

ATTI PARLAMENTARI

XV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXII-bis**

N. 1

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUGLI ERRORI IN CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI REGIONALI

(istituita dalla Camera dei deputati con deliberazione del 25 luglio 2007)

(composta dai deputati: Palumbo, Presidente; Acerbo, Astore, Baiamonte, Barani, Cancrini, Cosentino, Di Gioia, Goisis, Lucchese, Segretario; Mazzaracchio, Minardo, Pedrizzi, Pellegrino, Pignataro, Piro, Sanna, Trupia, Segretario; Ulivi, Vicepresidente, Villari, Vicepresidente, Zunino)

RELAZIONE CONCLUSIVA

(Relatore: Giuseppe PALUMBO)

Approvata dalla Commissione nella seduta del 19 febbraio 2008

*Trasmessa alle Presidenza della Camera il 20 febbraio 2008,
ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della deliberazione del 25 luglio 2007*

PAGINA BIANCA

I N D I C E

	<i>Pag.</i>
1. INTRODUZIONE	5
2. LE FINALITÀ DELL'INCHIESTA	5
3. L'INCHIESTA PARLAMENTARE	6
3.A DOCUMENTAZIONE ACQUISITA PER CASI DI « MALASANITÀ » E DISAVANZI SANITARI REGIONALI	7
3.B AUDIZIONI SVOLTE NEL CORSO DELL'INCHIESTA PARLAMENTARE	8
1. <i>Audizione dell'Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze, Francesco Mas- sicci (seduta del 21 novembre 2007)</i>	8
2. <i>Audizione del direttore generale della programmazione sani- taria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, Filippo Palumbo (sedute del 21 novembre e dell'11 dicembre 2007)</i>	10
3. <i>Audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loiero (seduta dell'11 dicembre 2007)</i>	12
4. <i>Audizione del ministro della salute, Livia Turco (seduta del 19 dicembre 2007)</i>	13
5. <i>Audizione dell'assessore alla salute della regione Lazio, Au- gusto Battaglia (seduta dell'11 gennaio 2008)</i>	15
6. <i>Audizione del presidente della sezione regionale di controllo del Lazio della Corte dei conti, Vittorio Zambrano (seduta del 23 gennaio 2008)</i>	17
3.C LA MISSIONE IN CALABRIA DEL 23 NOVEMBRE 2007	18
4. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE	23

PAGINA BIANCA

RELAZIONE CONCLUSIVA

1. Introduzione.

La Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali è stata istituita con deliberazione della Camera dei deputati del 25 luglio 2007, con il compito di « indagare sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari nelle strutture pubbliche e private e sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo, funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e controllo che, nelle regioni interessate dal decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni medesime, anche al fine di accertare le relative responsabilità »¹.

Per lo svolgimento dell'inchiesta l'articolo 2 della delibera assegnava alla Commissione un mandato temporale a termine, fissato per la fine dell'anno 2009.

La Commissione, costituitasi con l'elezione dell'Ufficio di Presidenza nella seduta del 24 ottobre 2007, ha successivamente terminato la sua attività a seguito della conclusione anticipata della XV Legislatura, il 6 febbraio 2008.

2. Le finalità dell'inchiesta

Sulla base di quanto previsto dalla deliberazione istitutiva l'inchiesta parlamentare è diretta al raggiungimento di una duplice finalità²:

a) verificare le cause e le responsabilità degli errori commessi nelle strutture sanitarie pubbliche e private;

b) indagare sulle cause dei disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni interessate dal decreto legge 20 marzo 2007, n. 23, convertito con modificazioni dalla legge 17 maggio 2007, n. 64.

Per quanto concerne il primo filone dell'inchiesta, la deliberazione attribuisce alla Commissione il compito di verificare la quantità e la gravità degli errori commessi in campo sanitario, individuando contestualmente le categorie cui sono più frequentemente riconducibili, come l'inefficienza delle strutture sanitarie o eventuali carenze

¹ Articolo 1 della deliberazione della Camera dei deputati del 25 luglio 2007.

² Articolo 3 della deliberazione istitutiva, recante « *Compiti della commissione* ».

dell'organico del personale medico e paramedico; valutando l'incidenza degli stessi in termini di perdite di vite umane o comunque di danni alla salute dei pazienti; verificando l'appropriatezza del *risk management*, esaminando la gestione del rischio in medicina; provvedendo altresì ad indicare possibili correttivi, sia sul piano organizzativo che qualitativo, e procedendo ad un'attività di monitoraggio e verifica della qualità del servizio sanitario nazionale.

Per quanto invece riguarda la lettera *b)*, le regioni alle quali si fa riferimento sono quelle che — al fine della riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale — hanno sottoscritto un accordo con lo Stato per la predisposizione di uno specifico piano di rientro, a seguito del quale, ai sensi del citato decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23, lo Stato concorre al ripiano del relativo disavanzo sanitario regionale.

In particolare, il comma 1 dell'articolo 1 del citato decreto-legge, prevede il concorso dello Stato al ripiano dei disavanzi regionali nel settore sanitario del periodo 2001-2005, esplicitamente in deroga alla disciplina generale, secondo cui gli oneri di ripiano dei disavanzi in oggetto sono a carico delle regioni, ai sensi dell'articolo 4, comma 3 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (*Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria*), convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

Affinché le regioni possano accedere alle risorse previste dal decreto-legge n. 23 del 2007, sono fissate le seguenti condizioni:

la sottoscrizione da parte delle regioni interessate di uno specifico accordo³ con lo Stato, comprensivo di un piano di rientro che consente l'accesso allo specifico Fondo transitorio destinato alle regioni che presentano elevati disavanzi;

la destinazione da parte della regione al proprio servizio sanitario — ai fini dell'ammortamento del debito accumulato fino al 31 dicembre 2005 — di quote di manovre fiscali già adottate, da attivarsi, o quote di tributi erariali attribuite alle regioni stesse.

Infine, con l'Intesa sullo schema di decreto di riparto del Fondo transitorio, raggiunta in seno alla Conferenza Stato-regioni del 29 marzo 2007, si è previsto l'accesso alle risorse del fondo medesimo delle regioni Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia.

3. *L'inchiesta parlamentare*

Nello svolgimento della propria attività istituzionale, la Commissione ha proceduto:

- a) ad acquisire atti e documenti rispettivamente provenienti da:
 - strutture ospedaliere interessate dai cosiddetti casi di « malasanità »;
 - organi dello Stato preposti al monitoraggio e al controllo della spesa sociale;

³ Trattasi dell'Accordo già previsto dall'articolo 1, comma 796, lett. *b)* della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007).

b) ad audire in forma libera soggetti in grado di fornire informazioni e notizie utili all'oggetto dell'inchiesta;

c) a svolgere una missione conoscitiva fuori sede.

3.A DOCUMENTAZIONE ACQUISITA PER CASI DI « MALASANITA » E DISAVANZI SANITARI REGIONALI.

Si riporta di seguito nella tabella 3.A.1 l'elenco dei documenti attinenti ad alcuni casi di presunta « malasanità »; trattandosi di dati sensibili o concernenti fatti oggetto di procedimenti giudiziari in corso, la Commissione, ai sensi dell'articolo 17, comma 2 del regolamento interno, ne ha limitato la divulgazione classificando gli stessi come « riservati ».

