

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### INTERROGAZIONI:

5-03160 Lorefice: Istituzione di un registro nazionale e di un osservatorio sulla endometriosi . . . .	179
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> . . . . .	183
5-05734 Capelli: Valutazione della funzionalità dell'Ospedale di Giarre (CT) . . . . .	180
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> . . . . .	186

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva sulle malattie rare.

Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo ( <i>Svolgimento e conclusione</i> ) . . . . .	180
--	-----

#### SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie. C. 2985, approvata, in un testo unificato, dalla 12 <sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, C. 143 Biondelli, C. 1167 Faraone, C. 2288 Argentin e C. 2819 Calabrò ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) . . . . .	180
---	-----

#### INTERROGAZIONI

*Giovedì 11 giugno 2015. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Vito De Filippo.*

#### La seduta comincia alle 13.40.

#### 5-03160 Lorefice: Istituzione di un registro nazionale e di un osservatorio sulla endometriosi.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Marialucia LOREFICE (M5S), replicando, ringrazia il sottosegretario De Filippo per l'articolato quadro riepilogativo fornito, pur rilevando che manca una

risposta alla specifica questione dell'istituzione di un registro e di un osservatorio nazionale sulla endometriosi. Osserva che tali strumenti sono complementari e potrebbero essere, come emerso anche dai numerosi incontri con le associazioni di pazienti, di grande aiuto per una migliore conoscenza dell'endometriosi al fine di una più efficace azione sanitaria.

Esprimendo apprezzamento per la volontà di inserire la patologia all'interno del previsto adeguamento dei LEA, ricorda che il suo gruppo parlamentare ha presentato una proposta di legge sull'argomento che può costituire una base per l'adozione di una normativa nazionale sulla falsariga dell'ottimo lavoro svolto dalla regione Friuli Venezia Giulia. In conclusione si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta ricevuta.

**5-05734 Capelli: Valutazione della funzionalità dell'Ospedale di Giarre (CT).**

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Mario CARUSO (PI-CD), cofirmatario dell'interrogazione in titolo, replicando, osserva che dalla risposta ricevuta si delinea un quadro di efficienza che non corrisponde alla realtà dei fatti sul territorio. Ricorda in proposito i gravi casi che hanno portato nei mesi scorsi al decesso di alcuni pazienti. Avverte pertanto un forte malessere al riguardo e preannuncia che si recherà in Sicilia per verificare puntualmente quanto riportato nella risposta sulla base degli elementi forniti a livello locale.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.05.**

**INDAGINE CONOSCITIVA**

*Giovedì 11 giugno 2015. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 14.05.**

**Indagine conoscitiva sulle malattie rare.**

**Audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.**

*(Svolgimento e conclusione).*

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Introduce, quindi, l'audizione.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO, svolge una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Intervengono quindi Pierpaolo VARGIU, *presidente*, e i deputati Massimo Enrico BARONI (M5S), Daniela SBROLLINI (PD), e Paola BINETTI (AP).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ringrazia il sottosegretario De Filippo per il suo intervento e dichiara quindi conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 14.40.**

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*

**SEDE REFERENTE**

*Giovedì 11 giugno 2015. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.*

**La seduta comincia alle 14.40.**

**Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie.**

**C. 2985, approvata, in un testo unificato, dalla 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, C. 143 Biondelli, C. 1167 Faraone, C. 2288 Argentin e C. 2819 Calabrò.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo nella seduta del 9 giugno 2015

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che nella precedente seduta sono stati esaminati gli emendamenti riferiti agli articoli 1 e 2.

Nella seduta odierna la Commissione passerà ad esaminare gli emendamenti presentati all'articolo 3.

Invita, quindi, la relatrice Binetti e il Governo ad esprimere i pareri su di essi.

Paola BINETTI (AP), *relatrice*, esprime parere contrario su tutti gli emendamenti riferiti all'articolo 3, precisando che si riserva di esprimere il parere sugli articoli aggiuntivi riferiti al medesimo articolo successivamente.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO esprime parere conforme a quello della relatrice.

Eleonora BECHIS (Misto-AL) illustra e raccomanda l'approvazione del proprio emendamento 3.19, che intende sostituire l'articolo 3 con un impianto di più ampio respiro, includendo aspetti quali la realizzazione di una banca-dati o l'istituzione di specifici master universitari.

