



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 44

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

426^a seduta: giovedì 23 febbraio 2017

Presidenza della presidente DE BIASI

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3,4,7 e <i>passim</i>
ENDRIZZI (M5S)	8
FARAONE, sottosegretario di Stato per la salute	3,4,7
ROMANI Maurizio (Misto-Idv)	4
VACCIANO (Misto)	7
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	10

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: ALA-Scelta Civica per la Costituente Liberale e Popolare: ALA-SCCLP; Area Popolare (Ncd-Centristi per l'Europa): AP (Ncd-CpE); Conservatori e Riformisti: CoR; Forza Italia-Il Popolo della Libertà XVII Legislatura: FI-PdL XVII; Grandi Autonomie e Libertà (Grande Sud, Popolari per l'Italia, Moderati, Idea, Euro-Exit, M.P.L. – Movimento politico Libertas, Riscossa Italia): GAL (GS, Ppl, M, Id, E-E, MPL, RI); Lega Nord e Autonomie: LN-Aut; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE: Aut (SVP, UV, PATT, UPT)-PSI-MAIE; Misto: Misto; Misto-Fare!: Misto-Fare!; Misto-Federazione dei Verdi: Misto-FdV; Misto-Insieme per l'Italia: Misto-IpI; Misto-Italia dei valori: Misto-Idv; Misto-Liguria Civica: Misto-LC; Misto-Movimento la Puglia in Più: Misto-MovPugliaPiù; Misto-Movimento X: Misto-MovX; Misto-Sinistra Italiana-Sinistra Ecologia Libertà: Misto-SI-SEL; Misto-UDC: Misto-UDC.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Faraone.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni. Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-03208, presentata dal senatore Maurizio Romani e da altri senatori.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame sulla base degli elementi trasmessi dall'ASL Roma 1 per il tramite della competente prefettura di Roma.

La storia del presidio, come ricordato anche dagli onorevoli interroganti, è stata caratterizzata negli ultimi dieci anni da continui riasseti, dovuti a cause molteplici, che hanno generato un quadro di incertezza sia per gli operatori che per i cittadini, in carenza di un disegno aziendale complessivo che valorizzasse adeguatamente le risorse e le professionalità presenti, assegnando alla struttura un ruolo definito nel panorama dell'offerta sanitaria dell'Azienda.

Molte infatti sono le funzioni oggi presenti nel presidio: polo geriatrico, RSA, *hospice*, laboratorio galenico, poliambulatorio, degenza infermieristica, sale operatorie e ambulatori chirurgici attivi, polo odontoiatrico, polo gastroenterologico, polo cardiologico ed angiologico, *day hospital* oncoematologico, attività riabilitative di alta specialità, oculistica e neurologia di secondo livello, terapia del dolore, diagnostica di immagini, dialisi ambulatoriale da completare, continuità assistenziale h24, UCP, guardia medica turistica, postazione 118.

Ciò premesso, è opportuno precisare che sin dalla fine del 2015 è stata avviata una progressiva e incisiva azione di riorganizzazione, per rendere compatibili le attività suddette con i requisiti organizzativi, con la programmazione regionale ed inoltre con i lavori già finanziati e previsti, oltre che con l'esigenza aziendale di garantire la continuità e la migliore funzionalità dei servizi nei confronti dei cittadini nel più ampio quadro della ASL Roma 1, nata il 1° gennaio 2016, come noto, dalla fusione tra le ex ASL Roma A (al cui interno si collocava il Nuovo Regina Margherita) e la ex ASL Roma E.

In primo luogo, a partire proprio dall'obiettivo di realizzare presso il Nuovo Regina Margherita una casa della salute, si sta implementando un piano di sviluppo delle specifiche attività territoriali previste dal decreto

del Commissario *ad acta* n. 40 del 2014 con la presenza di equipe di medici di medicina generale (già da giugno 2016) e pediatri di libera scelta, la garanzia dei servizi di continuità assistenziale e di presa in carico per le cronicità (percorso diagnostico terapeutico assistenziale), la presenza di un punto unico di assistenza da integrare con il Municipio I e già integrato con i servizi di domiciliarità e protesica.

Allo stesso tempo, per non disperdere tutte le altre attività ad impatto territoriale già presenti e ricondurle tutte a un unico disegno all'interno di un presidio di così grandi dimensioni e tradizione, si sta lavorando per integrare la casa della salute con un'area per le cure intermedie, un'area specialistica di 2° livello ed un'area per percorsi medici e chirurgici integrati con il vicino ospedale Santo Spirito.