Tabella 3.a.1

DOC	REGIME DI PUBBLICITA	MITTENTE	OGGETTO
3 / 1	Riservato	Regione Calabria. Azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli. Il Direttore generale, Ing. Pangallo Leone. (RC) (Calabria).	Relazione sul decesso di Flavio Scutellà. (RC) (Calabria).
4 / 1	Riservato	Regione Emilia Romagna. Assessorato Politiche per la salute. L'assessore, Giovanni Bissoni. (Emilia Romagna).	Relazione sulla ricostruzione dei fatti a seguito degli eventi accaduti ad una paziente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna. (BO) (Emilia Romagna).
4 / 2	Riservato		Relazione preliminare sulla ricostruzione dei fatti a seguito degli eventi accaduti ad una paziente all'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna. (BO) (Emilia Romagna).
8 / 1	Riservato	Servizio sanitario regionale Emilia Romagna. Policlinico S.Orsola-Malpighi. Il direttore generale, dott. Augusto Cavina. (BO) (Emilia Romagna).	Relazione sul decesso della sig.ra Lanzoni Daniela. (BO) (Emilia Romagna).
8 / 2	Riservato		Allegati alla relazione sul decesso della sig.ra Lanzoni Daniela. (BO) (Emilia Romagna).
14 / 1	Riservato	Regione Siciliana. Assessorato Regione Sanità. Azienda ospedaliera regionale "S. Elia". Il direttore generale, Alberto Paladino (CL) (Sicilia)	Relazione sul decesso di Luigi Scaduto (CL) (Sicilia)
16 / 1	Riservato	Azienda sanitaria locale n. 3 di Catania. Il direttore generale, A. Scavone. (CT) (Sicilia).	Relazioni: - Decesso donna polacca. - Casi di scabbia. (CT) (Sicilia).
16 / 2	Riservato		Documentazione riguardante il decesso della donna polacca. (CT) (Sicilia).
16 / 3	Riservato		Documentazione riguardante i casi di scabbia. (CT) (Sicilia).
17 / 1	Riservato	Azienda USL 8 di Arezzo. Il direttore generale, Monica Calamai. (AR) (Toscana).	Esito indagine interna sul caso della signora Chiara De Los Angeles. (AR) (Toscana).
21 / 1	Riservato	Servizio sanitario nazionale Regione Sardegna. Azienda ospedaliera G. Brotzu. Il direttore generale, Mario Selis. (Ca) (Sardegna)	Documentazione relativa al decesso di Deborah Melis concernente: - la relazione sulla degenza in rianimazione del direttore della struttura del 30/01/08; - la relazione del medico del pronto soccorso del 31/01/08; - la relazione sulla degenza presso la struttura di neurochirurgia del 01/02/08; - la relazione del direttore sanitario dell'11/02/08.

Per acquisire poi elementi informativi utili ad una disamina approfondita dei disavanzi sanitari regionali, con una particolare attenzione all'evoluzione della spesa sanitaria corrente, la Commissione ha provveduto quindi a richiedere

- al presidente della Corte dei conti:
 - le deliberazioni emesse rispettivamente dalle Sezioni regionali della Corte, in attuazione del comma 170, articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006);
 - le delibere concernenti gli oneri del personale delle strutture sanitarie derivanti dalla contrattazione collettiva nazionale;
 - l'appunto del Procuratore generale contenente elementi informativi in tema di responsabilità amministrativa corredato da segnalazioni comunicate dalle Procure regionali.
- alla direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, i verbali delle verifiche periodiche dei piani di rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, relative alle regioni Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise e Sicilia.

3.b AUDIZIONI SVOLTE NEL CORSO DELL'INCHIESTA PARLAMENTARE.

1. Audizione dell'Ispettore capo per la spesa sociale (IGESPES) del Ministero dell'economia e delle finanze, Francesco Massicci (seduta del 21 novembre 2007).

L'audizione aveva lo scopo di fornire alla Commissione elementi informativi in relazione al rispetto del patto di stabilità, all'andamento della spesa sanitaria delle regioni interessate da disavanzi sanitari ed ai relativi piani di rientro.

Nel corso della seduta il dott. Massicci ha depositato agli atti della Commissione un documento⁴ nel quale sono indicati i dati relativi all'analisi dell'andamento della spesa sanitaria, dei disavanzi e relative coperture per il periodo 2001-2005.

Il dott. Massicci, affermando positivamente l'utilità e l'efficacia dell'intesa Stato-regioni sulla predisposizione dei piani di rientro regionali, ha dichiarato che la variazione percentuale di crescita della spesa sanitaria, per l'anno 2007, si è assestata intorno al 2,15%, rispetto ad una media del 6,3%, registrata negli anni precedenti. L'utilità dei predetti piani, pertanto, risulta evidente sia per quelle regioni che li hanno adottati, sia per le altre, che troveranno conveniente adeguare il proprio comportamento ad un modello di tipo « virtuoso », per non incorrere nelle conseguenze normative previste in caso di mancato rispetto degli equilibri programmati.

⁴ Doc. 6/1 [Lib.].

È emerso come, in passato, le regioni fossero maggiormente propense a lamentare il sottofinanziamento da parte dello Stato sul versante della spesa sanitaria, prendendo in considerazione il disavanzo complessivo del sistema sanitario nazionale a prescindere dal riconoscimento del singolo deficit regionale. Tale meccanismo, che metteva in ombra una netta individuazione delle responsabilità sul piano regionale, è stato sostanzialmente interrotto e al tavolo della verifica — riunito per accertare quali regioni avessero diritto ad un finanziamento integrativo — è stato constatato (a partire dall'anno 2001) che precisi disavanzi erano ascrivibili alle regioni Lazio, Molise, Abruzzo, Campania, Liguria e Sicilia le quali, pertanto, hanno presentato i relativi piani di rientro. A queste si aggiungono — pur responsabili di inadempienze minori — le regioni Sardegna, Calabria e Piemonte.

Nella ricostruzione degli eventi che hanno condotto nel corso degli anni alla necessità di provvedere al ripianamento dei disavanzi sanitari di alcune regioni, il dott. Massicci si è soffermato sull'accordo Stato-regioni del 3 agosto 2000, con il quale fu deciso di incrementare il livello di finanziamento da parte dello Stato dei disavanzi sanitari delle regioni, rilevando come alla fine di tale anno, tuttavia, vi fu un sensibile sfondamento del tetto previsto. Fu con il successivo accordo dell'8 agosto 2001 (recepito con il decreto legge n. 347 del 2001) che lo Stato concesse un ulteriore finanziamento alle regioni, a condizione che l'intero disavanzo fosse coperto attraverso misure di compartecipazione della spesa sanitaria, variazioni delle aliquote fiscali, e misure di contenimento della spesa.

Il dott. Massicci ha illustrato quindi i principali interventi normativi che lo Stato ha successivamente adottato per risolvere le problematiche relative ai cosiddetti « sforamenti » dei bilanci sanitari regionali e al mantenimento dell'erogazione dei cosiddetti Livelli essenziali di assistenza (LEA). Fra questi:

— la legge finanziaria per il 2005 (articolo 1, comma 180), che ha previsto la possibilità, per le regioni che presentavano situazioni di squilibrio economico-finanziario e di mancato mantenimento dei LEA, di poter stipulare con i Ministri della salute e dell'economia un apposito accordo, con il quale venivano individuati gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, sulla base della presentazione da parte della regione di uno specifico « piano di rientro » dal disavanzo. Il comma 174 della medesima legge ha, inoltre, introdotto la procedura della diffida, che si sostanzia nella verifica del disavanzo di gestione sanitaria e dell'idoneità delle eventuali misure di copertura, nella diffida del presidente del consiglio della regione ad adempiere alla copertura e nell'adozione da parte del presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, dei necessari provvedimenti per tale copertura (ivi compreso l'incremento delle aliquote);

— l'intesa del 23 marzo 2005, per la riattribuzione alla singola regione dei finanziamenti non erogati in funzione delle inadempienze regionali, subordinatamente alla verifica dell'effettiva attuazione del piano di rientro e la definizione di adeguate forme di monitoraggio

degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica;

– la legge finanziaria per il 2006 (articolo 1, comma 277), che ha integrato la procedura di diffida prevedendo, con riferimento ai disavanzi registrati nell'anno 2005, nel caso in cui il presidente della regione non abbia adottato i provvedimenti di copertura in qualità di commissario *ad acta*, l'incremento automatico – nella misura massima prevista dalla legislazione vigente – delle aliquote fiscali, per l'anno d'imposta 2006.