La Commissione respinge l'emendamento Bechis 3.19.

Marialucia LOREFICE (M5S) raccomanda l'approvazione dell'emendamento Mantero 3.24 di cui è cofirmataria, ribadendo l'inaccettabilità, in primo luogo da un punto di vista etico, di una legge sull'autismo priva di risorse finanziarie.

Donata LENZI (PD) ricorda che nel corso dell'esame preliminare è stato chiarito che i nuovi LEA prevedono specifici interventi per i disturbi dello spettro autistico.

Silvia GIORDANO (M5S), rammentando che nel corso della discussione generale sono stati affrontati, anche con spirito condiviso, numerosi aspetti critici, rileva che in sede di esame degli emendamenti l'atteggiamento è mutato radicalmente in quanto, praticamente senza dibattito, sono rigettate tutte le proposte di modifica. Ribadisce quindi l'insensatezza di un intervento normativo privo di copertura finanziaria.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO, rammentando che lo schema di DPCM per

l'adeguamento dei LEA è all'esame della Conferenza Stato-regioni e che sarà poi sottoposto, come da previsione normativa, al parere delle competenti Commissioni parlamentari, ribadisce che con tale strumento saranno previste appropriate risorse per i disturbi dello spettro autistico.

Paola BINETTI (AP), *relatrice*, precisa che, tenendo presente l'aggiornamento dei LEA, la proposta di legge all'esame della Commissione deve fornire un quadro di riferimento generale e sistematico.

Massimo Enrico BARONI (M5S) sottolinea che la Commissione non può tacere sul fatto che l'aggiornamento dei LEA è atteso da più di un decennio.

Silvia GIORDANO (M5S) giudica improprio fare riferimento ad uno strumento normativo, quale il DPCM di aggiornamento dei LEA non ancora in vigore e il cui contenuto non è pienamente definito. Richiamando le richieste provenienti dal mondo associativo, evidenzia che i gruppi di maggioranza si stanno assumendo una grave responsabilità.

La Commissione respinge, con distinte votazioni, gli emendamenti Mantero 3.24 e Baroni 3.25.

Marialucia LOREFICE (M5S) raccomanda l'approvazione dell'emendamento Di Vita 3.26 di cui è cofirmataria, rimarcando l'importanza di un corretto inserimento scolastico delle persone autistiche, anche utilizzando la legge n. 170 del 2010.

La Commissione respinge, con distinte votazioni, gli emendamenti Di Vita 3.26, Grillo 3.27 e Piccione 3.18.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constatata l'assenza della presentatrice degli emendamenti Nicchi 3.7 e 3.8, si intende vi abbia rinunciato.

Marialucia LOREFICE (M5S) raccomanda l'approvazione dell'emendamento a sua prima firma 3.29, che mira a rendere

più cogente la previsione dell'individuazione dei centri di riferimento da parte delle regioni.

Paola BINETTI (AP), *relatrice*, osserva che l'intento dell'emendamento Lorefice 3.29 appare condivisibile ma che una risposta in tal senso è già contenuta nell'articolo aggiuntivo 3.028, prima firmataria la collega Lenzi, rispetto al quale preannuncia un orientamento favorevole.

La Commissione respinge, con distinte votazioni, gli identici emendamenti Lorefice 3.29 e Bechis 3.20 e gli identici emendamenti Silvia Giordano 3.28 e Nicchi 3.5.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, constata l'assenza della presentatrice dell'emendamento Nicchi 3.6 si intende via abbia rinunciato.

Silvia GIORDANO (M5S) sottoscrive l'emendamento Nicchi 3.9.

La Commissione respinge l'emendamento Nicchi 3.9, fatto proprio dalla collega Silvia Giordano.

Silvia GIORDANO (M5S) raccomanda l'approvazione dell'emendamento Mantero 3.30 di cui è cofirmataria, sottolineando che il tema dell'inclusione sociale, anche attraverso processi abilitativi, appare fondamentale per garantire un'esistenza dignitosa alle persone autistiche.

Paola BINETTI (AP), *relatrice*, rammenta che le Linee guida dell'ISS tengono nella dovuta considerazione i percorsi abilitativi per le persone affette da disturbi dello spettro autistico.