Su ognuna di queste aree è stato avviato un percorso di approfondimento tecnico che porterà ad una definizione più puntuale delle funzioni specifiche e delle attività possibili e che potrà consentire un primo confronto con la Regione Lazio e successivamente con gli operatori dell'Azienda e con il Municipio interessato.

ROMANI Maurizio (*Misto-Idv*). Signora Presidente, mi dichiaro soddisfatto, anche perché il pericolo era quello di trasformare tutta questa struttura in una casa della salute, lasciando da parte l'altro aspetto relativo ai tre ambiti in cui è svolta l'assistenza al Nuovo Regina Margherita, che sono il polo dell'acuto, l'area della cronicità e quella della residenzialità, che stanno funzionando e che offrono un servizio notevole anche per quanto riguarda l'*hospice* a beneficio della popolazione del I Municipio. L'ipotesi di trasformare l'ospedale in casa della salute, a quanto abbiamo visto anche nel piano regionale, è stata superata e la nuova funzione viene solo inserita nell'ambito delle attività già esistenti.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-03177, presentata dal senatore Vacciano e da altri senatori.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame sulla base degli elementi trasmessi dalla Direzione generale dell'ASL di Latina per il tramite della competente prefettura di Latina.

Il decreto ministeriale 1° settembre 1995, emanato in l'attuazione della legge n. 107 del 1990 prevedeva l'obbligo per le Regioni di individuare le strutture dotate di frigoemoteca nonché i servizi di immunoematologia e trasfusione o i centri trasfusionali di riferimento. Approvava inoltre uno schema tipo di convenzione per la regolamentazione dei rapporti giuridico-economici tra le ASL e le case di cura dotate di frigoemoteca, che prevedeva la fatturazione mensile costruita su varie voci e comprensiva, tra l'altro, di un contributo alle spese di funzionamento generale della struttura trasfusionale produttiva delle prestazioni e della consulenza tecnico-scientifica fornita, pari al 20 per cento del fatturato complessivo.

A seguito dell'intervento dei provvedimenti regionali di competenza, l'Azienda stipulava diversi atti convenzionali – con le case di cura accreditate della Provincia – conformi allo schema tipo ministeriale per lo svolgimento dell'attività dei centri trasfusionali, attività che nasce, quindi, come istituzionale e in cui la maggiorazione del 20 per cento rappresentava un rimborso riconosciuto in favore della ASL per le spese da essa sostenute.

A seguito dell'intervenuta adozione delle «Linee guida regionali in materia di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria», la Regione Lazio nel disciplinare l'attività di consulenza che la ASL può svolgere a favore di soggetti terzi, ha individuato le modalità con cui la stessa viene attuata precisando che «costituisce una particolare forma di attività aziendale a pagamento, da esercitarsi al di fuori dell'impegno di servizio». In tale ambito – e solo in esso – la Regione Lazio ha per la prima volta previsto che «per le attività trasfusionali svolte nei confronti delle case di cura private ai sensi del decreto ministeriale del 1° settembre 1995 compete una quota del 20 per cento del fatturato complessivo derivante dalla convenzione in favore del personale dell'*équipe* del centro stesso».

È evidente che presupposto per la ricorribilità della fattispecie suddetta sia che l'attività possa considerarsi attività libero professionale intramuraria e, quindi, in primo luogo, che sia svolta fuori dell'impegno e dell'orario di servizio (dal momento che, in carenza di tale presupposto, viene meno la caratteristica peculiare della attività libero professionale da parte del sanitario pubblico dipendente).

Nei casi in questione non risulta – per i periodi oggetto di azioni legali – attività svolta fuori dell'orario di lavoro a titolo di attività libero professionale intramuraria (A.L.P.I.) caratterizzata necessariamente dalla preventiva autorizzazione della ASL, concessa con provvedimento amministrativo (che deve regolamentare l'attività stessa) e contraddistinta dalla apposita timbratura, mentre eventuali prestazioni fuori orario di servizio e quindi in regime di pronta disponibilità (da parte del personale dirigente) o in regime di straordinario (da parte del personale del comparto, in qualità di componente della *équipe* erogatrice della prestazione) erano state già remunerate con le relative indennità.

In sintesi nella materia è necessario, e preliminare, regolamentare ed accertare la effettiva ricorrenza degli elementi, condizioni, limiti e regole proprie dell'A.L.P.I. nonché verificare se i dirigenti interessati abbiano optato per l'esclusività del rapporto (che comporta una indennità economica e la possibilità di effettuare attività libero professionale) o non abbiano invece optato per la non esclusività, con diritto quindi di svolgere solo attività libero professionale in nome proprio.

