



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 10

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

COMUNICAZIONI DEL MINISTRO DELLA SALUTE LIVIA
TURCO SUL GRAVE EPISODIO AVVENUTO ALL'OSPEDALE
G. IAZZOLINO DI VIBO VALENTIA

133^a seduta: martedì 11 dicembre 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Comunicazioni del ministro della salute Livia Turco
sul grave episodio avvenuto all'Ospedale G. Iazzolino di Vibo Valentia**

PRESIDENTE	Pag. 3, 13, 14
* CURSI (AN)	13
EMPRIN GILARDINI (RC-SE)	14
TURCO, ministro della salute	3

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DCA-Ind-MA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: PD-Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Interviene il ministro della salute Livia Turco.

I lavori hanno inizio alle ore 13,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Comunicazioni del ministro della salute Livia Turco sul grave episodio avvenuto all'ospedale G. Iazzolino di Vibo Valentia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca le comunicazioni del Ministro della salute sul grave, drammatico episodio avvenuto all'ospedale G. Iazzolino di Vibo Valentia.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il seguito dei lavori.

Ringrazio il ministro Livia Turco per la disponibilità a riferire su un evento di tale rilievo per il settore sanitario e le cedo la parola.

TURCO, *ministro della salute*. Per quanto riguarda il grave episodio avvenuto all'ospedale G. Iazzolino di Vibo Valentia, appena appresa la notizia della morte della giovane Eva Ruscio, avvenuta la mattina del 5 dicembre presso l'ospedale di Vibo Valentia, abbiamo immediatamente disposto un'ispezione da parte degli uffici competenti del Ministero della salute, che si è avviata nella stessa giornata del 5 dicembre per concludersi il giorno successivo.

Tale attività è stata condotta insieme ai funzionari della Regione Calabria ed è stata seguita dall'intervento sul luogo dei NAS (nuclei antisofisticazione), sempre su mandato del Ministro della salute, che hanno avviato un'ulteriore ispezione nelle giornate del 6 e 7 dicembre, al fine di verificare le caratteristiche igienico-sanitarie, nonché per programmare ulteriori verifiche su apparecchiature e dispositivi presenti nel presidio ospedaliero. Sono state acquisite agli atti le documentazioni sanitarie relative all'evento in questione ed è stato ascoltato il personale sanitario che ha partecipato direttamente o indirettamente al percorso assistenziale di Eva Ruscio, dal momento del suo accesso in pronto soccorso fino al decesso.

Gli avvenimenti hanno messo in evidenza numerose incongruenze che hanno dato luogo a sviluppi di carattere giudiziario, che vanno al di là degli scopi della presente relazione, ma essi devono essere tenuti presenti in quanto sono la base di alcune delle considerazioni di carattere organizzativo che saranno di seguito descritte.

Faccio una breve sintesi degli eventi. La paziente si presenta il 3 dicembre 2007, alle ore 10,30, al pronto soccorso del presidio ospedaliero di Vibo Valentia, dove il medico in turno richiede consulenza specialistica di otorinolaringoiatria, come risulta dal referto del pronto soccorso. A breve, lo specialista del reparto otorinolaringoiatria visita la ragazza e rileva «ascesso peritonsillare a destra» e consiglia il ricovero in reparto, che avviene intorno alle ore 11. In cartella clinica risulta che all'ingresso viene segnalato «difficoltà a deglutire, trisma e rialzo febbrile (38°)» e per questo instaurata terapia antibiotica e cortisonica.

Non risultano segnalati elementi ulteriori fino al giorno successivo, nel quale si riportano in cartella clinica condizioni stabili per la paziente e i risultati degli esami di laboratorio che indicano leucocitosi neutrofila (19.800 globuli bianchi). Nella notte del 4 dicembre, intorno alle ore 23, viene segnalata comparsa di sintomatologia dolorosa: gli infermieri avvisano il medico reperibile e viene praticata terapia anti-edemigena con cortisone.

Intorno alle ore 23,30 circa vengono avvisati i genitori delle condizioni della ragazza ed essi arrivano poco dopo in reparto, come risulta dalla relazione del primario, peraltro non presente in reparto, ma che viene tenuto informato telefonicamente da parte del medico reperibile.

Il giorno 5 dicembre alle ore 00,15 circa vengono praticate ulteriori dosi di cortisone e di gastroprotettore e in aggiunta ossigenoterapia. Poco dopo, intorno all'una circa, viene richiesta consulenza anestesiológica-rianimatoria che rilevava «discreta condizione respiratoria», come risulta dalla cartella clinica e dalla relazione del primario.

