

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

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

5.

**SEDUTA DI MERCOLEDÌ 19 DICEMBRE 2007**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **GIUSEPPE PALUMBO**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Lucchese Francesco Paolo (UDC) .....	13
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i> .....	3	Mazzaracchio Salvatore (FI) .....	13, 14, 20
<b>Audizione del Ministro della salute, Livia Turco:</b>		Pignataro Rocco (Pop-Udeur) .....	18
Palumbo Giuseppe, <i>Presidente</i> .	3, 10, 17, 18, 21	Piro Francesco (PD-U) .....	17
Astore Giuseppe (IdV) .....	15	Sanna Emanuele (PD-U) .....	16
Baiamonte Giacomo (FI) .....	10	Trupia Lalla (SDpSE) .....	11
Cosentino Lionello (PD-U) .....	12, 20, 21	Turco Livia, <i>Ministro della salute</i> .	3, 4, 14, 17, 18, 20
Goisis Paola (LNP) .....	17	Ulivi Roberto (AN) .....	10
		ALLEGATO: <i>Relazione del Ministro della salute, Livia Turco</i> .....	23

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico-L'Ulivo: PD-U; Forza Italia: FI; Alleanza Nazionale: AN; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; UDC (Unione dei Democratici Cristiani e dei Democratici di Centro): UDC; Lega Nord Padania: LNP; Sinistra Democratica. Per il Socialismo europeo: SDpSE; Italia dei Valori: IdV; Socialisti e Radicali-RNP: SocRad-RnP; Comunisti Italiani: Com.It; Verdi: Verdi; Popolari-Udeur: Pop-Udeur; DCA-Democrazia Cristiana per le Autonomie-Partito Socialista-Nuovo PSI: DCA-NPSI; Misto: Misto; Misto-Minoranze linguistiche: Misto-Min.ling.; Misto-Movimento per l'Autonomia: Misto-MpA; Misto-Repubblicani, Liberali, Riformatori: Misto-RLR; Misto-La Destra: Misto-Destra; Misto-Socialisti per la Costituente: Misto-SocpC.**

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
GIUSEPPE PALUMBO

**La seduta comincia alle 14,10.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione del Ministro della salute,  
Livia Turco.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute, Livia Turco.

Do il benvenuto al Ministro Turco per l'audizione in programma in questa Commissione, che avevamo richiesto da tempo. Abbiamo già audito i due direttori del Ministero della salute, il dottor Palumbo e il dottor Ghirardini, e il direttore del Ministero dell'economia e delle finanze, il dottor Massicci, sui problemi inerenti agli obiettivi di questa Commissione, concentrandoci in particolare sul fenomeno della malasanità e sui famosi piani di rientro delle regioni, che state controllando.

Rammento che, nel caso in cui il Ministro Turco dovesse ritenere di procedere in seduta segreta, sarà disattivato l'impianto audiovisivo a circuito chiuso e vi sarà la facoltà dei parlamentari di intervenire, porre domande e chiedere chiarimenti.

Il Ministro Turco sa che l'audizione odierna è finalizzata, per quanto riguarda

la malasanità, all'approfondimento dei casi verificatisi in Calabria. Ci siamo già recati in missione in Calabria per il primo caso della signora Monteleone, verificatosi parecchi mesi fa. Nello stesso ospedale si è ripetuto un altro « caso » di malasanità, che ha destato l'attenzione dei mass media. Poiché vediamo riproporsi questi problemi alla nostra attenzione, considerate le finalità di questa Commissione, vorremmo vederci più chiaro, anche attraverso la collaborazione del Ministero della salute, per capire come intervenire per cercare se non di cancellare completamente, almeno di ridurre simili episodi.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute.* Credevo di dovermi soffermare sul caso di Vibo Valentia.

PRESIDENTE. In particolare su Vibo Valentia, ma la nostra audizione, Ministro, era stata richiesta più di un mese fa.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute.* Allora mi dovete spiegare bene l'ordine del giorno, perché sono qui con una relazione dettagliata su Vibo Valentia.

PRESIDENTE. La ringrazio, sarà pubblicata in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna (*vedi allegato*).

Si può discutere anche solamente sul caso di Vibo Valentia, su cui siamo già abbastanza documentati. Il caso di Vibo Valentia non può essere però scisso dalla gestione dei casi di malasanità in genere, di cui questa Commissione si deve occupare. I parlamentari sono liberi di porre domande e di intervenire come credono, però sarebbe opportuno affrontare il discorso dei controlli, del *risk management*.

Possiamo cominciare illustrando il caso di Vibo Valentia, per poi ampliare.

Do la parola al Ministro Turco per l'illustrazione introduttiva.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Vi consegno il lungo testo scritto, che riferisce in modo puntuale dell'accaduto di Vibo Valentia, dell'attività ispettiva del Ministero e dei NAS, delle conclusioni che ne abbiamo tratto e di come siamo intervenuti. Non entrerò nel merito della relazione, anche perché avete già indagato e il tema all'ordine del giorno era più ampio.

A seguito dell'attività ispettiva svolta lo scorso anno a Vibo Valentia, il Ministero aveva suggerito raccomandazioni specifiche e generali attinenti alla prevenzione del rischio clinico. Il lavoro più importante che abbiamo ritenuto di fare con la regione Calabria nel corso di questo anno è stata la stipula dell'accordo di programma per la costruzione dei nuovi ospedali in Calabria, che parte ovviamente dal contesto della sanità calabrese e dal piano sanitario regionale adottato con delibera della giunta regionale il 9 novembre 2007. D'intesa con la regione, abbiamo ritenuto di adottare una procedura speciale per quanto attiene alla realizzazione di questi nuovi ospedali.

Analizzerei quindi l'accordo di programma, le procedure straordinarie che abbiamo ritenuto di adottare rispetto alla Calabria e il quadro delle iniziative e delle normative per quanto attiene alla sicurezza delle cure, che risponde all'esigenza di avere una visione più ampia, al di là della Calabria, dell'attività che stiamo svolgendo per quanto riguarda la prevenzione del rischio clinico.

La stipula dell'accordo di programma si colloca nell'ambito del piano sanitario regionale 2007-2009, approvato dalla giunta il 9 novembre 2007, che indirizza le scelte strategiche di programmazione sanitaria in un contesto territoriale e demografico fortemente frammentato su un territorio di quindici chilometri quadrati, che si estende prevalentemente su zone montane e collinari rispetto alle aree pianeggianti.

La popolazione calabrese residente risulta distribuita in maniera frammentaria, laddove un terzo di essa risiede in 324 comuni al di sotto dei 5.000 abitanti. I centri abitati più consistenti sono pochi, giacché solo 35 comuni superano i 10.000 abitanti e in essi risiede la metà della popolazione calabrese distribuita sul 20 per cento del territorio.

Se si tiene conto della presenza di un sistema infrastrutturale carente, in gran parte obsoleto, risulta evidente come il territorio della regione non si caratterizzi come un territorio in cui l'accessibilità, la rapidità degli spostamenti e la capillarità dei percorsi siano facilitati. L'orografia del terreno, la conformazione geoterritoriale, la perifericità urbana, l'assenza di moderne infrastrutture hanno fatto sì che nel corso degli anni si moltiplicassero le strutture ospedaliere presenti sul territorio. Ciò sembrava poter garantire risposte ai cittadini, laddove invece la microparcellizzazione ha prodotto esclusivamente presidi non in grado di fornire risposte sanitarie efficaci ed efficienti.

Alcune delle strutture esistenti appaiono inadeguate, non opportunamente ristrutturabili, male localizzate e talvolta di difficile accessibilità. Risulta necessario in alcuni casi praticare scelte radicali, con la realizzazione di nuove strutture in sostituzione di più strutture piccole, attrezzate per fornire un'assistenza adeguata e moderna in termini strutturali, impiantistici, tecnologici, organizzativi, in siti facilmente raggiungibili per una migliore copertura territoriale dell'assistenza.

Una delle principali cause della scarsa efficienza dell'offerta ospedaliera risiede nella frammentazione della rete a causa della presenza di molti piccoli ospedali. Sul territorio regionale insistono infatti quaranta stabilimenti ospedalieri pubblici in funzione, compresi quelli delle aziende ospedaliere, e trentotto case di cura private accreditate. In molte aziende sanitarie, la presenza di una pluralità di ospedali pubblici e di case di cura non riesce comunque a garantire efficaci livelli di erogazione dei servizi, appropriate procedure, adeguate tecnologie, pur impegnando

notevoli risorse. L'attuale politica di governo del Servizio sanitario regionale è volta al riequilibrio dei livelli di assistenza per raggiungere gli obiettivi fissati dal piano sanitario nazionale e regionale. Questo comporta lo spostamento di quota parte delle notevoli risorse attualmente impegnate per il mantenimento di un numero eccessivo di presidi ospedalieri a sostegno del programma di deospedalizzazione e di sviluppo delle attività territoriali.

Partendo dal riordino dell'assetto istituzionale delle aziende del Servizio sanitario regionale, la riqualificazione del sistema 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. In tal senso, gli interventi che si sono intesi attuare con il secondo accordo di programma nel settore degli investimenti in sanità costituiscono le nuove linee di indirizzo regionale, tese a dotare le aziende sanitarie di Rossano, Catanzaro, Vibo Valentia e Palmi di un presidio di riferimento provvisto delle funzioni operative fondamentali e dotato delle discipline specialistiche volte a garantire la sicurezza dell'offerta sanitaria in regime ospedaliero.

Il nuovo accordo di programma con la regione Calabria, firmato lo scorso 6 dicembre, che il Ministero della salute ha fortemente voluto e che recupera oltre un decennio di ritardo è orientato, attraverso la realizzazione di quattro nuovi ospedali — Vibo Valentia, Sibaritide, Catanzaro e piana di Gioia Tauro —, alla prosecuzione del processo di riorganizzazione e di adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture, il conseguimento di adeguati standard alberghieri, 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 pro-

cessi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevando il livello di sicurezza.

Quest'accordo rappresenta una netta inversione di tendenza rispetto alle logiche localistiche fin qui attuate e per la prima volta individua obiettivi strategici di programmazione regionale per promuovere la qualità e la sicurezza dell'offerta sanitaria in via prioritaria, assicurando l'adeguamento e il completamento del nuovo presidio ospedaliero di Vibo Valentia, che costituirà il presidio di riferimento aziendale. Nell'azienda sanitaria sono presenti quattro ospedali a gestione diretta (Vibo Valentia, Tropea, Soriano Calabro e Serra San Bruno). Nella città di Vibo Valentia, si impone la dismissione dell'attuale Ospedale Jazzolino per gli ineliminabili vincoli imposti dalla limitatezza degli spazi. Il vecchio ospedale sarà dismesso con la messa in esercizio del nuovo presidio e sarà destinato ad attività sanitarie e amministrative diverse da quelle ospedaliere. Il presidio ospedaliero di Serra San Bruno, sito in località montana, resterà come ospedale per acuti con un punto di primo intervento territoriale ed attività sanitarie accessorie. L'ospedale di Soriano Calabro è destinato a piattaforma territoriale, mentre confermerà l'attività di struttura riabilitativa per lungodegenza post-acuzia. L'ospedale di Tropea sarà destinato, una volta attivato, ad altre funzioni.

Nell'ambito territoriale Castrovillari-Rossano sono presenti otto presidi ospedalieri a gestione diretta: San Marco Argentano, Castrovillari, Lungro, Mormanno, Corigliano, Cariati, Rossano e Trebisacce.

I presidi ospedalieri di riferimento nell'ambito territoriale sono rappresentati dall'ospedale di Castrovillari, che dovrà essere potenziato, e dal nuovo presidio della Sibaritide.

La realizzazione del nuovo ospedale della Sibaritide comporta una razionalizzazione delle risorse esistenti di natura tecnologica, strutturale e soprattutto umana, che permetterà al *management* un più razionale utilizzo, tanto da consentire la programmazione di reparti e servizi ad oggi assenti sul territorio. La concentra-

zione degli interventi sanitari in un'unica struttura rende anche più chiara l'offerta sanitaria oggi confusa e dislocata su quattro piccoli presidi, permettendo all'azienda di evitare una mobilità imponente sul territorio. La realizzazione di una nuova importante struttura di riferimento che centralizzi l'offerta ospedaliera permetterebbe ai distretti di effettuare una politica sanitaria di maggiore consistenza e visibilità, realizzando così un nuovo stile di assistenza sanitaria basata sulla qualità, l'umanizzazione e la centralità del cittadino. Un nuovo ospedale agile, funzionale, tecnologicamente avanzato, che risponda a canoni consolidati dal punto di vista igienico-sanitario avrà un livello di attrazione di gran lunga superiore a qualsiasi altra equivalente realizzazione originatasi da ristrutturazioni.

La costruzione di questo ospedale permetterà inoltre la riorganizzazione degli altri ospedali esistenti, giacché l'attuale ospedale di Rossano diventerà sede della direzione strategica, con tutti gli uffici annessi del distretto, del dipartimento di prevenzione, del dipartimento di salute mentale.