I ricorsi presentati dal personale per il pagamento dei compensi – assertivamente spettanti – erano stati quindi contestati dalla amministrazione evidenziando, inoltre, che le richieste stesse comprendevano anche anni precedenti al 2001, data di approvazione e pubblicazione della richiamata delibera di giunta regionale n. 376 del 2001 (la cui applicabilità retroattiva non può ragionevolmente sostenersi).

Sulla questione sono state azionate due distinte cause legali dal personale interessato, relative a diversi periodi temporali: la prima, vinta in primo grado dai dipendenti, riformata in appello in accoglimento della impugnativa proposta dalla ASL e poi oggetto di ricorso in Cassazione da parte dei dipendenti; la seconda ancora in corso dinanzi il giudice di primo grado.

È in tale ambito – e quindi in riferimento al contenzioso attivato e ai relativi periodi temporali – che è stata predisposta la nota 14855/2014 del Direttore dell'Area dipartimentale gestione e sviluppo risorse umane richiamata nella interrogazione.

Il quadro sopra illustrato e precisato muta decisamente con l'adozione della delibera aziendale n. 137 dell'8 marzo 2013, con la quale viene autorizzata – previo accordo con il responsabile del servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale – l'attività libero professionale dell'*équipe* del servizio secondo modalità e accordi che interverranno tra la unità operativa complessa citata e la direzione amministrativa del presidio.

A tale delibera faceva seguito la nota della direzione sanitaria aziendale con cui veniva individuata, quale decorrenza dell'autorizzazione concessa, la data del 1° gennaio 2012.

In forza di tale delibera gli uffici aziendali avrebbero dovuto dettare le modalità per lo svolgimento dell'attività (disciplinando l'orario e la relativa rilevazione, le percentuali generali e quelle interne all'*équipe*, la ripartizione tra personale di comparto e dirigenza, eccetera) per poi giungere a liquidare, coerentemente agli atti stessi, le competenze in favore del personale che aveva effettuato dall'anno 2012 in poi le prestazioni in questione nel rispetto delle regole fissate.

Da quanto si è potuto appurare sembrerebbe che tali liquidazioni abbiano trovato una serie di difficoltà derivanti, tra l'altro, dalla circostanza che nelle linee guida regionali adottate dalla Regione Lazio nell'anno 2012 e nell'anno 2014 non è stata più espressamente riportata l'attività in parola tra le attività di consulenza.

In ogni caso la direzione aziendale, venuta a conoscenza (nello scorso mese di ottobre) della questione, ha avuto un incontro con il responsabile del servizio interessato, nel corso del quale ha acquisito le informazioni necessarie per procedere in una duplice direzione: prioritariamente, regolamentare l'attività a regime e successivamente risolvere il periodo pregresso (dall'anno 2012 sino ad oggi).

In tal senso si è attivata, impartendo le opportune disposizioni.

Per quanto riguarda invece il periodo oggetto di azioni legali, la direzione generale dell'ASL di Latina ha rappresentato che, alla luce della vicenda così come ricostruita, nessun provvedimento di liquidazione può essere attualmente adottato anche – e soprattutto – in considerazione della pronuncia giudiziale favorevole alla Azienda.

VACCIANO (*Misto*). Mi considero parzialmente soddisfatto, perché di molte delle cose che sono state dette già ero a conoscenza. La posizione dell'ASL mi interessava fino ad un certo punto, visto che è sempre la

stessa. Questa situazione richiederebbe un intervento superiore, perché non si verifica solo nella ASL di Latina, ma anche in quelle di altre località, per cui si verifica la situazione paradossale per cui persone che fanno lo stesso lavoro abbiano un trattamento diverso a seconda che si trovino a Bergamo, a Latina o in Sicilia. Questo è onestamente imbarazzante, perché l'attività emotrasfusionale non ha le caratteristiche tradizionali dell'A.L.P.I., ma ha delle caratteristiche specifiche: il personale non si può sottrarre a questo tipo di servizio, altrimenti lascerebbe senza sangue i pazienti negli ospedali della Provincia di Latina. Sono state trovate soluzioni approssimative per gli ultimi anni, voglio capire come sono stati usati i soldi del progresso, ma su questo aspetto ho presentato un'interrogazione specifica al Ministero dell'economia e delle finanze. Spero che, almeno per questi ultimi anni (dal 2012 in poi), sia adottata una soluzione positiva per il personale, che attende il soddisfacimento di un proprio diritto.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02998, presentata dal senatore Endrizzi e da altri senatori.