Viene riferito che la notte del 5 dicembre la ragazza non presenta peggioramenti, tanto che alle ore 8.00 circa un controllo evidenzia un quadro clinico stazionario e una funzione respiratoria discreta.

Poco dopo, alle ore 8.30 circa, viene invece segnalato un «brusco peggioramento delle condizioni cliniche» e viene contattato l'anestesista-rianimatore di turno.

La visita otorinolaringoiatrica con consulenza anestesiológica, eseguita alle ore 8.35 circa, mette in evidenza che «la paziente lamenta difficoltà respiratoria da circa quindici minuti con *tirage*». Per questo si somministra bolo di adrenalina, cortisone ed ossigenoterapia.

A seguire, immediatamente dopo, viene deciso, visto il fallimento terapeutico con i farmaci, di eseguire tracheotomia d'urgenza presso la sala operatoria.

Alle ore 9.00 circa, come risulta dalla relazione dell'anestesista, si procede con intubazione oro-tracheale ma con esito negativo; a seguire viene segnalato l'inizio della riduzione della concentrazione di ossigeno nel sangue (desaturazione) da parte della paziente. Di seguito si procede in urgenza a tracheotomia percutanea senza esito positivo e gli ulteriori e ripetuti tentativi dell'otorino di posizionare lo strumento (cosiddetto $\frac{3}{4}$) in trachea non danno esito, secondo quanto risulta dalla relazione dell'anestesista.

Per questo si decide di aprire chirurgicamente la cute e i tessuti sottostanti per la ricerca palpatoria della trachea, che non viene però palpata. Dopo l'apertura dei muscoli pre-laringei, si evidenzia la trachea, completamente spostata a destra: a questo punto vi è la comparsa nel campo operatorio di abbondante sangue per la probabile recisione di una arteriola, secondo quanto descritto dalla relazione dell'anestesista.

La paziente presenta turbe del ritmo cardiaco e viene praticato massaggio cardiaco, come risulta dalla relazione dell'anestesista.

Si inserisce lo strumento della tracheotomia (cosiddetto $\frac{3}{4}$) in trachea, ma la paziente era già in condizioni di asistolia e ne viene constatato il decesso, come risulta dalla cartella clinica (descrizione dell'atto operatorio).

Tenendo conto che la visita di verifica è iniziata poche ore dopo il decesso, quando già l'autorità giudiziaria aveva dato inizio agli accertamenti, ulteriore documentazione dovrà essere acquisita per una più precisa valutazione dell'occorrenza; in particolare, risulterà necessario verificare gli esiti dell'accertamento autoptico.

A seguito di quanto avvenuto il Commissario straordinario della ASL, anche d'intesa con i tecnici del Ministero della salute e della Regione Calabria, ha disposto, in data 6 dicembre 2007, la sospensione cautelativa dell'attività chirurgica nell'unità operativa di otorinolaringoiatria, con mantenimento dell'attività ambulatoriale.

Inoltre, sono stati successivamente sospesi dall'attività clinica i sanitari che hanno avuto un ruolo di primo piano nell'evento occorso.

Il quadro che è emerso dalla verifica effettuata *in loco* può consentire di mettere in evidenza i seguenti elementi di criticità, che vengono descritti sia in relazione al contesto dell'unità operativa di otorinolaringoiatria, sia al contesto generale del presidio ospedaliero.

Riguardo agli elementi di criticità nel contesto dell'unità operativa di otorinolaringoiatria, gli aspetti che devono essere sottolineati sono i seguenti. La ragazza è stata ricoverata il giorno 3 dicembre ma, al di là della esecuzione di un elettrocardiogramma e degli esami di laboratorio di *routine*, non risulta che siano state effettuate ulteriori indagini, quali tamponi faringei, emocolture, RX del torace, o altre indagini diagnostiche, né risultano essere state richieste consulenze di altro tipo anche in altre strutture ospedaliere a maggiore carico assistenziale che avrebbero potuto fornire ulteriori indicazioni.

Inoltre, il personale dell'unità operativa risulta composto da quattro medici, il primario e tre dirigenti medici, questi ultimi a contratto a tempo determinato compreso tra sei e otto mesi (in scadenza il primo e il secondo, il 10 dicembre 2007 e il terzo, il 28 maggio 2008). È presente inoltre un'altra unità di personale medico, con contratto SUMAI, che svolge la propria attività in ambulatorio di otorinolaringoiatria.

