raccolte, che l'attività chirurgica della nuova unità presso il Regina Elena è stata estremamente ridotta nelle prime settimane, tanto da non coprire neppure il 20 per cento dei turni operatori previsti per la stessa unità.

Si rileva, infine, che nella «Presentazione attività e Programma attività 2007 IFO» il Direttore generale dell'Istituto, appena il 9 gennaio u.s., annunciava che «... il centro trapianti IRE, che ormai ha una consolidata attività, necessita di un adeguato riconoscimento ed integrazione nella rete dei servizi a dimensione regionale o interregionale...» dando la chiara impressione di presentare un centro di eccellenza dell'Istituto e non un qualcosa che sarebbe stato dismesso di lì a pochi giorni.

Sempre sotto il profilo organizzativo, l'approvando regolamento di organizzazione e funzionamento dovrà meglio specificare il futuro ruolo dell'IRCCS S. Gallicano, se cioè, come temono molti dei sanitari uditi, a cominciare dal proprio Direttore scientifico, sarà destinato a divenire un dipartimento del costituito Istituto o avrà quel ruolo di *hub* dermatologico regionale e interregionale (perfino nazionale visto che è unico nel suo genere) che i risultati scientifici di questi ultimi anni sembrano garantirgli.

Altra questione da chiarire sarà il futuro rapporto tra l'IRCCS S. Gallicano e il nuovo «Istituto per le patologie degli immigrati e le malattie della povertà», previsto dalla legge finanziaria 2007 e che, fisicamente, è oggi ubicato nelle strutture del S. Gallicano stesso, nella sede di Roma-Trastevere.

Con l'approvazione del più volte citato regolamento dovranno darsi chiare indicazioni per la stesura della nuova pianta organica (sia macro che micro-struttura), cercando di dar soluzione ad una situazione a dir poco complicata che vede 307 dirigenti medici in pianta organica (uno per ogni posto letto) e la totale assenza di incarichi di dirigente medico di 2° livello.

Nonostante la consistenza dei numeri di cui sopra, il Direttore sanitario lamenta la carenza di talune figure mediche specialistiche e di tecnici specializzati che pregiudicano non poco l'attività dell'Istituto: basti pensare che attualmente delle cinque PET presenti nella Regione Lazio (e nell'Italia centrale) ben due sono ubicate proprio presso l'IFO Regina Elena, la cui produttività potenziale sarebbe di circa venti PET al giorno e che, invece, a motivo di tali carenze in organico è di circa venti PET alla settimana. Anche in questo caso la Direzione dice di essere in attesa della

prevista autorizzazione della Regione Lazio in ordine alla possibilità di porre a concorso i posti necessari.

Problemi di carattere organizzativo provocano anche altre anomalie nel normale funzionamento di un Istituto oncologico di tale rilevanza, come l'impossibilità ormai da molti mesi di effettuare esami istologici estemporanei in camera operatoria, criticità che provoca allungamento dei tempi di anestesia per i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, oltre che disfunzioni nella trasmissione della diagnosi dal patologo al chirurgo al momento dell'intervento. Sempre legato al problema della mancanza di tecnici di medicina nucleare, sembra che la tecnica del linfonodo sentinella, ormai *standard* nella maggior parte degli ospedali italiani nel carcinoma mammario e nel melanoma, sia praticata ad uno stretto numero di pazienti.

Altro rilievo che merita approfondimento, vista l'alta eccellenza professionale dell'Istituto, messo in evidenza dal direttore di dipartimento diagnostica per immagini IRE, è la vetustà di alcune apparecchiature in uso presso la radiologia, ove manca un mammografo digitale, mentre l'ecografo per la diagnosi senologica risale a molti anni fa e manca una bobina per la risonanza magnetica del seno; anche la risonanza magnetica e le due TAC attualmente in uso sono di vecchia generazione così come anche l'angiografo per la radiologia interventistica.

È da notare infine che, a distanza di molto tempo, risultano ancora non coperte alcune posizioni da primario di ruolo, per esempio della struttura complessa di ginecologia oncologica, per la quale nel nuovo piano aziendale è prevista una drastica riduzione di posti letto.

Queste carenze finiscono con il sottrarre ai pazienti, in un Istituto d'eccellenza, la possibilità di usufruire di *standard* diagnostici e terapeutici di adeguata qualità.

Sotto l'aspetto finanziario, come responsabilmente attestato dal Direttore amministrativo, l'Istituto non si è ancora dotato di un sistema informatico-contabile (è in corso di approvazione da parte della Regione Lazio il bando di gara per l'acquisto di un *software* di contabilità) in grado di fornire un quadro d'insieme dei costi e ricavi, riferibili in generale all'attività dell'Istituto nell'esercizio ed in particolare ai singoli centri di costo; quanto ai risultati degli esercizi precedenti l'Istituto ha rilevato disavanzi di gestione pari a circa -18 milioni di euro nel 2004, -44 milioni di euro nel 2005 e -38 milioni di euro nel 2006.

L'importo previsto pari a -15 milioni di euro relativo al bilancio preventivo 2007, come documentato dal Direttore amministrativo, non potrà essere assolutamente rispettato a motivo della rigidità dei costi in esame e pertanto il disavanzo di gestione finale sarà ben più cospicuo.

Quanto ai fondi destinati alla ricerca (2006), sia corrente che finalizzata, il Direttore generale ha dichiarato che, sia per l'IRE che per l'ISG, sono stati impegnati per l'intero ammontare, ma una valutazione seppur sommaria delle rendicontazioni delle ricerche correnti degli ultimi anni sembra evidenziare come per il 2006 sia stato previsto rispetto agli anni precedenti quasi un raddoppio dei costi relativi agli stipendi del personale

di ricerca di ruolo rispetto al 2005 e quindi una diminuzione della spesa direttamente finalizzata allo svolgimento della stessa ricerca come richiesto dalle direttive ministeriali. Non è dato di sapere dalla documentazione acquisita a quali figure di ricerca corrisponda questo aumento.

Il Direttore amministrativo ha anche evidenziato che attualmente non esiste un sistema di rendicontazione informatizzata dei costi tale da porre in essere un sistema di controllo *ex post* (cioè si spende senza un sistema di controllo). In realtà altri colloqui hanno chiarito che questo sistema di controllo esiste ma risulta attualmente difficoltoso per la mancanza di autonomia dell'ufficio preposto a questa attività amministrativa. Alla domanda se l'Istituto sia in grado di attrarre anche altri fondi oltre a quelli statali relativi alla ricerca non è stata data risposta.

L'imprevista assenza del Direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena non ha permesso di chiarire la strategia generale dell'attività di ricerca traslazionale e clinica – che rappresentano le finalità di ricerca principali di un IRCCS, come sancito dal decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003 – e di quali strumenti l'Istituto stesso intenda dotarsi per raggiungere l'obiettivo del trasferimento nella pratica clinica dei risultati di ricerca.

Al fine di una più completa ed esaustiva disamina della situazione di criticità aziendale delineata, a seguito del sopralluogo, si è proceduto ad ulteriore audizione del Direttore generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, dottor Marino Nonis, del Direttore scientifico dell'Istituto San Gallicano, professor Aldo Di Carlo, del Direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena, professoressa Paola Muti ed anche dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, onorevole Augusto Battaglia.

Audizione della professoressa Paola Muti, Direttore scientifico Istituto Regina Elena, 15 maggio 2007.

In data 15 maggio 2007 si è svolta l'audizione del Direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena, professoressa Paola Muti.

Gli argomenti affrontati nel corso di questa audizione sono stati essenzialmente i seguenti:

1. richiesta di chiarimenti sul rendiconto dei fondi della ricerca corrente per l'anno 2006 rispetto alla stessa rendicontazione anno 2005, con particolare riguardo al raddoppio dei costi relativi agli stipendi dei ricercatori di ruolo o con contratto a tempo indeterminato, e sulla drastica riduzione della cifra che è stata destinata effettivamente ai programmi di ricerca, come recentemente denunciato anche da importanti organi di stampa, vedi il quotidiano nazionale «l'Unità» (14 Aprile 2007);

2. le difficoltà riportate in una nota firmata da circa 50 ricercatori clinici dell'Istituto nel settore della organizzazione e gestione degli studi clinici;

3. effettiva capacità di attrazione da parte dell'Istituto di fondi provenienti da Istituzioni estere in particolare nordamericane come più volte affermato anche in dichiarazioni pubbliche dalla professoressa Muti.

Con riferimento al punto 1, le risposte della professoressa Muti non hanno chiarito quali siano state le cause di un incremento così rilevante dei costi relativi agli stipendi dei ricercatori dell'Istituto, posto che non sembra che nell'anno intercorso siano stati assunti a tempo indeterminato nuovi ricercatori. Non è stato neppure chiarito dalla professoressa Muti come mai la parte del finanziamento statale destinato effettivamente all'attività di ricerca sia così tanto diminuita rispetto all'anno precedente per effetto delle scelte effettuate dall'Ente.

A questo riguardo, la materia sembra meritevole di ogni opportuno approfondimento in quanto nella rendicontazione della ricerca corrente per l'anno 2006, inviata nel febbraio 2007 al Ministero della salute, il capitolo di spesa fortemente incrementato, anzi raddoppiato rispetto all'anno precedente (da 2.388.000 a 4.417.999 euro), è proprio quella riguardante i «ricercatori di ruolo o con contratto a tempo indeterminato», e trattasi di formale deliberazione della direzione generale dell'Ente sottoscritta dal direttore scientifico, direttore amministrativo e direttore sanitario aziendale. Questa voce di spesa ha così rappresentato per il 2006 circa il 70 per cento dell'intero finanziamento contro il 45 per cento nel 2005.

Le altre voci di spesa richiamate dalla professoressa Muti, e cioè quelle relative alla biblioteca ed al funzionamento dello stabulario, sono risultate invece abbastanza contenute rispetto al *budget* complessivo; contrariamente a quanto affermato dalla professoressa Muti, le spese relative alla biblioteca risultano non aumentate ma molto diminuite per l'anno 2006 rispetto all'anno 2005 (da 313.472,00 – anno 2005, a 134.835,00 – anno 2006).

In ogni caso per effetto del notevole incremento di costi relativi agli stipendi dei «ricercatori» e nonostante il fatto che il contributo erogato dal Ministero della salute all'IRE sia cresciuto dal 2005 al 2006 (da 5.151.610 a 6.430.900 euro), il residuo, al netto dei costi fissi, utilizzabile per investimenti nei progetti di ricerca si è praticamente più che dimezzato (da oltre il 40 per cento a meno del 20 per cento).

La stessa professoressa Muti con le sue dichiarazioni ha confermato che, mentre negli anni precedenti «... una somma consistente del budget della ricerca corrente veniva investita in attività di studio, con la nuova gestione ciò non è stato possibile». A questo riguardo la professoressa Muti sembra non considerare che la destinazione dei fondi della ricerca rappresenta attività precipuamente ed esclusivamente connessa con il suo ruolo in quanto Direttore scientifico.

La professoressa Muti ha poi fatto riferimento al modello americano nel quale gli stipendi dei ricercatori vengono in parte o *in toto* pagati su fondi di ricerche finalizzate, ma appare evidente che, alla luce della normativa vigente nel Paese, tale modello non trova alcuna possibilità di essere applicato in Italia.

Da ultimo ha fatto riferimento ad altri Istituti Nazionali Tumori nei quali gli stipendi dei ricercatori di base gravano completamente sui fondi della ricerca corrente, ma il problema che rimane da chiarire è se presso l'Istituto Regina Elena questi fondi siano stati utilizzati effettivamente per pagare gli stipendi dei ricercatori oppure siano stati impiegati per altri scopi, come sembra più verosimile alla luce dei documenti prodotti.

Per quel che riguarda il punto 2, la professoressa Muti ha rassicurato la Commissione sul fatto che la sua intenzione non è quella di ridurre l'attività di ricerca clinica per conto terzi, ma di incentivare la attività istituzionale di tipo traslazionale, ma non ha chiarito fino in fondo le motivazioni che hanno portato un così elevato numero di medici e ricercatori clinici dell'Istituto a dichiarare il proprio malumore al riguardo, e non ha neanche rassicurato la Commissione su quale soluzione intenda dare alla problematica sollevata dai medici.

Riguardo al punto 3, la professoressa Muti ha fatto riferimento ad un recente accordo stipulato con l'Università di Harvard che consentirebbe all'Istituto Regina Elena di accedere a fondi del National Institute of Health americano – NIH. La Commissione formula, ovviamente, l'auspicio che ciò possa presto avvenire, anche se non sono stati prodotti esempi concreti della effettiva realizzazione di quanto riferito.

Audizione del dottor Marino Nonis, direttore generale Istituti Fisioterapici Ospitalieri, 17 maggio 2007.

Durante l'audizione del direttore generale dottor Marino Nonis tenutasi in data 17 maggio 2007 sono state affrontate alcune problematiche, ed in particolare:

1. quale secondo il Direttore generale dovesse essere la natura giuridica dei tre Istituti facenti capo agli IFO, se un solo IRCCS o tre, anche in relazione all'avvenuto riconoscimento per decreto statale ed anche della Regione Lazio di IRE ed ISG come entità separate;

2. la collocazione logistica nelle due sedi di Mostacciano e viale Trastevere dei due Istituti facenti capo agli IFO, cioè l'Istituto Regina Elena e l'Istituto San Gallicano, nonché del nuovo Istituto per le migrazioni di recente istituzione, anche in considerazione del fatto che una parte della sede centrale dell'Istituto San Gallicano era stata in precedenza ceduta alla Comunità di Sant'Egidio;

3. il problema dell'utilizzazione dei fondi della ricerca corrente, ed in particolare la richiesta di chiarimenti circa il notevole incremento dal febbraio 2006 al febbraio 2007 dei fondi della ricerca corrente destinati a sostenere gli emolumenti dei ricercatori di ruolo o con contratto a tempo determinato.

Su tutti questi tre punti, l'audizione con il dottor Nonis è risultata assolutamente improduttiva di risultati in considerazione delle risposte con-

fuse, evasive e contraddittorie che il Direttore generale ha dato ai singoli quesiti posti dalla Commissione.

Allo scopo di dare ulteriore possibilità al dottor Nonis di meglio chiarire le problematiche suesposte, così da poter raccogliere tutti gli elementi necessari per dare risposte puntuali ai quesiti di cui sopra, sono state ulteriormente richieste risposte scritte agli stessi quesiti formulati, come qui di seguito riportato:

1. quale è l'intenzione della Direzione generale IFO rispetto alle tre realtà emerse durante l'audizione (Istituto Regina Elena, Istituto San Gallicano, Istituto per le Migrazioni) in merito alla loro rispettiva collocazione logistica nelle due sedi di Mostacciano e viale Trastevere anche in relazione alla coesistenza in una delle due sedi di una quarta realtà quale quella della Comunità di Sant'Egidio;

2. quale è la valutazione del Direttore generale rispetto alla natura giuridica degli Istituti facenti capo agli IFO: tre IRCCS o un solo IRCCS, e se il loro futuro è comunque quello di essere accorpati in unico ente o invece di rimanere separati. Tutto ciò anche in relazione all'avvenuto riconoscimento per decreto statale e regionale dei due Istituti Regina Elena e San Gallicano come entità separate;

3. quanti e quali «ricercatori di ruolo o con contratto a tempo indeterminato» sono stati assunti dal febbraio 2006 al febbraio 2007 a giustificare per l'Istituto Regina Elena l'incremento dei fondi da euro 2.388.000,00 (delibera n. 58 del 20.02.06) a 4.417.999,20 (delibera n. 135 del 28.02.07) imputati a tale voce di spesa nelle rendicontazioni della ricerca corrente.

In data 4 luglio 2007 è pervenuta alla segreteria della Commissione la risposta scritta qui di seguito riportata:

«La ringrazio per l'attenzione con cui, con la nota n. 468 del 27.06.2007 avete voluto significare l'attenzione nei confronti di codesto Istituto.

Dalla lettura dell'allegato mi sembra assolutamente evidente che poco conti l'intenzione della Direzione Generale degli IFO (che sarebbe comunque coerente e conforme alle indicazioni delle Istituzioni superiori) in merito alle questioni proposte e cioè:

1. le tre realtà emerse durante l'audizione (Istituto Regina Elena, Istituto San Gallicano, Istituto per le Migrazioni) in merito alla loro rispettiva collocazione logistica nelle due sedi di Mostacciano e Viale Trastevere anche in relazione alla coesistenza in una delle due sedi di una quarta realtà quale quella della Comunità di Sant'Egidio;

2. la valutazione del Direttore Generale rispetto alla natura giuridica degli Istituti facenti capo agli IFO: 3 IRCCS o un solo IRCCS, e se il loro futuro è comunque quello di essere accorpati in un unico ente o invece di rimanere separati;

3. l'incremento dei fondi per l'Istituto Regina Elena da euro 2.388.000,00 ad euro 4.417.999,20.»

In tale risposta ed in relazione ai tre punti sollevati, il Direttore generale, dottor Nonis, ha ripetuto letteralmente le domande a lui rivolte dalla Commissione senza aggiungere alcun elemento di risposta, come invece richiesto.

Da quanto sopra riportato la Commissione non può che dichiararsi completamente insoddisfatta per non aver ricevuto alcuna risposta da parte del Direttore generale rispetto ai quesiti formulati, tra l'altro tutti coinvolgenti responsabilità e competenze specifiche del suo ruolo e della sua funzione. In qualche modo inoltre sconcerata il comportamento dello stesso Direttore generale, comportamento che certamente offende la dignità e l'autorevolezza dell'Istituzione parlamentare che i membri della Commissione rappresentano.

Audizione del professor Aldo Di Carlo, Direttore scientifico Istituto San Gallicano, 17 maggio 2007.

L'audizione del professor Di Carlo è stata soprattutto incentrata sulla preoccupazione, da lui stesso manifestata, in merito al ridimensionamento strutturale e funzionale subito dall'Istituto San Gallicano, ridimensionamento messo in atto dall'attuale direzione generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri.

Analogo allarme era contenuto in un documento sul nuovo atto aziendale pervenuto alla Commissione da parte dell'Assemblea dei medici dell'Istituto San Gallicano che, pur giudicando la nuova collocazione presso Mostacciano assolutamente idonea e funzionale rispetto al miglioramento sia quantitativo che qualitativo dell'attività clinico-assistenziale dell'Istituto, hanno dichiarato il loro più totale dissenso rispetto all'ipotesi della riduzione dell'Istituto San Gallicano a semplice Dipartimento dell'Istituto Regina Elena. Questa ipotesi infatti sarebbe, se realizzata, di grave ostacolo all'autonomia dell'Istituto stesso ed alla capacità di migliorare la propria *performance* clinica e scientifica.

Il professor Di Carlo ha altresì ricordato come questo storico Istituto dermatologico, fondato a Roma nel 1725 da Papa Benedetto XIII, ha sempre costituito da allora un punto di riferimento per la diagnosi ed il trattamento delle malattie cutanee ed ha percorso le tappe che hanno portato l'Amministrazione IFO nel 2003 a stipulare una convenzione con la Comunità di Sant'Egidio, ed ha anche fatto riferimento all'art. 1, comma 827, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), con la quale è stato istituito l'Istituto per le Migrazioni, a suo parere non necessariamente da collocare presso l'Istituto San Gallicano.

In più interventi di membri della Commissione, oltre che in quello del professor Di Carlo, è stato posto l'accento sulla necessità che i due Istituti, l'Istituto Regina Elena e l'Istituto San Gallicano, continuino a rappresentare realtà diverse ed autonome, contraddistinte dalla differente vocazione che le caratterizza e dalla diversa missione scientifico-assistenziale.

Audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, Augusto Battaglia, 12 giugno 2007.

Durante l'audizione del 12 giugno 2007, il relatore, senatore Cursi, ha posto nuovamente la questione «Istituto Regina Elena – Istituto San Gallicano» (se unico Istituto o due distinti Istituti) ed ha ricordato all'assessore Battaglia come insieme, fino a qualche mese fa, rispettivamente come sottosegretario del Ministero della salute ed assessore regionale alla Sanità, avessero perseguito l'obiettivo comune dello sdoppiamento dell'IFO in due distinti Istituti.

Ha manifestato inoltre la sua preoccupazione circa una sorta di ridimensionamento della funzione culturale, storica, scientifica e di ricerca dell'Istituto San Gallicano, rappresentato già alla Commissione sia dal Direttore scientifico dell'Istituto San Gallicano, sia da un documento sottoscritto da tutto il personale medico dello stesso Istituto.

È stato poi affrontato dal senatore Cursi il tema relativo al trasferimento *ope legis* del Centro Trapianti di fegato dall'Istituto Regina Elena all'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini, ove ancora questo centro opera in condizioni molto disagiate negli ambienti in uso della Cardiocirurgia, non essendo ancora stati approntati i nuovi locali presso l'Istituto malattie infettive «Lazzaro Spallanzani».

Il senatore Cursi ha chiesto pertanto ragione dei tempi e dei modi (con delibera della Giunta regionale del Lazio) di tale improvviso trasferimento.

Il tema è stato anche trattato dalla senatrice Binetti, che ha sottolineato l'anomalia del trasferimento di una intera struttura di Chirurgia dal San Camillo agli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, trasferimento che non ha tenuto in alcun conto le professionalità esistenti presso l'Istituto Regina Elena; le risulta inoltre che metà dei letti di degenza occupati da questa struttura sarebbero inutilizzati o utilizzati per interventi «di basso profilo».

L'assessore Battaglia, nel suo intervento di replica alle varie considerazioni fatte dai senatori intervenuti, ha rivendicato alla Giunta regionale del Lazio una azione di forte risanamento e razionalizzazione delle attività ospedaliere, finalizzata all'abbattimento del grosso *deficit* di gestione ereditato, ma anche a riportare la sanità del Lazio ad adeguati livelli di qualità, efficienza ed organizzazione.

In questo quadro generale, la Regione Lazio non intende in alcun modo mortificare o ridimensionare gli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, ma piuttosto razionalizzarne l'attività, contenerne le spese, produrre il massimo con le risorse disponibili.

È per questo motivo che, alla luce della nuova situazione venutasi a creare, la Regione Lazio ha ritenuto di riconsiderare lo sdoppiamento dei due istituti in modo da consentire, tanto all'Istituto Regina Elena quanto all'Istituto San Gallicano, di operare nelle migliori condizioni.

Per quel che riguarda l'attività dei trapianti, l'assessore Battaglia ha affermato che già per effetto dello spostamento realizzato ci sarebbe un aumento del numero di trapianti complessivi di circa il 20 per cento. Tuttavia, dai dati forniti dal Centro Nazionali Trapianti, tale affermazione non sembra corrispondere alla realtà, poiché i trapianti d'organo effettuati nella Regione Lazio nel periodo gennaio-maggio 2007 sono stati 116, contro i 158 dello stesso periodo del 2006 e i 111 di uguale periodo riferiti all'anno 2005. Il dato di incremento del +20 per cento cui probabilmente fa riferimento l'assessore Battaglia, è riferito al totale degli interventi di trapianto inclusi i trapianti di cornee che però, come noto, per tipo di organizzazione e di competenze professionali, sono cosa ben diversa dai trapianti d'organo.

Lo spostamento del Centro trapianti degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri è funzionale ad una ipotesi di attivazione di un'unica struttura per i trapianti come esiste a Parigi, ma di fatto non è dato comprendere perché al momento quello degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri sia stato l'unico Centro ad essere chiuso, mentre rimangono attivi gli altri operanti nella città di Roma (Policlinico Umberto I, Policlinico Gemelli, Università di Tor Vergata).

Per quel che si riferisce poi al trasferimento dell'Unità di Chirurgia, l'assessore ha affermato che tale scelta è stata effettuata per potenziare l'attività chirurgica maggiormente collegata alla Chirurgia oncologica e che in questo ambito si intende «dare piena valorizzazione tanto ai nuovi medici che arriveranno, tanto ai chirurghi che sono lì da anni e che hanno diritto anch'essi ad una piena valorizzazione. Naturalmente poi si faranno i concorsi e le scelte verranno fatte sulla base delle professionalità, delle capacità, del numero degli interventi, del lavoro fatto da parte dei diversi professionisti».

Il presidente Tomassini è intervenuto per sottolineare che alcune di queste dichiarazioni dell'assessore Battaglia sono in contraddizione con quanto espresso dai direttori scientifici e nei documenti sottoscritti dai medici dei due Istituti.

Conclusioni

Il sopralluogo e le successive audizioni della Commissione hanno permesso di rivelare un quadro preoccupante di inefficienze soprattutto di programmazione e di gestione, che rischiano di degradare un istituto di eccellenza di valenza nazionale ad un semplice ospedale con dimensione territoriale.

Gravi carenze e rilevanti responsabilità sono state documentate nell'implementazione e nell'adeguamento tecnologico delle attrezzature in settori cruciali, come per esempio la diagnostica per immagini, servizio che opera attualmente con apparecchiature inadeguate per una diagnostica di elevato livello qualitativo, quale sarebbe auspicabile in un istituto di eccellenza.

Una importante attività, quale la chirurgia trapiantologica e resettiva del fegato e delle vie biliari, è stata ceduta ad altre istituzioni ospedaliere romane, senza che questo abbia finora prodotto un reale potenziamento dell'organizzazione dei trapianti nella Regione Lazio né un aumento delle prestazioni.

In particolare, il numero di trapianti di fegato e di rene effettuati nella nuova sede risulterebbero uguali a quelli effettuati presso l'IRE ed il Policlinico Umberto I in precedenza.

Non si comprendono perciò le reali motivazioni che hanno portato a trasferire il solo Centro trapianti di fegato, anche in considerazione del fatto che ancora presso lo Spallanzani, sede definitiva dell'unità, i lavori per l'allestimento delle camere operatorie non sono ancora iniziati.

Anche il trasferimento di numerosi anestesisti mette in crisi l'attività chirurgica oncologica dell'Istituto Regina Elena, senza che essi siano realmente utili e pienamente operativi presso la nuova sede.

A seguito del trasferimento dell'attività dei trapianti, l'Istituto Regina Elena ha acquisito dall'Azienda Ospedaliera San Camillo personale medico anche con funzioni apicali senza che fosse possibile vagliarne il profilo tecnico-professionale e l'adattabilità ad una realtà di Istituto con finalità scientifiche, mortificando inoltre la dirigenza medica residente, impedendole di fatto di accedere ad un pubblico e trasparente processo di selezione.

Interi ed importanti settori sono lasciati da molti mesi senza apicalità e, dal punto di vista della capacità di attrazione e dell'organizzazione, le conseguenze di questa inerzia sono già evidenti (Ginecologia, Anestesiologia).

La carenza o cattiva gestione del personale tecnico e medico comportano la mancata esecuzione di tecniche ormai divenute di applicazione routinaria anche in ospedali di rilievo inferiore (linfonodo sentinella, diagnosi istologica estemporanea) offrendo così ai pazienti, pur convinti di essere curati in un'Istituzione di eccellenza, prestazioni carenti sul piano qualitativo.