FARAONE, *sottosegretario di Stato per la salute*. Si risponde all'interrogazione parlamentare in esame sulla base degli elementi informativi pervenuti dalla competente prefettura di Padova.

I lavori riguardanti la ristrutturazione per l'ampliamento e la riqualificazione del reparto di rianimazione al 3° piano del Monoblocco dell'Azienda ospedaliera di Padova, sono stati progettati dal responsabile tecnico dello studio TiFS Ingegneria srl. di Padova.

Con deliberazione del direttore generale n. 33 del 20 gennaio 2007, si è proceduto all'affidamento dei lavori al Consorzio veneto cooperativo – COVECO di Marghera (Venezia).

Tale Consorzio, prima della stipula del contratto di appalto, avvenuta in data 4 dicembre 2007, aveva indicato, in fase di offerta, la società CLEA Sc di Campolongo Maggiore (Venezia) quale impresa esecutrice dei lavori.

I lavori, consegnati ai sensi degli articoli 129 e 130 del decreto del Presidente della Repubblica n. 554 del 1999 il giorno 5 dicembre 2007 e conclusi il 12 novembre 2010, hanno riguardato la ristrutturazione edilizia ed impiantistica del 3° piano del fabbricato Monoblocco, per la realizzazione di una nuova distribuzione degli spazi del reparto di rianimazione e terapia intensiva.

Al fine di evitare l'interruzione dell'attività sanitaria, i lavori si sono svolti in due fasi nei due semipiani (ala est e ovest) del Monoblocco.

I lavori sono stati collaudati ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 554 del 1999, con il rilascio il 19 ottobre 2011 del certificato di collaudo.

L'ala ovest del piano è stata presa in consegna dall'Azienda ospedaliera in data 29 settembre 2009, mentre l'ala est, prevalentemente destinata a studi medici e locali di supporto, è stata acquisita in data 9 dicembre 2010.

Durante la ristrutturazione è stata risistemata solo una porzione del massetto di alcuni locali, mentre è stata realizzata una nuova copertura del pavimento, dopo il necessario livellamento e trattamento del massetto sottostante esistente.

Le analisi effettuate dal direttore dei lavori, durante l'esecuzione degli interventi edilizi a reparto vuoto, avevano garantito che le strutture interessate e il massetto erano in buone condizioni.

Tuttavia, nei primi mesi del 2016 si sono manifestati alcuni avvallamenti nel pavimento in materiale vinilico e, per tale ragione, si è provveduto ad una analisi dello stato del massetto sottostante. Le analisi effettuate hanno evidenziato alcuni lievi cedimenti dovuti al normale uso del reparto, con la formazione di avvallamenti sulla superficie del pavimento. Onde evitare possibili nuovi cedimenti o interventi estemporanei non risolutivi, concordemente con le richieste della direzione ospedaliera, è stata programmata un'attività di manutenzione con la sostituzione del massetto esistente su tutta l'area interessata.

Da informazioni assunte nella giornata di ieri dalla competente Prefettura, si è appreso che le opere di manutenzione del pavimento e del massetto sono state completate nel mese di settembre dello scorso anno (precisamente, il 2 settembre), periodo caratterizzato da minor attività sanitaria, per circoscrivere al minimo eventuali disagi per gli operatori e per i pazienti.

ENDRIZZI (*M5S*). Non sono completamente soddisfatto perché restano dei dubbi: una struttura collaudata nel 2009 viene a cedere nel 2016, cioè dopo soli sette anni. È vero che i letti di quel particolare reparto hanno un peso notevole, ma non riesco a capire quale dovrebbe essere il consumo determinato da un peso simile su un massetto, una struttura rigida in cemento, che non è certamente suscettibile di abrasioni o di banale consumo.

Peraltro, i lavori di manutenzione sono stati gravosi e sono stati quantificati dalle fonti di stampa in centinaia di migliaia di euro; si tratta quindi di interventi strutturali e non di manutenzione ordinaria.