Si segnala che il primario dell'unità operativa aveva comunicato al commissario straordinario dell'Azienda che a partire dal giorno 10 dicembre avrebbe interrotto gli interventi chirurgici, causa la situazione del personale.

Quanto ai turni dei medici, per la dotazione di personale medico viene assicurata la presenza di un solo sanitario per turno, mentre di notte è garantita solo la reperibilità. A causa della residenza in altra città, i sanitari effettuano la reperibilità direttamente in ospedale, di fatto con un prolungamento del turno fino alle 24 ore.

Per quanto riguarda i protocolli diagnostico-terapeutici, non risultano essere presenti protocolli in reparto per la gestione clinica ordinaria ovvero in emergenza, ma è stato riferito che i comportamenti professionali appartengono alla consuetudine e alla prassi.

Dagli atti risulta che, almeno nei *curricula* dei tre medici a contratto dell'unità operativa, non c'è indicazione di una diretta esecuzione di tracheotomie.

Passo ora a segnalare gli elementi di criticità di carattere organizzativo riscontrati nel contesto generale del presidio ospedaliero. In generale, l'analisi del suddetto contesto consente di affermare come non sia presente un approccio di governo clinico integrato, come di seguito indicato. L'unità operativa di otorinolaringoiatria è composta da tre posti letto per ricovero ordinario e sei posti letto per *day-surgery*, una dimensione operativa insufficiente per lo svolgimento di attività cliniche integrate.

Quanto ai dati relativi all'attività, dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) risultano, per l'anno 2007 (dati forniti dall'Azienda), 230 dimessi in regime ordinario, di cui il 21 per cento di casi chirurgici, mentre, per il *day-surgery*, 83 casi conclusi, con il 13 per cento di casi chirurgici; tali dati sottolineano come l'attività svolta dall'unità operativa non fosse indirizzata in modo prevalente verso contesti chirurgici.

Per quanto riguarda i protocolli diagnostico-terapeutici, non risulta agli atti la presenza di interventi di indirizzo della direzione aziendale volti a promuovere l'adozione di tali comportamenti organizzativi. Ciò vale per l'unità operativa di otorinolaringoiatria, ma sarà necessario verificare nelle altre unità operative se e quali di tali strumenti fossero stati resi disponibili.

Quanto alla verifica della formazione professionale, si è in attesa di una relazione in tal senso da parte dell'ufficio formazione.

Non è inoltre presente una indicazione scritta da parte della direzione sanitaria di presidio rispetto alla presenza di una funzione di gestione del rischio clinico, né vi è una indicazione anche informale, ovvero non esiste una previsione in tal senso. Si tratta di elementi di criticità che ci è sembrato doveroso segnalare, visto che abbiamo posto la questione di dotare ogni azienda ospedaliera di una strumentazione di prevenzione del rischio clinico come parte dei livelli essenziali di assistenza.

Le indagini condotte dai NAS hanno evidenziato altresì la presenza di numerose irregolarità nelle unità operative del presidio ospedaliero di Vibo Valentia, in particolare nelle unità operative di nefrologia e dialisi, chirurgia d'urgenza, chirurgia generale e blocco operatorio, malattie infettive, ginecologia ed ostetricia, rianimazione e terapia intensiva, neurologia, endoscopia, otorinolaringoiatria, pediatria, medicina generale, cardio-

logia e farmacia. Anche la mensa presenta numerosi *deficit*. Risultano invece nella norma le unità operative di oculistica e diagnostica.

Dall'analisi ispettiva sono risultate inoltre numerose inadempienze rispetto alle normative sul lavoro e alle norme riguardanti i requisiti e le procedure in materia di accreditamento, come da normativa regionale di recepimento del decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997.

L'edificio oggetto della verifica presenta un grave stato di abbandono delle strutture – questo era un problema già noto, tant'è che è stata prevista la realizzazione di un nuovo ospedale – e non risulta idoneo a contenere tutti i servizi che sono stati realizzati negli anni e che hanno portato alla definizione di spazi e percorsi non in linea con le previsioni normative.

È stato riscontrato il non mantenimento a norma degli impianti elettrici, con i rischi conseguenti, tra i quali la possibilità di incendio: carenza di porte REI – resistenti al fuoco –, mancati collegamenti delle manichette antincendio alla rete idrica, presenza di materiale di varia natura accatastato in locali non idonei e a volte nelle adiacenze delle vie di fuga.