L'ospedale di Corigliano diventerà sede del distretto e parte potrà essere destinata ad alienazione. L'ospedale di Cariati, riconvertito in struttura di riabilitazione intensiva e lungodegenza, manterrà una dotazione di 30 posti letto per acuti, al fine di garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza, e saranno potenziati il pronto soccorso, la diagnostica laboratoristica e per immagini.

L'ospedale di Trebisacce è destinato a presidio per acuti, data la sua collocazione di confine, per ridurre la consistente migrazione verso la regione limitrofa e per garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza. L'ospedale ospiterà la lungodegenza, oltre che la dialisi, la chirurgia, la medicina e la cardiologia. Verranno potenziati il pronto soccorso, la diagnostica laboratoristica e quella per immagini.

Il presidio di Mormanno è destinato a struttura di riabilitazione e lungodegenza,

quello di Lungro a piattaforma sanitaria territoriale e quello di San Marco Argentano a casa della salute.

Nella Piana di Gioia Tauro sono attive cinque strutture ospedaliere (Polistena, Palmi, Gioia Tauro, Taurianova e Oppido Mamertina) non in grado, nel loro complesso, di fornire concrete risposte sanitarie alle esigenze della popolazione (circa 160 mila abitanti). Ciò dipende dall'inadeguatezza delle strutture vetuste e a volte fatiscenti, di concezione distributiva ormai superata, molto carenti dal punto di vista del comfort alberghiero, con scarsa capacità ricettiva e spesso difficili collegamenti con la viabilità principale.

Solo l'ospedale di Polistena possiede le potenzialità per fornire un livello accettabile di assistenza sanitaria, purché si effettuino seri interventi di ammodernamento e di adeguamento. La creazione del nuovo ospedale della Piana (300 posti letto) consentirà di sopperire alle problematiche prospettate e dare concrete risposte sanitarie, oggi cercate altrove, determinando l'emigrazione sanitaria. Inoltre, realizzerà numericamente e qualitativamente la ricettività ospedaliera, allineandosi alle percentuali nazionali di ricoveri per acuti rapportate ai residenti del territorio, eliminando la frammentarietà dell'offerta e potenziando l'attività di lungodegenza e di riabilitazione.

La struttura di Taurianova sarà riconvertita in casa della salute e gli ospedali di Palmi e Gioia Tauro, nell'attesa della costruzione del nuovo presidio, continueranno a garantire la funzione ospedaliera per acuti e successivamente saranno dismessi e destinati ad attività diverse da quella ospedaliera.

Nella città di Catanzaro si è ritenuto opportuno realizzare una struttura *ex novo* piuttosto che continuare a investire risorse importanti in una struttura sicuramente non idonea a sopportare l'impatto di una nuova sanità. Il nuovo complesso ospedaliero di Catanzaro con 450 posti letto, da costruire in adiacenza alla struttura ospedaliera universitaria già esistente in località Germaneto, sostituirà l'ospedale pugliese, in gran parte manterrà attività

sanitarie potenziando l'offerta dei servizi territoriali di base oggi assai carente, e in parte sarà destinato ad altre funzioni. L'intervento consente di ridurre inoltre l'estrema frammentarietà dell'offerta ospedaliera e di garantire l'integrazione e la sinergia tra risorse ospedaliere e risorse universitarie, finalizzate anche alla riduzione dei costi di gestione. Il piano sanitario regionale individua infatti nell'accorpamento dell'azienda ospedaliera pugliese Ciaccio e dell'azienda ospedaliera Mater Domini già a servizio dell'università un momento importante per la crescita e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria.

Il nuovo accordo mette a disposizione della regione 196 milioni di euro a carico dello Stato. Nel testo è indicata la ripartizione per quanto attiene il riparto di queste risorse per ogni singolo presidio ospedaliero.

Per questo piano di investimenti la regione ha un impatto significativo, perché si tratta di accorpare gli ospedali, riqualificarli e potenziare l'assistenza domiciliare in un territorio particolare. Ritengo importante sottolineare la particolarità del territorio e quindi l'impegno che questo cambiamento richiede anche nel rapporto con l'opinione pubblica. Per realizzare questo programma di investimenti, abbiamo ritenuto essenziale stanziare le risorse necessarie, per cui a questi 196 milioni di euro si aggiungono i 167 attinenti al riparto fatto sulle risorse del 2007. Mi fa piacere rilevare come nella finanziaria 2008 si continui a perseguire la politica degli investimenti, per cui ciascuna regione potrà avere a disposizione risorse certe per un numero congruo di anni realizzando una programmazione. In una regione come la Calabria, il problema però non riguarda soltanto l'adeguatezza delle risorse, ma anche il sostegno alla programmazione e alla realizzazione e soprattutto la garanzia che le risorse investite possano essere utilizzate in tempi certi e finalizzate alla costruzione degli interventi ospedalieri. D'intesa con la regione, abbiamo quindi ritenuto opportuno individuare anche misure straordinarie per fronteggiare l'emergenza socio-economico-

sanitaria nel territorio della regione Calabria. Per questo, 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.

Il Ministero della salute sta collaborando con la Presidenza del Consiglio dei Ministri per predisporre un nuovo decreto per la nomina di un commissario delegato alla realizzazione degli interventi urgenti necessari, per il superamento della situazione di emergenza determinatasi nella regione Calabria, attraverso la predisposizione di un apposito programma di interventi. Il provvedimento, che è in corso di adozione, nel rispetto della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 ottobre 2004 recante indirizzi in materia di protezione civile riguardanti gli aspetti pubblici di lavori e servizi di forniture di rilievo comunitario, consentirà la realizzazione delle strutture ospedaliere previste dall'accordo di programma integrativo, sottoscritto da me e dal presidente della Regione Calabria in data 6 dicembre, la riorganizzazione, l'adeguamento e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche della rete ospedaliera esistente, l'adeguamento degli impianti delle strutture sanitarie alla vigente normativa in materia di misure di sicurezza, l'adozione delle altre iniziative comunque necessarie al superamento dell'emergenza. Sottolineo che questo provvedimento è adottato d'intesa con la regione.

Nei prossimi giorni, il Presidente del Consiglio disporrà il decreto che prevede, oltre alla nomina del commissario, anche gli strumenti di controllo. Riteniamo di dover accompagnare la realizzazione di questo accordo di programma con un'azione di sostegno, attraverso le competenze necessarie che decideremo con la regione Calabria.

Ho ritenuto indispensabile istituire una commissione sulla base dei poteri conferiti al Ministro della salute, che ha una funzione ispettiva volta a garantire livelli essenziali di assistenza (LEA). Come Mi-

nistero, abbiamo la funzione di promuovere e di garantire i livelli essenziali di assistenza in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale. Il Ministero ha una funzione ispettiva, per cui ho ritenuto opportuno, alla luce del ripetersi di episodi negativi in Calabria, istituire un'apposita commissione per lo svolgimento di un'indagine conoscitiva finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza prestata dal Servizio sanitario della regione Calabria, con riferimento anche alle condizioni strutturali, tecnologiche e amministrative del medesimo servizio, nonché all'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza secondo i criteri di efficienza e appropriatezza.

Alla commissione, i cui lavori dovranno concludersi entro tre mesi a decorrere dalla data di insediamento, ho anche conferito il compito di formulare proposte di interventi volti ad assicurare che il sistema sanitario infrastrutturale della regione Calabria sia posto in grado di garantire adeguati livelli di assistenza. Anche questa commissione si muoverà d'intesa con la regione, perché è necessario svolgere l'azione propria dello Stato nell'ambito di una cooperazione istituzionale, che deve esserci anche quando il Governo ritenga di assumere decisioni non molto gradite.

Anche la commissione domani o dopodomani sarà sottoposta alla firma e sarà coordinata dal prefetto Serra, che ha un ruolo importante. Ritengo opportuno infatti utilizzare le competenze, massimizzare gli impegni, e il prefetto Serra stava svolgendo attività ispettive sul SSN.

Per quanto riguarda invece le iniziative e la normativa relativamente alla prevenzione del rischio clinico, sono lieta di poter evidenziare quanto fatto dal Ministero. Abbiamo avviato da tempo 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 il Ministero della salute, costituito da un rappresentante ciascuno del Ministero della salute, dell'Agenzia per i servizi

sanitari regionali, dell'Istituto superiore di sanità, del Comitato tecnico delle regioni, dell'AIFA e dell'ISPESL. 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. Presso il Ministero della salute opera inoltre 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. Questo osservatorio nazionale ha elaborato un primo rapporto sugli eventi sentinella.

Presso lo stesso Ministero della salute si riunisce poi la consulta nazionale 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, centri, istituzioni pubbliche e private, rappresentanti della comunità scientifica e professionale, organizzazioni di tutela. La consulta ha funzioni di indirizzo.

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali svolge funzioni di osservatorio nazionale sui sinistri e sulle polizze assicurative, a cui affluiscono i dati sui sinistri e le polizze assicurative, di monitoraggio delle buone pratiche. L'ASSR è anche sede del comitato tecnico delle regioni per la sicurezza del paziente, che svolge funzioni di diffusione e di implementazione di raccomandazioni per la sicurezza del paziente a livello delle regioni, avvalendosi delle competenze tecnico-scientifiche presenti nell'Agenzia dei servizi sanitari regionali e nelle regioni.

Sottolineo quanto l'aspetto della *governance* sia cruciale, perché abbiamo compiuto una grande fatica per promuovere la cooperazione tra Governo nazionale e regioni. Questa materia infatti attiene per eccellenza alle regioni e alle aziende sa-

nitarie, per cui era fondamentale evitare interventi impositivi del Governo, che risultassero poi inefficaci in quanto non condivisi. Allo stesso tempo, si rileva l'assoluta necessità di far sì che le politiche di prevenzione del rischio clinico e di messa in sicurezza delle strutture diventino patrimonio non solo di alcune parti del nostro Paese, ma del Sistema sanitario nazionale. Si rileva dunque l'esigenza di un forte *input* da parte del Governo, perché queste esperienze diventino patrimonio di tutto il Paese.

Ci siamo trovati in questo difficile equilibrio: evitare interventi che poi non fossero recepiti e, allo stesso tempo, svolgere una forte azione per garantire l'adeguamento di tutte le aziende sanitarie. L'aver costruito questo sistema di *governance*, che fa lavorare insieme Ministero della salute e regioni e che assegna forti compiti all'ASSR, è un punto molto importante per l'efficacia degli interventi e la loro necessaria uniformità.

Il Ministero della salute ha svolto un lavoro importante: ha predisposto un rapporto nazionale sulle iniziative di gestione del rischio clinico, ha realizzato un glossario in tema di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico, ha individuato alcuni indicatori di sicurezza dei pazienti desunti dai flussi informativi correnti, ha redatto il protocollo nazionale sperimentale per il monitoraggio degli eventi sentinella e relativo rapporto sui primi diciotto mesi di attività (consultabile sul sito del Ministero), ha attivato il sistema informativo per il monitoraggio degli stessi (SIMES), ha emanato una serie di raccomandazioni per gli operatori sanitari, che è doveroso diffondere, e per cui è stato importante l'accordo con le regioni. Il Ministero della salute ha inoltre predisposto un documento di indirizzo sulle modalità di formazione per gli operatori, che ha dato luogo alla stesura di un corso di formazione a distanza (FAD) rivolto a tutti gli operatori, insieme a FNOMCeO ed IPASVI. Questo è stato un lavoro prezioso, perché la formazione degli operatori insieme agli strumenti di cui ogni ASL deve dotarsi costituisce il passaggio fondamen-

tale. Questo corso di formazione è accessibile *on-line* e valuteremo come diffonderlo il più possibile. Sono stati inoltre stilati un questionario sulle modalità di coinvolgimento dei pazienti da parte di regioni, organi, collegi professionali e società scientifiche e il rapporto sulla rilevazione su tutto il territorio nazionale delle modalità assicurative.

L'11 maggio 2007 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il disegno di legge sulla sicurezza delle cure, che prevede 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, 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 e alcune 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 ».

Queste tre norme sono state approvate l'11 maggio e l'iter al Senato è iniziato. Abbiamo scelto di riproporle nel disegno di legge di ammodernamento del sistema sanitario, che deve affrontare in modo complessivo i temi della prevenzione e della qualificazione del sistema sanitario.

In attesa dell'approvazione del disegno di legge, ritengo tuttavia doveroso impegnarsi per accelerare quel processo di dotazione di una specifica funzione per ogni azienda e di un programma di prevenzione del rischio clinico da parte delle regioni e delle ASL. Per questo, abbiamo convenuto con il presidente delle regioni e con il coordinatore di assessori, a partire da gennaio, dal lavoro predisposto e dalle importanti esperienze avviate dalla Lom-

bardia alla Sicilia ma troppo disomogenee, di accelerare questo processo attraverso un'intesa Stato-regioni tradotta in un patto per la prevenzione del rischio e per la sicurezza delle nostre strutture sanitarie, così come è stato importante sottoscrivere il patto per la salute ai fini della condivisione dell'accelerazione e della crescita di un processo.