2. *Audizione del direttore generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute, Filippo Palumbo (sedute del 21 novembre e dell'11 dicembre 2007).*

L'audizione si inserisce nel filone dell'inchiesta concernente gli errori in campo sanitario, dedicato alle problematiche della cosiddetta « malasanità », incluse le tematiche della « sicurezza dei pazienti » e della valutazione del cosiddetto rischio clinico.

Il dott. Palumbo, illustrando i contenuti della documentazione depositata agli atti della Commissione,⁵ ha focalizzato l'attenzione della Commissione sulle iniziative poste in essere negli ultimi tre anni e mezzo dal Ministero relativamente alla cosiddetta « esperienza del monitoraggio ».

Tale esperienza ha permesso di evidenziare, nella gestione del rischio clinico, la necessità di tenere presenti costantemente tre ambiti di difficoltà:

- le condizioni organizzative oggettive, anche strutturali, definite *latent conditions*, rispetto alle quali gli interventi sono necessariamente di carattere strategico e strutturale;
- le condizioni organizzative e operative, che possono essere modificate con interventi regolamentari;
- i comportamenti umani, attribuibili ai singoli o a gruppi di operatori.

Ogni situazione, inoltre, può essere considerata sotto un duplice aspetto, che attiene sia alla struttura, ovvero alla corretta costruzione degli elementi di sicurezza passivi, sia alla responsabilità dei comportamenti attivi degli operatori.

Riguardo alla consistenza del fenomeno degli errori sanitari, il Ministero ha redatto un glossario per la sicurezza dei pazienti e per la gestione del rischio clinico, che risponde all'esigenza di diffondere un linguaggio comune sul territorio nazionale in questo delicato settore.

Il dottor Palumbo si è particolarmente soffermato sull'analisi del cosiddetto « evento sentinella » (evento rilevatore di una possibile

⁵ V. i doc. 7/1-30 [Lib.].

disfunzione del sistema), segnalando che a livello nazionale, da qualche anno, il Ministero ha attivato un attento monitoraggio di questi eventi.

Riguardo al monitoraggio del rischio clinico, il Ministero della salute ha istituito un'apposita Commissione tecnica, che ha elaborato un documento di inquadramento generale del fenomeno⁶.

Successivamente, per avere un quadro nazionale delle iniziative volte a garantire la sicurezza dei pazienti nelle strutture del servizio sanitario nazionale, il Ministero ha condotto un'indagine *ad hoc*⁷, da cui sono emersi i seguenti spunti di intervento:

- la necessità di individuare, nell'ambito del rischio clinico, un lessico comune;
- l'attivazione di sistemi di gestione del rischio clinico nelle strutture del servizio sanitario nazionale;
- il rafforzamento dei meccanismi di tutela dei cittadini;
- lo sviluppo della cultura della sicurezza: « imparare dall'errore »;
- il miglioramento della formazione continua in tema di rischio clinico.

Nel 2005 è stata effettuata un'ulteriore rilevazione⁸ relativamente agli aspetti assicurativi, volta a conoscere il quadro generale delle diverse modalità di gestione del rischio clinico; da tale rilevazione è emersa l'esigenza di ridurre l'eccessiva asimmetria informativa rispetto alle compagnie assicuratrici, nonché la necessità di razionalizzare i diversi provvedimenti normativi in materia.

A partire dal 2004 il Ministero della salute, anche avvalendosi del supporto tecnico dei gruppi di lavoro sulla sicurezza dei pazienti, ha quindi orientato le proprie attività verso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi; il sistema informativo, volto al monitoraggio degli errori in sanità (SIMES); le raccomandazioni, dirette a fornire indicazioni per prevenire il verificarsi di eventi avversi; la formazione, con lo scopo di diffondere strumenti uniformi per migliorare le competenze degli operatori; il coinvolgimento degli utenti, per renderli protagonisti della propria salute e dei propri percorsi assistenziali; l'approfondimento degli aspetti medico-legali ed assicurativi; il governo del rischio clinico, per affrontare la sicurezza dei pazienti in un'ottica di miglioramento della qualità globale del sistema sanitario.

Sul problema della cosiddetta « *governance* » nel settore della sanità, sono emersi dall'audizione alcuni rilevanti spunti di riflessione. In particolare, si è parlato dell'accordo raggiunto tra il Governo e le regioni nel quale si è convenuto di istituire un « comitato strategico », in cui sono rappresentate

⁶ Per approfondimenti si veda il doc. 7/8 [Lib.] « *Risk management, il problema degli errori. Marzo 2004* ».

⁷ Si veda il doc. 7/9 [Lib].

⁸ Si veda il doc. 7/10 [Lib].

tutte le istituzioni, allo scopo di indicare le priorità che debbono essere seguite nel corso delle azioni finalizzate alla tutela della sicurezza dei pazienti; della costituzione, presso il Ministero della salute, di un terminale centrale nazionale per il monitoraggio degli eventi sentinella e del rapporto periodico sui medesimi eventi; dell'istituzione, presso il Ministero della salute, di una consulta nazionale, costituita da operatori, pazienti e cittadini, con funzioni consultive; della costituzione, presso l'Agenzia dei servizi sanitari regionali, di un comitato tecnico delle regioni con il compito di dare attuazione alle iniziative indicate dal comitato strategico.

3. *Audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loiero (seduta dell'11 dicembre 2007).*

La Commissione ha deliberato di ascoltare in libera audizione il presidente della regione Calabria allo scopo di completare il quadro generale, anche politico, della sanità in quella regione, principalmente ad integrazione degli elementi informativi acquisiti dalla Commissione nel corso della missione svolta a Reggio Calabria⁹ il 23 novembre 2007.

Nel corso dell'audizione, il presidente Loiero, che ha condiviso la grande preoccupazione della Commissione per il funzionamento della sanità calabrese, ha posto in luce alcuni nodi critici, in particolare:

- l'estrema frammentazione della rete ospedaliera e la difficile conformazione orografica del territorio calabrese;
- la presenza di personale sanitario di qualità non adeguata e caratterizzato da una diffusa precarietà;
- un eccessivo numero di strutture ospedaliere, di cui alcune nettamente fatiscenti e obsolete;
- la scarsa qualità dei dirigenti sanitari preposti.

Il malfunzionamento del servizio sanitario nazionale in Calabria ha dato luogo a numerose inchieste giudiziarie, che non hanno tuttavia conseguito apprezzabili risultati, ad eccezione di quella concernente la grave situazione dell'ospedale di Vibo Valentia, i cui preoccupanti risvolti, anche nell'opinione pubblica, sono sotto gli occhi di tutti.