Come indicato dalla relazione del 7 dicembre del dipartimento provinciale dell'ARPACAL di Cosenza, la struttura non riunisce i requisiti essenziali di sicurezza per evidenti situazioni che possono pregiudicare lo svolgimento della normale attività sanitaria, sussistendo ragioni di concreto pericolo per l'incolumità del personale e degli utenti.

L'ispezione dei NAS ha quindi consentito di riscontrare numerosi illeciti di natura prevalentemente penale: presenza di umidità a pareti e soffitti; mancanza di pulizia; omessa manutenzione alle attrezzature e alle installazioni; impraticabilità delle vie di fuga; omessa installazione della segnaletica di sicurezza; impianti e installazioni elettriche non a norma; irregolare modalità di stoccaggio dei rifiuti sanitari; pavimentazione con soluzioni di continuo e conseguente rischio di cadute; omessa revisione periodica degli estintori; irregolare tenuta del registro di reparto di carico e scarico delle sostanze stupefacenti; omessa pulizia ordinaria e straordinaria dei locali mensa.

La mia relazione è stata immediatamente trasmessa alla Regione: una parte è stata già anticipata e un'altra è stata inviata ieri mattina.

Per quanto riguarda le conclusioni a seguito dell'attività ispettiva e gli sviluppi ulteriori, le attività di verifica sull'evento e sulle condizioni generali del presidio ospedaliero sulla base sia dell'ispezione del Ministero della salute sia delle verifiche dei NAS consentono di affermare la presenza di un quadro generale e specifico che evidenzia numerosi aspetti di criticità. Per quanto attiene alla valutazione complessiva dei profili gestionali di governo clinico, questi devono essere verificati in tutto il presidio ospedaliero, per valutarne in modo omogeneo il grado di attuazione.

Si può rilevare, peraltro, che, in occasione del precedente evento che aveva provocato la morte di Federica Monteleone nel mese di gennaio 2007, il Ministero della salute aveva indicato la necessità di attuare raccomandazioni specifiche e generali. In particolare, le raccomandazioni spe-

cifiche erano le seguenti: «viste le condizioni generali, impiantistiche, strumentali e la carenza grave di locali accessori, quali filtri di accesso e locali di preparazione per il personale, per i pazienti e per i materiali, la sala operatoria del presidio ospedaliero G. Jazzolino di Vibo Valentia non può ritenersi idonea per lo svolgimento di attività chirurgica continuativa (interventi programmati). Potrebbe essere utilizzata solo in casi di urgenza e per pazienti, in particolare adulti, non trasferibili per qualsiasi valido motivo presso altri presidi ospedalieri. Il ventilatore polmonare deve essere sostituito con nuovo apparecchio. L'impianto elettrico deve urgentemente essere adeguato alla suddetta norma CEI, facendo sì che le prese del sistema IT-M non siano intercambiabili con le altre presenti nella sala e che gli apparecchi, che possono entrare in contatto anche indiretto con il paziente, possano essere connessi solo a queste».

Allo stato attuale, tali raccomandazioni sembrano essere state in parte seguite, visto anche quanto emerge dalla relazione dei NAS, sebbene taluni profili di verifica e controllo del blocco operatorio siano risultati carenti.

Per quanto riguarda le raccomandazioni generali, era stato suggerito: «devono essere rese disponibili per gli operatori sanitari linee guida e protocolli. Deve essere previsto un protocollo per la corretta identificazione del paziente e del lato chirurgico da operare, per il conteggio delle garze e degli strumenti operatori e per la corretta identificazione del sangue da trasfondere, anche sulla base delle raccomandazioni sulla prevenzione degli eventi sentinella prodotte dal Ministero della salute. Deve essere possibile la ricostruzione sequenziale del percorso clinico assistenziale del paziente in camera operatoria attraverso la documentazione clinica. Deve essere previsto un protocollo di allerta tra direzione aziendale e assessorato alla sanità, che consenta l'attivazione di un sistema rapido di comunicazione in casi analoghi.».

Tali raccomandazioni non risultano essere state implementate, a meno di impegni formali presenti in atti di programmazione sanitaria regionale, ma ancora non trasferiti nella pratica.