**PRESIDENTE.** La ringraziamo, Ministro. Lei è stata esauriente, il materiale è molto e gli spunti non mancano a questa Commissione anche in base al lavoro già svolto. Avremmo voluto la sua audizione all'inizio, ma a questo punto abbiamo gradito averla a conclusione di una serie di audizioni, che ci permettono di trarre determinate conclusioni fornendo eventuali suggerimenti per questi programmi formulati nell'interesse della salute dei cittadini.

Questa Commissione sta lavorando tanto in questo campo, e vuole crescere e intervenire per migliorare questi punti, obiettivo per cui è stata creata. Non vogliamo essere i soli referenti, ma sicuramente dei referenti privilegiati in queste situazioni.

Do la parola ai colleghi che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

**GIACOMO BAIAMONTE.** La ringrazio, Ministro, per l'esauriente relazione sulle programmazioni del suo dicastero.

Lei ha puntualizzato alcune situazioni della regione Calabria, di cui eravamo già a conoscenza perché la scorsa settimana il presidente della regione è stato molto chiaro e preciso in merito, però non dobbiamo puntualizzare la nostra attenzione soltanto sul sud, ma considerare la situazione del Paese in tutta la sua interezza.

Dalle notizie che ho ricevuto, constato come i mass media non abbiano dato risalto alla notizia di un caso verificatosi a Brescia, a parte l'episodio che ha visto protagonista il ragazzino di Pistoia. Gli ospedali riuniti di Brescia rappresentano un'eccellenza nel nostro Paese come eccellente è anche — lo affermo come chi-

urgo e professore universitario — la professionalità dei miei colleghi ivi operanti. Le chiedo però notizie di un paziente operato alle vie biliari per una calcolosi, per via laparoscopica. Come purtroppo può capitare, nel corso dell'intervento c'è stata una lesione della via biliare principale e quindi la bile è passata in peritoneo causando una peritonite biliare molto seria. Come chirurgo, la ritengo la peggiore peritonite che si possa verificare.

In questi casi — nulla da eccepire, perché può capitare e ho sempre detto che si deve giudicare dall'entità e dalla frequenza dell'errore — si interviene subito, convertendo l'intervento da laparoscopico in chirurgia generale. D'altra parte il consenso informato è strutturato in modo che il paziente operato per via laparoscopica sappia che, in caso problemi, l'intervento può essere convertito in intervento tradizionale.

Questo a quanto pare non è stato fatto, il paziente è stato rioperato dopo un certo periodo con una peritonite biliare in atto, per cui il secondo intervento non si è rivelato sufficiente e ne è conseguito il decesso. Le chiedo notizie di questo importante episodio.

Sarebbe puerile da parte mia difendere il sud sottolineando come simili episodi si verificano anche al nord. È necessario valutare le cause per individuare un rimedio a queste negligenze.

**ROBERTO ULIVI.** Signor Ministro, la ringrazio per quanto ci ha detto, però non sono riuscito a capire a quanto ammonti nel totale lo stanziamento fra quello di competenza dello Stato e quello della regione Calabria, quali siano i tempi di realizzazione, laddove ad esempio nella zona di Reggio Calabria mi sembra di aver capito circa due anni e quanti saranno gli ospedali pubblici e privati. Erano circa ottanta, per cui credo che una riorganizzazione comprenda accorpamenti e razionalizzazioni.

So che ci ha lasciato un testo, però sarei interessato a conoscere da lei, in maniera molto sintetica, le conclusioni degli ispettori dei NAS sugli episodi di

Polistena e Vibo Valentia. So che l'ha scritto nella relazione, però, siccome dalle audizioni sono emerse versioni contrastanti, sarebbe meglio ascoltarlo da lei, per poi eventualmente porgerle delle domande.

Mi preme infine sottolineare come durante l'audizione del presidente della regione Calabria, Agazio Loiero, sia rimasto particolarmente colpito dall'affermazione secondo cui sarebbe necessario l'intervento del Ministero dell'interno più che del Ministero della salute. Vorrei sapere cosa sia stato fatto, o se sia previsto un intervento, oltre a nominare una persona *ad hoc*.

LALLA TRUPIA. Ringrazio il Ministro Turco, alla quale anch'io come il mio collega vorrei chiedere se le conclusioni per quanto riguarda Polistena e Vibo Valentia siano inserite nella relazione che ha consegnato.

Vorrei esprimere due rapide considerazioni, dal momento che insieme ai miei colleghi mi sono recata a Reggio Calabria. Ho già avuto modo di dire al presidente Loiero come personalmente abbia percepito una situazione non solo di emergenza, ma addirittura scioccante.

Penso di poter dire al Ministro Turco di essere estremamente favorevole alle misure straordinarie, che ritengo una risposta importante. Sebbene capisca che quella sanitaria sia materia che rientra nelle prerogative delle regioni, sono convinta dell'esigenza di una fortissima azione da parte dello Stato e di ciò che il Ministro definiva un sistema di *governance* tra regioni e Ministero.

Temo che altrimenti tutti gli sforzi che si compiono in quelle aree rischiano di essere vanificati. So che il nuovo ospedale di Polistena o di Vibo Valentia, come accade per molte di queste strutture, è stato spesso bloccato nella costruzione a causa delle inchieste.

I controlli sull'utilizzo delle risorse e sulla gestione diventano essenziali per aggredire questa emergenza. Concordo con l'onorevole Baiamonte sul fatto che i casi specifici si verificano in tutta Italia, basti

pensare a quanto accaduto a Brescia, però in Calabria ho rilevato un incrocio tra strutture fatiscenti e carenti e una gestione amministrativa e sanitaria largamente al di sotto della dignità e della decenza.

So che i commissari straordinari sono nominati dalle regioni, ma le chiedo se esista la possibilità, in caso di emergenza, di instaurare una cooperazione con il Ministero, senza la quale mi permetto di manifestare un certo pessimismo.

Come ho detto anche al presidente Loiero, alcuni direttori sanitari e commissari di ASL dinanzi alla domanda di quanti fossero i posti letto nella loro ASL rispondevano di non saperlo.

Abbiamo registrato omertà, ignoranza e gravissime discrepanze, su cui autonomamente la Commissione esprimerà una valutazione, perché è in corso un'inchiesta della magistratura. Alcune relazioni scritte contengono gravi contraddizioni, ad esempio nel caso del ragazzino deceduto a Polistena, su punti decisivi rispetto alla responsabilità. La dottoressa che è venuta alla fine era stata invitata da noi, ma avevano fatto finta di non vedere l'invito a lei indirizzato.

Le strutture sono essenziali, ma se non si agisce su chi gestisce le risorse e ordinariamente quelle situazioni sanitarie la situazione non può migliorare.

Per quanto riguarda il 118, che è stato causa di quel decesso, il responsabile afferma che ci sono tre ambulanze medicalmente assistite più due non medicalmente assistite, mentre i funzionari della regione che sono venuti qui hanno parlato di sedici più tre: o sono diciannove o sono cinque!

L'elisoccorso alle 17 chiude i battenti, le tecnologie informatiche sono del tutto inesistenti anche per conoscere il numero dei posti letto.

Al reparto ospedaliero di Reggio Calabria si fuma di fronte alle camere della terapia intensiva con una sporcizia degna di altri tempi e di altri Paesi.

In conclusione, le chiedo se, signor Ministro, esistano eventuali strumenti anche straordinari che, insieme a quanto già state facendo come questa funzione ispet-

tiva, possano intervenire anche nelle forme di selezione della gestione, che sopperisca a un modo di essere che appare gravissimo.

LIONELLO COSENTINO. Ho apprezzato la relazione del Ministro e ritengo che sia oggettivamente importante anche in questo primo incontro tra la Commissione e il Governo riconoscere la pronta ed esaustiva iniziativa del Governo a sostegno della regione Calabria, a testimonianza della drammaticità della situazione.

Il Governo ha proclamato lo stato d'emergenza.

Emerge dunque la consapevolezza della drammaticità dei problemi e dell'urgenza di porvi mano. Credo che questo apprezzamento sia semplicemente un dare atto al lavoro che è stato fin qui svolto.

Il mio intervento, signor Ministro, va un pochino oltre i temi specifici della questione calabrese richiamata dai colleghi.

Questa Commissione nasce per decisione dell'Assemblea della Camera forse non soltanto su imitazione dell'analoga Commissione del Senato, in nome di quel bicameralismo perfetto che allunga i nostri tempi e il nostro lavoro, ma anche perché si pone due temi — anche la discussione in Assemblea è stata su questo piuttosto approfondita — che possono consentire al Parlamento di capire meglio, suggerire indirizzi e contribuire alla soluzione dei due problemi.

Il primo di questi problemi è un intervento sugli episodi sentinella o comunque sui segnali che tanto turbano l'opinione pubblica, che si concretizzano in esempi di cattiva sanità.

Su questo credo che l'indirizzo della Commissione debba portare, a conclusione dei suoi lavori, non soltanto a indagare sui singoli, specifici episodi per le competenze proprie di una Commissione di inchiesta, ma anche a suggerire come riorganizzare il sistema sanitario; tutto ciò, per essere in grado di avere uno strumento autonomo di valutazione degli andamenti, una capacità di rilevare i problemi che emergono, senza aspettare il verificarsi di una tragedia, un

sistema, simile a tanti altri sistemi sanitari europei, di commissioni di *audit* all'interno delle aziende, con capacità di intervenire sugli errori e di individuare eventuali qualità.

Anche per i casi in cui si registra maggior degrado, come nel caso della Calabria, la responsabilità di quanto avviene non sempre dipende dagli ospedali fatiscenti o dalle attrezzature antiche, ma talvolta anche dall'incuria e dall'inadeguatezza del personale medico e non medico. Riconoscere senza demagogia la straordinaria qualità e professionalità degli operatori medici e infermieri nel nostro sistema sanitario non significa negare l'esistenza di casi in cui si rilevano responsabilità professionali molto gravi, come emerge dalle vicende in esame.

D'altro canto, è del tutto evidente — i colleghi medici lo possono testimoniare — che una sala operatoria può essere sterile se organizzata sotto una tenda di un ospedale da campo militare e invece infetta in un ospedale mal gestito.

Ci sono quindi problemi legati alla responsabilità professionale, di conseguenza anziché occuparsi del singolo caso, andrebbe forse verificato il quadro normativo d'insieme, per individuare se i sistemi di valutazione e di riferimento siano in grado di garantire un avvio di autocorrezione. Questo mi sembrerebbe il contributo maggiore che questa Commissione potrebbe fornire al dibattito.

So che nella proposta di legge del Ministro, attualmente ferma al Senato, sono contenuti elementi positivi.

Riuscire a completare l'iter della legge sarebbe un risultato molto importante, ma forse, attraverso atti di indirizzo del Governo nei confronti delle regioni, si potrebbe anticipare l'avvio di sperimentazioni urgenti, per dare una risposta ai problemi denunciati dai giornali che turbano i nostri concittadini.

Molto si può realizzare attraverso procedure amministrative. Mentre apprezzo politicamente — credo che questa sia una valutazione unanime — lo sforzo costante nel rapporto tra Governo e regioni per costruire insieme le soluzioni, desidero

però rimarcare la responsabilità dello Stato se non altro nel monitoraggio dei livelli di assistenza, quindi nell'assunzione delle informazioni, come rilevato dal Ministro.

Su questo si rileva quindi una responsabilità primaria, che può portare alla costruzione di un sistema come l'osservatorio, che è *in nuce*, al fine di valutare gli eventi sentinella e di permettere il confronto tra diverse regioni per individuare, all'interno delle ASL, soluzioni in grado di correggere gli errori.

Si tratta sostanzialmente di un problema di controllo della qualità delle prestazioni e delle professionalità.

Tra l'altro, la Commissione si dovrà occupare della situazione relativa ai piani di rientro delle regioni. Su questo auspicio una collaborazione tra la Commissione e il Governo per valutare gli andamenti. La XII Commissione, nell'approvare le normative concernenti le possibilità di commissariamento delle regioni, ha discusso a lungo e positivamente. Anche in questo caso c'è una responsabilità nazionale, pur rimanendo materia delle regioni, che deve consentire di valutare gli andamenti in tempo.

Appare paradossale, come avvenuto per la mia regione, scoprire cinque anni dopo come i bilanci non esistessero e i disavanzi fossero nascosti. Un sistema regolato deve poter indicare gli andamenti in tempo reale, non a cinque anni di distanza.

Emerge dunque un'esigenza di monitoraggio degli andamenti delle regioni e della spesa in generale, molto utile anche per il compito che questa Commissione vuole svolgere concludendo poi i suoi lavori con un atto di indirizzo.