In relazione alle iniziative in corso per ovviare alla grave situazione sanitaria della Calabria, il presidente Loiero ha riferito che:

- il Governo ha approvato un'ordinanza della Protezione civile per la costruzione, nella regione, di quattro nuove strutture ospedaliere;
- la Giunta regionale ha approvato il piano sanitario regionale, di non facile attuazione, data la condizione specifica della regione (in particolare, la natura del territorio calabrese, l'esistenza di numerosi comparti di precarietà

⁹ Per approfondimenti si veda il paragrafo 3.c.

nel settore del lavoro sanitario, la difficoltà di eliminare strutture sanitarie inadeguate);

– la regione Calabria è l'unica ad aver approvato di recente la stazione unica appaltante.

Al termine dell'audizione, il presidente Loiero ha consegnato agli atti della Commissione la documentazione relativa al piano sanitario regionale 2007-2009, unitamente alla relazione sanitaria regionale ed al programma straordinario di investimenti¹⁰.

4. Audizione del ministro della salute, Livia Turco (seduta del 19 dicembre 2007).

Intervenuta alla seduta della Commissione principalmente per riferire sui più recenti casi di presunta « malasanità » in Calabria, in particolare su quelli occorsi presso la struttura ospedaliera di Vibo Valentia, il ministro Turco ha anzitutto depositato agli atti della Commissione una dettagliata relazione sul tema, nonché le risultanze dell'attività ispettiva del Ministero della salute e dei NAS e una rassegna degli interventi previsti ed attuati dal Ministero in ordine a tale problematica.

Il ministro ha quindi illustrato raccomandazioni ministeriali specifiche e generali attinenti alla prevenzione del rischio clinico, argomento su cui si è imperniata la restante parte dell'audizione.

In particolare, il ministro ha sottolineato come il lavoro svolto in collaborazione con la regione Calabria nel corso del 2007 abbia portato alla stipula dell'accordo di programma – attraverso una procedura speciale – per la costruzione di nuovi ospedali, illustrando contestualmente le procedure straordinarie adottate per la Calabria e il quadro delle iniziative normative volte a garantire una maggiore sicurezza delle cure e un'adeguata prevenzione del rischio clinico in questa regione.

È emerso come una delle principali cause della scarsa efficienza dell'offerta ospedaliera in Calabria risieda nella frammentazione della rete (a causa della presenza di molti piccoli ospedali), nella conformazione geoterritoriale, nella perifericità urbana, nell'assenza di moderne infrastrutture.

La riqualificazione del sistema, pertanto, dovrà necessariamente partire dalla razionalizzazione della rete ospedaliera, recuperando efficienza ed efficacia nelle cure, ma anche risorse da investire nella prevenzione e nella medicina territoriale.

Il ministro ha quindi portato all'attenzione della Commissione i contenuti del nuovo accordo di programma concluso con la regione Calabria, firmato il 6 dicembre 2007. Tale accordo è orientato, attraverso la realizzazione di quattro nuovi ospedali – Vibo Valentia, Sibaritide, Catanzaro e Gioia Tauro – alla prosecuzione del processo

¹⁰ Doc. 15/1-3 [Lib.].

di riorganizzazione e di adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento di nuove strutture, il rinnovamento e il potenziamento della dotazione tecnologica, l'adeguamento della normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, la razionalizzazione dei percorsi e dei processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.

In Calabria il problema però non riguarda soltanto l'adeguatezza delle risorse, ma anche il sostegno alla programmazione e la garanzia che le risorse investite possano essere utilizzate in tempi certi per la costruzione delle strutture ospedaliere. D'intesa con la regione — ha riferito il ministro — il Ministero ha quindi ritenuto opportuno individuare anche misure straordinarie per fronteggiare l'emergenza socio-economico-sanitaria; motivo per cui il Presidente del Consiglio, in data 11 dicembre, ha dichiarato con proprio decreto lo stato di emergenza socio-economico-sanitario della regione Calabria, finalizzato a definire gli strumenti e le procedure per realizzare l'accordo di programma.

A tale proposito è stata istituita una commissione ministeriale, sulla base dei poteri conferiti al ministro della salute, con funzione ispettiva e diretta a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA).

Per quanto concerne le iniziative intraprese dal Ministero relativamente alla prevenzione del rischio clinico, il ministro ha illustrato un ampio quadro operativo, soffermandosi sui seguenti punti:

— l'avvio di un programma specifico di promozione della sicurezza delle cure, che ha trovato un primo significativo risultato nell'intesa con le regioni del 19 novembre scorso e nella costituzione di un « comitato strategico nazionale » per la gestione del rischio clinico presso lo stesso Ministero della salute: il comitato strategico individua le priorità per la produzione di linee guida, raccomandazioni e altri documenti di carattere tecnico-scientifico, allo scopo di fornire indicazioni e indirizzi teorico-pratici agli operatori sanitari;

— la costituzione di un osservatorio nazionale sugli « eventi sentinella », al quale affluiscono i dati sugli incidenti gravi sui quali effettua 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;

— l'assemblea della consulta nazionale, con funzioni di indirizzo, per la sicurezza del paziente, quale coordinamento della rete nazionale per la sicurezza del paziente, che riunisce i rappresentanti a livello nazionale di tutte le istituzioni che operano sul territorio per la sicurezza del paziente, istituzioni pubbliche e private, rappresentanti della comunità scientifica e professionale, organizzazioni di tutela;

— l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), che svolge funzioni di osservatorio nazionale sui sinistri e sulle polizze assicurative, di monitoraggio delle buone pratiche, nonché funzioni di

diffusione e di implementazione di raccomandazioni per la sicurezza del paziente a livello delle regioni;

– la predisposizione di un rapporto nazionale sulle iniziative di gestione del rischio clinico, che ha permesso la realizzazione di un glossario in tema di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, individuando alcuni indicatori di sicurezza dei pazienti, desunti dai flussi informativi correnti;

– la redazione del protocollo nazionale sperimentale per il monitoraggio degli « eventi sentinella » e il relativo rapporto sui primi diciotto mesi di attività (consultabile sul sito del Ministero);

– l'attivazione del sistema informativo per il monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES);

– l'emanazione di una serie di raccomandazioni per gli operatori sanitari.

L'intervento del ministro ha quindi consentito alla Commissione di acquisire un quadro informativo di insieme sulle più recenti misure intraprese dal governo in materia di sicurezza delle cure.

In tale ambito è stata prevista l'adozione da parte delle regioni di un sistema di gestione del rischio clinico finalizzato alla sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi e cura, incluso il rischio di infezioni ospedaliere, attivando una specifica funzione aziendale in ogni ASL e in ogni ospedale. È stata altresì prevista l'istituzione di un servizio di ingegneria clinica, che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti sanitari, prevedendo procedure specifiche più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza. Saranno varate inoltre norme per facilitare l'assunzione stragiudiziale delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari, in linea con quanto sperimentato positivamente in alcune ASL e in altri paesi europei per consentire al cittadino forme più celeri di risoluzione e per evitare la cosiddetta « medicina difensiva ».

5. Audizione dell'assessore alla salute della regione Lazio, Augusto Battaglia (seduta dell'11 gennaio 2008).

L'audizione dell'assessore Battaglia ha costituito il primo passo verso una disamina specifica della situazione finanziaria delle sei regioni interessate dalle misure di ripianamento dei disavanzi sanitari, previste dal decreto-legge n. 23 del 2007. La Commissione ha inteso infatti cominciare con l'analisi della regione Lazio, invitando in libera audizione l'assessore alla sanità e riservandosi, nella prima seduta utile successiva, di audire il presidente della sezione regionale della Corte dei conti.