Resta pertanto il dubbio se le cause siano legate a un difetto nella perizia e nei collaudi o a un sovraccarico dovuto a un utilizzo scorretto. Di questo non c'è traccia nella risposta del Sottosegretario, ma avrei avuto piacere di saperlo, anche perché il rifacimento e la manutenzione sono opere costose e riguardano un ospedale sul cui utilizzo peraltro adesso

aleggiano delle ombre, in vista del progetto di costruzione di una nuova struttura. Si tratta quindi di sprechi poco accettabili da parte dell'opinione pubblica.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 9.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

ENDRIZZI, GAETTI, MORRA, CRIMI, MARTON. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

in data 6 luglio 2016, il quotidiano «il Gazzettino di Padova» riporta la notizia secondo cui il pavimento del reparto centrale di rianimazione dell'azienda ospedaliera di Padova sarebbe «collassato», avendo «ceduto sotto il peso dei letti, 200 kg quelli base, 500 kg quelli destinati ad accogliere i pazienti ustionati, per i quali è obbligatorio adottare speciali accorgimenti facendoli stendere su un giaciglio-vasca riempito di sabbia, capace di farli »ondeggiare« attutendo la durezza del materasso»;

«padovaoggi» del 5 luglio riporta che «la sezione posta al terzo piano del Monoblocco sarebbe stata sgomberata di uomini e macchinari, trasferiti nella Rianimazione del Giustiniano, per consentire il rifacimento della pavimentazione: intervento pari a qualche centinaia di migliaia di euro. I cantieri dovrebbero proseguire sino a fine agosto, e il reparto dovrebbe tornare operativo, nella propria sede, in settembre»;

il reparto venne inaugurato nel 2009, e il costo della struttura risulterebbe essere stato di 3.200.000 euro per le ristrutturazioni, più altri 3 milioni e mezzo per i macchinari,

si chiede di sapere se il Ministro in indirizzo non reputi doveroso procedere con i dovuti atti di competenza, anche di natura ispettiva, affinché siano verificate le ragioni alla base dei fatti descritti, nonché gli eventuali profili di responsabilità connessi.

(3-02998)

VACCIANO, SIMEONI, BENCINI, MOLINARI, CAMPANELLA, BOCCHINO, BIGNAMI, DE PIETRO, FUCSIA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che tramite una segnalazione supportata da adeguata documentazione, gli interroganti sono stati messi al corrente che, dal 1996 ad oggi, la ASL di Latina non abbia mai provveduto alla liquidazione dei corrispettivi maturati dall'*équipe* del servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale dell'ospedale «Santa Maria Goretti» di Latina, unico polo ufficiale della provincia pontina individuato con delibera della Giunta regionale n. 9101 del 24 novembre 1994, in relazione alle spese sostenute per il funzionamento generale della struttura produttiva dei servizi di trasfusione. Il decreto ministeriale 1° settembre 1995, recante «Disciplina dei rapporti tra le strutture pubbliche provviste di servizi trasfusionali e quelle pubbliche e private, accreditate e non accreditate, dotate di frigoemoteche», infatti, individua nella percentuale del 20 per cento, calcolata sul to-

tale spettante alla ASL territoriale, il compenso *extra* da destinare al personale dei reparti trasfusionali autorizzati che materialmente garantiscono la continuità del servizio. Pare, dunque, che dal 1996 al 2015 la ASL pontina abbia puntualmente riscosso e assorbito nei bilanci annuali le somme derivanti dalle convenzioni stipulate con strutture terze, senza mai conferire l'emolumento aggiuntivo del 20 per cento al personale del reparto;

considerato che, per quanto risulta agli interroganti:

il 25 luglio 2005, la ASL di Latina riceveva dall'assessore *pro tempore* per la sanità della Regione Lazio una comunicazione ufficiale che aveva per oggetto il «Sollecito [del] pagamento quote del 20 per cento alle strutture trasfusionali per le attività svolte nei confronti delle strutture di ricovero e cura non dotate di frigoemoteche». Nella lettera dell'assessore, oltre al decreto ministeriale 1° settembre 1995, viene, altresì, citato l'art. 11 della delibera della Giunta regionale n. 376 del 13 marzo 2001 in cui si ribadisce che «per le attività trasfusionali svolte nei confronti delle case di cura, compete una quota del 20 per cento del fatturato complessivo derivante dalla convenzione in favore *dell'équipe* del centro stesso»;