Per questo si ritiene necessario che la Regione istituisca un organismo centrale regionale che affronti in modo sistematico le problematiche inerenti la gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure. Tale azione potrà ricevere un supporto anche dal Ministero della salute, come da altre Regioni. Allo stato attuale appare opportuno che, sulla base sia delle carenze igienico-sanitarie che delle carenze organizzative aziendali, sia dato rapidamente inizio ad un'azione di bonifica igienico-sanitaria, nonché alla definizione di comportamenti organizzativi e professionali che convenzionalmente vanno a ricadere sotto la dizione del governo clinico per mettere in atto modalità corrette di gestione inserite in modo stabile nel patrimonio ordinario nella gestione delle attività assistenziali del presidio.

Sulla base del bacino d'utenza di circa 180.000 abitanti a cui vanno garantiti il diritto alla salute e una risposta efficace ai bisogni, un'azione

concreta sarà quella di garantire l'adeguatezza di risorse professionali in forma stabile ed appropriata alle esigenze dei cittadini.

È necessario che su questi punti vi sia un impegno preciso per consentire di superare la fase attuale di emergenza, anche tramite una verifica rispetto alla possibilità di utilizzare i servizi attualmente presenti nel territorio, nell'attesa che tali obiettivi vengano concretizzati.

Sulla base di tale situazione, non solo ho ritenuto di trasmettere il materiale ispettivo alla Regione, ma ho scritto ieri al presidente della Regione Agazio Loiero in merito all'assoluta necessità di valutare l'adozione di misure cautelari in grado di escludere il ripetersi di casi che mettano in pericolo l'incolumità e la salute dei pazienti afferenti all'ospedale di Vibo Valentia.

Compito dello Stato è promuovere i livelli essenziali di assistenza e garantirne l'effettività. Il problema, dunque, non è rappresentato dalla chiusura, ma dal modo in cui occorre garantire i livelli essenziali di assistenza. Questi ultimi si assicurano quando i servizi ci sono e danno il massimo della sicurezza.

È del tutto evidente che lo stesso mantenimento in attività dell'ospedale senza i necessari interventi di riorganizzazione potrebbe, anziché giovare alla popolazione locale, garantendole valide prestazioni che non possono essere erogate con la rete dei servizi territoriali, incidere negativamente sul quadro complessivo dell'assistenza sanitaria fornita a livello regionale, minando la stessa possibilità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali che devono essere uniformi sull'intero territorio nazionale.

Alla lettera il commissario straordinario ha ritenuto di rispondere puntualmente, sottolineando che, sulla scorta dei rilievi dei NAS e della nostra istruttoria, sono stati individuati i seguenti primi interventi: «Nefrologia e dialisi: sospensione delle attività di ricovero relative alla nefrologia (le urgenze troveranno appoggio nei reparti internistici); blocco dei nuovi ingressi in dialisi (i pazienti saranno avviati agli altri presidi aziendali), tempi di sospensione 30 giorni. Chirurgia d'urgenza: riduzione dei posti letto (6 su 12); tempi di adeguamento 30 giorni. Chirurgia generale: riduzione dei posti letto (4 su 12), tempi di adeguamento 30 giorni. Malattie infettive: riduzione dei posti letto (8 su 18), tempi di adeguamento 60 giorni. Ginecologia ed ostetricia: reparto aperto con lavori di adeguamento in base ai rilievi mossi, tempi di adeguamento 2 giorni. Rianimazione e terapia intensiva: reparto aperto con lavori di rimozione degli inconvenienti, tempi di adeguamento 7 giorni. Neurologia: sospensione attività della *stroke unit*, tempi di adeguamento 15 giorni. Endoscopia: chiusura della sede attuale, il servizio rimane operativo presso la chirurgia d'urgenza. Otorinolaringoiatria: chiusura attività di ricovero. Pediatria: sospensione attività di ricovero, tempi di adeguamento 30 giorni. Medicina generale: riduzione dei posti letto (8 su 18). Cardiologia-UTIC: adeguamento in 48 ore. Farmacia: chiusura attività e trasferimento nei locali di Soriano; mensa ospedaliera: contestazione delle inadempienze contrattuali per l'eventuale rescissione anticipata del contratto in scadenza ed anticipo dell'esecutività del servizio già aggiudicato».

Si rileva inoltre che «in aggiunta alle misure interessanti i reparti sopra indicati, si rende necessario adottare per il reparto di ortopedia e traumatologia, ancorché non oggetto di rilievi nell'ambito delle citate relazioni, le seguenti misure: chiusura temporanea della sala operatoria ortopedica; lavori di sistemazione dei servizi igienici, rifacimento degli infissi e adeguamento impiantistico (entro il termine di 90 giorni); che oltre ai provvedimenti suindicati, è necessario intervenire tempestivamente sull'impiantistica di sicurezza antincendio e sull'impianto elettrico del presidio ospedaliero, in coerenza con i rilievi di cui al verbale dei NAS; che gli interventi da ultimo indicati richiedono tempi lunghi per cui è necessario, nell'immediato, predisporre un apposito piano esecutivo per la messa in sicurezza sia dal punto di vista elettronico che da quello antincendio».