La gestione, da parte della dirigenza dell'ente, è apparsa monocratica ed autoreferenziale, anche su aspetti che richiederebbero il necessario coinvolgimento e consenso del corpo medico e delle organizzazioni sindacali, quali il problema dei rapporti tra i due Istituti nell'ambito dei regolamenti organizzativi ed il nuovo piano strategico varato dalla Direzione generale, fortemente avversato da tutte le componenti degli Istituti.

Tale piano sostanzialmente prevederebbe l'accorpamento dell'Istituto San Gallicano nell'ambito dell'altro Istituto di maggiori dimensioni, con una successiva articolazione in dipartimenti per patologia d'organo, la cui costituzione viene giudicata unanimemente confusa, contraddittoria e assolutamente priva del respiro culturale necessario per progetti di così rilevante impatto sul futuro dell'ente.

Un quadro pure problematico emerge dall'analisi generale dell'attività di ricerca. Infatti neppure l'audizione con il Direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena è valsa a chiarire alcuni aspetti circa la utilizza-

zione delle risorse destinate dal Ministero della salute per la ricerca corrente. A questo riguardo, in assenza di dati certi sulla effettiva destinazione di questi fondi, è possibile ipotizzare che una parte rilevante di essi sia stata utilizzata per finalità diverse dalla ricerca stessa.

Anche l'attività di ricerca clinica, che in accordo con gli articoli 1 e 2 della legge regionale 23 gennaio 2006 n. 2 e con l'articolo 1 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288, costituisce fine istituzionale primario degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, è fortemente minata da una organizzazione che viene giudicata, dalla gran maggioranza dei ricercatori clinici dell'Istituto, inadeguata a consentire il raggiungimento delle finalità scientifiche.

A seguito della relazione ispettiva e alle successive audizioni relative all'istituto IFO Regina Elena – San Gallicano di Roma, giungono ai sottoscritti relatori numero 3 documenti, che per completezza e dovere di informazione si ritiene opportuno di seguito riassumere.

Si evidenzia, altresì, che tutti hanno lo scopo di dare ulteriori delucidazioni circa i temi trattati, ma di fatto confermano le criticità rilevate nelle precedenti relazioni.

Con nota del 18 luglio 2007, infatti, i primari di chirurgia dell'IRE, Biagini, De Vita, Di Filippo, Facciolo, Gallucci, Occhipinti e Spriano, indirizzata all'Assessore regionale alla sanità, dottor Augusto Battaglia, lamentano la grave situazione legata al trasferimento di cinque anestesisti presso la A. O. San Camillo – Forlanini (oltre ai tre anestesisti in quiescenza per raggiunti limiti di età su un totale di sedici anestesisti in pianta organica) «... che ha provocato un'immediata drastica riduzione dell'attività chirurgica pari a circa il 50 per cento...», ben ricordando che trattasi di interventi su pazienti affetti da patologie oncologiche.

La stessa nota pone dubbi sulla necessità di immediato trasferimento di detti anestesisti verso il centro trapianti dell'Istituto Lazzaro Spallanzani che risulta ad oggi ancora inattivo.

Conseguenza che starebbe allungando enormemente le liste di attesa per interventi a dir poco urgenti (circa tre mesi), oltre alla probabile sospensione nel periodo di ferragosto dell'intera attività chirurgica.

Con nota del 31 luglio 2007, il Direttore generale dell'Istituto Lazzaro Spallanzani, rassicurava il Presidente della Commissione, senatore Tomassini, circa il fatto che nessuno degli anestesisti trasferiti dall'IFO Regina Elena, «... è attualmente inoperoso», ma dediti, ad esempio e tra gli altri, a compiti di assistenza del Dipartimento diagnostico dell'Istituto Spallanzani in sostituzione di medici anestesisti dell'A.O. San Camillo – Forlanini, che in precedenza assolvevano a tale compito.

Lo stesso Direttore generale dell'Istituto Lazzaro Spallanzani conferma che i locali che ospiteranno il Centro trapianti d'organo non sono ancora pronti.

Con nota del 1° agosto 2007, «gli anestesisti del blocco operatorio IFO», lamentano preoccupazione circa voci di presunti trasferimenti per mobilità di medici anestesisti con professionalità diversa da quella richiesta per un Istituto oncologico quale l'IRE. Gli stessi ritengono che «l'at-

tività chirurgica che si svolge presso le sale operatorie IFO richiede comprovata professionalità nel settore, pertanto soluzioni di ripiego che non dovessero tenerne conto, risulterebbero estremamente pericolose per l'organizzazione interna e la salute stessa dei pazienti».

In conclusione, risulterebbe ai relatori che con atto del 24 luglio 2007, ad ulteriore conferma delle preoccupazioni esplicitate nella relazione ispettiva circa il ruolo del Direttore scientifico dell'IRE, la stessa professoressa Paola Muti, abbia nominato coordinatore della ricerca scientifica presso l'IRE, il dottor Giovanni Blandino, affidandogli i compiti che la citata legge regionale n.2 del 2006 affida al Direttore scientifico dell'Istituto.

Tutto ciò premesso, allo stato dei fatti delineati ed in virtù dei poteri conferiti alla Commissione, si ritiene indispensabile che le Istituzioni preposte valutino con tempestività l'opportunità della sostituzione del Direttore generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri, che ha dato prova di inadeguatezza rispetto al ruolo che è chiamato a svolgere, sia in fatto di strategie delineate, sia per quanto riguarda la reale conoscenza delle problematiche aziendali.

Quanto al Direttore scientifico dell'Istituto Regina Elena, pur nella convinzione che rappresenti una indubbia personalità dal punto di vista scientifico con ampia esperienza di ricerca all'estero, desta perplessità la sua carenza di nozioni di tipo manageriale e tecnico-amministrativo, che invece sono importanti nel ruolo di coordinamento della attività di ricerca e di gestione delle ingenti risorse pubbliche ad essa correlate.

Per tali motivi la Commissione invita gli enti preposti ad una rivalutazione circa la opportunità che la professoressa Muti possa essere riconfermata in questa responsabilità.

La Commissione, infine, si riserva un'ulteriore valutazione della situazione degli IFO tra sei mesi.

Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma

Programma del sopralluogo ed audizioni

8 maggio 2007

Sopralluogo presso l’Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata, a Roma, con la presenza del vice presidente Caforio e dei senatori Bodini, Corsi e Gramazio, accompagnati dal direttore generale dottor Luigi D’Elia.

Audizioni presso la Commissione

– 1° agosto 2007 – audizione del direttore generale dell’Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma, dottor Luigi D’Elia

– 26 settembre 2007 – audizione dell’assessore alla sanità della regione Lazio, dottor Augusto Battaglia

Relazione approvata dalla Commissione

Nell’ambito dell’inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento, il giorno 8 maggio 2007 una delegazione della Commissione, composta dal vice presidente senatore Caforio e dai senatori Bodini, Corsi e Gramazio, si è recata presso l’azienda ospedaliera Complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata, con sede in Roma, in via dell’Amba Aradam n. 9.

La visita ha avuto luogo anche a motivo del verificarsi, nei mesi di gennaio e febbraio 2007, di alcuni casi di epatite acuta contratti da pazienti sottoposti ad autotrapianto di midollo osseo nel periodo luglio-agosto 2006.

L’azienda ospedaliera San Giovanni – Addolorata è «Complesso ospedaliero di rilievo nazionale e di alta specializzazione» ed è DEA di 2° livello.

Dato il suo posizionamento strategico al centro della città vanta un bacino di utenza di circa 1,5 milioni di abitanti, ed è considerato presidio di riferimento urbano per l’emergenza di 2° livello con l’ulteriore impegno a sviluppare l’attività di «trauma center» regionale nonché quella della maxiemergenza. I dati riferiti alla sola attività di assistenza erogata in emergenza-urgenza nell’anno 2006, pari a 77.454 pazienti, ben testimoniano la vocazione dell’Azienda ospedaliera.

Il complesso San Giovanni – Addolorata è costituito da cinque siti ospedalieri, di fatto attigui, inseriti in un quadro artistico-architettonico di assoluto pregio: l’ospedale San Giovanni, l’ospedale Addolorata, il presidio Britannico, il presidio ambulatoriale «Santa Maria» ed il presidio

Medical Corner, ciascuno con finalità assistenziali ben distinte e sottoposti a breve termine ad importanti lavori di manutenzione straordinaria.

La capacità ricettiva del «Complesso ospedaliero» in posti letto, così come previsto dal nuovo atto aziendale è pari, a regime, a n. 81 posti-letto per riabilitazione e/o *post*-acuzie (contro i 53 attuali) ed è ridotta, nell'anno 2007 ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dal piano di rientro approvato dalla Giunta regionale del Lazio nella seduta del 12 febbraio 2007, in virtù dell'accordo ai sensi dell'art.1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, a n. 900 posti-letto per acuti così articolati:

n. 330 p.l. per DRG chirurgici (37 per cento) di cui il 15 per cento per *day surgery*;

n. 434 p.l. per DRG medici (48 per cento) di cui il 15 per cento per *day hospital*;

n. 136 p.l. per terapie intensive e *sub*-intensive (15 per cento).

Tale capacità ricettiva risulterà così distribuita, a regime, nei singoli presidi ospedalieri:

n. 609 p.l. nel presidio ospedaliero San Giovanni;

n. 191 p.l. nel presidio ospedaliero Addolorata;

n. 82 p.l. nel presidio ospedaliero Britannico (*day surgery* e *day hospital*);

n. 81 p.l. nel presidio ospedaliero Medical Corner (riabilitazione/*post* acuzie);

n. 18 p.l. nel presidio sanitario Santa Maria (attività ambulatoriali e *day hospital*).

A quanto sopra si aggiungano 16 posti letto a supporto dell'attività chirurgica per *postanesthetic care unit* (P.A.C.U.).

È utile osservare che la distribuzione delle attività su un tessuto urbanistico così dimensionato e frazionato comporta notevoli diseconomie di gestione in ordine ai costi diretti ed indiretti da sostenere in una situazione economico-patrimoniale di per sé già assai difficile, come si avrà modo di evidenziare.

Nel corso del sopralluogo, la delegazione, accompagnata dal direttore generale dottor Luigi D'Elia, ha ispezionato alcuni reparti, tutti interni alla struttura San Giovanni, che hanno evidenziato una complessiva funzionalità dell'Azienda unita ad un buon grado di manutenzione ed igiene dei siti visitati.

In particolare:

a) PRONTO SOCCORSO

Come sopra accennato l'azienda ospedaliera San Giovanni – Addolorata è DEA di 2° livello ed il pronto soccorso è senz'altro considerato un reparto di eccellenza. I locali costituenti il DEA si trovano immediatamente a ridosso dell'ingresso principale e risultano facilmente individuabili grazie ad una segnaletica chiara e razionale.

L'ingresso è garantito attraverso la cosiddetta «camera calda» che consente il successivo ingresso all'area *triage*, con sportello di accettazione e sala d'attesa dedicata. Seguono i locali per la breve osservazione, gli ambulatori e le sale visite, con la disponibilità di 28 posti letto di degenza destinati all'osservazione dei malati prima della diagnosi definitiva. Vi sono inoltre 2 sale operatorie per le emergenze e 8 posti letto di rianimazione intensiva.

Il dipartimento di emergenza è costituito da locali che si presentano in buone condizioni igienico – sanitarie, con arredi adeguati e apparecchiature mediche idonee all'uso. Non sono state riscontrate particolari carenze.

L'attività, potenzialmente in aumento, avrebbe necessità di ulteriori spazi dedicati, come peraltro previsto dalla direzione aziendale nel progetto di ristrutturazione di massima, attualmente all'esame del competente Assessorato della regione Lazio.

Prova di funzionalità del pronto soccorso si è avuta in occasione dell'incidente ai vagoni della metropolitana di Roma, avvenuto il 17 ottobre 2006, quando la struttura è stata messa a dura prova dall'afflusso, in contemporanea, di ben 179 pazienti pervenuti appunto dai *tunnel* ferroviari luogo dell'incidente. In tale occasione, la paziente più grave, una donna nipponica, ora in ottima salute, fu trattata in emergenza dagli specialisti che la sottoposero ad intervento chirurgico e a successivi altri interventi. La stessa prova di efficacia è stata offerta anche nel soccorso di tutti gli altri casi, benché fortunatamente meno gravi.

b) BLOCCO OPERATORIO

L'Azienda opera, per l'alta tecnologia e per il grado di professionalità raggiunto, come ospedale di riferimento nella rete regionale per le specialità trattate. Recentemente è stato inaugurato il nuovo blocco operatorio costituito da 19 sale operatorie, considerate all'avanguardia quanto alle dotazioni di alta tecnologia di cui risultano dotate. In particolare vantano collegamenti informatici che consentono il trasferimento delle immagini radiologiche in tempo reale e, tra l'altro, offrono la possibilità di effettuare video conferenze tra chirurghi operanti in ospedali diversamente ubicati, facilitando l'interscambio professionale e consentendo la consulenza immediata di molteplici specialisti.

Nello scorso anno sono stati effettuati ben 19.000 interventi di chirurgia generale e specialistica.

Nel nuovo blocco operatorio sono state attivate le sale operatorie per la *day surgery*, quelle destinate alla ginecologia e all'ostetricia d'urgenza e negli altri piani che compongono il monoblocco corpo C, sono state collocate le attività operatorie di chirurgia generale, neurochirurgia, ortopedia e traumatologia, urologia, endourologia, chirurgia mininvasiva, otorinolaringoiatria, chirurgia maxillofaciale, chirurgia vascolare e chirurgia plastica e ricostruttiva.

Anche in questo caso non sono state evidenziate criticità da segnalare.

c) TERAPIA INTENSIVA – UTIC

L'unità di terapia intensiva coronarica consta di 8 postazioni monitorate e la terapia *sub*-intensiva dispone di 16 posti letto anch'essi con monitoraggio centralizzato.

Nell'anno 2006 sono stati trattati 991 pazienti di cui 779 in UTIC. Gli infarti miocardici acuti trattati sono stati 464.

L'unità di emodinamica ha effettuato angioplastiche su 178 sindromi coronariche acute primarie nell'infarto ad ST alto e 270 angioplastiche in sindromi coronariche acute senza ST alto, in una sola sala di emodinamica.

La frequenza di tali patologie, purtroppo in costante ascesa, dovrebbe porre all'attenzione dell'Azienda e della regione Lazio la necessità di predisporre una seconda sala di emodinamica con attrezzature ulteriormente aggiornate.

L'attività di cui sopra, riferita ai primi quattro mesi del 2007, ha visto, rispetto al corrispondente periodo del 2006, un incremento delle prestazioni di circa il 10 per cento (374 casi trattati rispetto ai 340 del 2006).

L'unità dispone di un collegamento diretto con le unità mobili per il monitoraggio cardiologico dei pazienti, in modo da stabilirne la gravità prima ancora che essi giungano al pronto soccorso.

d) RADIOLOGIA

Risultano operanti due unità operative complesse di radiologia dotate di apparecchiature di ultimissima generazione. È operativa anche una sala di radiologia interventistica che offre la possibilità di affrontare le emergenze e le urgenze con estrema sicurezza. Sono state effettuate, nel corso del 2006, ben 13.682 TAC e 7.158 risonanze magnetiche ambulatoriali, a chiaro vantaggio del processo di riduzione delle liste di attesa del territorio regionale di riferimento.

e) MEDICINA INTERNA – EMATOLOGIA

L'Azienda dispone di una UOC di ematologia deputata al trattamento di patologie complesse quali le leucemie acute e croniche, mielodisplasie, linfomi, coagulo e piastrinopatie congenite e acquisite. Per alcune di queste patologie è pratica corrente, da circa 8 anni, la procedura di autotrapianto sia da cellule staminali periferiche che da midollo osseo. Il citato reparto può essere considerato di alta specializzazione, in considerazione dei risultati raggiunti. Si citano, ad esempio, alcuni dati: nell'anno 2006 sono stati ricoverati e dimessi 296 pazienti con un indice di occupazione posti letto (ordinari e di semintensiva) pari al 100 per cento e sono stati praticati 20 autotrapianti. Il numero di accessi in *day hospital* è stato di 2.270.

Stante la circostanza che la UOC di ematologia è membro effettivo di gruppi cooperatori nazionali ed internazionali di grande prestigio quali GIMEMA (Gruppo italiano malattie ematologiche maligne dell'adulto), EORTC (European organization research and treatment of cancer) e

GITMO (Gruppo italiano trapianto di midollo osseo e terapie cellulari), i pazienti vengono trattati in accordo a protocolli nazionali ed internazionali studiati ed approvati dai suddetti gruppi.

Dall'esame della struttura ed in particolare dei luoghi visitati non si rilevano carenze da porre in evidenza.

Il «Complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata» denota un indice di efficacia (inteso come capacità di raggiungimento delle prestazioni assegnate) di assoluto rilievo a motivo dell'alta professionalità degli operatori che vi operano e del grado di tecnologia raggiunto (riferito alle attrezzature disponibili).

I dati più significativi della «produzione aziendale» possono essere, in sintesi, così riassunti:

l'attività ambulatoriale nel 2006 si è incrementata in prestazioni rispetto al 2005 del 10,50 per cento, passando da 857.900 a 947.954 prestazioni;

l'attività del DEA si è incrementata in accessi nel 2006, passando da 74.983 a 76.837, con un incremento del 2,5 per cento;

l'attività per i ricoveri ordinari è incrementata di circa l'1 per cento, passando a 28.653 ricoveri contro i 28.377 del 2005;

l'attività per i ricoveri a ciclo diurno è invece diminuita del 9,8 per cento passando da 13.677 nel 2005 a 12.337 nel 2006, a seguito della scelta regionale di trattare in chirurgia ambulatoriale anziché in *day surgery* alcune patologie (ad es. cataratta, ecc.);

l'attività della banca degli occhi, che ha sede presso l'Azienda, ha subito un notevole incremento rispetto al 2005 dovuto al maggior numero di cornee prelevate (630 nel 2006 contro le 530 nel 2005) con conseguente aumento dei trapianti di cornee (420 nel 2006 contro 308 nel 2005) .

I tempi medi di attesa per le prestazioni ambulatoriali critiche sono in linea con i dati nazionali.

Di fronte a tali dati, che dimostrano una notevole produttività dell'azienda, in termini di prestazioni rese, l'elemento che desta maggiore preoccupazione, in un quadro nazionale caratterizzato da scarsità di risorse disponibili, è il basso grado di efficienza (economicità) che connota l'Azienda stessa (inteso come rapporto tra prestazioni raggiunte e risorse economiche impiegate) il cui *trend* non sembra destinato a variare nel breve periodo.

Ed infatti l'esame comparato dei bilanci d'esercizio relativi all'ultimo triennio denota quanto segue:

Periodo di riferimento	Perdita d'esercizio	Var.% rispetto esercizio preced.
31.12.2004	– 71.789.917,00	–
31.12.2005	– 98.179.347,00	+ 37%
31.12.2006	– 99.079.674,00	+ 1%

A fronte quindi, negli ultimi anni, di una consolidata e costante situazione di difficoltà economico-patrimoniale dell'Azienda, anche il «bilan-

cio economico di previsione 2007», deliberato dal Direttore generale in data 31 maggio 2007, seppur in netto miglioramento rispetto agli ultimi disavanzi approvati, sembra confermare una situazione di obiettiva impossibilità per il *management* aziendale di raggiungere il pareggio di bilancio, così come previsto dalla vigente normativa.

Il nuovo atto aziendale, approvato con atto n. 413/DG del 3 aprile 2007, recepisce in pieno la necessità di contrazione dei costi disposta dalla regione Lazio, con la riduzione delle UOC dalle attuali 70 a 63; lo stesso dicasi per le unità operative semplici e dipartimentali che passano dalle attuali 285 a 150.

Ciononostante, il bilancio di previsione 2007, come dianzi accennato, continua a registrare un forte disavanzo presunto (-95.381.965,00 euro), che sembra testimoniare una rigidità dei costi rispetto ai quali il *management* aziendale nulla, o poco, può fare.

Ciò sembra dimostrare che la causa del disavanzo aziendale sia legata prevalentemente alla quota di trasferimento riservata dalla regione Lazio all'azienda ospedaliera San Giovanni – Addolorata, quota che sarebbe sottostimata rispetto alla qualità e quantità di prestazioni erogate dall'Azienda stessa e quindi da rivalutare *ab origine* e non in sede di ripiano.

Inoltre il nuovo atto aziendale, così come previsto all'art. 2, comma 7, stabilisce che «... al funzionamento dell'attività ospedaliera nelle strutture di cui alla deliberazione n. 57/DG del 27 gennaio 2006, e successive modificazioni e integrazioni,» si provvederà con le risorse presenti nell'attuale pianta organica pari a 3.521 unità (contro gli attuali effettivi dipendenti in servizio pari a 2.676), rideterminata in riduzione fino al 10 per cento entro il 30 giugno 2007, e quindi con l'ulteriore assunzione di n. 493 unità «... nel quadro del perseguimento dell'equilibrio economico, ...» del quale al momento però non vi è traccia alcuna.

Come accennato in premessa, motivo della visita al complesso San Giovanni – Addolorata è stato anche il verificarsi nel primo trimestre del 2007, e precisamente nei mesi di gennaio e febbraio, di una insorgenza di epatite acuta in tre pazienti affetti da linfoma non Hodgkin (due pazienti) e mieloma multiplo (un paziente) sottoposti ad autotrapianto.

Dei tre casi, come da procedura corrente, è stata notificata la denuncia di malattie infettive alla ASL competente per territorio. Si è poi provveduto a trasferire la paziente più grave nel reparto di malattie infettive dell'azienda policlinico Umberto I, ove è poi deceduta, mentre gli altri due pazienti, superata la fase acuta, sono stati dimessi e attualmente si trovano presso il proprio domicilio seguiti presso l'ambulatorio ematologico specialistico.

L'Azienda ospedaliera ha immediatamente istituito, con atto deliberativo n. 20/DG del 12 marzo 2007, un «Comitato per la valutazione tecnico-scientifica per le risultanze epidemiologiche», costituito dal dottor Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'istituto nazionale malattie infettive (INMI) Lazzaro Spallanzani con funzioni di coordinatore e dai professori Paolo Albarello, direttore dell'istituto di medicina legale dell'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», William Arcese, ordinario di

ematologia presso l'Università degli Studi di Roma «Tor Vergata», Piero Borgia, direttore di area dell'Agenzia di sanità pubblica della regione Lazio e Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro nazionale trapianti.

Con atto deliberativo n. 19/DG del 12 marzo 2007 l'Azienda ospedaliera ha inoltre costituito una «Commissione di indagine interna» composta dai dottori Salvatore Passafaro, direttore medico dei presidi ospedalieri in qualità di coordinatore, Franco D'Ignazio, medico legale, responsabile medicina legale, Francesco Montella, epidemiologo ed infettivologo, direttore UOC di medicina V, Domenico Testa, medico legale, responsabile di *risk management*, Stefano Zualdi, infettivologo, responsabile GOCIO.

Sia il «Comitato per la valutazione tecnico-scientifica per le risultanze epidemiologiche», sia la «Commissione di indagine interna» sopra citate non hanno accertato violazioni ai protocolli di intervento, così come si evince dai verbali acquisiti agli atti della Commissione.

Sui fatti accaduti, l'autorità giudiziaria ha avviato una indagine che risulta essere ancora in corso. L'Azienda ospedaliera ha offerto completa disponibilità fornendo tutti gli elementi e la documentazione utili al lavoro della magistratura.

Si evidenzia che tra la documentazione *de quo* sono state trasmesse ed acquisite, oltre alle cartelle cliniche dei pazienti, anche le relazioni dettagliate sui singoli casi redatte dal direttore della UOC di ematologia, professoressa Luciana Annino.

L'Azienda ospedaliera, con iniziativa autonoma e diretta, ha proceduto al controllo virologico di tutti gli altri pazienti sottoposti ad autotrapianto nel corso del 2006; le risultanze hanno dato esito negativo.

Attualmente la UOC di ematologia continua a svolgere ordinaria attività di ricovero e di autotrapianto nel rispetto delle richieste e necessità dei pazienti.

Allo stato quindi non è dato sapere le cause che hanno provocato tali casi di epatite acuta nei tre pazienti sottoposti ad autotrapianto.

Il «Complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata» di Roma rappresenta indubbiamente un complesso sanitario di grande prestigio per la sanità regionale di appartenenza e punto di riferimento interregionale quanto alle emergenze nelle diverse discipline (vanta, come detto, ben 136 posti letto di terapia intensiva e *sub-intensiva*).

Dispone di strutture che hanno subito nell'ultimo decennio ingenti interventi di manutenzione straordinaria, tali da garantire *standard* assistenziali quali-quantitativi di assoluto rilievo.

Il personale medico, infermieristico ed ausiliario, denota adeguata preparazione e grado di produttività.

Nell'ambito degli aspetti che più interessano i lavori della Commissione parlamentare di inchiesta, non può non destare giusta preoccupazione il fatto che l'Azienda si trova ad operare in una situazione di consolidato disavanzo economico di gestione, pur in presenza di cambiamento dei vertici politico-amministrativi dell'Azienda stessa succedutisi nel tempo, e anche a fronte di importanti atti di riorganizzazione, quali il nuovo atto aziendale del 2007.

A fronte di tale precarietà di natura amministrativa si aggiunga quella ben più grave, legata al problema delle infezioni da autotrapianto verificatesi nei primi mesi del 2007, cui allo stato, sembra impossibile, dalle risultanze delle due Commissioni costituite, conoscere i motivi e/o le responsabilità che hanno causato il contagio.

Pertanto al fine di una più compiuta disamina dei fatti trattati si è ritenuto necessario programmare le seguenti audizioni:

del Presidente della regione Lazio – o dell'Assessore competente per materia – al fine di informare la Commissione di quali strumenti abbia posto in essere per il controllo della spesa sanitaria nella regione Lazio in generale e nei confronti dell'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata in particolare, poiché pur in presenza di ripetute delibere regionali di efficientamento della spesa non sembra variare il disavanzo netto consolidato rispetto agli anni precedenti; se, come sembra, la quota regionale di trasferimento delle risorse destinate all'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata non sia inidonea alla copertura quali-quantitativa dell'attività prodotta dall'Azienda stessa o, in subordine, di quali interventi dovrebbe avvalersi il *management* aziendale al fine dell'ottenimento del pareggio di bilancio, così come previsto dalla vigente normativa; se infine esistono all'interno della regione Lazio altre situazioni di oggettiva impossibilità al raggiungimento del pareggio di bilancio, quanto ai presidi sanitari, tali da rendere il disavanzo regionale di entità così rilevante rispetto alle altre Regioni;

del Direttore generale *pro tempore* dell'azienda ospedaliera San Giovanni – Addolorata circa i motivi di tale disavanzo di gestione riferito alla situazione economico-patrimoniale degli anni 2005, 2006 e 2007 (presunto) e di quali meccanismi intenda porre in essere per far fronte a tale inefficienza;

del procuratore aggiunto dottor Gianfranco Amendola – o del pubblico ministero incaricato dottoressa Clara De Cecilia – in ordine allo svolgimento delle indagini circa l'inchiesta avviata a seguito dei casi di infezione di epatite acuta contratta dai pazienti di cui si è accennato in precedenza.