La Commissione respinge l'emendamento Mantero 3.30.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.05.**

## ALLEGATO 1

**5-03160 Loreface: Istituzione di un registro nazionale  
e di un osservatorio sulla endometriosi.****TESTO DELLA RISPOSTA**

L'Endometriosi, disordine genetico poligenico multifattoriale, caratterizzata per la presenza di tessuto endometriale ectopico, che determina una reazione infiammatoria cronica, è una malattia cronica ancora poco conosciuta.

Non esistono dati nazionali sull'entità dell'endometriosi, se non i dati relativi ai ricoveri e alle dimissioni per tale patologia, che ha un tempo medio di diagnosi di circa 9,3 anni, secondo due studi americani (4,7 anni prima che la paziente consulti il medico e 4,6 anni per l'identificazione e la conferma della diagnosi); non è ancora definito un trattamento standard (sia farmacologico che chirurgico), mentre diversa è l'evoluzione della patologia a seconda della reattività individuale.

Ne soffrono circa tre milioni di donne, di cui il 10 per cento in Europa.

Pertanto, si tratta di una patologia il cui approccio deve avvenire a vari livelli di intervento: attività di educazione sanitaria, formazione dei medici sulla conoscenza della patologia e degli strumenti diagnostici, conoscenza e approfondimento delle cause, definizione dello standard di terapia sia farmacologica che chirurgica.

Per quanto riguarda l'inserimento della patologia in esame nel decreto sulle malattie croniche, è necessario tener presente che esiste uno stadio 0 in cui il soggetto è a rischio di Endometriosi, e per il quale l'intervento più idoneo riguarda l'attività di prevenzione e informazione; alcune forme di questa patologia che hanno una regressione spontanea o evolvono verso un percorso non endometrioso (percorso annessiale); alcune forme possono essere risolte chirurgicamente.

Pertanto, solo alcune condizioni (gravi e infiltranti corrispondenti al III e al IV stadio) presentano caratteristiche di irreversibilità, con alterazione della qualità della vita e perdita dell'autonomia e, anche dopo una terapia medica e/o chirurgica, presentano una elevatissima possibilità di recidive della sintomatologia e delle lesioni.

Pertanto, è evidente che le forme cliniche, a seconda del livello di gravità, hanno un differente fabbisogno di prestazioni, e rispondono diversamente ai criteri previsti dal decreto legislativo n. 124/1998, cronicità, invalidità, onerosità della quota di partecipazione.

Ai fini dell'inserimento nel decreto n. 329/1999, segnalo che, nella proposta di aggiornamento dell'elenco di malattie croniche allegato allo stesso d.m. n. 329/1999, inclusa nella più complessiva proposta di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, è stata inserita la « Endometriosi moderata e grave », con un pacchetto di prestazioni specialistiche ambulatoriali utili al monitoraggio dell'evoluzione della malattia e alla prevenzione degli aggravamenti.

Tale proposta è attualmente all'esame delle Regioni e del Ministero dell'economia e delle finanze, per le valutazioni di competenza.

Infatti, l'Endometriosi compromette non solo la salute sessuale della donna che ne viene colpita, ma anche la vita sociale e lavorativa.

I costi economici individuali per la paziente e per il Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, terapie farmacologiche croniche, ricoveri ospedalieri, trattamenti chirurgici, sono molto alti.

A causa della sintomatologia subdola con cui insorge tale malattia, la diagnosi certa di Endometriosi si fa tardivamente (di solito dopo circa 9 anni dall'insorgere dei sintomi), a seguito di ricerche diagnostiche lunghe e dispendiose.

Pertanto, è necessario prevedere un percorso diagnostico assistenziale, specificatamente dedicato alla presa in carico globale delle donne affette da tale malattia, imprescindibile da un'accurata anamnesi, in cui devono essere valutate le caratteristiche della sintomatologia dolorosa, prima di procedere all'indagine laparoscopica e al prelievo istologico diretti alla diagnosi.

Spetta ai Medici di Medicina Generale o ai Servizi territoriali, a cui la donna si rivolge, individuare tempestivamente il caso, indirizzando così la paziente allo specialista ginecologo per una conferma diagnostica e per la sua successiva gestione, attraverso una Rete di assistenza sul territorio che deve prevedere strutture dotate di personale sanitario competente, che siano punto di raccordo con i Centri di Alta Specializzazione.

Tale Rete diagnostico-terapeutica deve accompagnare la donna in tutto il suo percorso in modo costante e continuato.