**FRANCESCO PAOLO LUCCHESI.** Cercherò di essere breve e formulare solo alcune domande specifiche. Per realizzare il piano di ammodernamento e costruzione di strutture ospedaliere in Calabria, esiste un fondo previsto dalla finanziaria dello scorso anno ed integrato dalla finanziaria di quest'anno. Volevo chiedere al Ministro se esista già un piano di riparto tra le varie regioni.

C'è già un intervento per la Calabria, ma non so se il Ministro abbia indicato l'ammontare del finanziamento.

Per quanto riguarda l'accordo di programma con la regione Calabria, vorrei sapere se siano previsti accordi di programma con altre regioni, in particolare quelle che evidenziano un disavanzo.

In particolare, vorrei chiederle se in questa fase, oltre a dichiarare lo stato di emergenza in Calabria e a nominare un commissario, ritenga che altre regioni si trovino in analoghe condizioni.

L'intervento per la costruzione dell'ospedale viene indicato come « procedura straordinaria »; al riguardo, vorrei sapere di cosa si tratta e se quest'ultima potrebbe essere utilizzata anche in Sicilia per contrastare la mafia nelle procedure di appalto.

A proposito del rischio clinico, non vorrei essere equivocato, ma lei ha elencato una serie di comitati, osservatori e consulte, però talvolta più organismi non riescono a interfacciarsi se privi di raccordo. Lei tende a costituire tanti tavoli di lavoro, ma vorrei sapere se alla fine essi rimarranno separati o si riuniranno per consentire agli occupanti di collaborare.

Mi sembra che questo sia il punto fondamentale: realizzare una collaborazione non solo tra le regioni e il Ministero, ma tra i vari interventi all'interno del Ministero stesso.

**SALVATORE MAZZARACCHIO.** Ministro, lei ci ha illustrato la vecchia e l'attuale Calabria e poi coraggiosamente anche la Calabria futura, ovvero l'accordo di programma. Sarei felice se in 10-15 anni si potesse realizzare l'un per cento dell'accordo di programma. La vecchia Calabria, così come lei l'ha descritta e come la conoscevamo e ci è stata descritta anche dal presidente della regione, nel pianeta sanità sembra evidenziare morte civile e fisica. Non mi soffermo, perché ormai abbiamo tutti le idee chiare. Lei afferma però che, poiché abbiamo sottoscritto l'accordo di programma, la Calabria diventerà una piccola Svizzera attraverso cambiamenti nosologici che coinvol-

gono Catanzaro, Cosenza, Cariatì, Rosano, Trebisacce. Nel nostro meridione quindi avremo questa piccola Svizzera, per cui riteniamo di aver tacitato la coscienza in questo modo. Sappiamo che non è così, che Costantinopoli purtroppo resta asediata perché si tace sui veri motivi. Se il Governo arriva ad assumere provvedimenti di questa portata, se dichiara lo stato di emergenza in Calabria, ciò non avviene solo perché vi sono strutture fatiscenti. Lo stato di emergenza comporta provvedimenti specifici particolari. Si tratta di indicare se il problema sia da identificarsi semplicemente con le strutture o sia di natura anche ambientale. Credo che sia difficile risolverlo ma doveroso affrontarlo. Di questo non si parla.

Dai giornali abbiamo appreso che lei coraggiosamente aveva chiamato in causa anche la protezione civile per ciò che riguarda gli appalti. Ha fatto il possibile, però lo stato di emergenza comporta provvedimenti precisi che non possono limitarsi al mero aiuto nella programmazione e nella realizzazione, che appare riduttivo.

È necessario considerare, Ministro, che la Calabria è importante ma non è l'Italia. Purtroppo abbiamo grandi responsabilità perché la tutela della salute è un obbligo costituzionale che spetta allo Stato. Le regioni hanno compiti organizzativi. Allora, Ministro, lei sa meglio di me...

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*.  
L'accordo di programma!

SALVATORE MAZZARACCHIO.  
Esatto, l'accordo di programma.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. È così, c'è il Titolo V.

SALVATORE MAZZARACCHIO. Cosa stabilisce il Titolo V?

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Lo Stato ha la funzione di definire i livelli essenziali di assistenza.

SALVATORE MAZZARACCHIO. E quindi la tutela della salute a chi spetta?

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Lei sa che è una legislazione concorrente.

SALVATORE MAZZARACCHIO. È concorrente ma la tutela spetta allo Stato, l'organizzazione della sanità alle regioni. Questa è la materia concorrente.

Posso anche condividere la sua tesi, ma se la responsabilità è delle regioni voglio conoscere la sanzione prevista per queste ultime, altrimenti è inutile che lo Stato faccia e suggerisca restando però impotente nell'incidere concretamente, nella convinzione che, poiché si tratta di materia concorrente, la tutela della salute non gli spetti.

Le regioni devono assumersi la responsabilità sia di natura pecuniaria, sia di natura penale attraverso gli amministratori, senza nominare un commissario, che solitamente è lo stesso presidente della regione.

Allora il discorso diventa serio. Lei ci ha elencato ciò che il Ministero ha potuto fare per quanto riguarda il rischio clinico, il sistema informatico, la formazione, le raccomandazioni agli operatori sanitari, il questionario per i pazienti, l'ingegneria clinica. Dobbiamo riconoscere però che, senza sapere a chi spettino veramente le responsabilità, non usciremo mai da questa situazione, che anzi si aggrava perché non si tratta più della Calabria, ma dell'Italia, per quanto concerne strutture, tecnologie, personale, professionalità, formazione, risorse. Siamo arrivati al punto di premiare le regioni canaglia, dando soldi a quelle che si sono totalmente disinteressate dei piani di stabilità, cioè degli accordi Stato-regioni, mentre per le regioni che hanno fatto il loro dovere ma hanno comunque sforato, come ormai capita per innumerevoli ragioni, anche in questa legge finanziaria non è stato stanziato nemmeno un euro. Non è concepibile un comportamento di questo genere, in cui il Governo appare carente.

Se continuiamo di questo passo, non si tratterà più della Calabria o del Meridione, perché stiamo arrivando alle vittime quotidiane. Il problema deve quindi essere rivisto nella sua globalità, coinvolgendo

tutte le forze per poter correggere l'intera struttura, perché si tratta della salute pubblica, non di aspetti secondari.

Su questo richiamo la sua attenzione, consapevole del suo impegno, che però a questo punto si rivela insufficiente. Bisogna alzare il tiro e la voce prima che sia troppo tardi anche per le regioni virtuose, che rischiamo di coinvolgere.

Le rivolgo questa raccomandazione, perché credo che in questo senso possiamo fornire un contributo adeguato.

GIUSEPPE ASTORE. Non voglio rivolgere nessuna raccomandazione, né esprimere considerazioni. Mi limito semplicemente a porre alcune domande.

Sono convinto che nell'ultimo periodo, signor Ministro, lo Stato abbia compiuto grandi sforzi per venire incontro alle regioni. Non mi interessa tanto degli eventi sentinella, che sono numerosi, ma le vorrei sottoporre le migliaia di eventi, spesso anche silenziosi, di povera gente che subisce errori da piccoli ospedali, da ospedali di periferia e che non parla, perché ha paura dell'autorità, del medico. Personalmente, abitando in un piccolo comune di una piccola regione, avendo anche ricoperto l'incarico di assessore alla sanità, le posso assicurare che si verificano numerosi errori sanitari non denunciati, perché il campo medico è del tutto particolare.

Al di là degli eventi sentinella, che comunque troveranno il loro accertamento, la nostra Commissione deve puntare a far sì che in Parlamento e nel Governo ci siano quelle regole che annunciava il Ministro. Ritengo che, per quanto riguarda la tutela della salute e l'organizzazione, il Titolo V sia chiaro, però il controllo è omnicomprensivo, signor Ministro, per cui lo Stato deve fornire un aiuto.

Soprattutto nel sud, ma non solo, viviamo una sperequazione tra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale e territoriale. Lei lo ha spesso denunciato e ribadito, ma le regioni resistono — ne conosco il motivo, che ho vissuto sulla mia pelle, per cui mi sono dovuto dimettere, dal momento che avevo deciso di chiudere

gli ospedali piccoli e rischiosi, come qualche collega ricorderà — perché nella spesa ospedaliera si annida maggiormente la clientela e il malaffare. Sono profondamente convinto che questo fenomeno si manifesti tanto al nord, quanto al sud.

Il vostro compito istituzionale è il controllo dei LEA, e si potrebbero utilizzare i piani di rientro per far sì che almeno lo Stato ottenga questa vittoria non solo in Calabria, ma anche nelle altre regioni.

Ritengo che lei debba intervenire nella mia regione, che conta 320 mila abitanti e sette ospedali. In passato non ce l'ho fatta, adesso altri recitano per imbrogliare il Ministero, ma credo che lei debba intervenire in maniera chiara. Questa volta possiede gli strumenti, perché ha il piano di rientro.

Inoltre, signor Ministro, vorrei citarLe ad esempio il caso Huscher di Isernia, un primario cacciato da Roma e condannato a cinque anni, che purtroppo è considerato un dio in periferia. Non so se sia un ottimo chirurgo, ma il suo assistente è il figlio del presidente della giunta regionale del Molise. Non voglio giudicare, ma so che ha ricevuto 64 denunce, ha 15 processi istruiti e la settimana scorsa il tribunale di Roma ha emesso una condanna di cinque anni. Mi domando se vogliamo tutelare il povero contadino del mio comune che crede di affidarsi a un genio con conseguenze rischiose.

Noto che la criminalità e l'illegalità si annidano nel sistema sanitario italiano, dove ci sono soldi a non finire, da nord a sud, anche se a nord appaiono più raffinate. In Puglia si svolgono indagini di cui si occupa anche l'antimafia. Tramite questo obbligo istituzionale dei LEA di difesa dei diritti elementari dei cittadini, dobbiamo intervenire aiutando chi sta indagando per realizzare determinate cose. Non posso tollerare, signor Ministro, che un primario condannato per aver venduto bambini in ospedale qualche anno fa ritorni a fare il primario, perché moglie di un deputato. Questi episodi avvengono ovunque. Dobbiamo assolutamente intervenire per tutelare il debole, che non si difende. Chi culturalmente è attrezzato

non è debole e si sa difendere bene all'interno della sanità, andando anche eventualmente ad acquistare il servizio.

EMANUELE SANNA. Sono turbato dall'intervento del collega Astore. Se c'è un primario ancora in servizio e solo trasferito di sede che ha venduto bambini, anche questa è un'emergenza della quale la nostra Commissione dovrebbe occuparsi. Il compito di questa Commissione è definito e circoscritto: individuare e analizzare le cause dei disavanzi sanitari e indagare sull'incidenza, sulle cause e sulle responsabilità degli errori sanitari.

Quando si affronta questa tematica indagando sui disavanzi e sugli errori sanitari, inevitabilmente si affronta anche il tema dello stato generale dell'organizzazione sanitaria pubblica nel nostro Paese e nelle diverse regioni italiane, dove, come stiamo verificando in questa prima fase di lavoro della nostra Commissione, si registrano situazioni molto differenziate e a mio giudizio non inquadrabili nel *cliché* secondo cui al nord tutto va bene e da Roma in giù tutto va male. Non dobbiamo aggiornare la fotografia del servizio sanitario nazionale e neanche fare il *check-up* di tutte le regioni e le aziende sanitarie, perché perderemmo di vista il tema e il compito che la Camera ci ha assegnato, che è quello di individuare le cause dei disavanzi e dei cosiddetti eventi avversi nel campo della tutela della salute e della vita umana e di formulare proposte al Parlamento. Dobbiamo fare un'anamnesi ma anche ipotizzare una terapia per questa situazione.

Per quanto riguarda la Calabria, ho molto apprezzato le iniziative di cui ha parlato il Ministro della salute, che sono importanti e molto concrete. Emerge però un problema, rilevato da alcuni colleghi — ho posto questa domanda anche al presidente Loiero circa una settimana fa — giacché l'emergenza non corrisponde solamente alla carenza di servizi sanitari qualificati e adeguatamente distribuiti nel territorio. Si registra inoltre il funzionamento drammatico del servizio delle emergenze tanto che si muore perché, come nel

caso concreto di cui ci stiamo occupando, per trasferire un paziente da Polistena a Reggio Calabria trascorrono ore preziose senza che si trovi un'ambulanza o perché i medici di due ospedali non comunicano tempestivamente, anche quando la diagnosi molto seria appariva chiara subito dopo il ricovero nell'ospedale di Polistena. Infine, vi è anche un problema istituzionale e politico. Mi rendo conto che non si può intervenire soltanto attraverso la leva del Governo e del Ministero, però è doveroso affrontare questo problema. Personalmente, ho avuto la sensazione che i manager e i commissari anche di recente nomina, che dovrebbero rispondere direttamente al governo regionale e al potere politico, perché hanno un rapporto fiduciario e un contratto di tipo privatistico, siano non solo inadeguati, ma gravemente reticenti e riluttanti a fornire anche alle istituzioni e alla Commissione le notizie necessarie. Ho avuto inoltre la sensazione che l'assessore regionale alla sanità abbia abbandonato il ruolo, perché ha dichiarato in maniera esplicita alla Commissione recatasi alla fine di novembre a Reggio Calabria che, dopo sei mesi di discussioni feroci in giunta regionale per approvare la proposta del piano sanitario regionale, lei era assolutamente pessimista sulla possibilità di vararlo.