Audizioni

Successivamente all'avvio dell'esame della presente relazione, avvenuto nella seduta del 18 luglio 2007 si è quindi proceduto in data 1° agosto 2007 alla audizione del direttore generale dell'Azienda, dottor Luigi D'Elia, ed in data 26 settembre 2007 alla audizione dell'assessore alla sanità della regione Lazio, dottor Augusto Battaglia.

Quanto alla richiesta di audizione del procuratore aggiunto dottor Gianfranco Amendola, o in sua *vece* del pubblico ministero, dottoressa Clara De Cecilia, incaricata allo svolgimento delle indagini circa l'inchiesta dei casi di infezione di epatite acuta contratta da n. 3 pazienti sottoposti ad autotrapianto nei mesi di gennaio e febbraio 2007, la stessa dottoressa De Cecilia inviava in data 3 agosto 2007, per il tramite del Procu-

ratore della Repubblica, una nota alla scrivente Commissione parlamentare d'inchiesta in cui venivano spiegate in breve le linee d'indagine seguite dal suo ufficio ed in particolare il fatto di essere ancora in attesa del deposito della Relazione del CTU motivo per il quale, in detta data, in attesa di meglio chiarire i fattori di diffusione del virus causa dei decessi, non risultavano « ... iscrizioni di nominativi nel registro degli indagati ».

Al riguardo, accertato che sia il « Comitato per la valutazione tecnico-scientifica per le risultanze epidemiologiche », sia la « Commissione di indagine interna » costituite dall'Azienda non hanno al tempo accertato violazioni ai protocolli di intervento, si procederà a reiterare richiesta alla Procura della Repubblica di Roma al fine di informare la Commissione in caso di accertamento di fatti utili alla individuazione di eventuali responsabilità in ordine ai casi di infezione esaminati.

Quanto alla audizione del direttore generale dell'Azienda, dottor Luigi D'Elia, il relatore senatore Bodini ha preliminarmente evidenziato come, seppur in presenza di una Azienda ospedaliera pienamente efficiente dal punto di vista della qualità e quantità delle prestazioni erogate, il disavanzo registrato a fine esercizio 2006 (e lo stesso dicasi per i disavanzi degli anni precedenti) sembrerebbe dovuto non tanto « ... ad inefficienze gestionali, ma ad una situazione strutturale derivante da uno scompenso tra le prestazioni erogate e le risorse destinate dalla Regione [Lazio] al Complesso ospedaliero San Giovanni - Addolorata ... »; ancora chiedeva se esistano all'interno della struttura ospedaliera « ... aree in cui il disavanzo tra il *budget* delle prestazioni ed il rimborso regionale è particolarmente critico ... » e quali rimedi intenda il *management* aziendale intraprendere per far fronte a tale situazione di difficoltà.

Il Direttore generale, dopo aver ricordato che i disavanzi di gestione hanno subito un incremento costante dal 2002, passando dai 63.924.002,00 di euro di quel periodo ai 99.079.674,00 di euro riferiti all'anno 2006, ha tenuto ad evidenziare però che i dati riferiti alla produttività aziendale, decrescenti fino al 2005, hanno subito una brusca inversione di tendenza nell'anno 2006 pur, come detto, in presenza di un consistente disavanzo di gestione. Ha sottolineato inoltre come nel 2006, oltre all'incremento di prestazioni ampiamente specificato (> 10 per cento), si è registrata la stabilizzazione del disavanzo rispetto all'anno 2005, segno evidente che il *management* è riuscito ad intervenire sui fattori di maggiore criticità del bilancio aziendale.

Il dottor D'Elia ha tenuto inoltre a chiarire che le dimensioni, seppur importanti, del disavanzo 2006 sono legate a fattori imprevedibili che non troveranno allocazione contabile nei prossimi esercizi e quindi questo lascia ben sperare per una immediata inversione del *trend* economico-finanziario dell'Azienda.

In primo luogo, ha riferito della regolarizzazione di contratti di lavoro stipulati in anni precedenti, che in assenza dei dovuti accantonamenti, hanno prodotto effetti negativi sul bilancio 2006 (circa 6.100.000,00 euro), poi dell'aumento del contenzioso con i fornitori di circa il 60 per cento rispetto all'esercizio 2005, a motivo della centraliz-

zazione nell'azienda ospedaliera San Giovanni delle procedure di liquidazione e pagamento di tutta l'attività ambulatoriale convenzionata, che insiste sul territorio di Roma e provincia (in pratica l'Azienda ha sopportato da sola tutti i contenziosi relativi ai mancati pagamenti verso gli ambulatori convenzionati a motivo delle esigue risorse regionali) ed in ultimo ha ricordato la notevole incidenza, sempre sul disavanzo 2006, della regolarizzazione dei cosiddetti contratti di *leasing* finanziario (cartolarizzazione), sopportati prima dalla regione Lazio e poi, invece, correttamente imputati ai bilanci delle singole ASL.

Il dottor D'Elia ha inoltre evidenziato l'attivazione di una notevole serie di servizi nel corso del 2006, quali le 19 nuove camere operatorie, il gruppo operatorio dedicato all'oftalmologia ed i nuovi ambulatori per le patologie della mammella e dell'ortopedia; il tutto senza incremento di costi e a tutto vantaggio del numero di prestazioni erogate.

Il Direttore generale stesso ha concordato con i dubbi espressi dalla Commissione in ordine alla congruità del trasferimento regionale a favore dell'Azienda stessa, riferito alla quantità e qualità delle prestazioni erogate, sottolineando che, considerata la specificità del Complesso ospedaliero soprattutto nell'ambito delle emergenze e urgenze, andrebbero meglio valutate le modalità e quantità di trasferimento delle risorse, in mancanza delle quali «... quale sia il *management* ai vertici dell'Azienda, difficilmente si potrà arrivare ad ottenere ciò che prevede la norma, ovvero il pareggio di bilancio». Ciò nonostante si sono adottate importanti misure di contingentamento della spesa (riduzione dipartimenti e unità semplici, *week-hospital*, riduzione del personale, riorganizzazione strutture interne, informatizzazione dei processi, ecc.) che consentiranno a breve quella inversione di tendenza fortemente ricercata. Contributo importante per la modernizzazione tecnologica e strutturale dell'Azienda (maggiore efficienza = minori costi) sarà rappresentato dall'erogazione da parte della regione Lazio dei fondi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, che dovrebbero ammontare a circa 10 milioni di euro.

Nel corso della audizione del 26 settembre 2007, l'Assessore alla sanità della regione Lazio ha di fatto confermato i dubbi sollevati dalla Commissione in ordine alla presunta sottostima della quota di trasferimenti da parte della Regione stessa nei confronti dell'azienda San Giovanni - Addolorata immaginando in futuro «... la possibilità di rivedere le modalità di finanziamento delle Aziende sanitarie che naturalmente non sono tutte uguali ...» proprio in ragione del carico di domanda che sopportano e dell'alta specializzazione dei servizi offerti.

Ha però evidenziato quale profonda crisi economico-finanziaria ha dovuto fronteggiare fin dall'inizio del suo mandato ed ha analiticamente illustrato i passaggi fondamentali del piano di ristrutturazione dei conti della sanità laziale che l'esecutivo regionale, con merito e con non pochi sforzi, sta portando a compimento, subordinando eventuali azioni di rimodulazione della quota di trasferimento di risorse all'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata, ed alle altre strutture di eccellenza regionali, al raggiungimento di quel «... processo di risanamento finanziario globale

della regione Lazio ...» senza il quale sarebbe difficile immaginare il reperimento di nuove risorse.

Va da se, ha aggiunto l'assessore Battaglia, che per quelle Aziende sanitarie che, vuoi per l'ubicazione che per la specificità delle prestazioni erogate, sono costrette a carichi di lavoro straordinari «... deve esserci, da parte del sistema regionale una particolare attenzione, anche dal punto di vista dei finanziamenti».

Il relatore senatore Bodini ha ulteriormente puntualizzato come pur in presenza di un aumento delle prestazioni rese non sia diminuito il *deficit* aziendale, sottolineando quindi che, come illustrato dal direttore generale, dottor D'Elia, questo dato sia da imputarsi a costi di natura straordinaria, il che lascia ben sperare per i risultati d'esercizio a venire.

Il relatore senatore Cursi, sottolineando gli indubbi meriti ascrivibili all'attuale direzione aziendale per il grado di produttività raggiunta e all'assessore Battaglia per «... lo sforzo per attuare il piano di rientro ...» regionale, ha comunque evidenziato come il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario della regione Lazio passi anche da quello dell'azienda San Giovanni – Addolorata e da «... altre strutture ospedaliere che creano grandi problemi ...» al sistema dei conti della sanità regionale.

Nella seduta del 3 ottobre 2007 la Commissione ha ritenuto di dover richiedere ulteriore documentazione alla direzione aziendale al fine di avere un quadro più circostanziato su alcuni fatti di natura gestionale di seguito specificati. In pari data, infatti, il presidente Tomassini, con nota prot. 689, invitava il Direttore generale a fornire elementi informativi in «... merito ad errori in eccesso nel conteggio delle giornate di degenza poste a base del fatturato per il servizio di biancheria ed alimentazione per gli anni 2002-2006, sia in ordine ad alcune criticità e carenze segnalate dal Tribunale per i diritti del malato».

Con nota prot. n. 2720/DG del 31 ottobre 2007, il Direttore generale dell'azienda ospedaliera San Giovanni - Addolorata di Roma forniva risposta circostanziata alle richieste formulate che di seguito si riporta testualmente:

«Oggetto: risposta nota n. 689 del 3 ottobre 2007 - Interrogazione n. 4-02773.

A seguito di riscontri effettuati dalla Direzione Sanitaria Aziendale e dalla Direzione Amministrativa Aziendale è emerso che, dall'anno 2002, anno di aggiudicazione della gara del servizio di ristorazione e della gara del servizio di lavanolo (che prevedevano il pagamento del corrispettivo alle ditte sulla base del calcolo delle giornate di degenza) sono state conteggiate, in maniera non corretta, le giornate di degenza dall'Ufficio movimenti infermi, conteggio che è stato alla base di un successivo erroneo calcolo di fatturazione e di pagamenti.

Per gli anni 2005 e 2006 si è già provveduto, con deliberazioni nn. 570/DG, 571/DG, 572/DG e 574/DG del 27 aprile 2007 a regolarizzare contabilmente i dati e, conseguentemente, a richiedere le relative note di credito alle ditte fornitrici dei predetti servizi, nessun pagamento è in-

tervenuto fino alla concorrenza dell'importo delle note di credito da ricevere.

Con deliberazione n. 804/DG del 28 giugno 2007 è stato dato, inoltre, mandato al legale di fiducia dell'Azienda per intraprendere ogni azione, sia in sede stragiudiziale, che in sede giudiziale finalizzata al recupero delle somme indebitamente corrisposte alle ditte fornitrici dal 2002 al 2006.

In data 1° agosto 2007 le parti (legale dell'Azienda, assistito dal Direttore Amministrativo e alcuni Dirigenti e il legale delle Società fornitrici) hanno deciso di procedere, in vista degli ulteriori adempimenti e, senza alcuna rinuncia a far valere i propri diritti nelle opportune sedi giudiziarie, ad una verifica congiunta dei dati informatici relativi alle prestazioni ed ai servizi erogati in possesso dell'Azienda Ospedaliera e sono stati individuati, da entrambe le parti, i tecnici incaricati di procedere agli accertamenti necessari ed all'analisi dei dati.

Per gli anni 2002, 2003 e 2004 essendo state pagate, con le procedure transattive previste dalla deliberazione di Giunta Regionale n. 342 del 22 maggio 2007 le relative fatture, è stata data disposizione, in ogni caso, dal Direttore Amministrativo, di procedere alla sospensione di ogni pagamento sull'esercizio corrente fino alla concorrenza dell'importo da recuperare.

Per quanto concerne i provvedimenti interni volti ad accertare eventuali responsabilità, il Direttore Amministrativo con nota n. 318/DA del 3 maggio 2007 ha promosso le iniziative necessarie.

In ogni caso, il Direttore Amministrativo è stato invitato, al fine di sospendere la decorrenza del termine di prescrizione, in vista di un eventuale danno erariale, a notificare a tutti gli interessati l'avviso di questa Azienda».

Successivamente, nella seduta del 28 novembre 2007, su richiesta della senatrice Emprin Gilardini, condivisa dai relatori, la Commissione conveniva sull'esigenza di richiedere alla direzione generale dell'Azienda ospedaliera ulteriori elementi informativi.

Con nota prot. n. 826 del 28 novembre 2007, pertanto, si richiedeva da quale periodo temporale il *management* aziendale fosse venuto a conoscenza o avesse riscontrato «che, dall'anno 2002, anno di aggiudicazione della gara del servizio di ristorazione e della gara del servizio di lavanolo (che prevedevano il pagamento del corrispettivo alle ditte sulla base del calcolo delle giornate di degenza) sono state conteggiate, in maniera non corretta, le giornate di degenza dall'Ufficio movimenti infermi, conteggio che è stato alla base di un successivo erroneo calcolo di fatturazione e di pagamenti».

Inoltre, la Commissione reputava opportuno richiedere maggiori elementi sull'entità finanziaria o sul danno potenziale legato all'erroneo conteggio delle giornate di degenza ed al conseguente errore nel calcolo di fatturazione e di pagamenti.

Con nota prot. n. 3011/DG del 3 dicembre 2007 il Direttore generale dell'azienda ospedaliera San Giovanni – Addolorata di Roma forniva la seguente risposta:

«Con riferimento alla nota n. 826 del 28/11/2007 si forniscono ulteriori elementi di giudizio ad integrazione di quanto già rappresentato con la nota n. 2720 del 31/10/2007.

In data 14/2/2007 il Direttore Sanitario Aziendale con nota n. 96/Dsa rappresentava alla Direzione Amministrativa l'emersione di un errore ripetuto e sistematico nel numero delle giornate di degenza e che tale errore sembra fosse correlato all'utilizzo della procedura informatica A.D.T..

La Direzione Amministrativa, effettuati i debiti riscontri, ha evidenziato le seguenti maggiori somme rispetto alla verifica prudenzialmente operata sul riconteggio delle giornate di degenza come segue:

Anno	Servizio di Ristorazione	Servizio Lavanolo
2002	640.159	487.180
2003	606.345	465.963
2004	475.029	421.410
2005	676.850	541.366
2006	671.458	714.358

Per gli anni 2005 e 2006 come già evidenziato nella nota n. 2720/DG del 31/10/2007 su richiamata, si è già provveduto alla regolarizzazione contabile dei bilanci, nonché alla richiesta delle relative note di credito alle Ditte fornitrici con deliberazioni nn. 570/DG, 571/DG, 572/DG e 574/DG del 27 aprile 2007 ed in ogni caso è già stata operata la compensazione sui crediti vantati dalle società fornitrici nei relativi anni.

Per quanto concerne gli esercizi degli anni 2002, 2003 e 2004, si è ugualmente proceduto a notificare alle ditte fornitrici la necessità di procedere alla regolarizzazione contabile.

Poiché di già per gli anni 2002, 2003 e 2004 si è provveduto al pagamento delle relative somme, a suo tempo, mediante sistema di cartolarizzazione, a titolo cautelativo l'Azienda scrivente ha provveduto a non effettuare pagamenti sui crediti vantati dalle società interessate sull'esercizio 2007, in attesa che lo studio legale, incaricato con deliberazione n. 804/DG del 28/06/2007, definisca le modalità in via stragiudiziale e/o giudiziale».

Dall'analisi delle note in esame emerge chiaramente che la richiesta formulata dalla Commissione riguarda lo svolgersi di fattispecie gestionali non corrette la cui contabilizzazione ha comportato potenziale danno per le casse aziendali.

È da rilevare però che i fatti reclamati sono da tempo all'attenzione del *management* aziendale che ha prontamente attivato ogni iniziativa possibile per il recupero delle somme indebitamente erogate, limitando così la possibilità di sperpero di denaro pubblico o di ingiustificato arricchimento delle società fornitrici di servizi.

Quanto all'accertamento di eventuali responsabilità dirette in ordine agli episodi verificatisi sembrerebbero allo stato non sussistere, in quanto gli errori di calcolo nel conteggio delle prestazioni sarebbero riconducibili ad imperfezioni del sistema informatico aziendale, la cui verifica tecnica è peraltro in corso di accertamento.

Conclusioni

Alla luce delle considerazioni suesposte, la Commissione nel vivo auspicio, come ricordato dalla senatrice Binetti, che il complesso ospedaliero San Giovanni - Addolorata rappresenti non solo «... garanzia di eccellenza sotto il profilo clinico ... ma anche sotto il profilo tecnico-organizzativo ed economico-finanziario ...» decide, limitatamente agli aspetti tecnico-contabili di aggiornare la verifica economico-finanziaria del progetto di bilancio 2007 dell'azienda San Giovanni - Addolorata, e più in generale della situazione finanziaria della sanità della regione Lazio, alla data di marzo 2008.

Per quanto riguarda gli errori in eccesso nel conteggio delle giornate di degenza poste a base del fatturato per il servizio di biancheria ed alimentazione per gli anni 2002-2006, non si rilevano concrete ipotesi di danno erariale, ferma restando l'assicurazione fornita dal Direttore generale di totale ripetizione delle somme indebitamente pagate, e/o responsabilità personali in ordine al verificarsi dei fatti accaduti e con la riserva di ogni eventuale e più opportuna azione all'esito della verifica congiunta iniziata in data 1° agosto 2007.

Quanto ai casi di infezione verificatisi a seguito di autotrapianto, si resta in attesa di nuove comunicazioni da parte della Procura della Repubblica in merito allo svolgimento delle indagini, prima di decidere eventuali nuovi approfondimenti.

Azienda ospedaliera «Villa Sofia CTO» e Azienda ospedaliera universitaria - Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo

Programma del sopralluogo ed audizioni

21 e 22 giugno 2007

Sopralluogo presso l’Azienda ospedaliera «Villa Sofia CTO» e l’Azienda ospedaliera universitaria - Policlinico "Paolo Giaccone", a Palermo, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bianconi, Bodini, Bosone, Caforio, Emprin Gilardini, Fazio e Monacelli.

Audizioni:

dott. Antonio Bruno, Direttore generale Azienda ospedaliera «Villa Sofia»

dott. Salvatore Requerez, Direttore sanitario Azienda ospedaliera «Villa Sofia»

Direttore amministrativo Azienda ospedaliera «Villa Sofia»

dott. Giuseppe Pecoraro, Direttore generale «Policlinico Giaccone»

prof. Gregorio Caimi, Direttore sanitario «Policlinico Giaccone»

Direttore amministrativo «Policlinico Giaccone»

Direttore tecnico «Policlinico Giaccone»

Audizioni presso la Commissione

19 luglio 2007 - audizione dell’Assessore alla sanità della regione Sicilia, professor Roberto Lagalla; audizione del rettore dell’Università degli Studi di Palermo, professor Giuseppe Silvestri e del preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Palermo, professor Adelfio Elio Cardinale; [44^a seduta]

Relazione approvata dalla Commissione

Una delegazione della Commissione, composta dal presidente Tomassini e dai senatori Bianconi, Bodini, Bosone, Caforio, Emprin Gilardini, Fazio e Monacelli, nell’ambito dell’inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani con particolare riguardo a quelli di insegnamento, in data 21 e 22 giugno 2007, si è recata, per un sopralluogo, presso l’azienda ospedaliera «Villa Sofia CTO» e presso l’azienda ospedaliera universitaria - Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo.

Azienda ospedaliera "Villa Sofia CTO"

La direzione generale dell’azienda ospedaliera «Villa Sofia CTO» di Palermo, ha sede in viale Strasburgo n. 233 e comprende il:

Presidio ospedaliero «Villa Sofia», con sede in via Salerno n. 1;

Presidio ospedaliero «CTO» (Centro Traumatologico Ortopedico), con sede in viale del Fante n. 60;

Presidio ospedaliero «Giovanni Paolo II» (*ex* S. Lorenzo), con sede in via Ingegneros n. 33;

Centro regionale di diagnosi, cura e riabilitazione dei medullosei spinali «Villa delle Ginestre», con sede in via Castellana n. 145.

Nel corso del sopralluogo presso il presidio ospedaliero «Villa Sofia», la delegazione della Commissione ha ispezionato i seguenti reparti e servizi: radiologia; complesso operatorio presso la chirurgia generale d'urgenza; terapia del dolore; pronto soccorso; endoscopia digestiva; ostetricia e ginecologia; reparti di medicina e lungodegenza, servizio rifiuti; cucine e obitorio.

La struttura ospedaliera di «Villa Sofia» è costituita da padiglioni di vecchia costruzione, con intonaco cadente in svariati punti. I padiglioni, in corrispondenza delle finestre, riportano danni causati da lavori approssimativi, eseguiti per l'applicazione dei condizionatori. I giardini sono incolti, con erbe secche e sterpaglie e tra i viali si notano cani randagi. Il personale sanitario è per lo più privo del cartellino identificativo. La visione dell'insieme fornisce al visitatore un'impressione di incuria e di degrado generale e diffuso.

In relazione ai reparti ed ai servizi ispezionati, si rappresentano le principali carenze riscontrate:

Endoscopia digestiva:

il reparto è situato al piano terra di uno stabile in apparenti buone condizioni esterne. All'ingresso si notano lavori in corso riguardanti l'impianto elettrico. Gli ambienti alquanto angusti contribuiscono a determinare una situazione di confusione generale. In un disimpegno, area di passaggio anche per i pazienti, si notano materiali per le pulizie ed un'ingombrante macchina per la pulizia del pavimento.

Pronto soccorso:

si rileva l'assenza della camera calda per i mezzi di soccorso. La sala d'attesa si presenta assolutamente insufficiente ad accogliere pazienti ed accompagnatori. È privo di una vera e propria area *triage*, con un solo infermiere che, da dietro una vetrata, riceve le persone e attribuisce loro il codice di gravità, in assoluta assenza di *privacy*. Nel medesimo ambiente del *triage*, sostano in barella vari pazienti, sia uomini che donne, affetti da diverse patologie, gravi e meno gravi, in assoluta promiscuità. Analoga situazione è stata riscontrata nell'«area della breve osservazione», utilizzata come vero e proprio reparto di degenza. Un'infermiera, opportunamente interpellata, ha illustrato le patologie dei pazienti, impropriamente ricoverati anche da 4/5 giorni. Le patologie, riferite anche dagli astanti, erano diverse per tipologia e gravità. Pessime le condizioni igienico-sanitarie per la presenza di sporco stratificato, pareti annerite e ambienti abbisognavoli di manutenzione straordinaria. Alcuni posti letto, apparentemente «di

fortuna», sono privi di testa-letto e gas medicali. In tutti gli ambienti, privi di climatizzazione ed areazione, si avverte cattivo odore. Inoltre, si notano rotture nel controsoffitto, porte danneggiate ed una generale vetustà degli ambienti e arredi. Il servizio igienico a disposizione dei pazienti della «breve osservazione», si presenta anch'esso vetusto nelle sue condizioni generali e completamente privo degli accorgimenti per l'igiene. Nel medesimo servizio igienico si trova un cosiddetto «lavapadelle», non funzionante, contenente rifiuti alimentari in stato di decomposizione, dai quali si diffonde un odore nauseabondo.

In una sala di rianimazione per le emergenze cardiologiche, contraddistinta dal n. 3, si nota una fuoriuscita d'acqua dal pavimento dovuta, presumibilmente, alla rottura di qualche tubazione dell'impianto idrico.

A seguito delle gravi carenze rilevate presso il pronto soccorso e delle contestazioni mosse dalla delegazione della Commissione ai vertici aziendali, la direzione sanitaria ha disposto l'immediato accompagnamento dei pazienti impropriamente ricoverati nell'«area di breve osservazione», presso i reparti di rispettiva competenza. Inoltre, su richiesta della delegazione della Commissione, la stessa direzione sanitaria ha provveduto alla chiusura dell'astanteria per il tempo necessario al ripristino dei luoghi.

Ostetricia e ginecologia:

le camere per la degenza, contraddistinte dai nn. 2, 3 e 4, non ospitano alcuna paziente e, contrariamente a quanto asserito dai sanitari, attualmente non sono interessate da lavori. Le stesse camere, sebbene risultino tinteggiate di recente, sono utilizzate come deposito per suppellettili e materiali lettereschi, posti alla rinfusa e ricoperti di polvere. Per la degenza, quindi, è disponibile una sola stanza ed è effettivamente utilizzata da alcune puerpere. Le condizioni igieniche e di pulizia sono apparse alquanto approssimative.

Inoltre, si è constatata l'assenza dei neonati ed in merito, si è appreso che i neonati stessi, subito dopo la nascita, vengono trasferiti nel reparto di neonatologia che si trova in altro padiglione molto distante. Di conseguenza, le mamme non possono nutrire naturalmente i propri figli, ma sono costrette a raccogliere il latte in appositi contenitori, per poi recapitarlo ai bambini tramite infermieri.

Ulteriore grave anomalia è costituita dal fatto che sullo stesso piano si trovi il reparto di urologia e, fatto ancor più grave, le sale operatorie di ginecologia ed urologia sono distanti tra loro soltanto qualche metro, con grave disagio per le partorienti e pericolo per i neonati che si trovano a breve distanza da pazienti urologici.

Presso il reparto di ginecologia è presente un'autoclave per la sterilizzazione degli strumenti operatori, impropriamente utilizzata anche per gli strumenti di altri reparti.

Durante il sopralluogo, si è appreso, peraltro, che il primario, tuttora in servizio, del reparto di urologia è sottoposto a procedimento penale che attualmente risulta in fase dibattimentale.

Chirurgia generale d'urgenza:

ha sede al 6° piano del padiglione polichirurgico ed il reparto si presenta in buone condizioni generali. Sullo stesso piano insiste il complesso operatorio apparentemente in ottime condizioni igienico-sanitarie e strutturali, dotato di attrezzature e suppellettili varie, ma mai attivato.

Altre sale operatorie sono invece operative ed in buone condizioni strutturali e operative negli altri piani del polichirurgico per interventi in elezione e in urgenza.

Dipartimento medico: la palazzina che ospita queste attività risale agli anni Sessanta ed appare sia all'esterno che all'interno in condizioni abbastanza degradate. Fa eccezione il reparto di Medicina Generale che è stato ristrutturato di recente e che si presenta accogliente e molto ordinato con spazi per riunioni e diversificazione di attività specialistiche al suo interno. Le stanze di degenza sono a letti multipli, ma spaziose e con servizi igienici adeguati. Altri reparti, sia pure visitati in forma rapida, dimostrano necessità di sostanziali miglioramenti.

Servizio rifiuti:

lo stoccaggio dei rifiuti avviene nei pressi dei giardini del presidio ospedaliero, in un'area recintata, chiusa da cancello. In particolare, coperti da una tettoia, si trovano vari contenitori colmi di rifiuti. Il servizio è gestito dalla società «Multiservice» che provvede alla raccolta giornaliera dei rifiuti presso i vari reparti ospedalieri, allo stoccaggio presso la citata area di raccolta ed alla consegna alla società «U.GRI.», tre giorni alla settimana, per lo smaltimento finale.