L'audizione dell'assessore Battaglia ha consentito di acquisire un quadro informativo essenziale sulla complessa situazione di grave dissesto finanziario sul versante sanitario che ha caratterizzato i bilanci della regione Lazio a partire dal 2005.

Tale quadro, risultante dalle verifiche effettuate dalle aziende sanitarie e dalla regione nel corso del 2005 e del 2006, è apparso infatti subito più grave di quanto non fosse prevedibile e valutabile sulla base dei dati disponibili alla fine del 2005, a conferma di un andamento disordinato e crescente della spesa sanitaria regionale.

In tal senso, l'assessore ha illustrato l'azione di revisione intrapresa dalla giunta regionale a partire dal settembre 2005, dopo l'insediamento dei nuovi direttori generali, con la prioritaria esigenza di mettere ordine nei conti sanitari, a fronte di un sensibile disordine contabile nei bilanci delle aziende sanitarie che risale al 2003.

Per fronteggiare tale esigenza, la regione ha avviato un'operazione di risanamento, adottando un adeguato piano di rientro, il quale dovrebbe condurre, entro il 2009, ad una stabilizzazione finanziaria e ad un abbattimento definitivo del deficit.

Le cause che hanno determinato i disavanzi — secondo l'assessore — possono essere ricondotte sia all'esistenza di una spesa farmaceutica fuori controllo, sia all'assenza di controlli sulla spesa sanitaria in genere.

Per fronteggiare il fenomeno, la regione si è dotata di strumenti minimi per il controllo (le commissioni per l'appropriatezza nei distretti, l'indice di appropriatezza del medico prescrittore, distribuzione diretta e per conto) e di un sistema di monitoraggio della spesa per verificare l'attività delle ASL, controllare le aree del territorio e così via.

Altra questione su cui la regione ha focalizzato la linea dei propri interventi è quella relativa al contenimento della spesa nella sanità accreditata e, per raggiungere gli obiettivi di controllo, è stato altrettanto importante sottoporre a controllo tale quota di spesa sanitaria.

Gli accreditamenti, infatti, avvenivano non sulla base del reale fabbisogno territoriale, bensì del luogo ove era situata la clinica da accreditare, determinando in tal modo flussi di mobilità passiva. Sono state quindi adottate misure di contenimento della spesa mediante maggiori controlli sui bilanci, i quali vengono perciò redatti ad inizio anno, se preventivi, e alla fine dell'anno, se consuntivi. Inoltre, i dati di bilancio sono pubblicati nella legge finanziaria regionale, approvata nel mese di dicembre. Pertanto, all'inizio del mese di gennaio le aziende sanitarie, quelle ospedaliere, gli IRCCS e i policlinici hanno già una traccia di riferimento delle condizioni economico-finanziarie per l'anno in corso.

L'assessore ha quindi enucleato una serie di ulteriori questioni pendenti nell'agenda della giunta regionale e concernenti in particolare:

- la dotazione di un nuovo piano dei conti per le aziende, mediante il quale tutti i flussi finanziari dovranno passare attraverso l'azienda;

- la necessità di ovviare ad una cattiva amministrazione, dovuta alla mancata indizione di gare, alla mancata approvazione di bilanci e ad un notevole grado di incertezza amministrativa;

- il sottofinanziamento della regione, dovuto al fatto che nel censimento del 2001 l'Istat non ha registrato 188.530 cittadini, che

invece sono stati successivamente riconosciuti come presenti sul territorio laziale nel 2007;

– gli squilibri del sistema sanitario, con particolare riguardo alla distribuzione e alla vetustà delle strutture;

– la necessità di rivedere alcuni parametri come il rapporto ospedale-territorio, l'assistenza domiciliare, l'integrazione socio-sanitaria, il riequilibrio della rete ospedaliera sul territorio;

– il problema della sanità religiosa (sulla quale la regione ha chiesto l'emanazione di un provvedimento normativo per dirimere la questione inerente il riconoscimento degli oneri e degli arretrati contrattuali, comprensivi anche di interessi).

6. Audizione del presidente della sezione regionale di controllo del Lazio della Corte dei conti, Vittorio Zambrano (seduta del 23 gennaio 2008).

Con quest'ultima audizione, la Commissione intendeva dare inizio una serie di incontri con i presidenti delle Sezioni regionali di controllo, volti ad acquisire elementi informativi utili all'accertamento delle cause dei disavanzi sanitari regionali, a partire dalle sei regioni interessate dal decreto-legge n. 23 del 2007.

In questo ambito, il presidente Zambrano ha anzitutto fornito un quadro normativo di insieme sulle modalità del controllo effettuato dalla Corte dei conti sulla sanità regionale.

In base alla legge n. 20 del 1994 (recante disposizioni in materia di giurisdizione e controllo della Corte dei conti), la Sezione regionale di controllo è tenuta a riferire, almeno annualmente, a ogni consiglio regionale, sul bilancio complessivo della regione, solitamente accompagnato da una specifica relazione.

A tale proposito il presidente ha depositato agli atti della Commissione una tabella contenente i dati – non ancora ufficiali – che evidenziano la previsione di chiusura relativa all'esercizio 2007 del bilancio della regione Lazio, con le ipotesi di disavanzo e maggiore copertura richiesta¹¹.

Riguardo alle previsioni di chiusura del 2007, il presidente Zambrano ha riferito che tali dati saranno disponibili non appena le ASL avranno approvato i rispettivi bilanci d'esercizio. Tuttavia, il deficit finanziario relativo a tale esercizio – stimato in 310 milioni di euro – dovrebbe trovare una forma di copertura direttamente nella legge finanziaria regionale per l'anno 2008¹².

¹¹ Doc. 18/1 [Lib.].

¹² In particolare l'articolo 7, comma 1 della legge finanziaria regionale per l'esercizio 2008, approvata dal Consiglio della regione Lazio in data 22 dicembre 2007, prevede che « al fine di assicurare la copertura del maggior disavanzo accertato, pari a 310 milioni di euro, è istituito nell'ambito dell'UPB H31, un apposito capitolo denominato « Copertura disavanzo sanitario 2007 », con pari stanziamento di 310 milioni di euro in termini di competenza e cassa ». L'articolo, inoltre, stabilisce le modalità di copertura del deficit.

È emerso come il bilancio della regione presenti peraltro voci di spese che non riescono ad essere adeguatamente monitorate; è il caso di quelle sostenute dal Policlinico Gemelli, in quanto non appartenente allo Stato italiano, o a strutture ospedaliere che si occupano di ricerca e didattica (come ad esempio il Policlinico Umberto I). Tutto ciò è dovuto al fatto che alla Sezione per le autonomie della Corte, in base al regolamento sulle funzioni di controllo emanato dalla Corte nel 2000, è affidato il compito di elaborare le cosiddette linee guida previste dalla legge finanziaria per il 2006¹³ che riguardano sia gli enti locali sia gli enti del servizio sanitario nazionale. Le linee guida hanno per il momento escluso dal novero della legge sopra citata i policlinici e gli IRCCS poiché presentano delle peculiarità gestionali tali da differenziarli da tutte le altre aziende.

Il magistrato della Corte dei conti ha auspicato con la Commissione che sia possibile far rientrare quanto prima tali aziende nei meccanismi di controllo previsti dalla legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), articolo 1, comma 170.

In relazione ai meccanismi di controllo messi in atto dalla Corte dei conti, il presidente Zambrano ha inoltre riferito che fino al 2006 – anno di entrata in vigore della legge finanziaria per il 2006 che ha attribuito alla Corte dei conti la possibilità di verificare dall'interno i conti delle ASL e delle aziende ospedaliere – la stessa Corte non aveva competenza in questo settore.