Per quanto riguarda il contesto della sanità calabrese, credo che il nuovo accordo di programma per la costruzione di quattro nuovi ospedali (di Vibo Valentia, della Sibaritide, di Catanzaro e della Piana di Gioia Tauro) rappresenti un fatto molto importante, anche perché per la sua definizione vi è stato un lavoro caparbio.

Il Piano sanitario regionale 2007-2009, approvato dalla Regione Calabria con delibera della giunta regionale del 9 novembre 2007, indirizza le scelte strategiche di programmazione sanitaria in un contesto territoriale e demografico fortemente frammentato su un territorio (circa 15 chilometri quadrati) che si estende prevalentemente su zone montane e collinari rispetto alle aree pianeggianti. La popolazione calabrese residente risulta distribuita in maniera frammentaria, dato che un terzo di essa risiede in piccoli Comuni (324 Comuni al di sotto dei 5.000 abitanti). I centri abitati più consistenti sono pochi (solo 35 Comuni al di sopra dei 10.000 abitanti) e in essi risiede la metà della popolazione calabrese distribuita sul 20 per cento del territorio.

A fronte di un sistema infrastrutturale carente e in gran parte obsoleto, risulta evidente come il territorio della Regione non si caratterizzi certo per essere un territorio in cui l'accessibilità, la rapidità degli spostamenti o la capillarità dei percorsi siano facilitati.

Di questo occorre avere adeguata considerazione.

Alcune delle strutture esistenti appaiono inadeguate, non opportunamente migliorabili, male localizzate rispetto al territorio e, a volte, di difficile accessibilità.

Risulta necessario, in alcuni casi, praticare scelte radicali con la realizzazione di nuove strutture in sostituzione di strutture più piccole, attrezzate al punto da poter fornire un'assistenza adeguata e moderna in termini strutturali-impiantistici, tecnologici e organizzativi in siti facilmente raggiungibili per una migliore copertura territoriale dell'assistenza.

Una delle principali cause della scarsa efficienza dell'offerta ospedaliera risiede appunto nella frammentazione della rete, con la presenza di molti piccoli ospedali. Sul territorio regionale insistono infatti 40 stabilimenti ospedalieri pubblici in funzione, compresi quelli delle aziende ospedaliere e 38 case di cura private accreditate.

In molte aziende sanitarie la presenza di una pluralità di ospedali pubblici e di case di cura non riesce comunque a garantire efficaci livelli di erogazione dei servizi, appropriate procedure e adeguate tecnologie, pur impegnando notevoli risorse.

L'Accordo di programma interviene stanziando da parte dello Stato 196 milioni di euro. A fronte di queste che sono indicate come le assolute emergenze, altre risorse sono state stanziare e sono già ripartite sulla base della finanziaria 2007.

Faccio presente che nella Piana di Gioia Tauro sono attive cinque strutture ospedaliere (Polistena, Palmi, Gioia Tauro, Taurianova e Oppido Mamertina) non in grado, nel loro complesso, di dare concrete risposte sanitarie alle esigenze della popolazione (circa 160.000 abitanti). Ciò dipende dalla inadeguatezza delle strutture, vetuste e a volte fatiscenti, di concezione, anche distributiva, ormai superata, molto carenti dal punto di vista del *comfort* alberghiero, per lo più con scarsa, se non irrilevante, capacità ricettiva, spesso con difficili collegamenti con la viabilità principale.

Il solo ospedale di Polistena possiede le potenzialità per fornire un livello accettabile di assistenza sanitaria, purché si effettuino seri interventi di ammodernamento e adeguamento. La creazione del nuovo ospedale della Piana consentirà di sopperire alle problematiche prospettate e darà concrete risposte sanitarie oggi cercate altrove, determinando l'emigrazione per salute. Inoltre realizzerà numericamente e qualitativamente la ricettività ospedaliera, allineandosi alle percentuali nazionali di ricoveri per acuti rapportati ai residenti nel territorio, eliminando la frammentarietà dell'offerta e potenziando l'attività di lungodegenza e riabilitazione.