gli interroganti intendono evidenziare come il contrasto tra le parti sia favorito anche dalla natura *sui generis* del tipo di servizio svolto dall'*équipe* pontina che però viene meglio chiarito dal direttore generale della ASL di Latina nella Deliberazione n. 137 dell'8 marzo 2013: il direttore precisa che le prestazioni dell'*équipe* trasfusionale sono erogate in regime di attività libero professionale intramuraria ed effettuate senza soluzione di continuità, trattandosi di attività rientranti nei livelli essenziali di assistenza. A fronte di quanto dichiarato dal direttore generale nel 2013, il 20 maggio 2014 il direttore dell'area dipartimentale gestione e sviluppo risorse umane dell'ente, con nota protocollata con n. asl'it/14855/AOO1/2014, ha tentato di ridefinire la natura giuridica del servizio reso dall'*équipe*: «Nel caso di specie, considerato che l'attività derivante da prestazioni e consulenze tecnico-scientifiche svolte dai componenti dell'*équipe* del Centro Trasfusionale del PO Sud, è in astratto riconducibile all'attività ALPI di consulenza, la stessa non può essere retribuita, non risultando in atti e nemmeno dal ricorso che tale attività sia stata appositamente autorizzata dalla ASL e non risultando che la medesima attività sia stata svolta al di fuori del normale orario di servizio»;

in aggiunta, paventa che i servizi del reparto trasfusioni dell'ospedale Goretti siano riconducibili alla fattispecie di attività di consulenza e che il 20 per cento sul totale del fatturato derivante dalle convenzioni debba essere attribuito per il 95 per cento al singolo dirigente, mentre il restante 5 per cento debba essere trattenuto dalla ASL a copertura dei costi e spese di gestione. La lettura del direttore nasce da un'interpretazione non autentica dell'art. 11, comma 5, della delibera della Giunta regionale n. 376/2001, in cui testualmente si legge che «Per le attività trasfusionali svolte nei confronti delle case di cura private, ai sensi del comma 1, art. 1, del decreto del Ministro della Sanità 10 settembre 1995, compete una quota del 20 per cento del fatturato complessivo derivante dalla conven-

zione in favore del personale dell'*équipe* del centro stesso», e la parola «quota» viene erroneamente messa in relazione alla cifra rappresentata dal 20 per cento e non al totale del fatturato. Di fatti, il decreto ministeriale 1° settembre 1995, art. 12, lettera *f*), reca: «contributo alle spese di funzionamento generale della struttura trasfusionale produttiva della prestazione e della consulenza tecnico-scientifica fornita, pari al 20% del fatturato complessivo», frase che non induce ad interpretazioni fuorvianti. Il direttore dell'area dipartimentale gestione e sviluppo risorse umane conclude scrivendo che «le stesse prestazioni del servizio immunotrasfusionale non costituiscono attività rese in ALPI e devono essere svolte dal personale interessato come attività istituzionale, nell'ambito del normale orario di servizio», considerazione che confuta la sua stessa tesi circa l'ipotetica fattispecie giuridica dei servizi trasfusionali come attività di consulenza alla quale riconoscere il 95 per cento del contributo *extra* previsto e affermazione in netto contrasto con quanto dichiarato dal direttore generale dell'ente con la deliberazione n. 137 dell'8 marzo 2013;

considerato inoltre che il contratto collettivo nazionale di lavoro dell'area della dirigenza sanitaria professionale tecnica ed amministrativa del servizio sanitario nazionale, con acc. dell'8 giugno 2000, all'art. 55, comma 2, prevede espressamente che: «Si considerano prestazioni erogate nel regime di cui alla lettera d) del comma 1 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le *équipes* interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia». Conseguentemente, all'art. 57, comma 2, lettera *f*), precisa che: «nell'attività libero professionale di *équipe* di cui all'art. 55, comma 1, lettere b), c) e d) la distribuzione della quota parte spettante ai singoli componenti avviene – da parte delle aziende – su indicazione dell'*équipe* stessa»;

considerato infine che la lunga battaglia legale che è scaturita tra la ASL di Latina e il personale del servizio di Immunoematologia e medicina trasfusionale del Goretti ha comportato ribaltamenti di sentenze e, tra appelli e opposizioni, ha condotto finora ad un nulla di fatto. È importante, inoltre, ricordare che l'unico grado di giudizio con funzione nomofilattica è rappresentato dalle sentenze emanate dalla Cassazione, quindi per il momento dal versante giudiziario non è intervenuto alcun elemento utile a dirimere il braccio di ferro tra ASL e il servizio stesso,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e se ritenga conforme alla normativa nazionale la deliberazione del direttore generale della ASL di Latina n. 137 dell'8 marzo 2013;

se non ritenga discriminatoria la disparità di trattamento riservata al personale del servizio di immunoematologia e medicina trasfusionale dell'ospedale Goretti di Latina rispetto a quanto disposto dal decreto mi-

nisteriale 1° settembre 2001, art. 12, e da quanto disposto dal contratto collettivo nazionale del lavoro dell'8 giugno 2000, all'art. 55, comma 2;

se non ritenga opportuno attivarsi, nei limiti delle proprie attribuzioni e tramite gli organi competenti, affinché la ASL di Latina corrisponda le cifre maturate dal conseguimento del diritto soggettivo, relativo al pagamento del 20 per cento calcolato sul fatturato complessivo derivante dalle convenzioni stipulate dalla ASL pontina, maturato dall'*équipe* dal 1996 all'ultimo periodo contabile utile.