Obitorio:

l'obitorio è stato realizzato all'interno di un locale di circa 200 mq che si presenta in discrete condizioni igienico-sanitarie, ad eccezione dell'ingresso che necessita di ristrutturazione, in quanto una copiosa infiltrazione d'acqua ha causato il distacco di parte dell'intonaco. Non è dotato di cella frigorifera.

Nel corso del sopralluogo effettuato presso il presidio ospedaliero CTO, è emerso che esso ospita il solo reparto di odontostomatologia, ove risulta ricoverato un esiguo numero di pazienti. Da circa un mese, i reparti di ortopedia e di chirurgia plastica, storicamente esistenti presso il CTO, sono stati trasferiti al padiglione di emergenza, di recente attivazione, ubicato all'interno del polichirurgico del presidio «Villa Sofia».

In tale presidio, nel quale si è constatato che il personale sanitario è per lo più privo del cartellino identificativo, sono stati ispezionati i seguenti servizi: cucine; camera mortuaria e deposito rifiuti ospedalieri.

Cucine:

al piano terra sono dislocati gli ambienti dedicati alla cucina. Sebbene di vecchia costruzione, al momento dell'accesso, si apprezzano le sufficienti condizioni igienico-sanitarie.

L'impianto, gestito interamente da personale ospedaliero, garantisce la preparazione ed il confezionamento di circa 800 pasti al giorno (pranzo e cena), per i degenti di tutta l'azienda ospedaliera «Villa Sofia CTO». Il recapito dei pasti avviene a cura di personale di una società esterna.

Camera mortuaria:

è stata realizzata in un locale di circa 40 mq. ed è dotata di servizio igienico e sala deposito. La mancanza di un'apposita cella frigorifera e di un impianto di condizionamento dell'aria, nonché le cattive condizioni igieniche e strutturali in cui versa, la rendono inadatta.

Rifiuti sanitari:

non esiste, all'interno del presidio, alcun locale di stoccaggio temporaneo. Il personale ausiliario confluisce i rifiuti in un'area dell'ospedale; successivamente, personale della società «Multiservice» ne effettua il trasporto presso l'area ecologica del presidio «Villa Sofia».

Ancora da sottolineare che presso l'ospedale esiste un apparecchio di litotrissia urologica in *leasing* (di cui si è chiesto di conoscere il costo e l'operatività) collocato in un ambiente che appare inadatto.

Inoltre è stata rilevata l'assenza di un CUP centralizzato con conseguente difficoltà per effettuare prenotazioni da parte dell'utenza e anche l'URP è risultato inadeguato a fornire le informazioni richieste.

Una parte della delegazione si è poi recata anche nella sede di via Ingegneros, un grande complesso in passato utilizzato per le patologie pneumologiche e attualmente anche per le patologie di competenza ORL. La struttura si presenta in grave stato di degrado e fatiscenza tali da necessitarne la chiusura per una profonda ristrutturazione. Mentre l'attività di pneumologia è in via di definitivo trasferimento, nessuna assicurazione si è avuta per quanto riguarda l'ORL, ma anche questo reparto presenta gravi problemi strutturali, con carenza di servizi igienici e promiscuità anche tra bambini e adulti. Va pertanto sollecitato il trasferimento anche di questa attività presso il padiglione polichirurgico di «Villa Sofia».

Durante le audizioni, la delegazione si è confrontata con il Direttore generale che ha ricordato le origini dell'ospedale «Villa Sofia» risalente al 1860 e le sue successive ristrutturazioni, fino al più recente progetto di riorganizzazione che si è concretizzato con l'apertura, avvenuta solo quest'anno, a circa trent'anni dalla sua iniziale progettazione, del Polichirurgico. Tale struttura, a suo avviso, nell'accorpate tutti i servizi, sta consentendo un miglioramento rispetto alle precedenti situazioni di degrado.

Interrogato sulla situazione generale dell'ospedale, sui problemi del degrado riscontrato in varie strutture, sulla pianta organica e sulle prospettive di sviluppo del nosocomio stesso ha fornito risposte sempre alquanto evasive e superficiali dimostrando di non conoscere bene la situazione del nosocomio e di sottovalutare la portata dei problemi riscontrati.

Si è quindi soffermato sul reparto di ginecologia che, storicamente, era ubicato nella parte più antica dell'ospedale finché, dopo la sua chiu-

sura disposta in seguito ad un'ispezione, si è venuta a creare una condizione di emergenza che i vertici dell'ospedale hanno ritenuto di fronteggiare trasferendo provvisoriamente i reparti di ostetricia e ginecologia accanto a quello di urologia.

Dopo aver illustrato l'ubicazione ed il funzionamento delle nove sale operatorie, il Direttore generale ha fornito alcuni ragguagli sia sull'ipotesi di creare un centro per malati terminali nella struttura in via di smantellamento di via Ingegneros sia sulla prospettiva di concentrare nel CTO lo svolgimento delle attività ambulatoriali e l'*intramoenia*. Ha quindi precisato che è stata richiesta, ma non ancora concessa, l'utilizzazione delle risorse stanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Dal complesso della audizione è parsa evidente una mancanza di visione strategica circa una riorganizzazione dell'Azienda, una sorta di rassegnazione nei confronti della situazione contingente e una carente volontà di affrontare energicamente le varie problematiche. Anche rispetto alla situazione economica non si sono avuti ragguagli significativi.

Il Direttore sanitario, in servizio da circa due anni, dopo aver dato una descrizione della struttura – organizzata in quattro plessi ospedalieri, per un numero complessivo di 396 posti letto – ha focalizzato la propria attenzione sul reparto di urologia che, sebbene per numero di ricoveri e grado di utilizzazione non si discosti, a suo parere, dagli *standard* normali, vive una serie di difficoltà legate al rapporto conflittuale tra il primario responsabile del reparto ed uno dei suoi collaboratori. Quanto affermato però non coincide con altre informazioni assunte dalla Commissione dalle quali emerge un quadro più complesso che coinvolge anche aspetti organizzativi del reparto ed una generale insoddisfazione degli operatori. Il Direttore sanitario ha quindi confermato lo stato di degrado in cui versa il pronto soccorso: la principale causa di tale condizione risiederebbe, a suo avviso, nell'enorme afflusso di persone che determina una conseguente usura di beni strumentali. L'Azienda ha configurato quale soluzione quella di un piano per la rifunionalizzazione del pronto soccorso e dell'area di emergenza, ma il finanziamento necessario non è stato ancora stanziato. Rispetto a questa situazione, così come per altre carenze rilevate dalla Commissione, si è avuta l'impressione di un atteggiamento ipocritico e non sufficientemente indirizzato alla soluzione dei problemi.

Infine, ha osservato che è insediata una commissione sul *risk management* e contro le infezioni ospedaliere e che l'Azienda è la sola struttura nella provincia palermitana a garantire la terapia del dolore che risulta però dispendiosa e che a suo avviso potrebbe essere utilmente esternalizzata. Anche questa affermazione ha suscitato qualche perplessità.

Il Direttore amministrativo, in servizio da circa un anno, ha tracciato un quadro chiaro e sintetico della situazione amministrativa dell'ospedale ripercorrendo lo stato dei bilanci, ad iniziare da quello del 2005 che, non ancora approvato dalla Regione, è stato oggetto di una rimodulazione in quanto, secondo una sua valutazione, presentava incongruenze nelle scritture contabili ed un uso improprio di alcune poste di bilancio. I bilanci degli anni 2006 e 2007 non sono stati ancora predisposti per mancata in-

dicazione delle risorse finanziarie da parte della stessa Regione. Nonostante queste difficoltà, l'Azienda ha nella sua storia chiuso quasi sempre i bilanci in pareggio o addirittura in attivo, sebbene sarà, a suo parere, assai arduo mantenere questa condizione contabile per i bilanci dell'ultimo triennio.

Ha quindi messo in risalto alcune criticità: eccesso di risorse amministrative in rapporto agli organici e alla attività dell'ospedale; assenza di una pianta organica; mancanza di una contabilità analitica e di un sistema informatizzato per la predisposizione dei bilanci che nel complesso risultano poco organici.

La gravità delle carenze riscontrate e l'inadeguatezza delle risposte fornite da parte di alcuni vertici aziendali ha indotto la delegazione a riferire gli esiti preliminari del sopralluogo svolto all'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari. In tale sede si è convenuto, nella riunione del 27 giugno 2007, di inviare alla direzione generale una comunicazione nella quale sono riportate una serie di indicazioni da osservare per il superamento delle gravi problematiche segnalate, facendo riserva di eseguire una verifica, trascorsi novanta giorni.

Analoga comunicazione è stata inviata all'Assessore regionale competente, al quale è stata rimessa la valutazione circa l'eventuale avvicendamento del Direttore generale e del Direttore sanitario.

Dopo l'ispezione di cui si è riferito nella prima parte della relazione si è provveduto ad audire l'Assessore alla sanità della regione Sicilia e si è presa visione della documentazione pervenuta da parte della direzione strategica della azienda «Villa Sofia», della commissione ispettiva della regione Sicilia, del responsabile del pronto soccorso, nonché di altra documentazione allegata riguardante gli *standard* di accreditamento dell'ospedale.

Dall'esame dei documenti pervenuti si ha la conferma delle numerose carenze riscontrate all'epoca della ispezione, ma anche di alcuni interventi già effettuati sulla astanteria, sulla situazione della ginecologia e urologia e delle progettualità messe in campo. Anche l'Assessore regionale ha garantito attenzione nei confronti dell'azienda «Villa Sofia».

Per quanto riguarda il *management* aziendale si prende atto del fatto che il Direttore generale all'epoca della ispezione aveva avuto significativi problemi di salute con conseguente riduzione della sua operatività: si rinvia pertanto un giudizio conclusivo sul suo operato al momento della ispezione di controllo già programmata per il prossimo autunno. Quanto al Direttore sanitario aziendale si prende atto delle sue avvenute dimissioni e dell'assicurazione data dall'Assessore regionale di un suo definitivo allontanamento.

Azienda ospedaliera universitaria – Policlinico "Paolo Giaccone"

Il Policlinico consta di una struttura a padiglioni multipli risalente agli anni Trenta con numerose successive stratificazioni che determinano un disordine architettonico.

I viali appaiono intasati di auto in sosta in modo disordinato e si registra un notevole traffico veicolare. Tutti gli spostamenti di pazienti da un padiglione all'altro sono effettuati tramite ambulanza per assenza di connessioni di superficie o ipogee tra padiglioni. Si nota qualche fenomeno di randagismo. Da segnalare che il complesso che ospita il dipartimento medico è fisicamente separato dal complesso a padiglioni da una linea ferroviaria per la quale esiste da lungo tempo un progetto di interrimento, mai però posto in opera.

Esistono poi alcune strutture periferiche che la commissione non ha visitato per mancanza di tempo: l'Istituto materno infantile, la neurologia e la pediatria che risulta essere allocata in una parte condivisa con la pediatria dell'Ospedale civico.

Risulta essere chiuso per ristrutturazione il reparto di urologia, viene segnalato un degrado della ortopedia ed una difficoltà operativa della neurochirurgia che ha a disposizione solo cinque letti.

Nel corso del sopralluogo, la delegazione della Commissione ha ispezionato i seguenti reparti e servizi dell'Azienda: chirurgia generale, d'urgenza e dei trapianti d'organo, emergenza-urgenza, anestesia e rianimazione, medicina d'urgenza e pronto soccorso, ginecologia - II^a clinica medica, smaltimento rifiuti, cucine e obitorio.

Chirurgia d'urgenza:

il reparto, di recente ristrutturazione, è tenuto in buone condizioni igienico-sanitarie con spazi adeguati per la degenza, i servizi e le attività didattiche. Il personale è munito di cartellino di identificazione. Anche il reparto operatorio è risultato ben attrezzato e in buone condizioni operative.

Cardiochirurgia:

il reparto rappresenta un polo d'eccellenza dell'Azienda ospedaliera. È situato al piano terra di uno stabile in apparenti buone condizioni esterne e presenta ottime condizioni igienico-sanitarie. Si è riscontrato l'utilizzo dei più moderni ritrovati tecnologici. Le sale operatorie risultano all'avanguardia e le sale di degenza risultano rispondenti agli *standard* alberghieri, con letti muniti di *monitor* che permettono agli operatori sanitari di visualizzare la cartella clinica informatizzata del paziente.

Rianimazione:

il reparto è diviso in due sale. Un infermiere, opportunamente interpellato, riferiva che la prima era chiusa ed inutilizzata per la rottura dell'impianto di climatizzazione, mentre la seconda, pur risultando di recente ristrutturazione, è suddivisa in ambienti piccoli e mal distribuiti al punto che i letti non potevano attraversare le porte con tutti i disagi per i pazienti.

Pronto soccorso:

si rileva l'assenza della camera calda per i mezzi di soccorso. I locali del pronto soccorso denotano la necessità di interventi di straordinaria

manutenzione per quanto concerne la generalità degli ambienti. Gli arredi delle sale visita e degli uffici sono vetusti e necessitano di sostituzione. Le porte sono scalfite in più punti. La sala d'attesa, con appena nove posti a sedere, è insufficiente ad accogliere pazienti ed accompagnatori. Manca un servizio di *toilette*. È privo di una vera e propria area *triage*. L'unità operativa non dispone di un locale per l'attesa dei pazienti in barella, di uno spazio per il deposito di barelle e sedie a rotelle, nonché di un deposito per il materiale pulito ed uno per lo sporco.

L'astanteria è priva di climatizzazione e di adeguato sistema di lotta contro l'invasione di insetti, che è garantito da zanzariere elettriche a trappola luminosa. Data la presenza di pazienti e accompagnatori, personale sanitario, letti e barelle, si percepiva una sensazione di generale confusione e disorganizzazione.

Ginecologia:

la sala operatoria, dove vengono effettuati anche interventi di fecondazione assistita, risulta priva di percorso per lo sporco. Non essendovi poi una neonatologia, ma un semplice nido, non vengono effettuati parti a rischio.

Medicina interna – II^a clinica medica:

la struttura risale agli anni Sessanta e, sebbene oggetto di qualche lavoro di ordinaria manutenzione, presenta una vetustà generale sia nella struttura che negli arredamenti. Lo *standard* alberghiero è da ritenersi anacronistico a causa della condivisione dei servizi igienici tra camere e la presenza di camere a letti multipli senza elementi per la protezione della *privacy*. Le postazioni sono munite di testa letto mancanti però di ossigeno il cui approvvigionamento avviene mediante bombole mobili. A parte la inadeguatezza ambientale, si nota un buon ordine e pulizia nelle corsie ed una buona motivazione del personale. Da parte dei responsabili viene segnalato il disagio legato all'isolamento del dipartimento rispetto al resto del nosocomio ed i ritardi rispetto ad aspettative di ammodernamento richiesto.

Sale operatorie:

il reparto operatorio è composto da una zona filtro dove gli operatori si preparano per eseguire gli interventi. Da questa zona filtro si accede ad un disimpegno ove si trova una scala attraverso la quale si accede ad un piano rialzato utilizzato come spogliatoio degli infermieri. Anche nelle sale operatorie, si è constatata una generale vetustà degli ambienti, dei letti operatori e delle attrezzature che rasenta gli *standard* minimi di igienicità. I classici termosifoni, oltre ad impedire un'agevole pulizia, costituiscono naturale ricettacolo per la polvere che si deposita in forma massiva. Adiacente alle sale operatorie insiste un locale adibito alla sterilizzazione degli strumenti che avviene previo utilizzo di due vecchie autoclavi, di cui una sola funzionante. Oltre ad una completa confusione all'interno della stanza, è evidente la presenza di numerosi filtri particolarmente vecchi.

Nel medesimo ambiente trova sede una vecchia piastra a riscaldamento elettrico, che costituisce pericolo per la sicurezza.

Smaltimento rifiuti ospedalieri:

i rifiuti sanitari ospedalieri, vengono stoccati, temporaneamente, in gabbie metalliche chiuse a chiave, all'aperto e ubicate nelle adiacenze dei dipartimenti sanitari. Successivamente, confluiscono in un prefabbricato di lamiera, adiacente la linea ferroviaria, in attesa dello smaltimento, a mezzo ditta autorizzata (U.GRI di Carini (PA) – zona industriale – via G. Galilei).

Il deposito dei rifiuti ha una superficie insufficiente ed il piano di calpestio non è impermeabile.

Camera mortuaria:

La camera mortuaria è sprovvista di cella frigorifera per le salme. Nessuna delle quattro salette comunicanti tra loro, è provvista di condizionatore. Le condizioni igieniche sono carenti per mancanza di pulizia nel bagno e presenza di tre bidoni ricolmi di lenzuola e pannolini. In un locale attiguo è posizionato un frigo-congelatore contenente arti amputati per il successivo ritiro da parte di personale del Comune.

Nel corso delle audizioni, la delegazione della Commissione ha ascoltato il Direttore generale, il quale, in carica dal 1998, ha in primo luogo fornito precisi ragguagli sull'articolazione organizzativa della struttura che si configura come Policlinico universitario a gestione diretta: esso consta di 12 dipartimenti, 53 unità complesse, quasi 900 posti letto, circa 200 unità di personale ospedaliero e circa 600 unità di personale universitario.

Rispetto al tema sollevato della diffusa precarietà nei rapporti di lavoro sia medico che infermieristico, il Direttore ha affermato che si prevede in breve tempo di stabilizzare praticamente tutto il personale infermieristico, ma ha sottolineato che la pianta organica, pur predisposta, non è stata ancora approvata e che è stato configurato l'atto aziendale che andrà rapidamente approvato; inoltre la carenza degli spazi impedisce di realizzare una mensa aziendale, mentre il finanziamento relativo all'asilo nido è stato sospeso in virtù di un intervento della Corte costituzionale che ha affermato la competenza delle Regioni sulla disciplina di tali servizi.

Ha quindi evidenziato che il principale obiettivo perseguito da quando ricopre l'incarico di Direttore generale è stato quello di modulare le compatibilità economiche con il fabbisogno del Policlinico mediante un'attenta verifica dei costi e dell'efficienza dei servizi: in tal modo, i bilanci risultano in ordine, sebbene non sia stato facile gestire questa operazione di contenimento delle spese giacché i professori universitari, sensibili alla propria autonomia scientifica e didattica, non sempre sono altrettanto attenti ad una logica aziendale. Dopo aver precisato che negli ultimi anni si è realizzato un significativo decremento del numero dei primari e delle unità complesse, ha ammesso che esistono ancora situazioni di dupli-

cazioni di funzioni che andranno a sua avviso affrontate con la dovuta gradualità. Rispetto alla attività dei trapianti, di cui è stata sottolineata dalla Commissione l'estrema esiguità, ha precisato che a suo avviso questa attività non risulta strategica, poiché nelle vicinanze del Policlinico vi sono strutture specializzate in questo campo e nel piano di sviluppo del Policlinico questa attività è ad esaurimento. Ha poi osservato che, a suo avviso, il Policlinico è ora complessivamente in grado di rispondere alle esigenze della cittadinanza. A tale proposito ha fornito una dettagliata relazione contenente i principali indicatori di attività ed efficienza dell'ospedale negli ultimi sette anni dalla quale risultano evidenti i miglioramenti operativi ottenuti.

Infine, pur concordando con il giudizio negativo dato dalla delegazione parlamentare nei confronti del pronto soccorso, ha espresso l'avviso che attualmente il pronto soccorso non può essere completamente ristrutturato per problemi di ordine logistico ed economico.

Il Direttore sanitario, dopo aver fornito alcuni chiarimenti sull'esistenza di uno *staff* competente sulle infezioni ospedaliere e sulla gestione dei rifiuti speciali che è stata delegata al Direttore sanitario di presidio, ha illustrato la particolare situazione del dipartimento materno-infantile che, pur dislocato in una sede esterna, presenta reparti anche all'interno della struttura. Di fronte ad alcuni giudizi critici formulati dalla delegazione su tale duplicazione delle strutture, ha tenuto a precisare che la prospettiva di una unificazione è in qualche modo subordinata all'avvio delle ristrutturazioni all'interno dello stesso Policlinico, oggetto di un finanziamento di circa 50 milioni di euro. Non è parso tuttavia chiaro quale sia il progetto per una soluzione efficiente e risolutiva.

Ha infine svolto alcune considerazioni sulle liste d'attesa sulle quali, a suo avviso, da parte dell'ufficio relazioni con il pubblico non sono state segnalate particolari problematiche. Ciò non coincide però con quanto rilevato da alcuni componenti della Commissione che, essendosi recati personalmente al CUP, hanno ottenuto risposte problematiche sui tempi di attesa per diverse prestazioni. Complessivamente, anche riguardo alla situazione del pronto soccorso, si è evidenziato un atteggiamento non sufficientemente attento e critico rispetto alle responsabilità che oggi competono al Direttore sanitario.

Il Direttore amministrativo ha descritto la situazione dei bilanci che risultano organizzati per centri di costo e sono elaborati attraverso un sistema di rilevazione informatica. Il complesso delle risorse finanziarie è negoziato con i vari dipartimenti – tra i quali, peraltro, se ne annovera uno avente funzioni amministrative – ed esiste un controllo sull'andamento delle spese e dei costi. La carta dei servizi non è stata aggiornata dal 2004.

Il Direttore tecnico, dopo aver precisato che le proprie competenze attengono allo stato degli immobili e degli impianti e non anche all'applicazione delle disposizioni sulla sicurezza nei luoghi di lavoro, ha posto in risalto il progetto di creare un *global service* che tra i vantaggi garanti-

rebbe l'individuazione di un unico interlocutore per la produzione ed erogazione dei gas ed un censimento delle prese e degli impianti.

Il programma di utilizzazione delle risorse finanziarie di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, è stato avviato solo nel 2002, comprendendo, tra l'altro, anche l'appalto per la ristrutturazione dell'Istituto materno-infantile per un finanziamento di circa quattro milioni di euro, mentre il progetto di ristrutturazione degli edifici all'interno del Policlinico prevede un finanziamento di circa 50 milioni di euro per la sistemazione in cinque anni del reparto di ginecologia, della clinica oculistica, di medicina legale e dell'area dell'emergenza che risulteranno collegati tramite un *tunnel* sotterraneo.

La serietà di alcune carenze riscontrate e l'inadeguatezza di alcune risposte fornite da parte dei vertici aziendali ha indotto la delegazione a riferire gli esiti preliminari del sopralluogo svolto all'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari. In tale sede si è convenuto, nella riunione del 27 giugno 2007, di inviare alla direzione generale una comunicazione, inviata anche all'Assessore regionale competente, nella quale sono riportate una serie di indicazioni da osservare per il superamento delle gravi problematiche segnalate, facendo riserva di eseguire una verifica, trascorsi novanta giorni.

Per questo ospedale si sono auditi oltre all'Assessore regionale, il Preside della facoltà di medicina e chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo ed il Magnifico Rettore del medesimo ateneo. Anche in questo caso si è avuta conferma dei problemi evidenziati nella relazione, ma è stata soprattutto esaminata la progettualità di ristrutturazione del Policlinico alla luce del progetto impostato nel lontano 1992 e che finalmente è arrivato alla fase del bando di gara per la sua attuazione. In attesa della completa ristrutturazione dell'area della emergenza, i cui tempi non sono certi, si è comunque insistito perché si trovi una soluzione temporanea per il pronto soccorso che sia comunque dignitosa e operativa. Si è anche richiesto di rivedere la situazione delle due unità operative di ostetricia situate in due diverse sedi, che però non si giustificano quanto ad attività svolta, specie se esaminate nel complesso delle unità operative di questo tipo dislocate nella città di Palermo. Si è poi esaminata la situazione del personale precario avendo assicurazione da parte dell'Assessore e del Preside di facoltà di una rapida soluzione del problema.

Assicurazione si è anche avuta circa un'attenzione particolare da parte della regione Sicilia verso questo Policlinico che, pur in presenza di situazioni critiche, rappresenta un punto di forza della sanità regionale.

«Centro Sicuro» del Comune di Firenze

Programma del sopralluogo ed audizioni

1° luglio 2007

Sopralluogo presso il «Centro Sicuro» del Comune di Firenze con la presenza del Presidente Tomassini e della senatrice Binetti.

Relazione approvata dalla Commissione

In data 1° luglio 2007, una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, costituita dal presidente Antonio Tomassini e dalla senatrice Binetti ha effettuato un sopralluogo presso un istituto per la custodia dei minori, denominato "Centro sicuro", gestito dai Servizi sociali del Comune di Firenze.

Il sopralluogo è stato determinato da alcune segnalazioni giunte da senatori componenti la Commissione, che evidenziavano l'esigenza di effettuare un intervento conoscitivo "immediato", tendente a constatare le condizioni igienico-sanitarie della struttura e, in particolare, le condizioni in cui vengono tenuti i minori assistiti dai servizi sociali.

L'intervento mirava a constatare, altresì, le condizioni di salute di un minore, sottratto alla potestà genitoriale con provvedimento della Corte di appello di Firenze - sezione minorenni ed affidato al responsabile dei Servizi sociali del Comune, in attesa di una collocazione presso una famiglia.

L'istituto ha sede nel centro urbano del comune di Firenze ed è protetto da un alto muro di cinta e da un cancello che immette in un cortile antistante l'edificio. È costituito da un edificio di tipo prefabbricato di due piani, con struttura portante in travi metalliche e tamponatura con pannelli termoisolanti e vetri.

Per accedere al piano terra dell'edificio sono utilizzate due entrate: la prima dà accesso direttamente nell'ufficio della responsabile dell'istituto e attraverso una porta all'interno del piano; la seconda immette nel vano scala - ascensore che portano al primo piano, ed attraverso una porta laterale si accede al piano terra.

Il piano terra è costituito: dall'ufficio della responsabile del plesso come già detto; da una stanza per il personale della polizia municipale, addetto alla vigilanza notturna; da un salone molto ampio, nel quale i minori ospitati trascorrono la giornata e dove si notano giochi per bambini, mobili, tavoli, sedie e nell'angolo in fondo a destra rispetto agli ingressi, una cucina attrezzata; da un ripostiglio per il materiale di pulizia ed un servizio igienico.

Il primo piano è costituito da quattro camere da letto, munite di condizionatori d'aria e da due servizi igienici. Una delle camere è riservata all'educatrice e tre per i minori, per un totale di 8 posti letto per gli ospiti. In particolare, è stato constatato che sia al piano terra che al piano superiore, il soffitto è stato realizzato in lamiera.

La superficie dello stabile è di circa 100 mq per piano e l'ascensore esistente viene utilizzato solo in caso di presenza di portatori di handicap.

Le condizioni igienico-sanitarie di tutti i locali sono buone mentre, è da rilevare una temperatura interna molto elevata, accentuata dal tipo di costruzione dell'immobile.

All'atto del sopralluogo, oltre al bambino di anni 6, la cui presenza ha determinato il sopralluogo, era presente un minore di anni 16, di nazionalità albanese.

I minori erano vigilati da un'educatrice professionale e da un'educatrice generica.