La struttura di Taurianova sarà riconvertita in Casa della salute e gli ospedali di Palmi e Gioia Tauro, in attesa della costruzione del nuovo presidio, continueranno a garantire la funzione ospedaliera per acuti e, successivamente, saranno dismessi e destinati ad attività diverse da quelle ospedaliere. Questo, in sintesi, è ciò che prevede il nuovo Accordo di programma per la fase attuale.

Lascio comunque a disposizione della Commissione la documentazione di cui ho dato lettura.

Questa mattina in Consiglio dei ministri abbiamo deliberato lo stato di emergenza sanitaria in questa zona, per avviare una procedura straordinaria per la gestione dell'Accordo di programma, prevedendo un'ordinanza della Protezione civile al fine di garantire rapidità di esecuzione dei lavori e la massima trasparenza nella gestione degli appalti. L'adozione di questa misura ci è parsa assolutamente fondamentale per rendere credibile quell'Accordo di programma per il quale abbiamo lavorato – vi assicuro – con molta caparbia. È stato inoltre stabilito che il monitoraggio e la cabina di regia della realizzazione di tutte le opere programmate abbia sede a Roma presso il Ministero della salute.

Ho deciso anche di istituire una commissione ministeriale. Il Ministero della salute ha una funzione ispettiva oltre che di controllo e di valutazione del conseguimento dei livelli essenziali di assistenza.

Ritengo però che, data la situazione che abbiamo registrato sulla base dei fatti, questa azione ispettiva non possa essere fatta a singhiozzo e sull'onda dei drammi. Si deve dotare il Ministero della salute, per la sua funzione ispettiva, di un quadro certo della situazione, per cui ritengo di dover irrobustire questa stessa funzione ispettiva con una piccola commissione che si avvalga di competenze che siano in grado di valutare gli aspetti gestionali e organizzativi. Non mi voglio sostituire a nessun altro, ma –ripeto- semplicemente svolgere l'attività ispettiva che compete al Ministero della salute per avere un quadro certo e chiaro. Ovviamente, un quadro certo mi è già stato offerto dall'attività della giunta regionale con la predisposizione del piano sanitario, ma personalmente ritengo di grande aiuto poter avere un quadro certo della situazione della sanità in Calabria, sempre dal punto di vista – lo sottolineo perché siamo in un equilibrio molto delicato di rapporti fra competenze statali e competenze regionali – del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Inoltre c'è un problema più di fondo che riguarda la prevenzione del rischio clinico. Il Ministero della salute quest'anno ha svolto un lavoro davvero intenso, e colgo l'occasione per ringraziare gli uffici del Ministero. Si è costituito un sistema di *governance* con le Regioni, un Comitato strategico nazionale per la gestione del rischio clinico, presso il Ministero della salute, costituito da un rappresentante ciascuno del Ministero della salute, della ASSR, dell'ISS, del Comitato tecnico delle Regioni per la sicurezza del paziente, dell'AIFA e dell'ISPESL.

Presso il Ministero della salute opera, inoltre, un Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella al quale affluiscono i dati sugli incidenti gravi, per i quali vengono effettuate regolarmente le inchieste, anche previo accordo con le istituzioni regionali, secondo quanto previsto dal Sistema informativo, il SIMES, elaborando un rapporto annuale che viene approvato dal Comitato strategico.

Presso lo stesso Ministero della salute si riunisce la Consulta nazionale per la sicurezza del paziente, quale coordinamento della Rete nazionale per la sicurezza del paziente, che riunisce i rappresentati a livello nazionale di tutte le istituzioni che operano sul territorio per la sicurezza del paziente, centri, istituzioni pubbliche e private, rappresentanti della comunità scientifica e professionale, organizzazioni di tutela.

Analogamente importante è il ruolo svolto dalla Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Quanto al lavoro già svolto, mi sembra opportuno sottolineare l'attività di emanazione di raccomandazioni e linee guida e quella di formazione rivolta agli operatori sanitari che, come è noto, rappresenta un nodo cruciale; mi riferisco in particolare all'elaborazione di un Documento di indirizzo sulle modalità di formazione per gli operatori che è stata fatta in collaborazione con la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri e la Federazione dei collegi degli infermieri.

L'attività legislativa svolta è quella che conoscete; nello specifico mi riferisco al disegno di legge sulla sicurezze delle cure che abbiamo propo-

sto e che è stato approvato dal Consiglio dei ministri lo scorso maggio e alle norme che abbiamo inserito nell'ambito del disegno di legge in materia di ammodernamento del Sistema sanitario nazionale.