Ha quindi ricordato che le prime pronunce emesse dalla sezione regionale di controllo per il Lazio sono intervenute nel marzo 2007: prima dell'entrata in vigore della citata norma non era infatti possibile conoscere i dati relativi ai conti delle ASL.

Il magistrato ha altresì sottolineato il fatto che la trasmissione dei dati sull'andamento della finanza regionale proviene alla Corte dei conti direttamente dalla regione: cosa che non garantisce alla magistratura contabile un ruolo sufficientemente incisivo.

Sulla base dei dati contabili ricevuti, la Corte elabora pertanto un questionario da trasmettere sia agli enti locali che sanitari, per acquisire tutte le notizie utili inerenti la gestione contabile degli enti stessi.

Secondo quanto riferito dal presidente Zambrano, il meccanismo eventualmente da perfezionare nella procedura di controllo atterrebbe al completamento del sistema della trasmissione dei questionari, per far sì che le pronunce della Corte abbiano un maggior riscontro; sarebbe altresì opportuno dotare la Corte di più incisivi poteri di controllo o sanzionatori, volti ad evitare che il riscontro effettuato sui conti regionali manchi di qualsivoglia conseguenza concreta per le regioni stesse.

3.C LA MISSIONE IN CALABRIA DEL 23 NOVEMBRE 2007.

Una delegazione della Commissione, composta dai deputati Giuseppe Palumbo, Emanuele Sanna, Lalla Trupia e Roberto Ulivi, ha svolto una missione a Reggio Calabria, lo scorso 23 novembre, per

¹³ Articolo 1, commi 166 e 167, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 recante « Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato » (legge finanziaria 2006).

svolgere alcune audizioni, allo scopo di fare luce su alcuni dei più recenti casi di errori in campo sanitario verificatisi in Calabria e per effettuare un sopralluogo presso l'azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli.

L'opportunità di recarsi in missione in Calabria emergeva dalla frequenza di possibili casi di malasanità occorsi negli ultimi mesi in quella regione, che, come è noto, sconta da molto tempo alcune gravi carenze gestionali ed organizzative, oltreché strutturali, nel funzionamento del servizio sanitario nazionale.

Tali disfunzioni, poste in particolare rilievo da un'insistente campagna degli organi di stampa, suggerivano infatti che la Commissione desse inizio alla propria attività di inchiesta dall'esame della situazione calabrese, che, nel più ampio quadro della sanità nazionale, presenta certamente alcune caratteristiche peculiari che la pongono al centro di complesse problematiche e che la rendono pertanto degna di speciale attenzione da parte della Commissione stessa.

In particolare, fra gli elementi caratterizzanti la specifica situazione calabrese, si può senz'altro annoverare, una carente condizione della rete dei collegamenti stradali, che rende particolarmente difficoltoso il trasporto sanitario di emergenza, nonché l'oggettivo stato di insufficienza o di inadeguatezza delle strutture ospedaliere, con particolare riguardo ad alcune parti del territorio regionale, che risultano sguarnite o mal collegate rispetto ad un'efficace rete di erogazione delle prestazioni sanitarie ordinarie e d'urgenza.

Allo scopo di acquisire precisi elementi informativi sui più recenti ed eclatanti casi di errori sanitari, per far luce su eventuali responsabilità individuali o per definire un quadro di possibili cause da ricondurre al funzionamento generale del sistema a livello regionale, che possa rendere ragione di una così elevata incidenza di probabili errori sanitari in quella regione, si è ritenuto di svolgere un ciclo di audizioni nella sede della prefettura, coinvolgendo i direttori generali e i direttori sanitari delle principali strutture ospedaliere interessate dai citati casi di « malasanità ».

Al fine poi di ricostruire un quadro d'insieme quanto più fedele possibile al territorio e vicino alle difficoltà concrete che affliggono il servizio sanitario nazionale in Calabria, la delegazione della Commissione ha altresì convocato il responsabile regionale della politica sanitaria calabrese, nella persona dell'assessore alla sanità della giunta regionale, Doris Lo Moro.

Nel corso della missione sono perciò stati auditi presso la sede della prefettura i seguenti soggetti:

- il direttore generale dell'Azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, Leone Pangallo, e il direttore sanitario della medesima azienda, Vincenzo Trapani Lombardo;
- il Commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale di Palmi (da cui dipende l'ospedale di Polistena), Renato Caruso;
- il direttore sanitario dell'ospedale di Polistena Maria Rosaria Delfino;

— il commissario straordinario del Presidio ospedaliero di Vibo Valentia, Ottavio Nazareno, e il direttore sanitario della medesima struttura, Pietro Schirripa.

Dopo le citate audizioni la delegazione della Commissione ha svolto, con la collaborazione dei nuclei NAS dei carabinieri, un sopralluogo presso l'ospedale di Reggio Calabria.

Infine, è stata ascoltata in libera audizione l'Assessore alla sanità della regione Calabria, Doris Lo Moro.

La scelta dei soggetti da audire è stata guidata prioritariamente dalla volontà di fare luce sui casi di presunti errori sanitari riguardanti il minore Flavio Scutellà (deceduto in seguito ad un trauma cranico, dopo aver impiegato numerose ore prima di giungere all'ospedale di Reggio Calabria) e la sedicenne Federica Monteleone, deceduta nel corso di un'operazione di appendicectomia, presso l'ospedale di Vibo Valentia.

In particolare, quest'ultima struttura ospedaliera ha destato particolare attenzione da parte della Commissione a causa di una recente e serrata campagna di denuncia promossa anche da singoli parlamentari, attraverso strumenti di sindacato ispettivo, oltre che da organi di stampa locali e nazionali, che hanno evidenziato la necessità di mettere a fuoco il sistema complessivo di funzionamento e le preoccupanti condizioni generali del citato ospedale. In tale quadro rientra anche la presunta contiguità delle strutture serventi dell'ospedale con ambienti della criminalità organizzata, della 'ndrangheta calabrese, su cui si sta attualmente indagando anche la Commissione parlamentare bicamerale di inchiesta sul fenomeno della criminalità organizzata mafiosa e similare.

Dai contenuti delle audizioni svolte, la delegazione della Commissione ha anzitutto potuto riscontrare alcune macroscopiche incongruenze tra le diverse dichiarazioni rese dai soggetti auditi e tendenti alla ricostruzione dei fatti relativi ai decessi del dodicenne Flavio Scutellà e della sedicenne Federica Monteleone.

In particolare, per quanto riguarda il caso del piccolo Flavio Scutellà, la delegazione della Commissione ha audito il direttore generale dell'Azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, Leone Pangallo, e il direttore sanitario della medesima azienda, Vincenzo Trapani Lombardo: si tratta infatti dei responsabili dell'ospedale in cui il piccolo Flavio fu trasportato in ambulanza in seguito alla prolungata ricerca di un posto letto, effettuata dal personale del pronto soccorso dell'ospedale di Polistena, la struttura in cui il bambino fu in prima battuta condotto, dopo aver riportato il trauma cranico che si sarebbe rivelato fatale.

In merito allo stesso caso, la delegazione della Commissione ha audito il Commissario straordinario dell'Azienda sanitaria provinciale di Palmi (da cui dipende l'ospedale di Polistena), Renato Caruso; il direttore sanitario dell'ospedale di Polistena, Maria Rosaria Delfino.