Nel corso del sopralluogo è giunta sul posto anche la responsabile dei Servizi sociali del quartiere 4 di Firenze.

Il personale che opera nell'istituto è costituito da 13 dipendenti di due cooperative sociali denominate "Di Vittorio" e "A.T.I". - consorzio Zenit s.c.c.r.l., entrambe con sede in Firenze, che hanno le seguenti qualifiche: una coordinatrice responsabile del centro, quattro educatrici professionali, sei educatrici generiche, un assistente sociale, un'addetta alle pulizie.

Durante la visita ispettiva è stata acquisita copia della seguente documentazione:

protocollo operativo e procedure di funzionamento del centro, dal quale si rileva che richiamando le leggi nazionali del codice civile, le leggi europee, nazionali, regionali e comunali sull'assistenza sociale, detta i servizi base dell'assistenza fornita e le modalità di immissione dei minori;

nota informativa inerente il funzionamento della struttura definita "Centro sicuro";

scheda riassuntiva del minore di anni 16, dalla quale si rileva che è stato inserito nel centro il 28 giugno 2007, perché si era presentato spontaneamente presso la questura di Firenze a chiedere aiuto;

schede riassuntive del minore di anni 6, dalla quale emerge che è stato inserito nel centro il 25 maggio 2007 su provvedimento d'urgenza della Corte di appello di Firenze.

Successivamente, dai servizi tecnici del comune di Firenze, sono stati acquisiti i seguenti documenti:

certificato di collaudo dello stabile;

certificato di agibilità dei locali;

autorizzazione igienico-sanitaria dell'Azienda USL di Firenze.

<omissis> (*)

Conclusioni

La relazione tecnica sulla struttura pone in evidenza una idoneità per la funzione istituzionale al limite della discutibilità: se da un lato tutte le certificazioni ed i sopralluoghi ne assicurano l'idoneità legale, non si può non porre qualche dubbio su quella sostanziale.

La trasformazione di un capannone in un centro di soggiorno può essere una buona soluzione per l'emergenza ma non per la continuità.

Il tetto in lamiera pone dei problemi riguardo alla microclimatizzazione non sufficientemente assicurata dai condizionatori; la struttura è complessivamente buia con illuminazione indiretta attraverso plafoniere e tutto viene reso più accettabile proprio grazie ad una manutenzione ed a pulizia accurata: solo in virtù di questa si può esprimere un giudizio di idoneità.

Fatta questa considerazione, la struttura appare adatta per l'attività istituzionale a cui è dedicata, che è in primo luogo quella di accettazione in transito di casi di particolare difficoltà di dipendenza, disturbi di comportamento o difficoltà familiari, ma per persone di avanzata adolescenza o comunque mature. Non sembra invece particolarmente idonea per persone di diversa fragilità ed in particolare per bambini fino all'età dell'infanzia.

In considerazione di questo, l'assegnazione del minore a questa struttura – che è stata tra i motivi del sopralluogo – appare non sufficientemente meditata.

Al momento della ispezione vi era solo un altro ospite, ma con diversa motivazione tale da generare una promiscuità inaccettabile.

Malgrado la sicura buona volontà e il grande affetto ed impegno con cui il caso è stato seguito dal personale dedicato, non si può sostenere che il minore possa aver tratto giovamento in una situazione di isolamento che poteva addirittura essere controproducente ai fini proprio di quella diagnosi di iperattività che era alla base della sua assegnazione.

È soddisfacente aver constatato che, dopo l'iniziativa della Commissione, il bambino sia stato trasferito in un luogo più idoneo e consona alla sua situazione.

(*) Tale parte è coperta da segreto, ai sensi dell'articolo 2, lettera *d*), della delibera sul regime di divulgazione degli atti.

Ospedale «Sant’Anna» di Ronciglione, in provincia di Viterbo

Programma del sopralluogo ed audizioni

3 luglio 2007

Sopralluogo presso l’Ospedale «Sant’Anna», a Ronciglione, in provincia di Viterbo, con la presenza del vice Presidente Massidda e dei senatori Bodini, Carrara e Corsi.

Audizioni

dott. Giuseppe Aloisio, Direttore generale ASL di Viterbo
dott. Giuseppe Cimarello, Direttore di presidio
dott. Marco Montanaro, Direttore dell’UOC di Ematologia

Audizioni presso la Commissione

19 giugno 2007 - audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Viterbo, dottor Renzo Petroselli. [34^a seduta]

Relazione approvata dalla Commissione

In data 3 luglio 2007, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio sanitario nazionale composta dai senatori Bodini, Carrara, Corsi e Massidda, ha effettuato, nell’ambito dell’inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento, un sopralluogo presso l’ospedale «Sant’Anna» di Ronciglione (VT). Tale sopralluogo ha avuto origine anche a motivo del verificarsi, nel periodo aprile-giugno 2007, di tre casi di decesso di pazienti ricoverati presso l’Unità Operativa Complessa (UOC) di Ematologia, interna al nosocomio, per infezione da *pseudomonas aeruginosa*.

Il presidio territoriale «Sant’Anna» di Ronciglione, unitamente all’ospedale di Belcolle di Viterbo e a quello di Montefiascone, rientra nel Polo ospedaliero centrale della ASL di Viterbo ed ha sede all’interno di una struttura, in sufficiente stato di conservazione, risalente ai primi del novecento, di quattro piani, di cui tre fuori terra, realizzata in mattoni di tufo e circondata da un ampio giardino utilizzato anche come parcheggio per i veicoli di servizio.

La struttura ha subito nel corso del tempo numerose trasformazioni configurandosi negli anni settanta come ospedale generale di zona con le attività di Pronto soccorso, sala operatoria, le degenze di Medicina generale, Chirurgia generale, Ostetricia e Ginecologia con annesso nido, i servizi di laboratorio analisi, Radiologia e prestazioni ambulatoriali.

L’esigenza di razionalizzazione dei servizi aziendali e conseguentemente quella di economicità nell’erogazione di prestazioni ha fatto sì che, dall’anno 1998 in poi, si è proceduto ad un costante percorso di ridi-

mensionamento del sito ospedaliero, fino all'attuale configurazione che vede attiva all'interno del presidio un'unica Unità Operativa Complessa di Ematologia consistente in 8 posti letto per il ricovero ordinario e 9 posti letto per il *day hospital*.

Risultano operanti, inoltre, all'interno della struttura una UOS di primo soccorso ed un servizio di *day surgery* e chirurgia ambulatoriale attinente alle seguenti attività specialistiche: Chirurgia generale, Chirurgia per l'urgenza, Chirurgia vascolare, Ginecologia, Ortopedia, Ortopedia chirurgica per la mano e per il ginocchio, Oculistica e Urologia.

È presente inoltre un ambulatorio polispecialistico per visite di Cardiologia, Ginecologia, Neurologia, Urologia, Ortopedia, Diabetologia, Dietologia, Chirurgia, Oculistica, Otorino, Ecodoppler, Ecografia, Endocrinologia e Endoscopia digestiva.

La Commissione nel corso del sopralluogo ha dapprima proceduto alla visita delle strutture del nosocomio dopodichè ha proseguito con la audizione del *management* aziendale, ed in particolare del Direttore generale della ASL di Viterbo, dottor Giuseppe Aloisio, del Direttore di presidio, dottor Giuseppe Cimarello e del Direttore dell'UOC di Ematologia, dottor Marco Montanaro. Si è provveduto inoltre alla acquisizione di cospicua documentazione, attualmente agli atti della Segreteria della Commissione.

Considerazioni

La visita alla struttura ha denotato gli effetti di una recente ristrutturazione, pressoché totale: la vecchia pavimentazione in marmo, le pareti ed i soffitti risultano ora in buono stato, così come gli infissi in alluminio anodizzato.

Al piano di accesso, sono dislocati gli uffici della Direzione di presidio ed una sala per i prelievi ematici. Gli ambienti, sufficientemente arredati, si presentano in buone condizioni strutturali, anche grazie ai recenti lavori di ordinaria manutenzione dianzi accennati.

Al piano superiore, anch'esso di recente ristrutturazione, si trova il *day hospital* di ematologia. Le camere di degenza sono allestite secondo gli attuali *standard* alberghieri e constano di 9 posti letto. Vi si trovano, altresì, lo studio del primario; un laboratorio di citoflorimetria; vari ambulatori, tra i quali, quelli di Cardiologia, Neurologia, Ginecologia, Urologia, Oculistica, Ortopedia, Diabetologia e Dietologia.

Si è avuto modo di constatare che le finestre del corridoio, di tipo *vasistas*, hanno l'apertura verso l'interno, il che le rende estremamente pericolose poiché, quando aperte, gli spigoli vivi delle stesse si trovano ad altezza uomo e sporgono sensibilmente dalla linea del muro.

Sullo stesso piano trovano sede i locali per la preparazione dei farmaci antiblastici, distinti in zona filtro, zona stoccaggio dispositivi di protezione individuale, area manipolazione con cappa ed impianto di ventilazione ed estrazione dell'aria. Ulteriori due locali sono adibiti alla microscopia.

All'ultimo piano si trova l'area che è stata oggetto di maggiore attenzione da parte della Commissione, e cioè quella di degenza dell'UOC di Ematologia, sottoposta in principio a sequestro da parte della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Viterbo, a seguito del verificarsi del decesso dei tre pazienti colpiti da infezione da *pseudomonas aeruginosa* ed, in seguito, dissequestrata in data 29 giugno 2007.

Il reparto, all'atto del sopralluogo, non ospitava alcun paziente poiché in attesa di bonifica e sanificazione, così come da prescrizione della locale Procura. Il reparto di degenza è dotato di 8 posti letto dislocati in quattro camere da due posti letto ciascuna con servizio igienico autonomo. L'accesso al reparto avviene attraverso una zona filtro dotata di armadietti per il deposito degli effetti personali, di lavabo e di tutto il materiale monouso necessario alla vestizione del personale.

Il sopralluogo si è esteso anche alle due sale operatorie utilizzate principalmente per il *day hospital*. Le stesse risultano di recente ristrutturazione e tecnologicamente all'avanguardia. In prossimità delle stesse si trova una camera dedicata alla sterilizzazione dei ferri, munita di autoclave.

Nel corso delle audizioni, riferite principalmente all'approfondimento delle possibili cause di decesso dei tre pazienti colpiti da infezione, i vertici aziendali ed in particolare il Direttore dell'UOC di Ematologia, dottor Montanaro, hanno riferito che la struttura adotta sistematicamente tutti i protocolli di monitoraggio necessari a prevenire casi di infezione in corsia e, soprattutto, che la storia clinica dei pazienti si differenziava per patologia e complessità. In particolare si trattava di una donna di 70 anni affetta da leucemia acuta mieloblastica insorta dopo mielodisplasia in recidiva, di un uomo di 59 anni affetto da mieloma ed infine di una donna di 66 anni affetta da leucemia acuta mieloblastica secondaria a mielodisplasia refrattaria a terapia di prima linea, ed in fase aplastica dopo trattamento di seconda linea. In tutti i tre casi sono state eseguite emocolture e colture delle secrezioni bronchiali con risultanze positive per *pseudomonas aeruginosa*.

Conclusioni

L'attuale esigenza di contenimento dei costi della sanità e quindi di concentrazione in strutture di grandi dimensioni e di alta specializzazione dei servizi sanitari mal si conciliano con la sopravvivenza di presidi quale quello di Ronciglione che offrono una quantità di servizi limitati e con costi indiretti elevatissimi data la modestia della struttura. Tuttavia è bene ricordare che l'offerta di prestazioni sanitarie attiene al sistema di servizi sociali a vantaggio del cittadino e pertanto l'equazione costi-benefici va ponderata non solo in termini economici ma anche in ragione dell'utilità del servizio reso al cittadino utente. In questa ottica è ragionevole affermare che tale presidio offre un prezioso servizio ad un ampio bacino di utenza che altrimenti si vedrebbe costretto, anche per un semplice prelievo

o un banale esame radiografico, a lunghi tragitti stradali con inevitabili disagi ed altrettanto dispendiose perdite di tempo.

Attiene senza dubbio alla titolarità regionale ed in subordine a quella aziendale la scelta di mantenere in vita, o meno, presidi di tale natura in relazione ai costi sopportati.

Se però, per i motivi dianzi accennati, sembra ragionevole la dislocazione sul territorio di presidi a servizio del cittadino anche di modeste dimensioni (come in questo caso per visite specialistiche, ambulatorio analisi, radiologia e primo soccorso), appare però del tutto irrazionale la collocazione in un presidio distaccato di un'unica Unità Operativa Complessa di Ematologia che, in genere, rappresenta uno dei reparti di eccellenza all'interno di un ospedale, e soprattutto deve essere inserita all'interno della filiera dei servizi diretti ed indiretti che solo un grande ospedale può offrire. Tra le tante considerazioni possibili si accenna al solo fatto che, in caso di necessità di trasporto di un paziente in un reparto di rianimazione, sono necessari più di trenta minuti di ambulanza in un tracciato stradale del tutto impervio.

La Direzione aziendale ha condiviso i rilievi formulati dai membri della Commissione in ordine a tale modello di architettura sanitaria, motivando che l'originaria collocazione prevista all'interno dell'Ospedale generale di Belcolle-Viterbo, non è stata possibile a causa di un lungo contenzioso con l'impresa aggiudicataria dell'appalto di ristrutturazione dell'ospedale stesso, che di fatto da lungo tempo ha bloccato i lavori. È parso di capire che appena trovata una soluzione a tale stallo delle opere e a completamento dei lavori, l'UOC di Ematologia sarà collocato all'interno del nosocomio di Belcolle.

Ciò premesso, dalla visita ispettiva effettuata e dalla documentazione acquisita si è avuto modo di constatare che presso l'UOC di Ematologia vengono routinariamente effettuati, secondo gli *standard* previsti, controlli batteriologici sui pazienti ricoverati, consistenti in colture di sorveglianza all'ingresso in reparto su tutte le principali cavità naturali, sulle urine e sulla cute.

Ogni episodio febbrile significativo viene sistematicamente indagato con emocolture ripetute sia da catetere venoso centrale, quando presente, che da vena periferica. Colture da liquidi biologici e secrezioni vengono effettuate secondo il contesto clinico prevalente. I risultati di tali esami vengono sistematicamente riportati in uno specifico *database* onde disporre di un costante monitoraggio delle infezioni batteriche e fungine prevalenti ed incidenti. Dai dati emergenti dalla sistematica osservazione della patologia infettiva e dagli isolamenti batterici ottenuti si sono evidenziate utili informazioni quali la prevalenza di infezioni da *stafilococco epidermis ed aureus* nel biennio 2004-2005, che risultano drasticamente diminuite a seguito di opportuni interventi di carattere igienico-terapeutico mirati alla gestione corretta dei cateteri venosi centrali. Nello stesso periodo le infezioni da *pseudomonas aeruginosa* costituivano una trascurabile percentuale del totale degli isolamenti batterici. La presenza di *pseudomonas aeruginosa*, sia nelle colture di sorveglianza che nelle emocol-

ture, ha registrato un incremento a partire da giugno 2006, pur rimanendo nell'ambito dei valori attesi.

Attualmente il reparto di Ematologia risulta operativo solo per ciò che attiene alle prestazioni di *day hospital* e alle visite ambulatoriali; la degenza (otto posti letto) viene effettuata presso il reparto di oncologia dell'ospedale di Belcolle-Viterbo. Ciò in attesa della riapertura del reparto che avverrà solo dopo l'accertamento delle cause di infezione da *pseudomonas* da parte dei tecnici dell'Istituto "Lazzaro Spallanzani", incaricato della sanificazione degli ambienti. I primi risultati mostrerebbero il ritrovamento di una forte concentrazione di *pseudomonas aeruginosa* nei *dispenser* del sapone della medicheria infermieri.

In conclusione, limitatamente a quanto si è potuto appurare nel corso della ispezione, la Commissione ritiene di non dover evidenziare particolari fatti o carenze ascrivibili al *management* aziendale e sanitario in ordine ai casi di decesso verificatisi. È opportuno ricordare che sul fronte giudiziario la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Viterbo, nella persona del sostituto procuratore dottor Renzo Petroselli, ha avviato un'indagine al riguardo tesa ad individuare eventuali responsabilità. Nel corso dell'audizione dello stesso procuratore in Commissione, tenutasi in data 19 giugno 2007, stante la fase d'inizio dell'inchiesta medesima, non sono emersi elementi significativi relativi allo svolgersi dei fatti.

Appare comunque utile ricordare che i casi di infezioni contratti a seguito di ricoveri ospedalieri sono assai frequenti in Italia (ed in Europa): il dato nazionale dimostra infatti che a fronte di 9.500.000 pazienti ricoverati ogni anno in Italia, ben 533.000 sono colpiti da un'infezione presa in corsia o sala operatoria; tra le principali infezioni si evidenziano la setticemia (32 per cento) e la polmonite (18 per cento). Su 4.000 casi di infezioni analizzate più della metà sono causate da *pseudomonas aeruginosa*, *escherichia coli* e *stafilococco aures*. Sarebbe pertanto auspicabile a livello nazionale una revisione dei protocolli e degli *standard* di controllo attualmente in essere presso le strutture ospedaliere.

Tutto ciò premesso i relatori propongono alla Commissione l'approvazione della presente relazione fissando il termine di 180 giorni per una ulteriore disamina della situazione in ordine a possibili nuovi elementi che possano emergere dalle indagini dell'Autorità Giudiziaria o dalle risultanze dei tecnici dell'Istituto "Lazzaro Spallanzani" in ordine ai fatti accaduti.

Presidi ospedalieri in provincia di Frosinone

Programma del sopralluogo ed audizioni

9 luglio 2007

Sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Sora, in provincia di Frosinone, con la presenza dei senatori Bodini e Corsi.

Audizione:

dott. Giancarlo Zotti, Direttore generale ASL di Frosinone

dott. Raffaele Ciccarelli, Direttore sanitario ASL di Frosinone

dott.ssa Antonietta Costantini, Direttore amministrativo ASL di Frosinone

rappresentanti delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL

rappresentanti del coordinamento provinciale delle associazioni di volontariato

rappresentanti del comitato di difesa dell'ospedale di Sora

rappresentanza dei sindaci dei Comuni facenti parte del comprensorio del cosiddetto Polo «C» dell'Azienda sanitaria

23 luglio 2007

Sopralluogo presso le strutture sanitarie di Atina, Isola del Liri ed Arpino, con la presenza dei senatori Bodini e Corsi.

Relazione approvata dalla Commissione

In data 9 luglio 2007, nell'ambito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento, una delegazione della Commissione, costituita dai relatori, senatori Bodini e Corsi, si è recata presso l'Azienda sanitaria locale di Frosinone, Polo «C», e più precisamente, presso il presidio ospedaliero di Sora.

Durante la visita si è proceduto all'audizione del Direttore generale della ASL di Frosinone, dottor Giancarlo Zotti, del Direttore sanitario, dottor Raffaele Ciccarelli, del Direttore amministrativo, dottoressa Antonietta Costantini, dei rappresentanti delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL, del coordinamento provinciale delle associazioni di volontariato, del comitato di difesa dell'ospedale di Sora, nonché dei sindaci dei Comuni facenti parte del comprensorio del cosiddetto Polo «C» dell'Azienda sanitaria.

I vertici aziendali, preliminarmente, hanno indicato i luoghi in cui trovano sede le varie strutture ospedaliere facenti capo all'intera ASL di Frosinone, distinguendo gli ospedali per acuti, i presidi per lungodegenti, i centri di igiene mentale, per un territorio costituito da 92 comuni, nei

quali risiede stabilmente una popolazione di circa 500 mila abitanti. Dall'anno 2005, al fine di migliorare ed incrementare l'offerta socio-assistenziale, l'Azienda sta attuando una riorganizzazione pressoché totale dell'architettura sanitaria provinciale che interessa le strutture, i presidi ospedalieri, i reparti, le dotazioni di organico e il controllo amministrativo. In particolare viene sottolineata la realizzazione, in avanzata fase di approntamento, del nuovo ospedale di Frosinone, punto di riferimento della intera ASL.

Sono state poi descritte dettagliatamente le strutture e la organizzazione del Distretto sanitario facente capo a Sora, identificato come Polo «C» della ASL, da cui dovrebbe in prospettiva staccarsi, per ragioni organizzative dovute prevalentemente alla orografia del territorio, il distretto montano di Atina.

Il Direttore generale ha evidenziato quali siano le progettualità in atto ed in particolare l'eliporto presso l'ospedale di Sora, l'*hospice* presso il presidio ospedaliero di Isola del Liri, nonché lavori di ristrutturazione presso il presidio di Atina, ove insistono attualmente una unità di primo soccorso, una di radiologia e una di lungodegenza. Per quanto concerne la realizzazione dell'eliporto, i lavori sono già stati concessi da tempo in appalto alla ditta vincitrice, ma, per problemi riguardanti la proprietà del terreno, si è dovuta richiedere una variante di progetto, per la quale è in corso una perizia.

Per quanto attiene specificamente agli aspetti organizzativi del Polo «C» dell'Azienda, oggetto della presente relazione, viene sottolineato che l'offerta di prestazioni e servizi resi ai cittadini è insoddisfacente sia per ciò che attiene alla qualità che alla quantità dei servizi stessi. Ciò è principalmente dovuto ad una riorganizzazione territoriale mai compiutamente attuata ed a una oggettiva complessità del territorio, interessato da ben tre comunità montane con difficoltà di collegamenti.

Il dato riferito ai posti letto per acuti ben testimonia tale situazione: a fronte di una media nazionale di 4,5 p/l x 1.000 abitanti, che nella provincia scende a circa 3,1 p/l x 1.000 abitanti, il distretto ospedaliero Polo «C» arriva ad una offerta di poco superiore a 2 p/l x 1.000 abitanti: ciò è legato ad una elevata concentrazione di posti letto nell'area di Frosinone, Anagni e Alatri, con un conseguente squilibrio nella distribuzione provinciale.

Struttura di riferimento della zona è indubbiamente il presidio ospedaliero di Sora, che nasceva con l'ambizione di attrarre e soddisfare le richieste dei circa 120.000 abitanti del comprensorio, con spazi a disposizione di generose dimensioni ed una ricettività potenziale di circa 600 p/l, dei quali oggi ne risultano attivi appena 218.

La struttura, come detto solo in parte utilizzata, si presenta in discrete condizioni di manutenzione e di funzionalità. Tuttavia l'attuale carenza di personale e alcuni problemi organizzativi la rendono ben lontana da quel polo ospedaliero di eccellenza un tempo pensato e la mobilità passiva della popolazione di riferimento verso altre strutture regionali e/o extra-regionali (Abruzzo in particolare) costituiscono un significativo problema e attestano una sfiducia verso il presidio stesso.

Il Direttore generale ha dato comunque ampie rassicurazioni sulla volontà di potenziamento della struttura: nel nuovo piano aziendale è prevista, ad esempio, l'attivazione di otto posti letto per la osservazione breve aggregata al pronto soccorso; i lavori di ristrutturazione del reparto di rianimazione sono in fase di ultimazione mentre, per quanto riguarda il reparto di oncologia, mancherebbe soltanto l'impianto di condizionamento, per il quale l'Azienda è in attesa di fondi regionali.

Il Direttore generale ha altresì assicurato che per la ristrutturazione del Distretto sanitario Polo «C» sono stati chiesti alla regione Lazio 8 milioni di euro.

In relazione ai tempi di attesa per l'esecuzione di visite ambulatoriali ed esami specialistici, nonostante la distinzione tra casi urgenti, standard e *follow-up* eseguita a livello di prenotazione, alcune tipologie di prestazioni (ecocolordoppler-tronchisovraortici, ecocolordoppler-periferici, mammografia bilaterale, ecografia addome, ecografia mammaria, ecografia tiroidea, visita oculistica) risultano particolarmente critiche con tempi di attesa che raggiungono i 6/8 mesi a causa sia del numero di richieste, sia del fatto che molti pazienti prenotati non si presentano poi per l'esecuzione dell'esame. Per tale motivo si sta pensando di ricorrere alla tecnica dell'*overbooking*. Il CUP (centro unico di prenotazione) è gestito da un'azienda privata.

Come già accennato, assume aspetto rilevante il fenomeno della mobilità passiva verso le altre strutture regionali e di regioni limitrofe per la richiesta di prestazioni specialistiche, con particolare riguardo all'oculistica, alla chirurgia generale e ginecologia; i dati aziendali testimoniano infatti importanti flussi (con relativi costi) verso strutture ospedaliere delle regioni Abruzzo, Lazio e Molise.

Dopo il *management* aziendale, sono stati ascoltati i rappresentanti delle varie organizzazioni sindacali, i quali hanno riferito fatti e circostanze comuni che possono sintetizzarsi in una grave carenza di personale che avrebbe causato, secondo loro, il collasso di numerosi reparti, retti ormai quasi in forma esclusiva, da personale precario, a discapito della qualità del servizio sanitario offerto agli utenti, un numero ridotto di posti letto e lunghi ed ingiustificati tempi di attesa per visite ambulatoriali e/o esami specialistici.

I rappresentanti del coordinamento provinciale delle associazioni di volontariato e del comitato di difesa dell'ospedale di Sora, alle problematiche evidenziate dai precedenti interlocutori, hanno aggiunto la percezione di indifferenza ai fabbisogni e alle esigenze dei pazienti, da parte della dirigenza ospedaliera, da cui ne deriva un grave e diffuso malcontento della popolazione ed una crescita costante dei disagi causati dalla mancanza della possibilità di sottoporsi ad esami diagnostici, come la risonanza magnetica o la scintigrafia, o alla presenza di un solo sanitario che si dedica agli elettrocardiogrammi da sforzo.

Da ultimo sono stati auditi i sindaci dei Comuni del comprensorio Polo «C» ed anche in questo caso, l'attenzione è stata accentrata su problematiche comuni, che non si discostano da quelle rilevate dagli altri in-

terlocutori. In particolare, i sindaci hanno riferito di essere stati indotti, attraverso promesse ricevute circa 15 anni or sono, ad aderire al piano di ristrutturazione aziendale e di aver contribuito, in buona fede, a convincere i cittadini della opportunità di rinunciare a tante piccole realtà sanitarie locali, in cambio di una struttura moderna ed all'avanguardia quale sarebbe dovuta essere il presidio di Sora. Inoltre, hanno esternato il notevole disagio causato ai pazienti anziani e non autosufficienti, residenti in comuni montani, caratterizzati da una particolare orografia del territorio: la scomparsa di presidi locali e la carenza di servizi di trasporto e di collegamenti rende difficile l'accesso alle prestazioni sanitarie. La carenza di posti letto per acuti, la centralizzazione del servizio di laboratorio e la carenza in genere di personale, uniti al ritardo delle ristrutturazioni in corso, sono causa di profonda insoddisfazione e della mobilità passiva.

In data 23 luglio 2007, la medesima delegazione della Commissione ha effettuato ulteriori sopralluoghi presso le strutture sanitarie del Polo «C» ed, in specie, ad Atina, Isola del Liri ed Arpino.