A sostegno del percorso diagnostico-assistenziale, è fondamentale prevedere la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali a vario titolo coinvolte.

Per consentire alle Regioni di sviluppare specifici progetti finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita e di salute delle donne affette da malattie croniche invalidanti della sfera uro-genitale, tra le quali anche l'Endometriosi, nell'Accordo sugli Obiettivi di Piano, approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 20 febbraio 2014, è stata prevista un'apposita linea progettuale, diretta proprio all'implementazione di percorsi diagnostico-assistenziali e di supporto per migliorare la vita delle donne affette da queste patologie, e allo scopo è stata vincolata la somma di 15 milioni di euro.

Inoltre, si segnala che a livello regionale, oltre al Friuli Venezia Giulia, Re-

gione citata nell'interrogazione, anche altre Regioni si sono adoperate sul tema con proprie leggi regionali.

Il Ministero della salute, al fine di informare e sensibilizzare le donne ad una più pronta identificazione della patologia e ad un approccio diagnostico terapeutico, finalizzato anche alla prevenzione della sterilità legata a questa condizione, già nel 2012 ha lanciato una specifica campagna di comunicazione dal titolo « Quello che non so di me », con video cinematografico, spot, opuscolo, cartolina.

Sempre al fine di diffondere la conoscenza della malattia, soprattutto tra le adolescenti, un'apposita pagina sull'Endometriosi è stata inserita nell'opuscolo informativo « La fertilità è un bene comune. Prenditene cura », prodotto dal Ministero della salute e destinato alle giovani delle scuole superiori.

Recentemente, di « endometriosi e dolore sessuale » si è parlato anche nella Conferenza Europea sulla salute della donna, che si è svolta nell'ottobre 2014 nell'ambito delle iniziative del semestre di Presidenza italiana del Consiglio d'Europa, e che è stata un'importante occasione di confronto e scambio tra i paesi U.E. su questa tematica.

Nell'imminente Piano Nazionale Fertilità è previsto uno specifico riferimento all'endometriosi tra le patologie da conoscere e riconoscere, in quanto possono compromettere la fertilità della donna.

In merito agli effetti invalidanti di tale patologia, sono state oggetto di attenta valutazione da parte del Ministero della salute le relative richieste provenienti dalle Associazioni di pazienti, tanto che l'Endometriosi è stata inclusa, nei suoi quattro stadi clinici, nelle nuove tabelle dell'invalidità civile prodotte da un'apposita Commissione ministeriale nel novembre 2011. Purtroppo, nel corso del complesso iter di approvazione delle Tabelle, si è registrata una fase di blocco, dovuta alle richieste di approfondimento da parte delle Regioni.

Queste ultime hanno espresso, in Conferenza Stato Regioni, parere negativo, ritenendo le Tabelle prodotte inadeguate a

tradurre i bisogni della disabilità, soprattutto in ordine ai moderni orientamenti in materia.

Da ultimo, al fine di migliorare la conoscenza epidemiologica sull'Endometriosi, sui relativi accertamenti diagnostici e sui trattamenti terapeutici adottati, nel D.P.C.M. di istituzione dei sistemi di sorveglianza e dei registri previsto dal decreto-legge n. 179 del 18 ottobre 2012, convertito con la legge 17 dicembre 2012,

n. 221, in corso di predisposizione, è stata prevista l'istituzione di un apposito registro nazionale.

Il registro di patologia potrà consentire di stabilire appropriate strategie di intervento e di verificarne l'efficacia.

Inoltre, nello schema di D.P.C.M. di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, è previsto anche l'aggiornamento delle malattie croniche esenti, ivi compresa l'Endometriosi medio/grave.

## ALLEGATO 2

**5-05734 Capelli: Valutazione della funzionalità dell'Ospedale di Giarre (CT).****TESTO DELLA RISPOSTA**

L'Assessorato della Salute della Regione Siciliana ha segnalato che il Presidio Ospedaliero di Giarre (Azienda Sanitaria Provinciale di Catania) conta, sulla base della programmazione della rete sanitaria regionale, 12 posti letto di geriatria, 18 di medicina generale, 6 di neurologia, 15 di psichiatria, più 2 posti letto medici e 2 posti letto chirurgici, per un totale di 55 posti letto per acuti e 16 posti di lungodegenza, per un totale complessivo di 71 posti letto.