Ho sentito il dovere di sottoporre all'attenzione della Presidenza della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome – e sono certa che questa iniziativa non verrà da voi interpretata come una sottrazione di potestà legislativa del Parlamento – l'opportunità di definire una intesa tra Stato e Regioni al fine di rendere omogenei sul territorio nazionale i programmi di prevenzione del rischio clinico e anche di anticipare alcuni aspetti che sono previsti nel disegno di legge sopra richiamato, ma che non necessitano di un intervento legislativo per essere realizzati. Infatti, per far sì che ciascuna Azienda sanitaria locale attivi una funzione specifica dedicata alla prevenzione del rischio clinico, non è necessario che si preveda una norma specifica, anche se noi abbiamo preferito farlo proprio per rafforzare questa indicazione, per evidenziare che l'attivazione di tale funzione rappresenta un essenziale livello di assistenza, così come lo è il dotarsi di un servizio di ingegneria clinica.

Mi sembra quindi importante che, in fase di elaborazione di una legge, si verifichi al contempo una piena assunzione di responsabilità su questo tema così cruciale da parte delle Regioni. Ciò anche al fine di costruire un patto che, analogamente a quello importantissimo stilato in materia di salute, intervenga in tema di sicurezza per adottare le migliori pratiche e avere i migliori risultati. Peraltro in tale direzione molte Regioni e numerose Aziende sanitarie locali hanno già avviato importanti esperienze di cui ritengo utile sollecitare la generalizzazione.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro per le comunicazioni rese alla Commissione, nel corso delle quali ho provveduto a contattare il senatore Tomassini, presidente della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale. Il presidente Tomassini, conoscendo la gravità delle informazioni forniteci dal Ministro, non ha posto alcun ostacolo al fatto che noi proseguissimo i nostri lavori.

Suggerirei a questo punto di svolgere un rapidissimo giro di domande, in modo che il ministro Turco possa conoscere gli argomenti che vorremmo approfondire in una eventuale seduta da convocare.

CURSI (AN). Vista la delicatezza e l'importanza dei temi trattati dal Ministro, francamente non vedo perché dobbiamo restringere i tempi dei nostri interventi.

PRESIDENTE. Senatore Corsi, intendevo semplicemente proporre un modo per organizzare il nostro lavoro. Se però non vi è accordo in tal senso, si procederà ad aggiornare i nostri lavori.

CURSI (AN). Chiedo l'aggiornamento dei nostri lavori; se poi si vuole svolgere il dibattito sulle comunicazioni del Ministro nella seduta odierna, ovviamente lo si può fare. Per parte mia, tengo comunque a riba-

dire che il Ministro ci ha fornito una serie di elementi importantissimi che meritano un approfondimento, anche perché personalmente prevedo che il mio intervento durerà non meno di venticinque minuti.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Se ci sono preclusioni rispetto alla possibilità di svolgere il dibattito nella seduta odierna, conviene forse prevedere un aggiornamento dei nostri lavori. Non vorrei infatti che qualcuno fosse costretto a contenere al massimo i tempi del proprio intervento a fronte del senatore Cursi che ha già dichiarato di voler intervenire utilizzando tutto il tempo a sua disposizione. Prendiamo quindi atto della indisponibilità del collega a svolgere oggi il dibattito che dovrà essere rinviato ad un'altra seduta in cui sarà possibile a tutti intervenire con una maggiore disponibilità di tempo.

PRESIDENTE. Dal momento che l'orientamento manifestato da alcuni colleghi sia di maggioranza sia di opposizione è quello di aggiornare i nostri lavori, ritengo opportuno svolgere il dibattito sulle comunicazioni del ministro Turco in un'altra seduta che fisseremo a breve, compatibilmente con gli impegni del Ministro e della Commissione.

Sono pienamente consapevole dell'importanza delle comunicazioni rese dal Ministro e con la mia precedente proposta non intendevo assolutamente sminuirne la portata. Effettivamente vi è bisogno di una riflessione approfondita, considerata la gravità degli argomenti affrontati, gravità addirittura maggiore di quel che ognuno di noi potesse immaginare dalla semplice lettura di documenti o degli articoli di stampa. Ci troviamo infatti di fronte ad un vero e proprio disastro che va ben oltre il singolo atto chirurgico.

Rinvio pertanto il dibattito sulle comunicazioni rese dal Ministro ad altra seduta.

I lavori terminano ore 14,20.