È giusto dichiarare l'emergenza socio-sanitaria nella regione Calabria e il Governo ha compiuto passi molto coraggiosi. È giusto ipotizzare la nomina di un commissario straordinario, per cui è in preparazione il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, e istituire una commissione ministeriale ispettiva che sarà guidata dal prefetto Serra, però ritengo opportuno intervenire anche su questo circuito politico-istituzionale, che rischia di rendere velleitario qualsiasi intervento. Vorrei proporre, presidente, di stabilire una regola per cui, poiché alcuni di noi fanno parte anche dell'altra Commissione, chi interviene qui non intervenga poi in Commissione affari sociali.

Poiché su Vibo Valentia il Ministro ci consegna una relazione scritta, vorrei

chiedere se riguardi anche l'ultimo caso, quello di cui hanno parlato in questi giorni i giornali.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Ho parlato dell'ultimo caso, poi anche di Pi-stoia.

PAOLA GOISIS. Sarò brevissima. Devo esprimere il mio imbarazzo nel trovarmi qui, perché mi sembra che non si voglia ribadire l'obiettivo di questa nostra Commissione.

La nostra è una Commissione di inchiesta, ma in ogni audizione ho sempre sentito ribadire quanti ospedali si vogliono costruire, dei vari commissari che si nomineranno, dei vari tavoli di incontro e di osservazione che si realizzeranno, di indagini. Non ho mai sentito dire che cosa si intenda fare per risolvere il problema, in modo particolare il problema del sud. Ritengo inutile infatti ribadire che si verificano casi anche al nord, perché al nord sono effettivamente casi, mentre al sud è la norma.

Prima ho voluto ascoltare attentamente, perché l'altra volta avevo avuto l'impressione di non aver capito bene, mentre invece avevo capito perfettamente.

Dovremmo dunque stabilire gli obiettivi da raggiungere, considerando come l'aspetto grave emerso da queste difficoltà del sud risieda in quelle che l'onorevole Mazzaracchio ha definito « difficoltà ambientali », che esisteranno anche al nord, onorevole Astore, ma certo non come al sud. Dobbiamo chiederci come mai determinati episodi al sud si verificano ogni giorno — giustamente un collega affermava che purtroppo non ci sarà mai l'ultimo — mentre al nord giustamente si chiamano « casi ».

Sono della Lega Nord, ho ascoltato gli intervenuti, ma è un dato di fatto, perché conosco anche tanti medici e chirurghi bravissimi del sud che vengono a lavorare al nord. Probabilmente non ci sono le stesse condizioni ambientali del sud. Il vero problema è questo.

Mi chiedo dunque cosa debba fare questa Commissione; dobbiamo forse di-

chiararci impotenti perché sappiamo che questo problema finora irrisolto non si risolverà mai?

Concludo rivolgendo un invito: probabilmente sarebbe stato più opportuno lasciare al sud un magistrato come De Magistris, piuttosto che destituirlo.

PRESIDENTE. Quello che facciamo come Commissione lo dobbiamo stabilire noi.

FRANCESCO PIRO. Sarò brevissimo, anche perché mi cercano insistentemente in Commissione bilancio. Vorrei rivolgere tre circostanziate domande al Ministro Turco.

Nel suo intervento il ministro ha fatto riferimento al primo rapporto sugli eventi sentinella. Sarebbe utile che il Ministero lo facesse pervenire alla Commissione.

In secondo luogo, uno dei problemi che si pongono nell'attuazione dei piani di rientro è che le regioni, nel tentativo di rientrare all'interno dei parametri fissati dai piani, intacchino anche in misura non indifferente i cosiddetti livelli essenziali di assistenza. Chiedo al Ministro se si effettui un monitoraggio dei piani di rientro, per impedire che si possa verificare questo.

Nella costruzione dei piani di rientro ovviamente si è partiti dall'analisi della situazione specifica di ogni regione. Ne ho letto qualcuno per mia esigenza, essendo stato relatore di bilancio del provvedimento sul rientro, ed è evidente che si rilevano questioni identiche dappertutto, ma anche specificità. Ad esempio, la situazione del servizio di emergenza-urgenza 118 in Sicilia è totalmente diversa da quella presente in Calabria o in Campania. Si rilevano però anche questioni comuni ad esempio per quanto riguarda i DRG, ovvero nella valutazione e nella remunerazione delle prestazioni e degli interventi. Non sono del settore però, stando alle informazioni fornitemi, si rilevano forti anomalie nella valutazione dei DRG, per cui uno stesso intervento viene valutato in maniera diversa a seconda della descrizione e chi è meno furbo e omette di scrivere una cosa ottiene meno,

mentre il furbo ottiene di più. Esiste dunque una questione di fondo, che attiene proprio al sistema della remunerazione delle prestazioni. Chiedo quindi al Ministro se, anche a seguito dell'esperienza dell'elaborazione dei piani di rientro, siano emersi elementi sui quali il Ministero abbia ragionato e se vi siano iniziative in merito.

ROCCO PIGNATARO. Vorrei ringraziare il Ministro per la sua presenza e approfittarne per focalizzare un tema che mi preme particolarmente. In data 8 febbraio ho svolto un intervento sui maltrattamenti subiti dai pazienti all'interno dei servizi psichiatrici di Taranto. Nei giorni scorsi ho avuto ulteriori informazioni che denunciano presunti maltrattamenti e violenze sui pazienti.

Come ho già annunciato la scorsa volta in Commissione, è mia ferma intenzione sottoporre alla presidenza di questa Commissione e ai colleghi membri l'opportunità di attivare un'indagine formale e di chiedere al direttore sanitario e al direttore generale dell'ASL di Taranto di essere ascoltati. A lei, signor Ministro, chiedo di tornare a riferire in questa Commissione qualora fosse venuta a conoscenza di nuovi elementi utili a far chiarezza su questo caso.

PRESIDENTE. Il Ministro ha purtroppo un altro impegno, per cui adesso ci sarà la replica.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Credo che mi darete atto di essere assolutamente disponibile al rapporto con il Parlamento, ma cerchiamo di renderlo produttivo. In questa audizione mi avete posto innumerevoli questioni, mentre tra poco dovrò recarmi di corsa a Montecitorio, dove ripeterò le stesse cose. Sono tutte questioni per le quali sarebbe opportuno entrare nel merito in modo approfondito.

PRESIDENTE. Vorrei solo chiarire, Ministro, che la nostra audizione era stata chiesta parecchio tempo fa. Lei era impe-

gnata in Senato per la legge finanziaria, per cui l'abbiamo richiesta successivamente. Nel frattempo sono successi altri fatti e lei ha dato la sua disponibilità. Questa audizione si riferisce ai contenuti e all'attività di questa Commissione, al di là dei fatti particolari di Vibo Valentia, Brescia o Taranto. Se lei ha altri impegni, possiamo rimandare, però questa per noi è un'audizione fondamentale perché significa iniziare a lavorare con dei presupposti collaborando con il Ministero della salute, con cui avremmo voluto cominciare, sebbene per problemi contingenti, connessi alla sua attività e all'attività istituzionale, lei non sia potuta venire prima.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Desidero garantire il massimo della collaborazione con le istituzioni: ciò, corrisponde anche all'interesse del Ministero. Mi rendo conto che c'è stato un equivoco rispetto all'ordine del giorno di oggi. Poiché sono stati posti temi di fondo, forse all'inizio dell'anno si potrebbe delineare un quadro dell'attività complessiva.

Se me lo consentite, vorrei premettere che questa è una Commissione d'inchiesta, la quale deve porre l'accento sui dati negativi nei confronti dei quali bisogna intervenire. Ritengo però doveroso ad ogni livello istituzionale riconoscere che il nostro Servizio sanitario nazionale resta eccellente. Forse è opportuno acquisire anche i dati, a partire per esempio dal dato riguardante il monitoraggio sull'applicazione dei LEA, che il Ministero dovrebbe mettere a disposizione e che dimostra la positività del nostro sistema sanitario. Poiché siamo impegnati nel migliorare questo nostro sistema sanitario, consentitemi di sottolineare come migliorarlo significhi anche farlo apprezzare. Vorrei dunque trasmettere alla Commissione anche i materiali che dimostrano l'eccellenza del nostro servizio sanitario.

L'altra premessa riguarda la funzione nazionale, che è definita dal Titolo V. La materia sanitaria è materia concorrente. Potrei dire che, per fortuna, non si è ceduto alla *devolution*. Dobbiamo migliorare l'applicazione del Titolo V.

Sottolineo come la nostra proposta, che mi auguro possa essere approvata, relativa all'ammodernamento del sistema sanitario parta proprio dall'esigenza di rendere più solido il nostro sistema sanitario. Il disegno di legge che inizia il suo *iter* al Senato colloca quindi al centro il miglioramento degli strumenti che consentano l'unitarietà del nostro sistema. Ritengo importante anche costruire un'azione del Governo ma anche del Parlamento, che punti alla crescita nella capacità di governo di tutto territorio nazionale. Per questo, considero fondamentale l'azione — sicuramente molto faticosa — di accompagnamento, di sostegno, per rendere efficiente il nostro sistema sanitario. La nostra attuale esperienza sui piani di rientro consiste nel coniugare l'azione di vincolo e, in qualche modo, l'attivazione di un potere sostitutivo con l'accompagnamento. Credo che la regione Lazio da questo punto di vista lo dimostri, perché si è partiti accertando la situazione debitoria delle ASL.

Le chiedo quindi, presidente, di poter tornare a riferire sui piani di rientro, perché questo è il modo concreto per spiegare la funzione nazionale che stiamo esercitando in modo pesante e senza precedenti. Questo è il patto per la salute, questi sono i LEA, questa è la politica dei piani di rientro. Anche l'azione relativa agli investimenti è fortemente nazionale, in applicazione dell'ex articolo n. 20.

Ribadisco la mia disponibilità a collaborare con la Commissione tanto più se, come rilevato in particolare dall'onorevole Cosentino, vi proponete di avere un'azione anche propositiva, che non riguardi soltanto la legislazione, ma anche l'amministrazione, le procedure, aspetti che sapete essere importanti. Mi occuperò di Brescia.

L'onorevole Ulivi mi ha posto alcune domande, per cui vi rinvio alla lettura dell'accordo di programma. Se volete, posso anche trasmettervi copia dell'accordo di programma della regione Calabria per intero, in modo che possiate approfondire la materia. L'accordo di programma è finalizzato a costruire quattro nuovi ospedali, il che comporta conseguentemente la riconversione degli altri presidi

ospedalieri in case della salute, strutture di lungodegenza o come aree distrettuali. Scopo dell'accordo di programma è infatti superare la frammentazione e la polverizzazione dei tanti ospedali e garantire una concentrazione e una qualificazione dei presidi ospedalieri. Non ci si limita a costruire solo quattro nuovi ospedali — è questo l'elemento importante — ma, attraverso un'azione di programmazione, si costruisce la rete che riconverte gli altri e potenzia l'assistenza territoriale. Vi trasmetterò l'accordo di programma nel suo insieme.

Le risorse stanziare ammontano a 196 milioni di euro per i quattro ospedali. A questi 196 si aggiungono altri 160 milioni di euro per il 2007 e le somme derivanti dal riparto del 2008, che dobbiamo ancora effettuare. La regione Calabria può quindi contare su questi 196 milioni di euro più 160 milioni di euro, più gli altri che le arriveranno dalla finanziaria del 2008.

Rispondo anche all'onorevole Lucchese in ordine all'investimento 2007. Purtroppo adesso non ho con me il riparto, ma è stato realizzato dal Governo, poi siglato dall'intesa in Conferenza Stato-regioni e approvato dal CIPE. È stato realizzato sulla base di vari criteri, fra cui quello di premiare la regione che abbia gestito meglio e si sia dimostrata più efficiente per quanto riguarda i tempi di attuazione.

Con riferimento al numero degli accordi di programma, mi preme sottolineare che li stiamo concludendo con tutte le regioni. Rimangono da concludere quelli con la Sicilia e con il Piemonte. Per il resto l'abbiamo fatto con Veneto — molto significativo —, Lombardia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Campania e le altre, tranne solamente la Sicilia, per la quale è stato fatto comunque uno stralcio, e il Piemonte.

Vorrei che apprezzaste questa avvenuta realizzazione degli accordi di programma per gli investimenti con tutte le regioni, intervento che rende utilizzabili le risorse accumulate negli anni precedenti, perché i 196 milioni di euro sono risorse precedenti

(articolo 20), mentre le risorse relative agli anni 2007 e 2008 verranno ripartite successivamente.