Il dato eclatante che emerge da questa prima *tranche* di audizioni è che sussistono alcune rilevanti discrepanze fra quanto dichiarato dai dirigenti dell'ospedale di Reggio Calabria e dai responsabili dell'ospedale di Polistena nella rappresentazione della gravità delle condizioni del piccolo Flavio da parte dei responsabili del pronto soccorso dell'ospedale di Polistena, che,

secondo i primi, avrebbero omesso di fare riferimento agli esiti della TAC appena effettuata. Secondo quanto invece emerge dalla relazione depositata dal direttore sanitario di Polistena, il risultato della TAC, che di per sé avrebbe giustificato un ricovero d'urgenza anche in assenza di posti letto, fu comunicato contestualmente alla richiesta di un posto letto presso l'ospedale di Reggio.

Ciò che tuttavia appare più preoccupante nella ricostruzione dei fatti resa dagli auditi concerne alcuni elementi di grave criticità che affliggono il funzionamento del sistema del trasporto sanitario d'urgenza in quell'area e nella zona circostante.

Anzitutto bisogna rilevare l'assenza di una rete informatizzata di ricerca dei posti letto a disposizione delle strutture di pronto soccorso, che sono pertanto obbligate a procedere per tentativi telefonici presso le principali strutture ospedaliere della regione, con risultati che è facile immaginare.

In secondo luogo, è da sottolineare la grave condizione della viabilità che collega la rete ospedaliera nella regione, in particolare per quanto concerne i collegamenti fra Polistena e Reggio Calabria: su questo punto in particolare, la delegazione della Commissione ha avuto modo di riscontrare una estrema indefinitezza nella descrizione dei tempi necessari a coprire la distanza fra i due ospedali, evidentemente in dipendenza di una eccessiva variabilità delle condizioni del traffico, dovute al perdurante stato di emergenza per lavori in corso che, a detta degli auditi, caratterizza da molto tempo questo tratto stradale.

In terzo luogo, può farsi riferimento ad una cronica carenza di mezzi a disposizione per il trasporto sanitario d'urgenza, che, secondo alcune delle dichiarazioni acquisite informalmente nel corso del sopralluogo presso l'Ospedale Bianchi Melacrino Morelli, scontrerebbe anche una presunta marginalità della città di Reggio rispetto ad altre province calabresi con un minor numero di abitanti. In aggiunta a ciò, è emersa l'assoluta insufficienza del servizio di elisoccorso, che, a causa della strumentazione degli elicotteri in dotazione, può operare soltanto in orari diurni.

In sintesi, i contenuti delle audizioni volte a far luce sul caso di Flavio Scutellà indicherebbero un errore di valutazione da parte dei medici dell'ospedale di Reggio Calabria, i quali, secondo quanto affermato dai responsabili dell'ospedale di Polistena, non avrebbero considerato l'esito della TAC, che imponeva un ricovero d'urgenza. Le audizioni fanno emergere altresì un inadeguato funzionamento del trasporto medico d'urgenza, che, sommato ai tempi di trasporto eccessivamente dilatati a causa delle condizioni contingenti della viabilità e del traffico della zona, ha condotto al tragico esito del decesso del piccolo Flavio.

In merito al decesso di Federica Monteleone avvenuto nel Presidio ospedaliero di Vibo Valentia, la delegazione della Commissione ha audito il commissario straordinario responsabile per quel presidio, Ottavio Nazareno, e il direttore sanitario della medesima struttura, Pietro Schirripa.

Le due audizioni svolte hanno evidenziato principalmente alcune criticità riguardanti il funzionamento delle apparecchiature elettriche della sala operatoria dove si svolse l'intervento di appendicectomia, sala che al momento del fatto era appena stata fatta oggetto di una ristrutturazione. In questo caso, in particolare, dal quadro fattuale fornito dagli auditi sembra emergere che la vera carenza all'origine del decesso della ragazza sarebbe da ascrivere ad un problema di responsabilità organizzativa, sia sotto il profilo medico (che riguarda la condotta dell'anestesista), sia sul versante tecnico (che invece investe la congruità del collaudo effettuato sui lavori appena ultimati nella sala operatoria).

In particolare su quest'ultimo punto, la delegazione della Commissione ha avuto alcune difficoltà a ricostruire la catena di responsabilità che ha condotto all'autorizzazione di accesso alla sala successivamente all'avvenuto decesso, ma prima del sequestro disposto dall'autorità giudiziaria.

Più in generale, occorre dire che la delegazione della Commissione ha inteso indagare anche — se non principalmente — sul complessivo funzionamento delle strutture sanitarie interessate dai due citati casi di presunta malasanità, lasciando alla magistratura l'accertamento delle responsabilità individuali. In tale quadro tuttavia, oltre alle criticità già menzionate sotto il profilo logistico e organizzativo, la delegazione ha constatato una sensibile variabilità nell'apporto informativo fornito dai soggetti auditi, che ha oscillato sostanzialmente fra atteggiamenti estremamente collaborativi ed approcci più imprecisi o addirittura reticenti.

In particolare, la maggiore difficoltà riscontrata dalla delegazione della Commissione nell'accertamento dei fatti e delle condizioni materiali di funzionamento degli ospedali interessati è consistita nella determinazione del numero dei posti letto dichiarati da ciascuna struttura sanitaria: tale dato, infatti, è stato ricavato con estrema difficoltà dalle audizioni svolte, in qualche caso addirittura non è stato possibile acquisirlo formalmente a causa della fondamentale incertezza di alcuni degli auditi, i quali hanno addotto in più casi cifre discordanti o volutamente imprecise.

In conseguenza di tali riscontri, la Commissione esprime gravi e fondate perplessità sull'opportunità di garantire la permanenza in carica di alcuni di questi dirigenti, che hanno dimostrato, in sede di audizione, una parziale incompetenza, se non addirittura un preoccupante disinteresse, per i compiti di cui dovrebbero essere considerati responsabili, manifestando a tratti atteggiamenti scarsamente collaborativi nel fornire le informazioni — anche più elementari — ad essi richieste.

Infine, il quadro d'insieme sul funzionamento del servizio sanitario nazionale in Calabria fornito dall'assessore alla sanità della regione Calabria nel corso della sua audizione è riuscito solo in parte a dissipare le gravi perplessità suscitate nella delegazione della Commissione dalle precedenti audizioni. Le stesse dichiarazioni rese dall'assessore Doris Lo Moro hanno infatti posto in rilievo anzitutto alcune gravi carenze organizzative e funzionali, che delineano una situazione di assoluta emergenza sanitaria: il sistema sanitario calabrese infatti si caratterizza, a detta dell'assessore, per un eccesso di

strutture sotto il profilo quantitativo, cui corrispondono significative insufficienze qualitative e funzionali.

L'assessore non ha taciuto inadeguatezze concernenti specifiche strutture, come quella dell'ospedale di Polistena, mentre, con riferimento all'ospedale di Vibo Valentia, ne ha sottolineato la difficile condizione ambientale, rilevata anche da numerose interrogazioni parlamentari che hanno auspicato il suo commissariamento per mafia.

L'assessore ha riferito anche sul nuovo piano sanitario, recentemente licenziato dalla giunta regionale, che tenta di dare una risposta di tipo programmatico agli aspetti più gravemente critici del sistema sanitario calabrese. Peraltro, l'assessore ha anche evidenziato come esistano anche alcuni settori in cui la regione è all'avanguardia, primo fra tutti quello della prevenzione oncologica.