Al fine di accertare quanto riferito nel corso delle audizioni, ci si è recati presso la struttura di Atina superiore. Detta struttura, costituita da un edificio di quattro piani, munita di scala antincendio, è risultata dismessa e pertanto chiusa al pubblico, con varie indicazioni sulla porta d'ingresso circa l'ubicazione dei nuovi servizi sanitari. Sul posto si apprendeva che un'ambulanza medicalizzata del servizio ARES 118 viene attivata per i casi di emergenza trasportando i pazienti presso la struttura di Atina inferiore.

Successivamente la delegazione si è recata presso il nuovo presidio sanitario di Atina inferiore, di recente apertura, ove trovano sede i servizi di primo intervento, la lungodegenza post-acuzie, il CUP, il poliambulatorio, il consultorio pediatrico, l'ufficio igiene, l'ufficio veterinario, l'ufficio medico legale, la medicina di base, il CAD (per l'assistenza domiciliare), gli uffici amministrativi, mentre è risultato in corso di attivazione il servizio di radiologia. Le condizioni igienico sanitarie e strutturali, data la recente realizzazione dell'edificio, sono da ritenersi buone così come la dotazione tecnologica. Il reparto di lungodegenza ha una capacità ricettiva di quindici posti letto, e al momento della visita ospitava undici pazienti. Si è accertata una criticità relativa al personale sanitario. I medici e gli infermieri impiegati risultano di ruolo presso altre strutture sanitarie, coprendo con lavoro straordinario le esigenze di questa struttura. Spesso medici ed infermieri, per coprire le emergenze del posto di primo intervento, si ritrovano ad affidare il reparto all'ausiliario sanitario. Ulteriore criticità è costituita dall'assenza sul luogo di una idonea ambulanza per il trasferimento del malato presso l'ospedale di Sora. In caso di necessità bisogna attendere l'arrivo dell'ambulanza da Atina superiore, gestita dal 118. Al fine di valutare la validità del CUP veniva simulata l'esigenza di prenotare alcuni esami riscontrando che per la mammografia sono necessari 45 giorni circa, per una visita oculistica 3/4 mesi, mentre non era possibile prenotare una ecografia addominale completa poiché, contrariamente alle disposizioni normative vigenti, le liste di attesa risultavano chiuse.

Successivamente la delegazione si spostava ad Isola del Liri, presso quello che diventerà il nuovo presidio sanitario locale. Infatti la struttura di tre piani, di pregio architettonico, risalente agli anni '20, risultava inattiva ed in fase di totale ristrutturazione con consegna prevista per maggio 2008. In tale sede, ampia e ben strutturata verrà collocato l'*hospice* con una capienza di 24 letti. Sarà poi a disposizione un ulteriore piano dell'edificio, già collegato con gli impianti tecnologici, per ulteriori eventuali espansioni.

Sono tuttavia funzionanti, in alcuni locali attigui dedicati, un posto di primo intervento ed una sala prelievi che però non garantiscono pienamente l'idoneità delle condizioni igienico sanitarie e strutturali. Anche in questo caso si è riscontrata l'assenza di un'ambulanza ed una precarietà del personale.

Infine la delegazione si recava presso il presidio sanitario "Santa Croce" di Arpino, ove, in un edificio di quattro piani, trovano sede un reparto di residenza sanitaria assistenziale (RSA), la lungodegenza, una fisioterapia, la radiologia, la sala prelievi, oltre agli uffici amministrativi e della direzione sanitaria.

In tale sede è attualmente collocato in via provvisoria il reparto di lungodegenza del presidio di Isola del Liri. Le condizioni generali rasentano gli *standard* normativi previsti, anche se i locali sono risultati in ordine e ben curati, con personale motivato. Si è avuto modo di constatare la mancanza di idoneo impianto di climatizzazione nel reparto adibito ad RSA; le camere necessitano inoltre di un rinnovo nell'arredamento. Nei reparti di lungodegenza gli standard alberghieri non sono rispettati e le camere non sono dotate di bagno privato. Infatti, vi sono due soli servizi igienici per tutto il piano, distinti per sesso. Sono però presenti i bagni per disabili. Il pavimento, in alcune parti, risulta rappazzato e necessita di sostituzione. La radiologia risulta tecnologicamente obsoleta con un solo apparecchio telecomandato funzionante ed uno fuori uso sostituito da un portatile, pure obsoleto. Entrambi sono risalenti ai primi anni '80. È stato però annunciato un programma di sostituzione in tempi rapidi.

Conclusioni

Come ampiamente evidenziato nella parte introduttiva il Distretto Polo «C» della ASL di Frosinone presenta una situazione assistenziale quali-quantitativa di notevole criticità sia per ciò che riguarda l'offerta di prestazioni e di posti letto sia per ciò che concerne le articolazioni territoriali di assistenza primaria ivi presenti, tenuto conto anche e soprattutto della difficile orografia del territorio in esame.

Si tenga presente che nel 1992, attivi i quattro presidi ospedalieri di Sora, Atina, Arpino ed Isola del Liri, il bacino di utenza era dimensionato su 627 posti letto, contro gli attuali 218, concentrati nel solo complesso ospedaliero di Sora.

Tale razionalizzazione e riconversione dei presidi ospedalieri di Atina, Arpino ed Isola del Liri in presidi sanitari era stata accettata,

come detto, con senso di responsabilità dai Sindaci della zona e dalle popolazioni interessate, nella logica che l'ospedale di Sora assumesse quei requisiti di eccellenza tali da garantire quegli standard assistenziali di eccellenza verso la popolazione residente nel comprensorio che ad oggi non si sono realizzati. Anche la rete dei servizi e dei presidi sul territorio si è finora sviluppata in modo insufficiente all'interno del Polo «C» generando insoddisfazione nell'utenza e comportando una ingente mobilità passiva, tale da comportare una cospicua voce di costo nel bilancio aziendale, che versa in una costante situazione di disavanzo gestionale (2004: -112/mil; 2005: -91/mil; 2006: -57/mil).

Situazioni di carenza di organici e ritardi quale quello della mancata apertura del reparto di rianimazione o il precario funzionamento del Pronto soccorso dell'ospedale di Sora, sono da stigmatizzare perché rappresentano potenziali elementi di pericolo per la tutela della salute dei cittadini del comprensorio. Le criticità emerse in ordine a possibili situazioni di emergenza destano forte preoccupazione a fronte dell'offerta assistenziale in essere, ove il ricorso ai cosiddetti «punti di primo soccorso», spesso non accompagnati dalla presenza dell'ambulanza dell'ARES 118 e dotati di professionalità a volte inadeguate, non garantiscono di certo quei requisiti minimi necessari per le situazioni di emergenza.

Al riguardo, la Commissione, nel condividere le preoccupazioni dei soggetti auditi, ed auspicando a breve l'adozione di un progetto di riorganizzazione complessiva del servizio sanitario del comprensorio, ritiene di far proprie le richieste formulate dalla Conferenza dei Sindaci delle zone del Polo «C» della ASL di Frosinone invitando, entro novanta giorni, per quanto di propria competenza, l'Assessore alla salute della regione Lazio ed il Direttore generale della ASL di Frosinone a voler riferire di persona o per iscritto, circa le seguenti problematiche:

1) tempistica circa l'urgente attivazione delle unità operative già previste nel precedente atto aziendale e ad oggi non ancora attive ed in particolare:

- unità di rianimazione;
- n. 6 posti/letto di osservazione breve presso il pronto soccorso;
- unità di radioterapia.

2) incremento dei posti letto parametrati sulla base della popolazione residente nei 27 comuni ricompresi nel Distretto «C» (da 2,1 p/l x 1.000 abitanti attuali, ad almeno 3,0 p/l x 1.000 abitanti);

3) completamento delle procedure concorsuali, da tempo avviate, per la nomina di alcuni dirigenti delle unità operative;

4) potenziamento del polo oncologico con la istituzione nel presidio ospedaliero di Sora di almeno una UOC e di altre semplici che, completando il dipartimento di oncologia, permettano la presa in carico totale dei pazienti neoplastici locali;

5) istituzione del distretto montano di Atina;

6) avvio, in tempi rapidi, dei lavori di costruzione dell'eliporto del presidio di Sora;

7) definizione dell'*hospice* di Isola del Liri come UOC, come previsto dal precedente atto aziendale;

8) potenziamento dei posti di lungodegenza e RSA presso il presidio di Arpino;

9) mantenimento riabilitazione post-acuzie, lungodegenza e primo soccorso presso l'ospedale di Atina, nel rispetto della programmazione regionale;

10) attivazione del centro prelievi presso il comune di Monte San Giovanni Campano, potenziamento del poliambulatorio e consultorio.

«Fondazione Gaetano e Piera Borghi» di Brebbia

Programma del sopralluogo ed audizioni

23 luglio 2007

Sopralluogo presso la «Fondazione Gaetano e Piera Borghi», a Brebbia, in provincia di Varese, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bosone, Carrara e Monacelli.

dott. Motta ed il dott. Minora, periti di parte

dott. Roberto Giani, direttore sanitario della struttura

sig.ra Iolanda e sig. Gerardo Trotta, genitori di Antonio Trotta

dott. Pierpaolo Cassarà, avvocato signor Trotta

dott.ssa Claudia Cervelli, in rappresentanza della Fondazione Morosini

dott. Maurizio Grigo, procuratore della Repubblica di Varese

Il testo della relazione su tale sopralluogo, approvato nella seduta n. 56 del 17 ottobre 2007, è coperto da segreto ai sensi dell'articolo 13, comma 1 del Regolamento.

Casa di cura «San Raffaele» di Cassino

Programma del sopralluogo ed audizioni

20 novembre 2007

Sopralluogo presso la Casa di cura «San Raffaele», a Cassino, in provincia di Frosinone, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bodini, Bosone, Cursi e Monacelli.

Audizioni

prof. Massimo Fini, coordinatore scientifico del Gruppo Tosinvest sanità e Direttore scientifico dell'ospedale «San Raffaele Pisana»

dott. Marco Sarà, primario dell'unità di risveglio del «San Raffaele» di Cassino

dott. Francesco Cipolla, responsabile della lungodegenza medica

prof. Giorgio Albertini, responsabile scientifico del «San Raffaele» di Cassino

dott.ssa Marina Violo, Direttore operativo ed amministrativo del «San Raffaele» di Cassino

Relazione approvata dalla Commissione

In data 20 novembre 2007, una delegazione della Commissione, composta dal Presidente Tomassini e dai senatori Bodini, Bosone, Cursi e Monacelli, nell'ambito dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali, ha effettuato un sopralluogo presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino (FR). La visita ispettiva è stata determinata anche da notizie stampa che riportavano il risveglio di tre pazienti, da anni in stato vegetativo, ricoverati nella struttura sanitaria in argomento.

La casa di cura «San Raffaele» di Cassino è una delle strutture ospedaliere gestite dalla «Tosinvest Sanità», azienda che opera nel settore della riabilitazione e della ricerca nel panorama della sanità nazionale convenzionata, le cui principali finalità sono la riabilitazione e la medicina interna. Al fine di rispondere alle esigenze sempre più specifiche dell'utenza, è stata realizzata anche una unità per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, a cui è stato conferito un premio di eccellenza dall'Agenzia di sanità pubblica della regione Lazio.

La casa di cura «San Raffaele» è una struttura dedicata alla riabilitazione motoria e sensoriale con un approccio multidisciplinare centrato sulla persona. La connotazione principale della struttura risiede nel fatto che in essa si realizzano le varie tappe del complesso *setting* riabilitativo, partendo dalle prestazioni di tipo ambulatoriale e risalendo, attraverso l'offerta di *day hospital*, ricovero per degenza dedicata alla riabilitazione e ricovero presso strutture dedicate all'alta intensità di intervento, tutte le

tappe che può richiedere un processo di recupero, sia nell'età evolutiva che nell'adulto e nell'anziano.

Inoltre, il «San Raffaele» offre l'opportunità di soddisfare anche alcune fondamentali istanze diagnostiche, fornendo risposte in ambito di neurofisiopatologia, radiologia, laboratorio analisi, cardiologia, otorinolaringoiatria, oculistica, dermatologia, neurologia, ortopedia, etc., che trovano all'interno della struttura dotazioni strumentali e di personale qualificato in grado di soddisfare tutte le principali richieste diagnostiche della medicina riabilitativa.

La Casa di cura ha una capacità ricettiva pari a 300 posti letto di cui 140 di riabilitazione (70 posti letto di riabilitazione ordinaria, 58 posti letto dedicati al *day hospital* riabilitativo adulti e 12 posti letto dedicati all'età evolutiva), 100 posti letto di lungodegenza medica (su cui vengono erogate anche prestazioni di riabilitazione speciale - Delibera di Giunta regionale n. 713/2000), 20 posti letto di riabilitazione ad alta intensità (RAI), 20 posti letto di lungodegenza ad alta intensità (LAI) e 20 posti letto di RSA funzionalmente collegati alle unità di RAI e LAI, diagnostica per immagini e di laboratorio.

Il «San Raffaele» di Cassino ha ottenuto la certificazione UNI EN ISO 9001 2000, da parte dell'ente di certificazione CSQ per le attività di: erogazione di prestazioni sanitarie di diagnosi e cura in regime di degenza e *day hospital* di riabilitazione neuromotoria, riabilitazione intensiva, lungodegenza, RSA.

È autorizzata e accreditata con il Servizio sanitario nazionale con delibere della Giunta regionale della regione Lazio n. 4489/98 e n. 161 del 14 febbraio 2005 per la RAI e la LAI. La gestione del «San Raffaele» è demandata ad un Direttore operativo e ad un Direttore sanitario. La struttura è organizzata in 6 unità operative che operano nell'ambito dei dipartimenti comuni all'IRCCS «San Raffaele Pisana».

Nel corso del sopralluogo sono stati ispezionati i seguenti reparti della Casa di cura ed è stata constatata una buona organizzazione del lavoro e buone condizioni igienico-sanitarie:

- Riabilitazione neuromotoria ed ortopedica;
- Riabilitazione pediatrica in regime *day hospital*;
- Unità operativa di riabilitazione ad alta intensità;
- Lungodegenza in assistenza intensiva;
- Residenza sanitaria assistita;
- Lungodegenza medica post-acuzie.

Inoltre, la Casa di cura è convenzionata con:

Università degli Studi di Roma «Tor Vergata» per lo svolgimento del corso di laurea in fisioterapia e scienze infermieristiche;

Università degli Studi di Roma «Tor Vergata» per la scuola di specializzazione in igiene e medicina preventiva;

Università degli Studi di Roma «La Sapienza» per il corso di laurea in scienze infermieristiche - fisioterapia - tecnico di radiologia - logopedia;

Seconda Università degli Studi di Napoli per il corso di laurea in psicologia;

Campus Biomedico per la scuola di specializzazione in neurologia.

Durante le audizioni, tenutesi al termine del sopralluogo, il coordinatore scientifico del Gruppo Tosinvest Sanità e direttore scientifico dell'ospedale «San Raffaele Pisana», professor Massimo Fini, dopo aver ricordato la nascita nel 2001 del reparto dedicato all'assistenza dei pazienti da coma neurovegetativi, ha evidenziato che è in corso il riconoscimento come Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). Inoltre, è stata prospettata la creazione di una sorta di rete che raggruppi istituti che si contraddistinguono per trattare tali tipi di pazienti: ai cinque IRCCS promotori se ne sono aggiunti altri otto che hanno aderito a tale iniziativa per la quale è in corso di redazione l'apposito statuto.

Dopo aver posto in risalto alcuni punti critici, rappresentati dall'esigenza di dotarsi di strumenti diagnostici condivisi e di identificare, con un registro *ad hoc*, i pazienti in stato neurovegetativo ed alcuni obiettivi che si concentrano soprattutto nel rafforzamento della ricerca clinica e della continuità assistenziale, ha precisato che la particolare posizione geografica del centro presso Cassino incide sulla provenienza dei pazienti da parte di diverse regioni.

Il primario dell'unità di risveglio del «San Raffaele» di Cassino, dottor Marco Sarà, si è soffermato sui criteri di accesso e sulla formazione delle liste d'attesa: in particolare, tra i parametri seguiti ha annoverato l'impossibilità di svolgere visite presso la struttura inviante, la permanenza da almeno sette giorni del paziente in un reparto di rianimazione, nonché la presenza di un coma classificato tra quelli con più alto indice di gravità. Tra i requisiti per le liste d'attesa non ha, a suo avviso, grande rilievo l'età, in quanto alla luce dell'esperienza si è verificato che anche pazienti ultraquarantenni abbiano fatto registrare progressi e recuperi. Infine, ha sottolineato come in generale il numero dei pazienti che sono assistiti appare in aumento.

Il responsabile della lungodegenza medica, dottor Francesco Cipolla, dopo aver svolto alcune considerazioni sulla difficoltà di una esatta distinzione e definizione di coma irreversibile, stato neurovegetativo e stato di coscienza, ha fatto presente che la regione Lazio ha elaborato delle scale di valutazione allo scopo di decidere la congruità del ricovero, sebbene l'esperienza pratica abbia dimostrato che tali parametri non vanno seguiti con eccessiva rigidità.

Il responsabile scientifico del «San Raffaele» di Cassino, professor Giorgio Albertini, ha posto l'accento sulla prospettiva che questo istituto, come altri analoghi, riesca a coniugare l'esigenza dei pazienti adulti con quelli pediatrici ed ha riferito su alcune proposte di ricerca come i centri di transizione, che sono utili in vista del passaggio dalla lungodegenza al-

l'assistenza domiciliare e per un maggior coinvolgimento dei familiari. Anche sistemi di telemedicina e visite in videoconferenza si rivelano come strumenti sempre più efficaci per la creazione di vere e proprie strutture virtuali che, in sinergia con quelle reali, contribuiscono a migliorare l'offerta e l'organizzazione assistenziale.

Il direttore operativo ed amministrativo del «San Raffaele» di Casinò, dottoressa Marina Violo, dopo aver fatto presente che la struttura presenta un equilibrio finanziario, ha fornito alcuni dati sui costi della degenza che, in particolare, ammontano a circa 400 euro giornalieri, in gran parte destinati al personale la cui formazione professionale deve essere necessariamente elevata.

Conclusioni

Nell'ambito dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali avviata dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale sono state inviate, in data 15 maggio 2007, alle Regioni, schede sotto forma di questionari, con l'esigenza di acquisire alcuni dati utili.

La raccolta dei dati avrebbe dovuto consentire la definizione del tipo di risposta offerta alle situazioni di coma vegetativi, oltre che all'assistenza domiciliare, sui pazienti affetti da patologie neurovegetative, demenze e fasi terminali di malattia, nelle diverse realtà regionali.

Nell'ambito dei questionari sono stati indagati sia gli aspetti generali (concernenti il fabbisogno stimato dei posti letto dedicati ai pazienti, la presenza di linee guida riguardanti l'assistenza ai pazienti e l'anno della loro approvazione, i pazienti degenti in strutture ospedaliere, i pazienti degenti in strutture convenzionate dedicate e quelli degenti in altre strutture); sia gli aspetti organizzativi, con domande su: numero delle strutture dedicate ai pazienti, numero di unità operative dedicate, il totale di posti letto/100 mila abitanti.

In una terza sezione dei questionari si indagava quali fossero gli *standard* assistenziali minimi, riferiti al numero di ore di prestazione sanitaria domiciliare per paziente/*die*, e numero di ore di assistenza domiciliare per paziente/*die*.

La sezione quarta era dedicata agli aspetti economici, con domande sui costi per paziente/anno nelle varie modalità assistenziali: ospedalizzazione, R.S.A., domiciliarizzazione e strutture dedicate, oltre che il costo medio paziente/*die*.

Le Regioni che hanno aderito, rispondendo ai questionari, sono elencate nell'allegato 1.

Le altre Regioni, nonostante vari solleciti, non hanno ad oggi dato risposta.

Le Regioni più «virtuose», cioè quelle che hanno risposto prontamente sono state: provincia autonoma di Bolzano (27 giugno), Molise (2 luglio), Lombardia (6 luglio), Valle d'Aosta (6 Luglio), Marche (21 lu-

glio), provincia autonoma di Trento (30 luglio), le meno «virtuose» Piemonte (14 settembre), Basilicata (25 settembre).

Il nord Italia ha aderito quasi nella totalità (anche se mancano Regioni «importanti» come il Veneto), dal centro Italia, sud Italia e Isole le risposte sono pervenute soltanto da due Regioni.

Dalle risposte pervenute è emersa una notevole difficoltà di aggregazione dei dati dovuta alla frammentazione, parzialità e incompletezza delle informazioni.

In considerazione dell'estrema differenziazione rilevata tra le Regioni, sono stati condotti alcuni sopralluoghi a campione (Sassari, Casa di cura di Brebbia) in diverse aree del Paese a seguito o di segnalazioni ovvero di notizie apparse sulla stampa.

In questo ambito si è inserito il sopralluogo effettuato, presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino, che ha registrato la totale validità di una struttura, dedicata alla riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, alla riabilitazione motoria e sensoriale con un approccio multidisciplinare centrato sulla persona.

Il notevole livello qualitativo espresso dalla struttura è rafforzato dalla presenza di un complesso di tappe (prestazioni ambulatoriali - *day hospital* - ricovero per degenza riabilitativa - ricovero ad alta intensità di intervento) richieste nei vari processi di recupero. La capacità recettiva della struttura complessivamente pari a 300 posti letto le consente di ricevere utenza proveniente anche dalle regioni vicine.

Il principio ispiratore della organizzazione della struttura cioè quello della «filiera» del paziente da recuperare, dagli stadi sub-acuti della patologia fino alla residenza assistita, passando attraverso i vari gradi della assistenza riabilitativa, costituisce sicuramente un esempio positivo al quale deve guardare il sistema sanitario nazionale.

Lo spostamento dell'attenzione della spesa sanitaria dal paziente acuto al paziente cronico richiede sicuramente più strutture adeguate a ricevere e a curare diverse patologie «lungodegenziali» fra le quali anche i coma neurovegetativi.

C'è anche la necessità di adeguare le politiche tariffarie per far fronte in modo dignitoso a pazienti che non devono essere soltanto ospitati, ma anche opportunamente curati, con crescente professionalità e per tempi da considerare sempre più lunghi anche in conseguenza dei progressi tecnico-scientifici.

Valutando i questionari e l'esperienza di Cassino si può notare come l'ospedalizzazione domiciliare, pur inserita nell'ambito dello stesso *budget* dedicato al paziente con patologia cronica, costituisce un momento di completa discontinuità assistenziale rispetto al ricovero nelle strutture dedicate. Si ritiene che tale discontinuità debba essere recuperata reinserendo anche l'ospedalizzazione domiciliare tra le competenze fornite dalla struttura di ricovero, ove il paziente è stato, magari, ospitato, conosciuto, seguito per diversi mesi.

In questa ottica il bilanciamento tra i costi e la qualità dell'assistenza a questa tipologia di pazienti è un tema aperto per non avere attivato strut-

ture male organizzate o improvvisate che rendono un cattivo servizio alla comunità pur impiegando risorse pubbliche.

Sulla base di queste considerazioni, il centro di Cassino è sembrato veramente un esempio straordinario dal quale la Commissione è rimasta positivamente colpita.

Le strutture sono, come indica la relazione tecnica, di alta qualità; le attrezzature moderne, adeguate ed in numero proporzionato e sufficiente alle necessità.

Le professionalità sono di sicura eccellenza tanto che sono veramente edificanti i casi che riescono ad essere riportati e riaffidati ad una vita sociale, possibile in percentuale significativa, e restituiti alla famiglia.

L'organizzazione complessiva tra le varie fasi di riabilitazione, a seconda della intensità richiesta, consente l'utilizzo ottimale del personale e quindi un contenimento di costi; tuttavia, tale contenimento dei costi appare non sufficientemente sostenuto dalla remunerazione assegnata dalla Regione, soprattutto se confrontata con i livelli di altre Regioni; in tal senso, l'equilibrio di bilancio ha del miracoloso.

Si sottolineano anche le attività di supporto collaterali che rendono questa struttura paragonabile ai più alti livelli europei ed internazionali.

La continuità di cure che si crea all'interno dell'istituzione ed il rapporto con la rete territoriale è veramente esemplare; si è evidenziata inoltre una inclinazione ad una ricerca clinica continua ed a progetti obiettivi sperimentali di cura di grande efficacia.

Quindi la struttura di Cassino appare un importante prototipo da replicare e diffondere anche in altre regioni e si ritiene che potrebbe essere utile attribuire alla medesima la qualifica di «Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico».

Il rapporto qualità-costo offerto dalla Casa di cura «San Raffaele» di Cassino rappresenta un ottimo esempio di funzionalità ed efficienza verso cui dovrebbe guardare con attenzione l'intero Servizio sanitario nazionale al fine di poter disporre sull'intero territorio nazionale di una omogeneità di linee guida ed offerta di risposte che ad oggi appare inadeguata o del tutto disomogenea, come emerge da una valutazione anche solo qualitativa dei questionari inviati dalle Regioni collaboranti.

QUESTIONARI COMA VEGETATIVI

**TABELLA RIASSUNTIVA DELLE REGIONI CHE HANNO ADERITO
DATA 5/2/2008**

1	ABRUZZO	
2	BASILICATA	Si
3	CALABRIA	
4	CAMPANIA	
5	EMILIA-ROMAGNA	Si
6	FRIULI-VENEZIA GIULIA	
7	LAZIO	
8	LIGURIA	Si
9	LOMBARDIA	Si
10	MARCHE	Si
11	MOLISE	Si
12	PIEMONTE	Si
13	PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	Si
14	PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	Si
15	PUGLIA	
16	SARDEGNA	Si
17	SICILIA	
18	TOSCANA	
19	UMBRIA	
20	VALLE D'AOSTA	Si
21	VENETO	

ALLEGATO II

TABELLE

**QUESTIONARIO 1
PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO**

TABELLA N. 1: ASPETTI GENERALI

Regione	Fabbisogno stimato PL pz. in SV (al 31/12/2006)	Linee Guida su assistenza pz. in SV	Anno approvazione Linee Guida	Totale pz. (al 31/12/2006)
Abruzzo	NR			
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Calabria	NR			
Campania	NR			
Emilia Romagna	600*	SI	1999 e 2004 e 2005	-
Friuli -V. Giulia	NR			
Lazio	NR			
Liguria	80	NO		-
Lombardia	-	-	-	671#
Marche	30 (URI) + 60 (UCP)	SI	1999	80
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Piemonte	ND	NO		210
Provincia di Bolzano	30	SI	2005	30
Provincia di Trento	10 ulteriori	NO		112
Puglia	NR			
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Sicilia	NR			
Toscana	NR			
Umbria	NR			
Valle d'Aosta	6 PL in UAP da attivarsi nel 2007	NO		15
Veneto	NR			

* Con la delibera di Giunta regionale n. 2068/04 «Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravi disabilità acquisite. Prime indicazioni», è stata stimata una prevalenza di pz. con gravissima disabilità acquisita, per i quali è da prevedere assistenza in regime residenziale in unità dedicate, di 4-5/100.000 ab., pari a circa 600 soggetti in tutta la regione Emilia-Romagna (Documento della Commissione sullo Stato Vegetativo del Ministero della salute).

durante l'anno 2006 dalle Unità Operative di Riabilitazione specialistica degli ospedali lombardi sono stati dimessi, vivi o deceduti, n. 671 pz. con sindrome *post-comatosa* caratterizzata da un punteggio Glasgow Coma Scale < 13. Tali pz. hanno utilizzato 42.308 giornate di degenza, pari a circa 116 letti equivalenti (numero giornate /365).