Sempre nell'ambito dei poteri, come richiesto dall'onorevole Trupia, l'intervento sulle nomine dei direttori dell'azienda è di difficile attuazione, dal momento che sono di competenza delle regioni. Personalmente, mi sono vivamente raccomandata con le regioni ricordando loro che la qualità delle nomine sarà la cartina di tornasole della volontà di rinnovamento. Non possiamo però intervenire direttamente e non abbiamo un potere sostitutivo. L'ho attentamente verificato.

SALVATORE MAZZARACCHIO. Cambiare le regole sì, ministro.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Certo, cambiare le regole è possibile, e la rinvio al disegno di legge che abbiamo predisposto, che prevede esattamente anche un intervento rispetto alla nomina dei direttori.

Rispondevo all'onorevole Trupia che mi ha posto una domanda, che mi ero posta anch'io. Mi sono chiesta, e infatti ho domandato ai miei uffici, se vi fosse un potere sostitutivo da parte del Governo per quanto riguarda la nomina di alcuni commissari in una situazione in cui in un anno ci sono stati due decessi per appendicite e tonsillite. Non c'è questa possibilità. Al massimo posso promuovere un'intesa.

Non so quale risposta vi abbia dato a questo proposito il presidente Loiero...

LIONELLO COSENTINO. Ci ha promesso di mandare i *curricula*.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Perfetto! Anche leggere il *curriculum* può essere utile, ma avrei dovuto poter intervenire in materia, mentre invece non c'è possibilità di equivoco sul fatto che si tratti di una competenza della regione.

SALVATORE MAZZARACCHIO. Che non risponde a nessuno!

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Risponde ai cittadini! La sanità è la competenza più significativa delle regioni. Sulla sanità si vincono e si perdono le elezioni, per cui la regione e l'assessore rispondono ai cittadini.

SALVATORE MAZZARACCHIO. Non lo dica a me, perché ho perso le elezioni.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Lei mi ha sollecitato molto riguardo alla funzione nazionale e in parte le ho risposto. Stiamo esercitando massimamente la nostra funzione nazionale, senza precedenti. I piani di rientro vanno in questa direzione come anche la legge per l'ammodernamento del sistema sanitario, e la finanziaria prevede una norma che ulteriormente attribuisce allo Stato una funzione.

Vi prego di riflettere sul fatto che la mia esperienza mi induce a ritenere come quello che lei sembrava considerare poco importante, ovvero l'accompagnamento, il sostegno, sia in realtà l'intervento decisivo, perché talvolta manca la volontà politica, ma a volte, anche a fronte della volontà politica, manca la competenza tecnica, manageriale. Ritengo quindi che la funzione nazionale sia anche questa e i piani di rientro — però l'onorevole Piro è andato via — tendano a recuperare i disavanzi, i debiti accumulati, ad azzerare i debiti all'interno dei livelli essenziali di assistenza.

L'esperienza m'insegna che il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza garantisce anche il cambiamento della sanità. L'onorevole Astore rilevava l'esigenza fondamentale di spostare i presidi dagli ospedali al territorio: i piani di rientro puntano esattamente a questo, perché intervengono sui centri di spesa del Servizio sanitario e hanno un punto cruciale nella questione ospedaliera, nella riconversione degli ospedali nel territorio. In tutti i piani di rientro, compreso quello del Molise, sono inseriti la riduzione dei posti letto e il potenziamento dell'assistenza territoriale, che viene quantificata con un parametro.

Ovviamente scriverlo nel piano di rientro è diverso dall'attuarlo, perché spesso significa chiudere piccoli ospedali scon-

trandosi con l'opinione pubblica e incontrando resistenze. Spesso, però, chiudere gli ospedali significa migliorare i livelli essenziali di assistenza, non ridurli. All'onorevole Piro rispondo dunque che si vogliono non soltanto mantenere, ma migliorare i livelli essenziali di assistenza. Quindi il tema è anche qui la riconversione ospedale-territorio, ma sono necessarie anche la promozione della qualità e l'adozione di standard qualitativi a tutti i livelli.

Per quanto riguarda la legalità, onorevole Astore, sarebbe opportuno che ci aiutaste anche voi. La forte funzione che stiamo esercitando si traduce nel monitoraggio sull'applicazione dei livelli essenziali di assistenza, sui piani di rientro, di cui tengo a riferire, sulle politiche degli investimenti.

In riferimento alla questione *manager* e politica, onorevole Sanna, c'è un dato che attiene ai governi regionali. Mi auguro sia approvata la norma che migliora il sistema di selezione dei direttori generali e dei direttori di strutture complesse, punto qualificante del progetto di legge. Anche qui, però, non crediate che la discussione con le regioni sia stata facile, perché la proposta di cambiare le regole per la nomina dei direttori generali e dei direttori di strutture complesse è stata interpretata come un'invasione di campo.

Insieme al cambiamento delle regole ritengo importante un dato di crescita culturale, giacché il tema posto in merito al rapporto tra competenza, scelta e discrezionalità politica non è risolvibile soltanto con le regole, ma rappresenta anche un tema di grande battaglia culturale, di coinvolgimento dei cittadini.

Vorrei precisare all'onorevole Lucchese che apro tanti tavoli perché ritengo che si debba decidere insieme, ma sul tema della prevenzione del rischio clinico c'è un'unica cabina di regia, composta da tanti pezzi da me nominati. Non è stato facile realizzare un'unica cabina di regia, perché vi partecipano rappresentanti delle varie regioni e dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali. In questo caso, la cabina di regia ha significato realizzare quanto lei auspica: riunire i tavoli, che non sono stati decisi

dal Ministro, ma esistono in virtù del nostro ordinamento. Questa cabina di regia induce a collaborare investendo molto sull'Agenzia dei servizi sanitari regionali, sulle regioni, sul Governo nazionale e sui centri di ricerche.

Su Taranto indagherò: datemi il tempo di raccogliere le necessarie informazioni per fornirvi indicazioni precise.

**PRESIDENTE.** Desidero ringraziare il Ministro anche per aver manifestato la sua disponibilità a tornare in questa sede per illustrare i piani di rientro.

Mi dispiace che si sia creato questo problema con l'altra Commissione e me ne scuso con il presidente Lucà, ma ci tenevamo ad averla qui. Avrebbero dovuto avere l'accortezza di non collocarla in sequenza dopo questa, perché la nostra Commissione, che ha questo dovere istituzionale...

**LIONELLO COSENTINO.** Era solo gelosia!

**PRESIDENTE.** Non è un problema di gelosia. Dobbiamo collaborare anche con la XII Commissione, però il Ministro ha capito che questa è una Commissione più piccola, per cui vorremmo essere più faticosi, perché, al di là dei fatti politici che ognuno esprime liberamente, cerchiamo di essere concreti per esaminare e risolvere i problemi. Pertanto, questa stretta collaborazione con il Ministero della salute ci sembra essenziale nell'interesse di tutti ed è nostra viva intenzione continuarla.

Nel rinnovare il ringraziamento al Ministro e nel porgervi i migliori auguri di buon Natale e di buon anno, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 16,05.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. COSTANTINO RIZZUTO

---

Licenziato per la stampa  
il 27 febbraio 2008.

PAGINA BIANCA

ALLEGATO

**COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUGLI ERRORI IN  
CAMPO SANITARIO E SULLE CAUSE DEI DISAVANZI SANITARI  
REGIONALI**

**AUDIZIONE DEL MINISTRO DELLA SALUTE LIVIA TURCO**

**ROMA, 19 DICEMBRE 2007**

## **DECESSO OCCORSO A VIBO VALENTINA IL GIORNO 5 DICEMBRE 2007**

### **1. L'avvio dell'attività ispettiva del Ministero della Salute e dei Nas**

Appena appresa la notizia della morte della giovane Eva Ruscio avvenuta la mattina del 5 dicembre presso l'ospedale di Vibo Valentia, ho immediatamente disposto un'ispezione da parte degli uffici competenti del Ministero della Salute che si è avviata nella stessa giornata del 5 dicembre per concludersi il giorno successivo.

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

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

### **2. Descrizione e breve sintesi degli eventi**

La paziente si presenta il 3 dicembre 2007 ore 10.30, al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, dove il medico in turno richiede consulenza specialistica Otorinolaringoiatria, come risulta dal referto del Pronto Soccorso. A breve, lo specialista del reparto Otorinolaringoiatria, visita la ragazza e rileva "Ascesso peritonsillare a dx" e consiglia il ricovero in reparto, che avviene intorno alle 11.00: in cartella clinica risulta che all'ingresso viene segnalato "difficoltà a deglutire, trisma e rialzo febbrile (38°)" e per questo instaurata terapia antibiotica e cortisonica. Non risultano segnalati elementi ulteriori, fino al giorno successivo, nel quale si riportano in cartella clinica condizioni stabili per la paziente ed i risultati degli esami di laboratorio che indicano leucocitosi neutrofila (19.800 GB).

Nella notte del 4 dicembre, intorno alle ore 23.00, viene segnalata comparsa di sintomatologia dolorosa: gli infermieri avvisano il medico reperibile e viene praticata terapia anti-edemigena con cortisone.

Intorno alle ore 23.30 circa vengono avvisati i genitori delle condizioni della ragazza ed essi arrivano poco dopo in reparto, come risulta dalla relazione del Primario, peraltro non presente in reparto, ma che viene tenuto informato telefonicamente da parte del medico reperibile.

Il giorno 5 dicembre alle ore 00.15 circa vengono praticati ulteriori dosi di cortisone e di gastroprotettore ed in aggiunta ossigenoterapia. Poco dopo, intorno alle ore 01.00 circa viene richiesta consulenza anestesiologicala-rianimatoria che rilevava “discreta condizione respiratoria”, come risulta dalla cartella clinica e dalla relazione del Primario.

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

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

La visita otorinolaringoiatrica con consulenza anestesiologicala, eseguita alle ore 08.35 circa, mette in evidenza che “la paziente lamenta difficoltà respiratoria da circa 15 minuti con tirage. Per questo si somministra bolo di adrenalina, cortisone ed ossigenoterapia.

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

Alle ore 9.00 circa, come risulta dalla relazione dell’anestesista, si procede con intubazione oro-tracheale ma con esito negativo, a seguire viene segnalato l’inizio della riduzione della concentrazione di Ossigeno nel sangue (desaturazione) da parte della paziente.

Di seguito si procede in urgenza a tracheotomia percutanea senza esito positivo e gli ulteriori e ripetuti tentativi dell’otorino a posizionare lo strumento (cosidetto  $\frac{3}{4}$ ) in trachea non danno esito, secondo quanto risulta dalla relazione dell’anestesista.

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

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

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

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

### **3. Determinazioni del Commissario straordinario dell’ASL**

A seguito di quanto avvenuto il Commissario straordinario dell’ASL, anche d’intesa con i tecnici del Ministero della Salute e della Regione Calabria, ha disposto, in data

6 dicembre 2007, la sospensione cautelativa dell'attività chirurgica nell'unità operativa di otorinolaringoiatria, con mantenimento dell'attività ambulatoriale. Inoltre sono stati successivamente sospesi dall'attività clinica i sanitari che hanno avuto un ruolo di primo piano nell'evento occorso.

#### **4. Elementi di criticità**

Il quadro che è emerso dalla verifica effettuata in loco può consentire di mettere in evidenza i seguenti elementi di criticità, che vengono descritti sia in relazione al contesto dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria che al contesto generale del presidio Ospedaliero.

#### **Elementi di criticità nel contesto dell'Unità Operativa di Otorinolaringoiatria**

Gli aspetti che devono essere sottolineati sono i seguenti:

1. La ragazza, è stata ricoverata il giorno 4 dicembre, ma, al di là della esecuzione di un Elettrocardiogramma e degli esami di laboratorio di routine, non risultano che siano state effettuate ulteriori indagini, quali tamponi faringei, emocolture, RX del torace, o altre indagini diagnostiche, né risultano essere state richieste consulenze di altro tipo anche in altre strutture ospedaliere a maggiore carico assistenziale che avrebbero potuto fornire ulteriori indicazioni.
2. Il personale dell'unità operativa risulta composto da 4 medici, il primario e 3 dirigenti medici, questi ultimi a contratto a tempo determinato compreso tra 6 ed 8 mesi (in scadenza il 10-12-2007, 10-12-2007 ed il terzo il 28-05-2008). E' presente inoltre un'altra unità di personale medico, con contratto SUMAI (specialistica), che svolge la propria attività in ambulatorio di otorinolaringoiatria. Si segnala che il primario dell'U.O aveva comunicato al Commissario Straordinario dell'Azienda, che a partire dal giorno 10 dicembre avrebbe interrotto gli interventi chirurgici, causa la situazione del personale.
3. Turni dei medici: per la dotazione di personale medico viene assicurata la presenza di un solo sanitario per turno, mentre di notte è garantita solo la reperibilità. A causa della residenza in altra città, i sanitari effettuano la reperibilità direttamente in ospedale, di fatto con un prolungamento del turno fino alle 24 ore.
4. Protocolli diagnostico-terapeutici: non risultano essere presenti protocolli in reparto per la gestione clinica ordinaria ovvero in emergenza, ma è stato riferito che i comportamenti professionali appartengono alla consuetudine ed alla prassi.
5. Dagli atti risulta che, almeno nei curriculum dei tre medici a contratto dell'U.O., non c'è indicazione di una diretta esecuzione di tracheotomie.