La delegazione della Commissione ha infine svolto un sopralluogo presso l'azienda ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, soffermandosi in particolare nel reparto di neurochirurgia. In occasione di tale sopralluogo è stato possibile constatare una preoccupante condizione generale caratterizzata da strutture apparentemente fatiscenti, nonostante la recente costruzione di alcuni reparti, nonché un livello di igiene insufficiente, anche in reparti chiave come la neurochirurgia.

L'incontro con il responsabile del servizio del trasporto medico d'urgenza del 118 del medesimo ospedale, dottor Napolitano, ha infine fatto emergere la netta insufficienza del numero di autoambulanze a disposizione della città di Reggio, soprattutto se confrontata con le diverse dotazioni previste per Catanzaro, nonostante il numero di abitanti del capoluogo regionale sia sensibilmente inferiore a quello di Reggio.

Le risultanze della missione svolta dalla delegazione della Commissione, unitamente all'analisi della situazione finanziaria connessa al disavanzo della regione Calabria, che si intendeva completare con l'audizione di magistrati competenti della Corte dei conti, nonché con l'acquisizione della documentazione già richiesta alla Corte dei conti su questo stesso tema, dovevano, nell'intenzione della Commissione, essere nuovamente esaminate e valutate in occasione della redazione di una successiva relazione territoriale sul funzionamento del servizio sanitario nazionale in Calabria, di cui la presente relazione sulla missione, approvata dalla Commissione, doveva costituire parte integrante.

4. Considerazioni conclusive.

Nel breve arco della sua attività di inchiesta, che ha avuto inizio dalla data della sua costituzione avvenuta lo scorso 24 ottobre 2007, la Commissione sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali ha potuto avviare alcuni importanti filoni di indagine, che dovevano costituire le premesse per ulteriori proficui

approfondimenti dei temi oggetto dell'inchiesta e che, in alcuni casi, hanno costituito elemento di stimolo e controllo nel processo di verifica dei piani di rientro presentati dalle regioni con disavanzi sanitari, interessate dal decreto-legge n. 23 del 2007.

La presenza al Senato di una Commissione monocamerale sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, il cui ambito di inchiesta potrebbe apparire parzialmente coincidente con quello della Commissione della Camera, non è stata in alcun modo interpretata come una duplicazione della reciproca attività, né si è mai tradotta in una sovrapposizione di funzioni.

Gli ambiti di inchiesta in cui si sono mosse le due Commissioni si differenziano infatti in primo luogo per la presenza, fra le finalità dell'inchiesta condotta dalla Commissione della Camera, del compito di indagare sulle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo, funzionale ovvero attinenti al sistema di monitoraggio e controllo che hanno contribuito alla formazione di disavanzi sanitari non sanabili autonomamente dalle regioni interessate dal decreto-legge n. 23 del 2007.

La proposizione di tale filone è stata infatti, fin dall'approvazione della deliberazione istitutiva della Commissione della Camera, l'elemento distintivo dell'inchiesta, all'origine della volontà di istituire un'autonoma Commissione di inchiesta distinta da quella del Senato, che indaga sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale da più di una legislatura.

L'intento era infatti quello di approfondire il versante « contabile » della crisi in cui versano certi settori della sanità italiana, che appare all'origine di molte delle carenze da cui dipende la qualità complessiva del sistema e la correlata incidenza del rischio clinico. Un'analisi delle cause che determinano l'insorgere di errori sanitari non può infatti prescindere da un'accurata ricostruzione delle condizioni organizzative, tecniche, materiali del servizio sanitario nazionale, che a sua volta appare strettamente correlato al rapporto di efficienza nell'utilizzo delle risorse materiali e finanziarie a disposizione di ciascuna singola regione.

In ultima analisi, lo studio « delle cause di ordine normativo, amministrativo, gestionale, finanziario, organizzativo, funzionale » dei disavanzi sanitari di alcune regioni italiane appariva, in questo contesto, particolarmente illuminante per chiarire non solo le condizioni di « patologia » del sistema, tramite l'analisi delle situazioni più sofferenti sotto il profilo finanziario, ma anche, attraverso un confronto *a contrario* con le regioni cosiddette « virtuose », lo stato di « salute » del sistema nel suo complesso ed i possibili modelli di confronto, nonché i correttivi, per conseguire un miglior rapporto di efficienza fra risorse utilizzate e risultati ottenuti in termini di qualità, tempestività, razionalità ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Sotto questo profilo, appariva particolarmente prezioso il filone di inchiesta avviato con le audizioni dei rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute, nonché con le audizioni dei magistrati della Corte dei conti e con le correlate richieste di relazioni, inviate alla stessa Corte, concernenti il controllo dell'attua-

zione, per ogni singola regione, del comma 170 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, riguardante per l'appunto i bilanci degli enti del servizio sanitario nazionale, nonché la richiesta di trasmissione delle pronunce emesse in ordine ai medesimi enti. L'acquisizione di tale documentazione, concernente indistintamente tutte le regioni italiane, non solo quelle che presentavano disavanzi sanitari, rispondeva alla citata esigenza di costruire un quadro di più ampio respiro e di seguire un percorso di indagine che potesse costituire un adeguato stimolo per i soggetti la cui attività era oggetto dell'inchiesta.

Sotto questo profilo, non si può sottovalutare il fatto che la sia pur breve attività della Commissione ha consentito di evidenziare alcuni significativi nodi critici nel funzionamento della sanità nazionale, soprattutto per quanto concerne alcune specifiche regioni: in particolare, fra quelle che presentavano rilevanti disavanzi sanitari, si è imposta all'attenzione della Commissione il Lazio, nel cui filone di inchiesta la Commissione aveva appena cominciato ad operare, procedendo all'audizione dell'assessore alla sanità della regione, Augusto Battaglia.

Allo stesso modo, si sono rese evidenti anche le significative difficoltà finanziarie della regione Sicilia che, per analoghe ragioni, avrebbe potuto costituire un filone di inchiesta immediatamente successivo nella programmazione dei lavori della Commissione, già orientativamente fissata.

In alcuni casi, dunque, l'operato della Commissione, sia pure limitato nel tempo, ha contribuito ad accelerare e sollecitare le verifiche dei piani di rientro delle regioni indebitate da parte delle competenti autorità ministeriali, calamitando l'attenzione dell'opinione pubblica su questo specifica problematica, anche attraverso le audizioni svolte.

La stessa Calabria, come si è già detto, pur non rientrando formalmente nel novero delle regioni indebitate e interessate dagli interventi del decreto-legge n. 23 del 2007, ha costituito un proficuo punto di partenza per l'attività della Commissione, che ha a sua volta rappresentato un'opportuna e utile occasione di stimolo anche nei confronti di altri soggetti deputati a garantire il corretto funzionamento del servizio sanitario nazionale in quella regione. Non è forse un caso che nel dicembre 2007 il ministro della salute abbia incaricato una specifica commissione ministeriale di fare luce sullo stato dei servizi sanitari in Calabria, commissione di recente costituita sotto la presidenza di Achille Serra.

In conclusione, i risultati ottenuti dalla Commissione in un arco temporale così ridotto, risultati che sono espressione e di una funzione non solo di inchiesta, ma anche e soprattutto di stimolo e sollecitazione all'operato del governo, in un quadro di collaborazione attiva, hanno segnato un proficuo percorso che la conclusione anticipata della XV legislatura non ha evidentemente consentito di intraprendere fino in fondo: l'utilità di tali, sia pur parziali, risultati fa a maggior ragione auspicare che l'attività della Commissione possa essere rinnovata e proseguita, in prospettiva, nella prossima legislatura, preferibilmente anche in una eventuale composizione bicamerale.