**QUESTIONARIO 1
PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO**

**TABELLA N. 2: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN STRUTTURE OSPEDALIERE**

Regione	Pz. degenti in Strutture Ospedaliere	Pazienti degenti in strutture ospedaliere				
		Degenti in U.O. di terapia intensiva/rianim.	Degenti in U.O. di terapia sub intensiva	Degenti in U.G.C.	Degenti in U.O. di riabilitazione	Degenti in altre U.O.
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia Romagna	189*	189	-	14	137	38
Friuli-V.Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	60	8	8	-	-	6
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	12 presenti al 30/06/06	ND	ND	ND	12 al 30/06/06	1 al 30/06/06
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	38	32	-	-	-
Provincia di Bolzano	25	/	/	25	2	5 a domicilio
Provincia di Trento	4	-	-	-	-	-
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	6	6	4	/	-	-
Veneto	NR					

*189 pazienti in Stato Vegetativo (dati del Registro Regionale Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GRACER) – Periodo Maggio 2004-Settembre 2005): Criteri di selezione utilizzati: Disability Rating Scale (DRS) compresa tra 22 e 29 inclusi (22-24= stato vegetativo; 25-29= stato vegetativo grave) e Level of Cognitive Functioning (LCF)= 1-2-3.

**QUESTIONARIO 1
PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO**

**TABELLA N. 3: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN ALTRE STRUTTURE**

Regione	Pazienti degenti in altre strutture				
	Degenti in strutture convenzionate dedicate (Unità Comi, Unità Risveglio)	Degenti in RSA	Strutture non convenzionate	Altro	Assistenza Domiciliare Integrata
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia Romagna	30*	232**	-	-	103
Friuli-V.Giulia	NR				
Lazio	NR				
Liguria	18	8	-	-	12
Lombardia	-	319	60	23 (riabilitazione extraospedaliere)	-
Marche	30 (URI) + 60 (UCP)	ND	ND	-	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	51	50	/	-	49
Provincia di Bolzano	15	10	/	/	5
Provincia di Trento	-	96	-	-	12
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	7 (strutture extra territoriale regionale)	6	-	-	1
Veneto	NR				

* 30 pazienti in Stato Vegetativo presso la Casa dei Risvegli della Azienda USL di Bologna nel periodo Marzo 2005-Maggio 2007.

** 232 pazienti al 31/12/2006 risultavano ospitati in nuclei o posti dedicati presenti in RSA per anziani o disabili o in altre strutture private di lungodegenza dedicate all'assistenza a lungo termine dei pazienti definiti «con gravissima disabilità acquisita» tra cui sono compresi anche i pazienti in stato vegetativo. Per queste strutture è in fase di completamento un processo di riorganizzazione che precede l'adozione di specifici criteri e *standard* organizzativi e strutturali ai sensi della delibera di Giunta regionale n. 2068/04.

**QUESTIONARIO 1
PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO**

TABELLA N. 4: ASPETTI ORGANIZZATIVI

Regione	Numero strutture dedicate a pz. in SV	Numero U.O. dedicate a pz. in SV	Tot. PL/100mila ab.
Abruzzo	NR		
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione		
Calabria	NR		
Campania	NR		
Emilia Romagna	Nessuna*	Nessuna*	-
Friuli-V.Giulia	NR		
Lazio	NR		
Liguria	2	-	1,12
Lombardia	Nessuna #	Nessuna #	-
Marche	1 (URI) + 3 (UCP)	1 (URI) + 3 (UCP)	6
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione		
Piemonte	3	/	/
Provincia di Bolzano	/	/	30/486.000
Provincia di Trento	2	-	3,98/100.000 ab.
Puglia	NR		
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione		
Sicilia	NR		
Toscana	NR		
Umbria	NR		
Valle d'Aosta	1 UAP prevista nel 2007	1 UAP prevista nel 2007 per 6	-
Veneto	NR		

* non esistono strutture esclusivamente dedicate ai pz. in condizioni di SV, ad eccezione della Casa dei Risvegli della Azienda USL di Bologna, che al momento rappresenta una struttura oggetto di sperimentazione. Tuttavia in accordo alle indicazioni della delibera di Giunta regionale n.2068/2004 e delibera di Giunta regionale n.2125/2005 è stata definita la rete delle strutture ospedaliere e residenziali con posti letto dedicati anche a pz in SV.

Non ci sono in Lombardia strutture ospedaliere o Unità Operative ospedaliere dedicate ai pz. in stato vegetativo.

**QUESTIONARIO 1
PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO**

TABELLA N. 5: STANDARD ASSISTENZIALI MINIMI

Regione	N° ore prestazione sanitaria domiciliare pz./die	Prestazione sanitaria domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die	N° ore assistenza domiciliare pz./die	Assistenza domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia-Romagna	in base piano personalizzato	SI	7 giorni su 7	in base piano personalizzato	SI	in base piano personalizzato
Friuli-V.Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	-	SI	45 minuti	1,5-2 h /die	SI	1 h
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	ND	ND	-	-	-	-
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	4 h	SI	Non standardizzato	Non standardizzato	SI	Non standardizzato
Provincia di Trento	1 h	SI	1 h	ND	ND	ND
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	-	SI	2	-	SI	4
Veneto	NR					

**QUESTIONARIO 1
PAZIENTI IN CONDIZIONI DI STATO VEGETATIVO**

TABELLA N. 6: ASPETTI ECONOMICI

Regione	Costo per paziente/die nelle varie modalità assistenziali				Costo medio pz./die
	Ospedalizzazione	RSA	Domiciliarizzazione	Strutture dedicate	
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia-Romagna	*	176 €**	60 €***	-	-
Friuli-V.Giulia	NR				
Lazio					
Liguria	380 €	103 €	95 €	240 €	204 €
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	In base a durata ricovero e a DRG	70-130 € tariffa media giornaliera	ND	465,30 € URI 247,70 € UCP Tariffa giornaliera nel 2005	-
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	-	135 - 160 €	-	265 €	-
Provincia di Bolzano	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	230 €
Provincia di Trento	-	70 €	-	-	-
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	-	147,50 €	-	184 € in UAP nel 2007	-
Veneto	NR				

* Tariffa Hub rete GRACER = U.G.C. presso l'Azienda Ospedaliera Università di Ferrara = 406,28€/die; Tariffa codice 75 centro H/S rete GRACER = 338,64€/die; Tariffa codice 56 rete GRACER = 229,53€/die; Tariffa Casa dei risvegli = 450€/die (delibera di Giunta regionale 2126/2005).

** Sono attualmente in corso di definizione indicazioni tariffarie per i ricoveri residenziali a lungo termine nella fase degli esiti ai sensi della delibera di Giunta regionale 2068/04 per i quali si ipotizza una tariffa di Euro 176 (195 in casi di particolare complessità), al netto delle spese per le attività diagnostiche, per le visite specialistiche e per le dotazioni relative alla ventilazione assistita, poiché si prevede che di norma tali prestazioni siano assicurate direttamente dalle Aziende USL, in analogia a quanto garantito ai pz. a domicilio.

*** Per quanto riguarda gli aspetti economici non è disponibile, a livello regionale, il costo giornaliero dell'assistenza domiciliare per le tipologie di pz. presi in esame. È però possibile quantificare il costo medio per accesso per i pz. seguiti in assistenza domiciliare, a prescindere dalla tipologia e dal livello di intensità assistenziale, che è pari a 60' circa. Si ribadisce che la cifra indicata non è rappresentativa dell'onere effettivamente sostenuto per i pz. in esame.

LEGENDA

- : risposta non fornita

ND: dato non disponibile

NR: Non Rispondente (Regione che non ha risposto ai questionari)

U.R.I.: Unità di Risveglio

U.C.P.: Unità Comi Persistenti

U.G.C.: Unità Gravi Cerebrolesioni

U.G.I.R. : Unità Gravi Insufficienze Respiratorie

U.A.P.: Unità di Assistenza Prolungata

U.O.: Unità Operativa

SV: Stato Vegetativo

PL: Posti Letto

Ab. : Abitanti

Pz. : Paziente

***, **, ***:** Approfondimenti Regione Emilia Romagna

#: Approfondimenti Regione Lombardia

^: Approfondimenti Regione Marche

°: Approfondimenti Regione Valle D'Aosta

**QUESTIONARIO 2
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE AD
ANDAMENTO SUB ACUTO E CRONICO**

**TABELLA N. 1: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE**

Regione	Fabbisogno stimato PL pz. con patologie neurodegenerative ad andamento sub acuto e cronico (al 31/12/2006)	Linee Guida su assistenza pz. con patologie neurodegenerative ad andamento sub acuto e cronico	Anno approvazione e Linee Guida	Totale pz. affetti da patologie neurodegenerative (al 31/12/2006)
Abruzzo	NR			
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Calabria	NR			
Campania	NR			
Emilia Romagna	9,8/100.000 ab.*	SI	1999 e 2004	6.524 dimessi
Friuli-V.Giulia	NR			
Lazio	NR			
Liguria	112	NO		224
Lombardia	-	-	-	13.173 dimessi #
Marche	20 PL UGIR^	NO		152 dimessi
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Piemonte	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	10	SI	2004	10
Provincia di Trento	-	NO		341
Puglia	NR			
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Sicilia	NR			
Toscana	NR			
Umbria	NR			
Valle d'Aosta	-	NO		200
Veneto	NR			

* 9,8/100.000 ab. (Criterio di selezione della casistica = Dimessi per DRG 12 Anno 2006 – Banca Dati SDO; Modalità di Calcolo Fabbisogno di posti letto = ((Giornate di degenze / 365) / Popolazione residente)*100.000); 7,8/100.000 abitanti se calcolato sui dimessi per delibera di Giunta regionale 12 residenti in Regione Emilia-Romagna.

^ il PSR 2003-2006 ha previsto l'attivazione di 20 PL UGIR dedicati a questa tipologia di pazienti (ma non solo); nelle Marche sono stimabili circa 60 pazienti con SLA e circa 100 con distrofia.

da tutte le Unità Operative degli ospedali lombardi sono stati dimessi, vivi o deceduti, n. 13.173 pz. affetti da patologie neuro-degenerative ad andamento sub acuto e cronico (codici ICD9: 332-335; in una qualsiasi delle sei diagnosi di dimissione). Tali pz. hanno utilizzato 197.401 giornate di degenza, pari a circa 541 letti equivalenti (numero giornate/365). Di tali pz. n. 6.396 hanno presentato la patologia in diagnosi principale, utilizzando 98.272 giornate di degenza (pari a 269 letti equivalenti). Di essi, n. 92 pz. (pari a 2.759 giornate di degenza) sono stati dimessi da reparti di lungodegenza.

**QUESTIONARIO 2
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE AD
ANDAMENTO SUB ACUTO E CRONICO**

**TABELLA N. 2: ASPETTI GENERALI -
PAZIENTI DEGENTI IN STRUTTURE OSPEDALIERE**

Regione	Pz. degenti in Strutture Ospedaliere	Pazienti degenti in strutture ospedaliere				Pz. degenti in Strutture Sanitarie dedicate alla lungodegenza
		Degenti in U.O. di terapia intensiva / rianim.	Degenti in U.O. di terapia sub intensiva	Degenti in U.O. di riabilitazione	Degenti in altre U.O.	
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia Romagna	6.524*	10 dimessi	-	2.878 dimessi	3.636 dimessi	-
Friuli-V. Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	-	4	6	10	30	-
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	9 ricoverati al 30/06/06	1 al 30/06/06	-	-	8 al 30/06/06	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	/	-	-	-	-	5
Provincia di Trento	17	-	-	5	12	-
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	200	5	200	-	-	-
Veneto	NR					

* 6.524 dimessi con DRG 12 Anno 2006

**QUESTIONARIO 2
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE AD
ANDAMENTO SUB ACUTO E CRONICO**

**TABELLA N. 3: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN ALTRE STRUTTURE**

Regione	Pz. degenti in altre strutture sanitarie	Pazienti degenti in altre strutture			
		Degenti in RSA	Strutture non convenzionate	Altro	Assistenza Domiciliare Integrata
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia Romagna	-	89*	-	-	1.562
Friuli -V. Giulia	NR				
Lazio	NR				
Liguria	-	15	-	-	159
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	20 PL UGIR	-	-	-	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	5	-	-	5	2
Provincia di Trento	298	298	-	-	26
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	-	5	-	10 (microcomunità)	4
Veneto	NR				

* 89 pz. al 31/12/2006 risultavano ospitati in nuclei o posti dedicati presenti in RSA per anziani o disabili dedicati all'assistenza a lungo termine dei pz. definiti «con gravissima disabilità acquisita» tra cui sono compresi anche pz. con esiti di totale non autosufficienza a causa malattie neurologiche. Per queste strutture è in fase di completamento un processo di riorganizzazione che prevede l'adozione di specifici criteri e standard organizzativi e strutturali ai sensi della delibera di Giunta regionale 2068/04.

QUESTIONARIO 2
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE AD
ANDAMENTO SUB ACUTO E CRONICO

TABELLA N. 4: ASPETTI ORGANIZZATIVI

Regione	Numero strutture e/o U.O. dedicate alla lungodegenza ad intensità di cura medio-alta	Numero PL/100mila abitanti
Abruzzo	NR	
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Calabria	NR	
Campania	NR	
Emilia Romagna	-	-
Friuli-V.Giulia	NR	
Lazio	NR	
Liguria	5 (cure intermedie)	7
Lombardia	Nessuna #	-
Marche	3 con PL UGIR	1,3
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Piemonte	-	-
Provincia di Bolzano	2	10/486.000
Provincia di Trento	-	-
Puglia	NR	
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Sicilia	NR	
Toscana	NR	
Umbria	NR	
Valle d'Aosta	2 RSA + 1 reparto ospedaliero (geriatria)	50
Veneto	NR	

Non ci sono in Lombardia strutture ospedaliere o Unità Operative ospedaliere dedicate ai pz. affetti da patologie neurodegenerative ad andamento sub acuto e cronico.

**QUESTIONARIO 2
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE AD
ANDAMENTO SUB ACUTO E CRONICO**

TABELLA N. 5: STANDARD ASSISTENZIALI MINIMI

Regione	N° ore prestazione sanitaria domiciliare pz./die	Prestazione sanitaria domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die	N° ore assistenza domiciliare pz./die	Assistenza domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia-Romagna	in base piano personalizzato	SI	7 giorni su 7	in base piano personalizzato	SI	in base piano personalizzato
Friuli-V.Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	45 min/die	SI	45 min/die	1,5-2 h /die	SI	1 h
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	ND	ND	ND	-	ND	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	4 h	SI	Non standardizzato	Non standardizzato	SI	Non standardizzato
Provincia di Trento	1 h	SI	1 h	ND	ND	ND
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	-	SI	1 h	-	SI	2 h
Veneto	NR					

**QUESTIONARIO 2
PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE AD
ANDAMENTO SUB ACUTO E CRONICO**

TABELLA N. 6: ASPETTI ECONOMICI

Regione	Costo per paziente/die nelle varie modalità assistenziali				Costo medio pz./die
	Ospedalizzazione	RSA	Domiciliarizzazione	Strutture dedicate	
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia-Romagna	Ospedali fascia A: 2.833,8 € Ospedali fascia B: 2.586 €*	176 €**	60 €***	-	-
Friuli-V.Giulia	NR				
Lazio	NR				
Liguria	300 €	103 €	95 €	-	167 €
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	In base a durata ricovero e a DRG	70 -130 € (tariffa media giornaliera)	ND	247,70 € UGIR	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	270 €
Provincia di Trento	-	70 € costo medio PL/die solo quota sanitaria	-	-	-
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	-	147,50 €	-	184 € in UAP nel 2007	-
Veneto	NR				

* tariffa DRG 12 regime ordinario Ospedali di Fascia A: 2.833,8 €; tariffa Ospedali Fascia B: 2.586 € (delibera di Giunta regionale 2126/2005).

** Sono attualmente in corso di definizione indicazioni tariffarie per i ricoveri residenziali a lungo termine nella fase degli esiti ai sensi della delibera di Giunta regionale 2068/04 per i quali si ipotizza una tariffa di Euro 176, al netto delle spese per le attività diagnostiche, per le visite specialistiche e per le dotazioni relative alla ventilazione assistita, poiché si prevede che di norma tali prestazioni siano assicurate direttamente dalle Aziende USL, in analogia a quanto garantito ai pz. a domicilio.

*** Per quanto riguarda gli aspetti economici non è disponibile, a livello regionale, il costo giornaliero dell'assistenza domiciliare per le tipologie di pz. presi in esame. È però possibile quantificare il costo medio per accesso per i pz. seguiti in assistenza domiciliare, a prescindere dalla tipologia e dal livello di intensità assistenziale, che è pari a 60 € circa. La cifra indicata non è rappresentativa dell'onere effettivamente sostenuto per i pz. in esame.

LEGENDA

- : risposta non fornita

ND: dato non disponibile

NR: Non Rispondente (Regione che non ha risposto ai questionari)

U.R.I.: Unità di Risveglio

U.C.P.: Unità Comi Persistenti

U.G.C.: Unità Gravi Cerebrolesioni

U.G.I.R. : Unità Gravi Insufficienze Respiratorie

U.A.P.: Unità di Assistenza Prolungata

U.O.: Unità Operativa

SV: Stato Vegetativo

PL: Posti Letto

Ab. : Abitanti

Pz. : Paziente

***, **, ***:** Approfondimenti Regione Emilia Romagna

#: Approfondimenti Regione Lombardia

^: Approfondimenti Regione Marche

°: Approfondimenti Regione Valle D'Aosta

**QUESTIONARIO 3
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

**TABELLA N. 1: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

Regione	Fabbisogno stimato PL pz. affetti da demenza (al 31/12/2006)	Linee Guida su assistenza pz. affetti da demenza	Anno approvazione Linee Guida	Totale pz. affetti da demenza (al 31/12/2006)
Abruzzo	NR			
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Calabria	NR			
Campania	NR			
Emilia Romagna	4,6/100.000 ab.*	SI	1999	4.532 dimessi
Friuli -V. Giulia	NR			
Lazio	NR			
Liguria	775	SI	2007	25.750
Lombardia	-	-	-	15.050 dimessi#
Marche	Prevalenza stimata 20.000 pz.	NO		2.323 dimessi
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Piemonte	-	NO		-
Provincia di Bolzano	280	In elaborazione	-	4.800
Provincia di Trento	-	NO		1.784
Puglia	NR			
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Sicilia	NR			
Toscana	NR			
Umbria	NR			
Valle d'Aosta	Alzheimer: 11 esistenti (+10 previste nel 2007); strutture psichiatriche: demenze miste	NO	-	670
Veneto	NR			

* 4,6/100.000 abitanti (Criterio di selezione della casistica: Dimessi con Diagnosi principale Codici ICD9-CM= 290 (Stati Psicotici Organici Senili e Presenili) e 331 (Altre Degenerazioni Cerebrali) Anno 2006 – Banca Dati SDO) - 4,4/100.000 abitanti se calcolato sui dimessi per le patologie di cui sopra, residenti in Regione Emilia-Romagna.

sono stati dimessi, vivi o deceduti, n. 15.050 pz. affetti da malattia di Alzheimer (codice ICD9: 331.0) o demenze (codice ICD9: 290) (i codici ICD9 sono stati valutati in una qualsiasi delle sei diagnosi di dimissione). Tali pz. hanno utilizzato 197.507 giornate di degenza, pari a 541 letti equivalenti (numero giornate/365). Di tali pz. n. 3.468 hanno presentato la patologia in diagnosi principale, utilizzando 48.819 giornate di degenza (pari a 134 letti equivalenti).

**QUESTIONARIO 3
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

**TABELLA N. 2: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN STRUTTURE OSPEDALIERE**

Regione	Pazienti degenti in strutture ospedaliere					
	Pz. degenti in Strutture Ospedaliere	Degenti in U.O. di terapia intensiva / rianim.	Degenti in U.O. di terapia sub intensiva	Degenti in U.O. di riabilitazione	Degenti in altre U.O.	Pz. degenti in Strutture Sanitarie dedicate cura demenza
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia Romagna	4.532 Dimessi*	15 dimessi	-	1.108 dimessi	3.409 dimessi	188
Friuli -V. Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	120	-	-	-	Neurologi a- medicina	450
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	95 (presenti al 30/06/06)	ND	ND	3 (presenti al 30/06/06)	92 (presenti al 30/06/06)	3.000
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	476
Provincia di Bolzano	/	-	-	-	-	-
Provincia di Trento	53	-	-	30	23	-
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	597	-	-	-	-	15
Veneto	NR					

* 4.532 dimessi con Codici ICD9 –CM Diagnosi Principale =290 e 331 – Anno 2006

**QUESTIONARIO 3
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

**TABELLA N. 3: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN ALTRE STRUTTURE**

Regione	Pazienti degenti in altre strutture				
	Pz. degenti in altre strutture sanitarie	Degenti in RSA	Strutture non convenzionate	Altro	Assistenza Domiciliare Integrata
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia Romagna	-	-	-	-	6.135
Friuli -V. Giulia	NR				
Lazio	NR				
Liguria	-	2.700	-	-	6.500
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	ND	ND	ND	-	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	1.500	1.500	/	/	1.500
Provincia di Trento	1.678	1.678	-	-	53
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	-	3	-	76 (case di riposo e microcomunità)	3
Veneto	NR				

**QUESTIONARIO 3
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

TABELLA N. 4: ASPETTI ORGANIZZATIVI

Regione	Numero strutture e/o U.O. dedicate ai pz. affetti da demenze	Numero PL/100mila abitanti
Abruzzo	NR	
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Calabria	NR	
Campania	NR	
Emilia Romagna	-	-
Friuli -V. Giulia	NR	
Lazio	NR	
Liguria	30	197
Lombardia	Nessuna #	-
Marche	3 RSA (da 20 PL ciascuna) + 5 centri diurni (da 20 PL ciascuno)	-
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Piemonte	-	0,47
Provincia di Bolzano	RSA in ogni Comune; DH e ambulatori presso medicina interna e geriatria	In fase di rilevazione
Provincia di Trento	In 18 RSA sono presenti PL un nucleo ad alto fabbisogno assistenziale per demenze	34,86 PL/100.000 ab.
Puglia	NR	
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Sicilia	NR	
Toscana	NR	
Umbria	NR	
Valle d'Aosta	2 PL nucleo Alzheimer + UB psichiatria (1 nucleo Alzheimer nel 2007)	11 attivi per Alzheimer + 10 previsti nel 2007
Veneto	NR	

#Non ci sono in Lombardia strutture ospedaliere o Unità Operative ospedaliere dedicate ai pz. affetti da demenze..

**QUESTIONARIO 3
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

TABELLA N. 5: STANDARD ASSISTENZIALI MINIMI

Regione	N° ore prestazione sanitaria domiciliare pz./die	Prestazione sanitaria domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die	N° ore assistenza domiciliare pz./die	Assistenza domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia-Romagna	in base piano personalizzato	SI	7 giorni su 7	in base piano personalizzato	SI	in base piano personalizzato
Friuli-V.Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	15/20 minuti	SI	0,20 h	1 h	SI	3 h
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	ND	-	ND	ND	ND	-
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	Non standardizzato	SI	Non standardizzato	Non standardizzato	SI	Non standardizzato
Provincia di Trento	1 h	SI	1 h	ND	ND	ND
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	1 h	SI	-	2 h	SI	-
Veneto	NR					

**QUESTIONARIO 3
PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZE**

TABELLA N. 6: ASPETTI ECONOMICI

Regione	Costo per paziente/die nelle varie modalità assistenziali				Costo medio pz./die
	Ospedalizzazione	RSA	Domiciliarizzazione	Strutture dedicate	
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia-Romagna	Ospedali fascia A: 2.833,8 € Ospedali fascia B: 2.586 € *	34 €**	60 €***	-	-
Friuli-V.Giulia	NR				
Lazio	NR				
Liguria	270 €	103 €	65 €	-	146 €
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	In base a durata ricovero e a DRG	70-130 €	ND	30-50 € (centri diurni)	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	-	48,5-83,21 €	-	-	-
Provincia di Bolzano	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	120 €
Provincia di Trento	-	70 € costo medio PL/die (solo quota sanitaria)	-	-	-
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	-	147,50 €	-	Nucleo Alzheimer ^o	-
Veneto	NR				

* Tariffa DRG 12 regime ordinario Ospedali di Fascia A: 2.833,8 €; Ospedali di Fascia B: 2.586 € (delibera di Giunta regionale 2126/2005); Tariffa DRG 429 ricoveri in strutture con codice 40 (Strutture Psichiatriche): 170 € a giornata di degenza (delibera di Giunta regionale 2126/2005).

** Oneri a rilievo sanitario per RSA=34€, al netto delle spese sanitarie (ad es. per le attività diagnostiche e le visite specialistiche) che di norma sono assicurate direttamente dalle Aziende USL, nonché degli oneri sociali a carico del cittadino o del Comune.

*** Per quanto riguarda gli aspetti economici non è disponibile, a livello regionale, il costo giornaliero dell'assistenza domiciliare per le tipologie di pz. presi in esame. E' però possibile quantificare il costo medio per accesso per i pz. seguiti in assistenza domiciliare, a prescindere dalla tipologia e dal livello di intensità assistenziale, che è pari a 60€ circa. La cifra indicata non è rappresentativa dell'onere effettivamente sostenuto per i pz. in esame.

° Nucleo residenziale Alzheimer 107,50 € nel 2006, 120,00€ nel 2007

LEGENDA

- : risposta non fornita

ND: dato non disponibile

NR: Non Rispondente (Regione che non ha risposto ai questionari)

U.R.I.: Unità di Risveglio

U.C.P.: Unità Comi Persistenti

U.G.C.: Unità Gravi Cerebrolesioni

U.G.I.R. : Unità Gravi Insufficienze Respiratorie

U.A.P.: Unità di Assistenza Prolungata

U.O.: Unità Operativa

SV: Stato Vegetativo

PL: Posti Letto

Ab. : Abitanti

Pz. : Paziente

***, **, ***:** Approfondimenti Regione Emilia Romagna

#: Approfondimenti Regione Lombardia

^: Approfondimenti Regione Marche

°: Approfondimenti Regione Valle D'Aosta

**QUESTIONARIO 4
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

**TABELLA N. 1: ASPETTI GENERALI -
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

Regione	Fabbisogno stimato PL pz. in stato terminale (al 31/12/2006)	Linee Guida su assistenza pz. terminali	Anno approvazione Linee Guida	Totale pz. terminali (al 31/12/2006)
Abruzzo	NR			
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Calabria	NR			
Campania	NR			
Emilia Romagna	250*	SI	1999 e 2004	12.600**
Friuli -V. Giulia	NR			
Lazio	NR			
Liguria	160	SI	2007	1.200
Lombardia	-	-	-	4.734 dimessi #
Marche	87 PL PSR 2003-2006	NO		ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Piemonte	220	SI	2002	-
Provincia di Bolzano	62	SI	In fase di approvazione	160
Provincia di Trento	3 PL ulteriori	NO		405
Puglia	NR			
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Sicilia	NR			
Toscana	NR			
Umbria	NR			
Valle d'Aosta	10 PL; previsto hospice 2008); 6 PL provvisori UAP nel 2007	SI	2006	360
Veneto	NR			

* in linea con lo standard del Decreto Ministero della salute 22.2.2007, n. 43 G.U. n. 81 del 6.4.2007

** con riferimento ai malati oncologici, in quanto solo in questo settore è disponibile un solido riferimento di esperienza e letteratura

da tutte le Unità Operative di Cure Palliative degli ospedali lombardi sono stati dimessi, vivi o deceduti, n. 4.734 pz.. Tali pz. hanno utilizzato 80.572 giornate di degenza, pari a circa 221 letti equivalenti (numero giornate/365). In Lombardia le Unità Operative di Cure Palliative presso le strutture ospedaliere utilizzano 273 letti.