#### **Elementi di criticità di carattere organizzativo nel contesto generale del presidio Ospedaliero**

In generale, l'analisi dello contesto generale del presidio Ospedaliero, consente di affermare come non sia presente un approccio di governo clinico integrato, come i indicato dai seguenti punti.

1. Posti letto: l'unità operativa di Otorinolaringoiatria è composta da 3 posti letto per ricovero ordinario e 6 posti letto per day-surgery: si tratta di una dimensione operativa insufficiente per lo svolgimento di attività cliniche integrate.
2. Dati di attività: dall'esame delle Schede di dimissione ospedaliera (SDO) risultano, per l'anno 2007 (dati forniti dall'Azienda), 230 dimessi in regime ordinario, di cui solo il 21% di casi chirurgici, lo stesso si riscontra nel day-surgery con 83 casi e solo il 13% di casi chirurgici: tali dati quindi sottolineano una scarsa percentuale di attività chirurgica.
3. Protocolli diagnostico-terapeutici: non risulta agli atti la presenza di interventi di indirizzo della Direzione Aziendale volti a promuovere l'adozione di tali comportamenti organizzativi. Ciò vale per l'U.O. di Otorinolaringoiatria, ma sarà necessario verificare come nelle altre U.O. se e quali di tali strumenti fossero stati resi disponibili.
4. Verifica della formazione professionale: si è in attesa di una relazione in tal senso, da parte dell'ufficio formazione.
5. Non è presente una indicazione scritta da parte della direzione sanitaria di presidio rispetto alla presenza di una funzione di gestione del rischio clinico, né vi è una indicazione anche informale ovvero non vi è una previsione in tal senso.

### **5. L'ispezione dei NAS**

Le indagini condotte dai NAS hanno evidenziato altresì la presenza di numerose irregolarità nelle Unità operative del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, in particolare nelle Unità operative di: Nefrologia e dialisi, Chirurgia d'urgenza, Chirurgia generale e blocco operatorio, Malattie infettive, Ginecologia ed Ostetricia, Rianimazione terapia intensiva, Neurologia, Endoscopia, Otorino, Pediatria, Medicina Generale, Cardiologia, Farmacia.

Anche la mensa presenta numerosi deficit. Risultano invece nella norma le Unità operative di Oculistica e Diagnostica

Dall'analisi ispettiva sono risultate inoltre numerose inadempienze alle normative sul lavoro, nonché rispetto alle norme in materia di Requisiti e procedure in materia di accreditamento, come da normativa regionale di recepimento del DPR 14 gennaio 1997.

L'edificio oggetto della verifica presenta un grave stato di abbandono delle strutture e delle parti tecnologiche e non risulta idoneo a contenere tutti i servizi che sono stati realizzati negli anni, che hanno portato alla definizione di spazi e percorsi non in linea con le previsioni normative.

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

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

L'ispezione dei NAS ha quindi consentito di riscontrare numerosi illeciti di natura prevalentemente penale, tra i quali:

- mancanza di pulizia
- omessa manutenzione alle attrezzature ed alle installazioni
- impraticabilità delle vie di fuga
- omessa installazione della segnaletica di sicurezza
- impianti ed installazioni elettriche non a norma
- irregolare modalità di stoccaggio dei rifiuti sanitari
- pavimentazione con soluzioni di continuo e conseguente rischio di cadute
- omessa revisione periodica degli estintori
- irregolare tenuta del registro di reparto di carico e scarico delle sostanze stupefacenti

#### **5. Conclusioni a seguito dell'attività ispettiva e sviluppi ulteriori**

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

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

In particolare le Raccomandazioni specifiche richiedevano che:

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

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

Per quanto riguarda le Raccomandazioni generali era stato suggerito che:

1. Devono essere rese disponibili per gli operatori sanitari linee guida e protocolli, compreso una check-list preoperatoria.
2. Deve essere previsto un protocollo per la corretta identificazione del paziente e del lato chirurgico da operare, per il conteggio delle garze e strumenti operatori e per la corretta identificazione del sangue da trasfondere, anche sulla base delle raccomandazioni sulla prevenzione degli eventi sentinella prodotte dal Ministero della salute.
3. Deve essere possibile la ricostruzione sequenziale del percorso clinico assistenziale del paziente in camera operatoria attraverso la documentazione clinica.
4. Deve essere previsto un Protocollo di allerta tra direzione aziendale e Assessorato alla Sanità, che consenta l'attivazione di un sistema rapido di comunicazione in casi analoghi.

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

Per questo si ritiene necessario che la Regione istituisca un organismo centrale regionale che affronti in modo sistematico le problematiche inerenti la gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure. Tale azione potrà ricevere un supporto anche dal Ministero della Salute, come anche da parte di altre regioni.

Allo stato attuale appare opportuno che, sia sulla base delle carenze igienico-sanitarie che delle carenze organizzative aziendali, sia dato rapidamente inizio ad un'azione di bonifica igienico-sanitaria, nonché alla definizione di comportamenti organizzativi e professionali che convenzionalmente vanno a ricadere sotto la dizione del governo clinico, per mettere in atto modalità corrette di gestione inserite in modo stabile nel patrimonio ordinario nella gestione delle attività assistenziali del presidio.

Sulla base del bacino d'utenza di circa 180.000 abitanti a cui va garantito il diritto alla salute ed una risposta efficace ai bisogni, una azione concreta ed un impegno sarà quello di garantire l'adeguatezza di risorse professionali in forma stabile ed appropriata alle esigenze dei cittadini.

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

Sulla base di tale situazione ho scritto ieri al Presidente della Regione Agazio Loiero in merito all'assoluta necessità di valutare l'adozione di misure cautelari in grado di

escludere il ripetersi di casi che mettano in pericolo l'incolumità e la salute dei pazienti afferenti all'ospedale di Vibo Valentia.

A seguito di ciò, il Commissario Straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia ha deliberato la sospensione temporanea delle attività e la riduzione di posti letto di alcune Unità Operative, secondo un calendario che, da un lato dia immediata attuazione alle azioni concrete per rimuovere le criticità evidenziate e dall'altro consenta il mantenimento di una presenza, seppur ridotta, della struttura sanitaria che possa garantire l'erogazione delle prestazioni per i cittadini senza pregiudicarne la sicurezza. Inoltre il Dipartimento tutela della salute della Regione Calabria si è impegnato a vigilare sui tempi di attuazione delle misure previste, dandone puntuale informazione al Ministero della Salute.

E' del tutto evidente, infatti, che lo stesso mantenimento in attività dell'ospedale senza i necessari interventi di riorganizzazione potrebbe, anziché giovare alla popolazione locale, incidere negativamente sul quadro complessivo dell'assistenza sanitaria fornita a livello regionale, minando la stessa possibilità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali che devono essere garantiti uniformemente sull'intero territorio nazionale.

#### **6. Il contesto della sanità calabrese e il nuovo accordo di programma per la costruzione di 4 nuovi ospedali**

Il Piano sanitario regionale 2007-2009, approvato dalla Regione Calabria con DGR del 9 novembre 2007, indirizza le scelte strategiche di programmazione sanitaria in un contesto territoriale e demografico fortemente frammentato su un territorio (circa 15 Km<sup>2</sup>) che si estende prevalentemente su zone montane e collinari rispetto alle aree pianeggianti. La popolazione calabrese residente risulta distribuita in maniera frammentaria, dato che un terzo di essa risiede in piccoli comuni (n. 324 comuni al di sotto di 5.000 abitanti). I centri abitati più consistenti sono pochi (solo 35 comuni al di sopra dei diecimila abitanti) e in essi risiede la metà della popolazione calabrese distribuita sul 20 per cento del territorio.

Se si tiene conto della presenza di un sistema infrastrutturale carente e in gran parte obsoleto, risulta evidente come il territorio della regione non si caratterizzi certo per essere un territorio in cui l'accessibilità, la rapidità degli spostamenti o la capillarità dei percorsi siano facilitati. L'orografia del terreno, la conformazione geoterritoriale, la perifericità urbana, l'assenza di moderne infrastrutture fanno sì che nel corso degli anni si siano moltiplicate le strutture ospedaliere presenti sul territorio. Ciò sembrava potesse garantire risposte ai cittadini, in realtà la microparcellizzazione ha prodotto esclusivamente presidi che non forniscono risposte sanitarie in regime di efficacia e di efficienza.

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

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

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

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

L'attuale politica di governo del Servizio sanitario regionale è volta al riequilibrio dei livelli di assistenza per raggiungere gli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale e Regionale. Questo comporta lo spostamento di quota parte delle notevoli risorse, attualmente impegnate per il mantenimento di un numero eccessivo di presidi ospedalieri, a sostegno del programma di deospedalizzazione e di sviluppo delle attività territoriali.

Partendo dal riordino dell'assetto istituzionale delle Aziende del servizio sanitario regionale (DGR n. 94/2007), la riqualificazione del sistema dovrà necessariamente avere un punto di partenza nella razionalizzazione della rete ospedaliera, recuperando efficienza ed efficacia delle cure, ma anche risorse da investire nella prevenzione e nel territorio.

In tal senso gli interventi che si sono intesi attuare con il secondo Accordo di programma nel settore degli investimenti in sanità, costituiscono le nuove linee di indirizzo regionale tese a dotare le aziende sanitarie di Rossano, Catanzaro, Vibo Valentia e Palmi, di un presidio di riferimento provvisto delle funzioni operative fondamentali e dotato delle discipline specialistiche volte a garantire la sicurezza dell'offerta sanitaria in regime ospedaliero.

Il nuovo Accordo di programma della Regione Calabria, firmato a Roma lo scorso 6 dicembre, che il Ministero della Salute ha fortemente voluto per colmare un ritardo ingiustificato di oltre un decennio, è pertanto orientato, attraverso la realizzazione dei quattro nuovi ospedali (di Vibo Valentia, della Sibaritide, di Catanzaro e della Piana di Gioia Tauro), alla prosecuzione del processo di riorganizzazione e adeguamento della rete ospedaliera, con l'accreditamento e l'umanizzazione delle strutture per il conseguimento di adeguati standard alberghieri, al rinnovamento e potenziamento della dotazione tecnologica, all'adeguamento alla normativa vigente in materia di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi e in materia di sicurezza e salute nei luoghi di lavoro, alla razionalizzazione dei percorsi, dei

processi di lavoro, favorendo l'accessibilità all'area ospedaliera ed elevare il livello di sicurezza.

Quest'Accordo rappresenta una netta inversione di tendenza rispetto alle logiche localistiche fin qui attuate e per la prima volta individua obiettivi strategici di programmazione regionale per promuovere la qualità e sicurezza dell'offerta sanitaria in via prioritaria. Assicurando l'adeguamento e completamento del nuovo presidio ospedaliero di Vibo Valentia (350 p.l.), che costituirà il presidio di riferimento aziendale. Nell'Azienda sanitaria sono presenti quattro ospedali a gestione diretta ( Vibo Valentia, Tropea, Soriano Calabro e Serra San Bruno). Nella città di Vibo Valentia si impone la dismissione dell'attuale Ospedale Jazzolino per gli ineliminabili vincoli imposti dalla limitatezza degli spazi. Il vecchio ospedale sarà dimesso con la messa in esercizio del nuovo presidio e sarà destinato ad attività sanitarie e amministrative, diverse da quelle ospedaliere. Il presidio ospedaliero di Serra San Bruno, sito in località montana, resterà come ospedale per acuti con un punto di primo intervento territoriale ed attività sanitarie accessorie. L'ospedale di Soriano Calabro è destinato a piattaforma territoriale mentre confermerà l'attività di struttura riabilitativa per lungodegenza post acuzie ed infine, l'ospedale di Tropea sarà ridestinato ad altre funzioni una volta attivato.

Nell'ambito territoriale Castrovillari-Rossano sono presenti otto presidi ospedalieri a gestione diretta: San Marco Argentano, Castrovillari, Lungo, Mormanno, Corigliano, Cariati, Rossano e Trebisacce.

I presidi ospedalieri di riferimento nell'ambito territoriale sono rappresentati dall'ospedale di Castrovillari, che dovrà essere potenziato e dal nuovo presidio della Sibaritide.