(3-03177)

ROMANI Maurizio, BENCINI, SIMEONI, VACCIANO, MUSSINI, MOLINARI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

l'ospedale «Nuovo Regina Margherita» di Roma, nel 2006, e dunque prima dell'avvio del processo di riconversione, aveva le caratteristiche di un ospedale generale e svolgeva numerose attività con nicchie di eccellenza, quali la gastroenterologia, la terapia intensiva neonatale, la chirurgia generale, pur in presenza di carenza di spazi e di vincoli storico-architettonici che ne limitavano le possibilità di ristrutturazione e di ampliamento ed adeguamento alle successive recenti normative emanate nel corso degli anni dalla Regione Lazio, in materia di requisiti minimi per l'esercizio dell'attività sanitaria. L'ospedale, a dicembre 2006, aveva una dotazione di 130 posti letto, con reparti di degenza sulle 24 ore e posti letto di *day hospital* e di *day surgery*. Disponeva inoltre di un pronto soccorso, successivamente trasformato in primo soccorso;

nel mese di giugno 2006, la direzione aziendale ha avviato un processo di cambiamento organizzativo teso ad ottimizzare le risorse e migliorare l'organizzazione, con l'approvazione di un piano strategico aziendale, da realizzare nel triennio 2006-2008, e con la delibera n. 384 dell'11 aprile 2007 è stato avviato un nuovo piano di riconversione del Nuovo Regina Margherita da ospedale a presidio territoriale di prossimità che ha determinato, sia pure con successive modifiche, l'assetto attuale;

il piano di riconversione approvato con la delibera n. 384 del 2007 prevedeva l'azzeramento dei posti letto di ricovero ordinario e la realizzazione di un presidio territoriale di prossimità caratterizzato da: un'area di degenza diurna, con attività di ricovero diurno nel limite dei 20 posti letto in cui conservare e valorizzare le eccellenze assistenziali e specialistiche già presenti nell'ospedale; un'area ambulatoriale, nella quale erogare prestazioni diagnostico-terapeutiche ad alta complessità assistenziale e tecnologica, delle discipline più importanti, utilizzando e valorizzando i professionisti già presenti nell'ospedale; un'attività di riabilitazione, con attivazione di un centro di riabilitazione dotato di spazi idonei ed attrezzature per interventi individuali e di gruppo, sia in ambito motorio che specialistico, una struttura riabilitativa psichiatrica; una residenza sanitaria assistenziale, un *hospice*, con dotazione di 10 posti letto residenziali e 40 domiciliari, da realizzare mediante il trasferimento all'interno del presidio dell'*hospice* aziendale «S. Francesca Romana», per l'assistenza al malato

terminale; un servizio attivo di continuità assistenziale; un ambulatorio di continuità diurno, una postazione per ambulanze ARES 118 all'interno del presidio; una casa dei risvegli, per l'assistenza ai pazienti in stato di coma prolungato; un servizio di farmaceutica territoriale dedicata ai residenti del I municipio; un ambulatorio per la terapia antalgica ed un servizio di nutrizione artificiale domiciliare; un laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologiche, un servizio di diagnostica di immagini; un centro di formazione aziendale, con la realizzazione di aule didattiche multifunzionali ed un asilo nido aziendale, in collaborazione con il Comune di Roma, per i figli dei dipendenti ed in parte per i residenti del I municipio;

dal primo gennaio 2008 il presidio ha assunto dunque la configurazione di primo presidio territoriale di prossimità di Roma. La nuova connotazione, pur azzerando i ricoveri ordinari, consentiva il mantenimento di 20 posti letto nell'area di degenza diurna come indicato dall'Agenzia di sanità pubblica e ciò ha consentito di soddisfare le esigenze sanitarie della popolazione di riferimento per l'area medica e lo snellimento di liste d'attesa chirurgiche anche di ospedali limitrofi, e l'intero presidio ha costituito, per tutte le sue peculiarità e varietà di offerta di prestazioni un prototipo sperimentale di presidio intermedio tra ospedale e territorio, sviluppatosi anche grazie alle potenzialità preesistenti di ex ospedale, oltre a svolgere e implementare funzioni ambulatoriali e residenziali;