**QUESTIONARIO 4
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

**TABELLA N. 2: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN STRUTTURE OSPEDALIERE**

Regione	Pz. degenti in Strutture Ospedaliere	Pazienti degenti in strutture ospedaliere		Degenti in altre U.O.		Pz. degenti in Strutture Sanitarie dedicate pz. terminali
		Degenti in U.O. di terapia intensiva / rianim	Degenti in U.O. di terapia sub intensiva	Degenti in altre U.O.	Specificare quali	
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia - Romagna	-	-	-	-	-	2.852
Friuli-V.Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	300	-	10	-	-	160
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	ND	ND	ND	ND	-	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	3.595
Provincia di Bolzano	90	/	/	/	Sezione palliativa in ogni comprensorio	20 (hospice)
Provincia di Trento	24	-	-	24	Med gen, pneum, lungodegenza	5
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	360	/	/	205	Chir gen, urol, pneumo, med gen	/
Veneto	NR					

**QUESTIONARIO 4
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

**TABELLA N. 3: ASPETTI GENERALI –
PAZIENTI DEGENTI IN ALTRE STRUTTURE**

Regione	Pz. degenti in altre strutture sanitarie	Pazienti degenti in altre strutture			
		Degenti in RSA	Strutture non convenzionate	Altro	Assistenza Domiciliare Integrata
Abruzzo		NR			
Basilicata		Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Calabria		NR			
Campania		NR			
Emilia Romagna	-	-	-	-	6.237
Friuli -V. Giulia		NR			
Lazio		NR			
Liguria	-	200	-	-	737
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	ND	ND	ND	-	-
Molise		Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Piemonte	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	/	-	-	-	50
Provincia di Trento	376	138	-	-	238
Puglia		NR			
Sardegna		Risultati forniti per ASL e non per Regione			
Sicilia		NR			
Toscana		NR			
Umbria		NR			
Valle d'Aosta	/	10	-	-	80
Veneto		NR			

**QUESTIONARIO 4
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

TABELLA N. 4: ASPETTI ORGANIZZATIVI

Regione	Numero strutture e/o U.O. dedicate (hospice)	Numero PL/100mila abitanti
Abruzzo	NR	
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Calabria	NR	
Campania	NR	
Emilia Romagna	15 hospice operativi con 185 PL	4,5/100.000 ab.*
Friuli -V. Giulia	NR	
Lazio	NR	
Liguria	9	10
Lombardia	-	-
Marche	2	5,8 X100.000
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Piemonte	4	0,5
Provincia di Bolzano	1 hospice	60/486.000
Provincia di Trento	1	1,2 pl/100.000 ab.
Puglia	NR	
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione	
Sicilia	NR	
Toscana	NR	
Umbria	NR	
Valle d'Aosta	Previsto hospice nel 2008	6 provvisori per 2007 in UAP 10 programmati per 2008
Veneto	NR	

* n° PL/popolazione residente in RER

**QUESTIONARIO 4
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

TABELLA N. 5: STANDARD ASSISTENZIALI MINIMI

Regione	N° ore prestazione sanitaria domiciliare pz./die	Prestazione sanitaria domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die	N° ore assistenza domiciliare pz./die	Assistenza domiciliare sabato e festivi	N° ore pz./die
Abruzzo	NR					
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Calabria	NR					
Campania	NR					
Emilia-Romagna	in base piano personalizzato	SI	7 giorni su 7	in base piano personalizzato	SI	in base piano personalizzato
Friuli-V.Giulia	NR					
Lazio	NR					
Liguria	1 h	SI	1-1,5 h	2 h	SI	2 h
Lombardia	-	-	-	-	-	-
Marche	ND	ND	-	ND	ND	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Piemonte	-	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	3	SI	3	Non standardizzato	SI	Non standardizzato
Provincia di Trento	1,3 h	SI	1,3 h	ND	ND	ND
Puglia	NR					
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione					
Sicilia	NR					
Toscana	NR					
Umbria	NR					
Valle d'Aosta	-	-	-	2 h	SI	1 h
Veneto	NR					

**QUESTIONARIO 4
PAZIENTI IN STATO TERMINALE**

TABELLA N. 6: ASPETTI ECONOMICI

Regione	Costo per paziente/die nelle varie modalità assistenziali				Costo medio pz./die
	Ospedalizzazione	RSA	Domiciliarizzazione	Strutture dedicate	
Abruzzo	NR				
Basilicata	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Calabria	NR				
Campania	NR				
Emilia-Romagna	-	-	60 €*	233 €/die **	-
Friuli-V.Giulia	NR				
Lazio	NR				
Liguria	300 €	103 €	140 €	270 €	203 €
Lombardia	-	-	-	-	-
Marche	In base alla durata e al DRG	70-130 €	ND	ND	ND
Molise	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Piemonte	-	-	-	-	-
Provincia di Bolzano	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	Forfait giornaliero	190 €
Provincia di Trento	-	-	-	-	-
Puglia	NR				
Sardegna	Risultati forniti per ASL e non per Regione				
Sicilia	NR				
Toscana	NR				
Umbria	NR				
Valle d'Aosta	-	147,50 €	-	-	-
Veneto	NR				

* per quanto riguarda gli aspetti economici non è disponibile, a livello regionale, il costo giornaliero dell'assistenza domiciliare per le tipologie di pz. presi in esame. E' però possibile quantificare il costo medio per accesso per i pz. seguiti in assistenza domiciliare, a prescindere dalla tipologia e dal livello di intensità assistenziale, che è pari a 60 € circa. La cifra indicata non è rappresentativa dell'onere effettivamente sostenuto per i pz. in esame.

** 233 € a giornata di degenza in hospice

LEGENDA

- : risposta non fornita

ND: dato non disponibile

NR: Non Rispondente (Regione che non ha risposto ai questionari)

U.R.I.: Unità di Risveglio

U.C.P.: Unità Comi Persistenti

U.G.C.: Unità Gravi Cerebrolesioni

U.G.I.R. : Unità Gravi Insufficienze Respiratorie

U.A.P.: Unità di Assistenza Prolungata

U.O.: Unità Operativa

SV: Stato Vegetativo

PL: Posti Letto

Ab. : Abitanti

Pz. : Paziente

***, **, ***:** Approfondimenti Regione Emilia Romagna

#: Approfondimenti Regione Lombardia

^: Approfondimenti Regione Marche

°: Approfondimenti Regione Valle D'Aosta

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE IN SEDE PLENARIA

15 Novembre 2006	Elezione dei Vice Presidenti e dei Segretari.
12 Dicembre 2006	Esame del Regolamento interno.
19 Dicembre 2006	Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, dottor Serafino Zucchelli.
24 Gennaio 2007	Audizione del capo del Dipartimento della Protezione civile, dottor Guido Bertolaso.
30 Gennaio 2007	Esame del programma dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese. Esame del programma dell'inchiesta sugli aspetti igienico-sanitari e gestionali dei Policlinici universitari e degli altri ospedali di insegnamento. Esame del programma dell'inchiesta sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS). Esame del programma dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali.
31 Gennaio 2007	Audizione del presidente dell'Istituto superiore di sanità, professor Enrico Garaci.
6 Febbraio 2007	Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione del preside della I facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», professor Luigi Frati.
7 Febbraio 2007	Seguito dell'audizione del capo del Dipartimento della Protezione Civile, dottor Guido Bertolaso.
13 Febbraio 2007	Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione del direttore generale dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, dottor Ubaldo Montaguti.
14 Febbraio 2007	Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione del dottor Dino Così e del dottor Tommaso Longhi.
20 Febbraio 2007	Audizione del presidente nazionale della Croce Rossa Italiana, dottor Massimo Barra.

- 21 Febbraio 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, dottor Augusto Battaglia.
- 27 Febbraio 2007 Audizione del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, dottor Nello Martini.
- 28 Febbraio 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione del Rettore dell'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», professor Renato Guarini.
- 6 Marzo 2007 Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 12 febbraio 2007 presso l'ospedale di Vibo Valentia.
- 7 Marzo 2007 Audizione del presidente del Consiglio superiore di sanità, professor Franco Cuccurullo.
- 20 Marzo 2007 Seguito dell'inchiesta sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS): audizione del direttore generale della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, dottor Filippo Palumbo.
- 21 Marzo 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: seguito dell'audizione del Rettore dell'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», professor Renato Guarini.
- 28 Marzo 2007 Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 9 marzo 2007 in provincia di Sassari.
- 3 Aprile 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 9 marzo 2007 in provincia di Sassari.
- 4 Aprile 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 9 marzo 2007 in provincia di Sassari.
- 18 Aprile 2007 Audizione del presidente del Forum nazionale delle Associazioni di nefropatici, trapiantati d'organo e di volontariato, signor Giuseppe Canu.
- 3 Maggio 2007 Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 2 aprile 2007 presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena e l'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma.
Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 13 marzo 2007 presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma.
- 8 Maggio 2007 Audizione dell'assessore alla tutela della salute ed alle politiche sanitarie della Regione Calabria, dottoressa Doris Lo Moro.
- 9 Maggio 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 13 marzo 2007 presso l'Azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma.
- 15 Maggio 2007 Audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Taranto, dottor Mario Barruffa.
Audizione del direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, professoressa Paola Muti.

- 16 Maggio 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: seguito dell'audizione del dottor Tommaso Longhi.
- 17 Maggio 2007 Audizione del direttore scientifico dell'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma, professor Aldo Di Carlo.
Audizione del direttore generale degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma, dottor Marino Nonis.
- 29 Maggio 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 12 febbraio 2007 presso l'ospedale di Vibo Valentia.
- 5 Giugno 2007 Esame del programma dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM).
- 6 Giugno 2007 Esame del programma dell'inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).
- 12 Giugno 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, dottor Augusto Battaglia.
- 13 Giugno 2007 Seguito dell'esame del programma dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM)
Audizione del capo del Dipartimento della Protezione Civile, dottor Guido Bertolaso.
- 19 Giugno 2007 Audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Viterbo, dottor Renzo Petroselli.
- 20 Giugno 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): audizione del presidente nazionale della Federazione delle società medico-scientifiche italiane (FISM), professor Pasquale Spinelli.
- 26 Giugno 2007 Seguito dell'audizione del capo del Dipartimento della Protezione Civile, dottor Guido Bertolaso.
- 27 Giugno 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): audizione del dirigente medico responsabile del settore aggiornamento professionale della sovrintendenza medica generale dell'INAIL, dottor Giuseppe Bonifaci.
- 3 Luglio 2007 Esame dello schema di relazione sui sopralluoghi effettuati il 21 e 22 giugno 2007 presso l'Azienda ospedaliera Villa Sofia CTO e l'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo.
- 4 Luglio 2007 Seguito dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD): audizione del direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, dottor Donato Greco.

- 10 Luglio 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sui sopralluoghi effettuati il 21 e 22 giugno 2007 presso l'Azienda ospedaliera Villa Sofia CTO e l'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo.
- 11 Luglio 2007 Seguito dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese, sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) e sulla Commissione unica sui dispositivi medici (CUD): seguito dell'audizione del direttore del Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute, dottor Donato Greco.
- 17 Luglio 2007 Esame del programma dell'inchiesta in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi.
- 18 Luglio 2007 Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato l'8 maggio 2007 presso l'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma.
- 19 Luglio 2007 Audizione dell'assessore alla sanità della Regione Sicilia, professor Roberto Lagalla, del rettore dell'Università degli Studi di Palermo, professor Giuseppe Silvestri e del preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Palermo, professor Adelfio Elio Cardinale.
- 24 Luglio 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sui sopralluoghi effettuati il 21 e 22 giugno 2007 presso l'Azienda ospedaliera Villa Sofia CTO e l'Azienda ospedaliera universitaria Policlinico «Paolo Giaccone» di Palermo.
- 25 Luglio 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 2 aprile 2007 presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena e l'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma.
- 26 Luglio 2007 Audizioni dei sostituti procuratori della Repubblica di Milano, dottoressa Tiziana Siciliano e dottoressa Grazia Pradella.
Audizione del sostituto procuratore della Repubblica di Perugia, dottor Giuseppe Petrazzini.
- 31 Luglio 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 2 aprile 2007 presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena e l'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma.
Esame dello schema di relazione sui sopralluoghi effettuati il 9 ed il 23 luglio 2007 presso l'Azienda sanitaria locale di Frosinone – Polo «C».
- 1° Agosto 2007 Audizione del direttore generale dell'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma, dottor Luigi D'Elia.
- 2 Agosto 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 2 aprile 2007 presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena e l'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma.
- 19 Settembre 2007 Seguito dell'inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA): audizione del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, dottor Nello Martini.

- 25 Settembre 2007 Seguito dell'inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA): seguito dell'audizione del direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, dottor Nello Martini.
- 26 Settembre 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lazio, dottor Augusto Battaglia.
- 3 Ottobre 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato l'8 maggio 2007 presso l'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni - Addolorata di Roma.
- 11 Ottobre 2007 Audizione dell'assessore alla sanità della Regione Lombardia, dottor Luciano Bresciani, del direttore generale dell'assessorato alla sanità della Regione Lombardia, dottor Carlo Lucchina e del direttore generale dell'ASL Città di Milano, dottor Antonio G. Mobilia.
- 17 Ottobre 2007 Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 23 luglio 2007 presso la «Fondazione Gaetano e Piera Borghi» di Brebbia. Seguito dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali: sui risultati preliminari dei questionari inviati alle Regioni.
- 24 Ottobre 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): audizione del rettore dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e rappresentante della Conferenza dei Rettori delle Università italiane (CRUI), professor Alessandro Finazzi Agrò.
- 6 Novembre 2007 Seguito dell'inchiesta in merito all'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi: audizione del direttore generale del Centro nazionale trapianti, dottor Alessandro Nanni Costa.
- 7 Novembre 2007 Seguito dell'inchiesta sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento: audizione dell'Alto Commissario per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e delle altre forme di illecito nella pubblica amministrazione, dottor Achille Serra.
- 13 Novembre 2007 Audizione del direttore generale dell'ASL Città di Milano, dottor Antonio G. Mobilia.
- 27 novembre 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): audizione del presidente della Federazione nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO), dottor Amedeo Bianco.
- 28 novembre 2007 Seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato l'8 maggio 2007 presso l'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata di Roma.
Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 3 luglio 2007 presso l'Ospedale «Sant'Anna» di Ronciglione (VT).

- 4 dicembre 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): audizione del direttore dell'Ufficio V della Direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie del Ministero della salute, dottoressa Maria Linetti.
- 5 dicembre 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): audizione di alcuni rappresentanti dell'Associazione nazionale Medici Veterinari italiani (A.N.M.V.I.).
- 11 dicembre 2007 Seguito dell'inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA): audizione del presidente dell'Agenzia italiana del farmaco, dottoressa Antonella Cinque.
- 18 dicembre 2007 Seguito dell'inchiesta sull'aggiornamento professionale in sanità in riferimento alla formazione continua (ECM): seguito dell'audizione del direttore dell'Ufficio V della Direzione generale delle risorse umane e professioni sanitarie del Ministero della salute, dottoressa Maria Linetti.
- 20 dicembre 2007 Audizione del direttore scientifico dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, professoressa Paola Muti e del direttore di Oncologia medica A dell'Istituto nazionale tumori Regina Elena di Roma, professor Francesco Cognetti.
- 15 gennaio 2008 Seguito dell'inchiesta sulla verifica e lo sviluppo del settore farmaceutico in Italia e sul ruolo dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA): audizione del presidente di Farmindustria, dottor Sergio Dompè.
- 16 gennaio 2008 Audizione di un oncologo dell'Istituto nazionale dei tumori – Fondazione G. Pascale di Napoli, dottor Antonio Marfella.
- 6 febbraio 2008 Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 20 novembre 2007 presso la Casa di cura «San Raffaele» di Cassino.
Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 1° luglio 2007 presso il «Centro Sicuro» del Comune di Firenze.
- 12 marzo 2008 Esame dello schema di relazione finale sull'attività della Commissione
Esame dello schema di delibera sulla pubblicazione degli atti.

SOPRALLUOGHI EFFETTUATI

- 12 febbraio 2007
- Sopralluogo presso il presidio ospedaliero «G. Jazzolino», a Vibo Valentia, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bodini, Caforio, Emprin Gilardini e Taddei.
Audizione del direttore generale dell'azienda sanitaria, del direttore sanitario dell'ospedale, di un rappresentante dei medici, del responsabile del personale infermieristico e del direttore generale dell'azienda sanitaria nel periodo aprile-agosto 2004.
- 20 febbraio 2007
- Sopralluogo presso l'Azienda Policlinico Umberto I, a Roma, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bodini, Bosone, Caforio, Carrara, Cursi e Emprin Gilardini.
- 9 marzo 2007
- Sopralluogo ad Alghero e Sassari (ospedale di Sassari), con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Allocca, Bosone, Massidda e Monacelli.
Incontro con la sig.ra Maddalena Soro.
Audizioni:
- dott.ssa Nerina Dirindin, assessore Igiene e sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna
 - dott. Bruno Zanaroli, direttore generale ASL/1 Sassari
 - dott. Guido Fellin, direttore sanitario ASL/1 Sassari
 - dott. Antonio Contu, direttore sanitario Ospedale di Sassari
 - dott. Demetrio Vidili, primario del reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Sassari
 - dott. Giuseppe Sechi, responsabile regionale assistenza domiciliare
 - dott. Paolo Piras, sostituto Procuratore della Procura della Repubblica di Sassari
- 13 marzo 2007
- Sopralluogo presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, a Roma, con la presenza del vice Presidente Caforio e dei senatori Bodini e Cursi, accompagnati dal direttore generale, avvocato Francesco Rocca, e dal direttore sanitario, dottoressa Maria Paola Corradi.

- 2 aprile 2007
- Sopralluogo presso l'Istituto nazionale tumori Regina Elena e Istituto Dermatologico S. Maria e S. Gallicano, a Roma, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Binetti e Corsi.
- Audizioni:
- dott. Marino Nonis, direttore generale Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)
 - dott. Giorgio Marianetti, direttore amministrativo Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)
 - dott.ssa Amalia Allocca, direttore sanitario aziendale Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO)
 - prof. Aldo Di Carlo, direttore scientifico ISG
 - delegazione di direttori di dipartimento e primari IRE ed ISG
 - delegazione di organizzazioni sindacali area dirigenza medica e sanitaria
 - delegazione di organizzazioni sindacali comparto sanitario
- 7 maggio 2007
- Sopralluogo presso l'ospedale di Castellaneta, in provincia di Taranto, con la presenza del Presidente Tomassini e del senatore Caforio.
- Audizioni:
- dott. Marco Urigo, direttore generale ASL TA/1
 - dott. Vincenzo Lenti, direttore sanitario ASL TA/1
 - dott. Emanuele Fisicaro, direttore sanitario controllo e gestione ASL TA/1
 - dott. Antonio Scarcia, primario UTIC
 - geom. Ilario Germinaro, responsabile ufficio tecnico dell'ospedale
- 8 maggio 2007
- Sopralluogo presso l'Azienda ospedaliera complesso ospedaliero San Giovanni – Addolorata, a Roma, con la presenza del vice Presidente Caforio e dei senatori Bodini, Corsi e Gramazio, accompagnati dal direttore generale dottor Luigi D'Elia.
- 22 maggio 2007
- Sopralluogo presso l'Istituto nazionale dei tumori – Fondazione G. Pascale, a Napoli, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bodini, Bosone, Caforio e Corsi.
- Audizioni:
- dott. Luigi Mario Santangelo, direttore generale
 - dott. Graziano Olivieri, direttore sanitario
 - dott. Paris La Rocca, direttore amministrativo
 - dott. Aldo Vecchione, direttore scientifico
- 23 maggio 2007
- Sopralluogo presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, a Firenze, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Allocca, Bosone e Scarpetti, accompagnati dal direttore generale, dottor Edoardo Maino, e dal direttore sanitario, dottor Mauro Marabini.

- 11 giugno 2007
- Sopralluogo presso l’Azienda ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi, a Varese, con la presenza del Presidente Tomassini e del senatore Bodini.
- Audizioni:
- dott. Domenico Novara, sostituto Procuratore della Repubblica di Varese
 - architetto Paolo Ciotti, responsabile tecnico dell’ospedale
 - dott.ssa Raffaella Zappatini, sostituto Procuratore della Repubblica di Varese
 - dott. Carlo Pampari, direttore generale dell’Azienda ospedaliera
 - prof. Paolo Cherubini, preside della Facoltà di medicina dell’Università di Insubria
- 21 e 22 giugno 2007
- Sopralluogo presso l’Azienda ospedaliera «Villa Sofia C.T.O.» e l’Azienda ospedaliera universitaria – Policlinico «Paolo Giaccone», a Palermo, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bianconi, Bodini, Bosone, Caforio, Emprin Gilardini, Fazio e Monacelli.
- Audizioni:
- dott. Antonio Bruno, direttore generale Azienda ospedaliera «Villa Sofia»
 - dott. Salvatore Requerez, direttore sanitario Azienda ospedaliera «Villa Sofia»
 - Direttore amministrativo Azienda ospedaliera «Villa Sofia»
 - dott. Giuseppe Pecoraro, direttore generale «Policlinico Giaccone»
 - prof. Gregorio Caimi, direttore sanitario «Policlinico Giaccone»
 - Direttore amministrativo «Policlinico Giaccone»
 - Direttore tecnico «Policlinico Giaccone»
- 1° luglio 2007
- Sopralluogo presso il «Centro Sicuro» del Comune di Firenze con la presenza del Presidente Tomassini e della senatrice Binetti.
- 3 luglio 2007
- Sopralluogo presso l’Ospedale «Sant’Anna» di Ronciglione, in provincia di Viterbo, con la presenza del vice Presidente Massidda e dei senatori Bodini, Carrara e Cursi.
- Audizioni:
- dott. Giuseppe Aloisio, direttore generale ASL di Viterbo
 - dott. Giuseppe Cimarello, direttore di presidio
 - dott. Marco Montanaro, direttore dell’UOC di Ematologia
- 9 luglio 2007
- Sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Sora, in provincia di Frosinone, con la presenza dei senatori Bodini e Cursi.
- Audizioni:
- dott. Giancarlo Zotti, direttore generale ASL di Frosinone
 - dott. Raffaele Ciccarelli, direttore sanitario ASL di Frosinone
 - dott.ssa Antonietta Costantini, direttore amministrativo ASL di Frosinone
 - rappresentanti delle organizzazioni sindacali CGIL, CISL, UIL e UGL
 - rappresentanti del coordinamento provinciale delle associazioni di volontariato
 - rappresentanti del comitato di difesa dell’ospedale di Sora
 - rappresentanza dei sindaci dei Comuni facenti parte del comprensorio del cosiddetto Polo «C» dell’Azienda sanitaria
- 23 luglio 2007
- Sopralluogo presso le strutture sanitarie di Atina, Isola del Liri ed Arpino, con la presenza dei senatori Bodini e Cursi.

23 luglio 2007

Sopralluogo presso la «Fondazione Gaetano e Piera Borghi», a Brebbia, in provincia di Varese, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bosone, Carrara e Monacelli.

Audizioni:

- dott. Motta ed il dott. Minora, periti di parte
- dott. Roberto Giani, direttore sanitario della struttura
- sig.ra Iolanda e sig. Gerardo Trotta, genitori di Antonio Trotta
- dott. Pierpaolo Cassarà, avvocato signor Trotta
- dott.ssa Claudia Cervelli, in rappresentanza della Fondazione Morosini
- dott. Maurizio Grigo, procuratore della Repubblica di Varese

30 ottobre 2007

Sopralluogo presso l'ospedale «Di Summa – Antonio Perrino», a Brindisi, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bodini e Caforio.

Audizioni:

- dott. Giuseppe De Nozza, sostituto procuratore della Repubblica di Brindisi
- dott. Guido Scoditti, direttore generale dell'ASL di Brindisi
- dott. Antonio Montanile, direttore sanitario dell'ospedale «Perrino»
- dott. Antonio Pastore, direttore amministrativo dell'ospedale «Perrino»
- dott. Vincenzo Caretto, primario del reparto di rianimazione
- dott. Antonio Bozzi, primario del reparto di ortopedia

20 novembre 2007

Sopralluogo presso la Casa di cura «San Raffaele», a Cassino, in provincia di Frosinone, con la presenza del Presidente Tomassini e dei senatori Bodini, Bosone, Cursi e Monacelli.

Audizioni:

- prof. Massimo Fini, coordinatore scientifico del Gruppo Tosinvest sanità e direttore scientifico dell'ospedale «San Raffaele Pisana»
- dott. Marco Sarà, primario dell'unità di risveglio del «San Raffaele» di Cassino
- dott. Francesco Cipolla, responsabile della lungodegenza medica
- prof. Giorgio Albertini, responsabile scientifico del «San Raffaele» di Cassino
- dott.ssa Marina Violo, direttore operativo ed amministrativo del «San Raffaele» di Cassino

STAMPA:
Tipografia Print Company S.r.l.
Via T. Edison, 20 - Monterotondo Scalo (RM)
www.printcompany.it



Senato della Repubblica

www.senato.it

Ultime pubblicazioni che raccolgono documentazione di Commissione

1. Commissione speciale in materia di infanzia e minori. La figura istituzionale del difensore del minore.
Atti dell'incontro con i garanti dell'infanzia di Irlanda del Nord e Danimarca e con il Comitato Unicef-Italia, 6 luglio 2004
2. Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani.
Relazione sull'attività svolta nella XIV Legislatura, gennaio 2006
3. Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, aprile 2006
4. Il sistema penitenziario italiano
Relazioni dei sopralluoghi svolti dalla Commissione giustizia in merito al funzionamento del sistema penitenziario nazionale, aprile 2006
5. Dichiarazioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari. Raccolta di contributi forniti dalla commissione igiene e sanità, marzo 2007