Il dimensionamento del presidio, la tipologia delle attività ospedaliere, nonché la distanza con il Presidio Ospedaliero di Acireale nell'ambito degli Ospedali Riuniti « Acireale-Giarre », ne determinano le condizioni per la rifunzionalizzazione in ospedale di comunità, come previsto nella nuova rete ospedaliera approvata con decreto assessoriale n. 46 del 14 gennaio 2015.

Già nella programmazione del 2009, per lo stesso presidio, si prevedeva l'attivazione di processi di rifunzionalizzazione, perseguendo l'integrazione con la medicina ambulatoriale e territoriale.

Nel medesimo presidio è allocato un Presidio Territoriale di Assistenza attivo dal 2012.

Nella nuova rete ospedaliera, pertanto, per il P.O. di Giarre, accorpato al P.O. di Acireale, è previsto che lo stesso abbia delle caratteristiche particolari in grado di garantire l'assistenza di tipo territoriale, rimandando al vicino Ospedale di Acireale quella ospedaliera.

Nel merito, il Direttore Generale dell'Asp di Catania, sulla base dell'indirizzo pregiudiziale proposto dal sindaco del

comune di Giarre, in rappresentanza dell'assemblea dei sindaci del Distretto socio-sanitario n. 17, ha predisposto e sottoscritto, insieme al predetto sindaco, una soluzione condivisa sulle scelte attuative relativamente sia all'implementazione delle attività sanitarie integrate con il distretto, sia sulle peculiarità dell'assistenza ospedaliera da erogare nel Presidio Ospedaliero di Giarre, incentrati sulle seguenti proposte:

Potenziamento del Presidio Territoriale di Assistenza (PTA) già presente all'Interno del P.O.;

Mantenimento delle attuali attività di ricovero per acuti;

Implementazione del Punto di Primo Intervento (PPI);

Implementazione dei Punti di Primo Intervento Pediatrico (PPIP);

Attivazione di 20 p.l. di medicina territoriale;

Attivazione di 15 p.l. di psichiatria sperimentale;

Attivazione di 16 p.l. di lungodegenza;

Attivazione di 12 p.l. di gestione dei disturbi dell'alimentazione;

Attivazione del « Day service » medico e chirurgico;

Implementazione del « Day Surgery ».

Per la struttura ospedaliera di Giarre si sono tenute in grande considerazione tutte



le risorse utilizzate, anche a garanzia del servizio assistenziale territoriale.

Relativamente ai decessi richiamati nell'atto ispettivo, con riguardo al primo caso di decesso di una donna di anni 68, avvenuto nella notte tra il 2 e 3 maggio 2015 presso il Reparto di Geriatria del P.O. di Giarre, è stato predisposto l'accesso ispettivo.

È stato quindi chiesto al Direttore Generale dell'ASP di Catania e al Direttore Generale della Centrale Operativa 118 del Bacino di Catania-Ragusa e Siracusa, di trasmettere, ciascuno per gli aspetti di rispettiva competenza, dettagliate relazioni, nonché copia della documentazione clinica.

Si è in attesa di acquisire la relazione e la documentazione clinica richiesta al Direttore Generale dell'ASP di Catania, all'esito della quale potranno essere rese al Ministero della salute le risultanze finali sulla disposta attività di verifica.

In ordine al secondo caso, il Direttore Generale dell'ASP di Catania, il Direttore della Centrale Operativa 118 del Bacino di Catania-Ragusa e Siracusa e il Direttore Generale dell'A.O. per Emergenza « Cannizzaro » di Catania, sono stati invitati a produrre, ciascuno per gli aspetti di rispettiva competenza, dettagliate relazioni, nonché copia delle documentazioni cliniche.

Più in generale, rammento che il Programma Operativo 2010-2012 della Regione Siciliana, prosecuzione dell'originario Piano di rientro 2007-2009, nel quadro del potenziamento dell'attività territoriale, aveva previsto l'attivazione di Presidi Territoriali di Assistenza (PTA), tra i quali il P.O. « San Giovanni di Dio e Sant'Isidoro » di Giarre, gradatamente realizzati nelle diverse Aziende Sanitarie attraverso la rifunzionalizzazione di presidi ospedalieri che avrebbero dovuto trasferire parte dell'attività assistenziale per acuti verso forme alternative di assistenza.