le peculiarità del presidio non risultano essere però mai state valorizzate. La stessa direzione regionale, con il decreto del commissario *ad acta* n. 80 del 2010 di riordino della rete ospedaliera reinserisce comunque il Nuovo Regina Margherita fra le strutture da riorganizzare, secondo lo schema dell'ospedale distrettuale, riducendo a 4 i posti letto totali per la sola *day surgery* e prevedendo di allocare i restanti 12 di area medica presso l'ospedale «S. Spirito», ipotesi rimasta peraltro inattuata;

con i piani operativi regionali 2013-2015 è stata in seguito programmata la nuova riconversione del presidio in casa della salute, mentre «l'attività in regime di ricovero diurno, nelle more del completamento del processo di unificazione della ASL Roma A con la Roma E si configura come articolazione organizzativa del Presidio Ospedaliero S. Spirito»;

il 3 giugno 2014 il direttore generale della ASL RmA ha sottoscritto presso la Direzione regionale salute ed integrazione sociosanitaria del Lazio, il documento d'intesa per l'attivazione della casa della salute nel presidio Nuovo Regina Margherita;

il percorso inizialmente prevedeva la riconversione di tutto il presidio in casa della salute. Tale scelta è apparsa però, sin dall'inizio, riduttiva, vista la varietà e la complessità delle attività che si svolgono all'interno del Nuovo Regina Margherita. Peraltro, sia il I municipio che associazioni presenti ed attive sul territorio fecero istanza per chiedere di mantenere tutte le attività del Presidio, che storicamente ha da sempre rappresentato un forte punto di riferimento sanitario per il quartiere. Fu quindi condivisa con la Direzione regionale la scelta di attivare una casa della salute all'interno del presidio Nuovo Regina Margherita, mantenendo anche attività sanitarie diverse e non riconducibili alle funzioni di base o ai

moduli aggiuntivi previsti dal decreto del commissario *ad acta* n. 40 del 2014;

il completamento della «casa della salute» all'interno di un presidio più complesso è da considerare una risorsa in più nell'offerta sanitaria alla popolazione residente, coerentemente con il progetto elaborato e condiviso con la direzione dell'ospedale S. Spirito;

considerato che:

a seguito della costituzione della ASL Roma 1, derivante dalla fusione della ASL RmA e della ASL RmE dal 1° gennaio 2016, il presidio Nuovo Regina Margherita risulta inserito in modo organico nella rete di offerta di servizi della nuova ASL, e trova collocazione nel disegno strategico aziendale;

il Nuovo Regina Margherita rappresenta una realtà sanitaria particolare, ricca di «nuclei» legati a reti professionali, che hanno forti interdipendenze con l'esterno ed al proprio interno. Questa caratteristica conferisce contenuto professionale e funzionalità per la costituzione di percorsi diagnostico-terapeutici e per la realizzazione dell'effettiva presa in carico del paziente, rivolta soprattutto, vista la domanda sanitaria sul territorio in cui il presidio è collocato, all'anziano ed al cronico, spesso affetto da pluripatologie;

è parere degli interroganti che la configurazione di sola casa della salute sia assolutamente riduttiva rispetto alla ricchezza e complessità delle realtà che il presidio rappresenta. È tuttavia importante costruire un'immagine unitaria e realizzare una nuova logica organizzativa sia degli spazi sia delle attività svolte. La definizione delle attività presenti e future del presidio Nuovo Regina Margherita dovrebbe infatti tenere conto delle vocazioni interne e delle relazioni esterne, attraverso la costruzione di rapporti strutturati con l'ospedale S. Spirito, percorso peraltro già intrapreso dalla scorsa primavera con la condivisione delle attività di ricovero diurno e la definizione di protocolli comuni, e dall'altro con il territorio e le altre strutture ospedaliere ivi presenti,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo non ritenga urgente attivarsi, al fine di valorizzare le attività e le risorse già esistenti nel presidio Nuovo Regina Margherita;

se non consideri utile ottimizzare tali attività e risorse, proponendo di ricondurre ciascuno dei servizi offerti in tre ambiti, area acuti, area della cronicità e della residenzialità e area del territorio e della riabilitazione, che possano corrispondere in modo sufficientemente coerente con ripartizioni di spazi e percorsi verticali ed orizzontali.

(3-03208)