L'attivazione del PTA di Giarre è stata formalizzata con atto deliberativo n. 3172 del 31 dicembre 2010.

Nonostante la suddetta formalizzazione dell'Ospedale di Giarre in PTA, dai dati

delle schede di dimissioni ospedaliere (SDO) in possesso del Ministero della salute, per l'anno 2012, risulta confermata la presenza, nella struttura di Giarre, di un presidio ospedaliero.

Allineando la propria rete ospedaliera agli standard previsti dalla legislazione nazionale in materia, in particolare con il documento adottato dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012 e con il decreto interministeriale sul Regolamento recante « Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera », la Regione Siciliana, con il decreto assessoriale n. 46/2015 di rifunzionalizzazione e riconversione della rete ospedaliera-territoriale, ha confermato l'accorpamento gestionale ed amministrativo dell'Ospedale « San Giovanni di Dio e Sant'Isidoro » di Giarre con il Presidio Ospedaliero di Acireale per formare gli « Ospedali Riuniti di Giarre-Acireale ».

La regione prevede, in un momento successivo, la disattivazione dei posti letto per le acuzie ed il mantenimento dei soli posti letto per le post-acuzie.

È altresì previsto che il P.O. di Giarre, all'interno della rete dell'emergenza-urgenza, si configuri come Pronto Soccorso da rifunzionalizzare, nonché, in materia di servizi territoriali, sede di PTA, PPI e PPI pediatrico.

In base ai dati di attività SDO del 2013, si evince una bassa occupazione dei posti letto, inferiore al 70 per cento e il valore della degenza media standardizzata risulta pari a circa 8 giornate, superiore sia alla media regionale, che a quella nazionale, segno della presenza di discipline quali medicina generale, lungodegenza e recupero e riabilitazione funzionale.

Inoltre, i valori dell'indice di « case mix » (ICM) e dell'indice comparativo di « performance » (ICP), sembrerebbero evidenziare la presenza di una casistica poco complessa e una non piena efficienza organizzativa.

Il citato decreto n. 46/2015 è alla valutazione dei Ministeri affiancanti: tale decreto ha visto un intenso lavoro di affiancamento da parte del Ministero della

salute, anche attraverso alcuni incontri tecnici specificatamente dedicati, volti a limitare i rischi connessi ad aggregazioni anomale di presidi, e a garantire l'erogazione dei Lea in condizioni di sicurezza per i pazienti e con buoni livelli di qualità assistenziale.

Il parere che verrà reso dai Ministeri affiancanti, necessariamente, comporterà l'indicazione di revisioni, finalizzate al rispetto degli standard nazionali, pur tenendo conto delle specificità del territorio.

Per completezza, rammento che le assegnazioni finanziarie per la costruzione dell'Ospedale sono state effettuate con due delibere del CIPE del 2004 e del 2006.

Nell'ambito della prima fase del programma di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (articolo 20, legge n. 67/1988), che si è conclusa nel 1996, la Regione Siciliana ha realizzato, tra gli altri, i seguenti interventi:

1) « Completamento e ampliamento A.O. San Giovanni di Dio e San Isidoro di Giarre »: sono state assegnate risorse con delibera CIPE del 20 dicembre 1994, per

un importo a carico dello Stato di 24,092 miliardi di lire. Dal monitoraggio, al 31 dicembre 2008, l'intervento risulta concluso e attivato;

2) « Riconversione Ospedale San Giovanni di Dio in Distretto Socio-Sanitario di Giarre (CT): all'intervento sono state assegnate risorse con delibera CIPE del 27 novembre 1996, per un importo complessivo di 800 milioni di lire, di cui a carico dello Stato 760 milioni. Dal monitoraggio, alla data del 31 dicembre 2008, risulta che i lavori sono stati aggiudicati e consegnati il 19 settembre 2006 e poi sospesi a causa della concomitanza con l'intervento di consolidamento statico. A tal fine, sono state assegnate risorse anche a carico della Protezione Civile e i relativi lavori, ultimati, sono stati già collaudati. Successivamente, si è provveduto a riprendere i lavori sospesi richiamando l'impresa aggiudicataria. Alla copertura finanziaria si provvede, oltre che con il suddetto finanziamento di prima fase *ex* articolo 20, anche con la somma di euro 75.009,00 impegnata a carico del bilancio aziendale.