La realizzazione del nuovo ospedale della Sibaritide (350 p.l.) comporta prima di tutto una razionalizzazione delle risorse esistenti, sia di natura tecnologica e strutturale ma soprattutto umane, il che permetterebbe al management un più razionale utilizzo, tanto da consentire la programmazione di reparti e servizi ad oggi non presenti sul territorio. La concentrazione degli interventi sanitari su un'unica struttura rende anche più chiara l'offerta sanitaria, che oggi è confusa e dislocata su quattro piccoli presidi, permettendo all'Azienda di evitare una mobilità veramente imponente per il territorio. La realizzazione di una nuova importante struttura di riferimento che centralizzi l'offerta ospedaliera permetterebbe ai distretti di effettuare una politica sanitaria di maggiore consistenza e visibilità realizzando così un nuovo stile di assistenza sanitaria, basata sulla qualità, l'umanizzazione e la centralità del fruitore dei servizi. Un nuovo ospedale, agile, funzionale, tecnologicamente avanzato, che risponda a canoni consolidati dal punto di vista igienico-sanitario, avrà un livello di attrazione senza dubbio di gran lunga superiore a qualsiasi altra equivalente realizzazione originatasi da ristrutturazioni. Inoltre, la costruzione di questo ospedale permetterà la riorganizzazione degli altri ospedali

esistenti, nel senso che l'attuale ospedale di Rossano diventerà sede della Direzione strategica, con tutti gli uffici annessi, del Distretto, del Dipartimento di Prevenzione, del Dipartimento di Salute Mentale ecc.. L'ospedale di Corigliano diventerà parte sede del distretto e parte potrà essere destinata ad alienazione e l'ospedale di Cariati, riconvertito in struttura di riabilitazione intensiva e lungodegenza, manterrà una dotazione di 30 p.l per acuti al fine di garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza e saranno potenziati il Pronto Soccorso, la diagnostica laboratoristica e per immagini.

L'ospedale di Trebisacce è destinato a presidio per acuti, data la sua collocazione di confine, per ridurre la consistente migrazione verso la regione limitrofa e per garantire l'assistenza ospedaliera di base al bacino di utenza. L'ospedale ospiterà la lungodegenza, oltre che la dialisi, la chirurgia, la medicina e la cardiologia; verrà potenziato il Pronto Soccorso e la diagnostica laboratoristica e quella per immagini.

Il presidio di Mormanno è destinato a struttura di riabilitazione e lungodegenza, quello di Lungro a piattaforma sanitaria territoriale e quello di San Marco Argentano a Casa della salute.

Nella Piana di Gioia Tauro sono attive cinque strutture ospedaliere (Polistena, Palmi, Gioia Tauro, Taurianova e Oppido Mamertina) non in grado, nel loro complesso, di dare concrete risposte sanitarie alle esigenze della popolazione (circa 160.000 abitanti). Ciò dipende dalla inadeguatezza delle strutture, vetuste e a volte fatiscenti, di concezione, anche distributiva, ormai superata, molto carenti dal punto di vista del confort alberghiero, per lo più con scarsa, se non irrilevante, capacità ricettiva, spesso con difficili collegamenti con la viabilità principale. Il solo ospedale di Polistena possiede le potenzialità per fornire un livello accettabile di assistenza sanitaria, purché si effettuino seri interventi di ammodernamento e adeguamento. La creazione del nuovo ospedale della Piana (300 p.l.) consentirà di sopperire alle problematiche prospettate e darà concrete risposte sanitarie oggi cercate altrove, determinando l'emigrazione per salute. Inoltre realizzerà numericamente e qualitativamente la ricettività ospedaliera allineandosi alle percentuali nazionali di ricoveri per acuti rapportati ai residenti nel territorio, eliminando la frammentarietà dell'offerta e potenziando l'attività di lungodegenza e riabilitazione. La struttura di Taurianova sarà riconvertita in Casa della salute e gli ospedali di Palmi e Gioia Tauro, nell'attesa della costruzione del nuovo presidio, continueranno a garantire la funzione ospedaliera per acuti e, successivamente, saranno dismessi e destinati ad attività diverse da quelle ospedaliere.

Nella Città di Catanzaro si è ritenuto opportuno realizzare una struttura ex novo piuttosto che continuare a investire risorse importanti in una struttura, il vecchio ospedale Pugliese, sicuramente non idonea a sopportare l'impatto di una nuova sanità. IL nuovo complesso ospedaliero di Catanzaro (450 p. l.), da costruire in adiacenza alla struttura ospedaliero-universitaria già esistente in località Germaneto,

sostituirà l'ospedale Pugliese che in parte manterrà attività sanitarie potenziando l'offerta dei servizi territoriali di base, oggi assai carente, ed in parte sarà destinato ad altre funzioni.

L'intervento consente di ridurre inoltre l'estrema frammentarietà dell'offerta ospedaliera e di garantire l'integrazione e la sinergia tra risorse ospedaliere e risorse universitarie, finalizzate anche alla riduzione dei costi di gestione. Il PSR individua infatti nell'accorpamento dell'Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio e dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini, quest'ultima già a servizio dell'università, un momento importante per la crescita e l'ottimizzazione dell'offerta sanitaria.

Il nuovo Accordo mette a disposizione della Regione complessivi euro 196.142.821,05 a carico dello Stato, di cui euro 178.615.153,06 a valere sulle risorse del programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67 del 1988, ed euro 17.527.667,99 a valere sul programma di investimenti ex art. 71 della legge n. 448 del 1998 per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. Gli impegni finanziari per ciascun nuovo ospedale sono i seguenti:

1. Nuovo Ospedale della Sibaritide per un importo a carico dello Stato di euro 57.000.000,00;
2. Complesso ospedaliero di Catanzaro per un importo complessivo a carico dello Stato di euro 56.883.136,37, di cui euro 39.355.468,38 a valere sulle risorse del programma di investimenti ex art. 20 della legge n. 67/1988, ed euro 17.527.667,99 a valere sul programma di investimenti ex art. 71 della legge n. 448/1998 per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani;
3. Adeguamento e completamento del nuovo Ospedale di Vibo Valentia per un importo a carico dello Stato di euro 25.259.684,68. Tale finanziamento si aggiunge alle risorse già autorizzate dallo Stato, nell'ambito del programma di investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 e della legge n. 135/1990 (AIDS), pari a complessivi euro 32.000.672,67.
4. Nuovo Ospedale della Piana per un importo a carico dello Stato di euro 57.000.000,00.

### **7. Quadro delle iniziative e della normativa per la sicurezza delle cure**

Il Ministero della Salute ha avviato da tempo 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 per la costituzione di un **Comitato Strategico Nazionale** per la Gestione del Rischio Clinico, presso il Ministero della Salute, costituito da un rappresentante ciascuno del Ministero della Salute, della ASSR, dell'ISS, del Comitato Tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente, dell'AIFA e dell'ISPESL.

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 ed indirizzi teorico-pratici agli operatori sanitari.

Presso il Ministero della Salute opera, inoltre, un **Osservatorio nazionale sugli eventi sentinella** al quale affluiscono i dati sugli eventi sentinella (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.

Presso lo stesso Ministero della Salute si riunisce, sotto la presidenza del Ministro o di un suo delegato la **Consulta Nazionale per la Sicurezza del Paziente**, quale Coordinamento della Rete Nazionale per la Sicurezza del Paziente, che riunisce i rappresentanti al livello nazionale di tutte le istituzioni che operano sul territorio per la sicurezza del paziente, centri, istituzioni pubbliche e private, rappresentanti della comunità scientifica e professionale, organizzazioni di tutela. La Consulta ha funzioni di indirizzo.

La **Agenzia per i servizi sanitari regionali**, dal canto suo, svolge funzioni di Osservatorio Nazionale sui Sinistri e sulle Polizze Assicurative, a cui affluiscono i dati sui Sinistri e le Polizze Assicurative; monitoraggio delle Buone Pratiche. L'Assr è anche sede del Comitato tecnico delle Regioni per la Sicurezza del Paziente. Questo Comitato svolge funzioni di diffusione ed implementazione di raccomandazioni per la sicurezza del paziente al livello delle Regioni, avvalendosi delle competenze tecnico-scientifiche presenti nella ASSR e nelle Regioni.

### **Il lavoro già svolto**

Nel corso degli ultimi due anni sono stati comunque già messi a punto e divulgati diversi documenti per la gestione del rischio clinico da parte del Ministero della Salute:

1. Rapporto Nazionale sulle Iniziative di Gestione del Rischio Clinico;
2. Glossario in tema di sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico;
3. Individuazione di alcuni indicatori di sicurezza dei pazienti desunti dai flussi informativi correnti;
4. Protocollo Nazionale sperimentale per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella e relativo rapporto sui primi 18 mesi di attività
5. Attivazione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli stessi (SIMES);
6. Emanazione di una serie di Raccomandazioni per gli operatori sanitari:
  - per il corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di Cloruro di potassio – KCl;
  - per la prevenzione della ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico;
  - per la corretta identificazione del paziente, del sito chirurgico e della procedura;

- per la prevenzione del Suicidio in ambito ospedaliero;
  - per la comunicazione dell'errore;
  - per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO;
  - per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
  - per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
  - per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.
7. Documento di indirizzo sulle modalità di formazione per gli operatori, che ha dato luogo alla stesura di un Corso di Formazione A Distanza (FAD), rivolto a tutti gli operatori, insieme a FNOMCeO ed IPASVI;
  8. Questionario sulle modalità di coinvolgimento dei pazienti da parte di Regioni, Ordini e Collegi professionali, Società Scientifiche;
  9. Rapporto sulla rilevazione su tutto il territorio nazionale delle modalità assicurative.

### **L'attività legislativa per la qualità e la sicurezza delle cure**

L'11 maggio 2007 il Consiglio dei Ministri ha approvato il ddl sulla sicurezza delle cure su proposta del Ministro della salute Livia Turco con il quale si prevede tra l'altro:

1. l'adozione da parte delle Regioni e Province autonome di un sistema per la gestione del rischio clinico finalizzato alla sicurezza dei pazienti nel percorso di diagnosi e cura, incluso il rischio di infezioni ospedaliere, e ciò attivando una specifica funzione aziendale in ogni Asl e in ogni Ospedale;
2. 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 e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza;
3. norme per facilitare la soluzione stragiudiziale delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari, in linea con quanto già sperimentato positivamente in alcune Asl e in altri Paesi europei e ciò per consentire al cittadino forme più celeri di risarcimento.

Questo ddl (AS 1598-bis) è tutt'ora all'esame del Senato. Anche per questo è stato deciso di anticiparne le norme nell'ambito del disegno di legge collegato alla

finanziaria 2008 per la “qualità e la sicurezza del SSN” approvato lo scorso 16 novembre dal Consiglio dei Ministri.

### **L'adozione di misure straordinarie per fronteggiare l'emergenza socio – economico – sanitaria nel territorio della Regione Calabria**

Il Presidente del Consiglio dei Ministri, in data 11 dicembre 2007, ha dichiarato, con proprio decreto, lo stato d'emergenza socio-economico-sanitaria nel territorio della Regione Calabria.

Conseguentemente, il Ministero della Salute sta collaborando con la Presidenza del Consiglio dei Ministri ai fini della predisposizione di un nuovo decreto per la nomina di un commissario delegato alla realizzazione degli interventi urgenti necessari per il superamento della situazione di emergenza determinatasi nella Regione Calabria, attraverso la predisposizione di un apposito programma di interventi.

Il provvedimento in corso di adozione, nel rispetto della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 ottobre 2004, recante indirizzi in materia di protezione civile riguardante gli aspetti pubblici di lavori, di servizi e di forniture di rilievo comunitario, consentirà:

- la realizzazione delle strutture ospedaliere previste dall'Accordo di programma integrativo sottoscritto da me e dal Presidente della Regione Calabria in data 6 dicembre 2007;
- la riorganizzazione, l'adeguamento e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche della rete ospedaliera esistente;
- l'adeguamento degli impianti delle strutture sanitarie alla vigente normativa in materia di misure di sicurezza;
- l'adozione delle altre iniziative comunque necessarie al superamento dell'emergenza.

Parallelamente, ho ritenuto indispensabile costituire sulla base dei poteri conferiti al Ministro della Salute un'apposita commissione per lo svolgimento di un'indagine conoscitiva finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della Regione Calabria con riferimento anche alle condizioni strutturali, tecnologiche e amministrative del medesimo servizio, nonché l'effettiva erogazione dei sistemi essenziali di assistenza secondo i criteri di efficienza ed appropriatezza. Alla commissione, i cui lavori dovranno concludersi entro tre mesi a decorrere dalla data dell'insediamento ho altresì conferito il compito di formulare proposte di interventi diretti ad assicurare che il sistema sanitario – infrastrutturale della Regione Calabria sia posto in grado di garantire adeguati livelli di assistenza. Ho ritenuto affidare la presidenza della commissione al Dott. Achille Serra, che attualmente svolge il ruolo di alto commissario per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e delle altre forme di illecito nella Pubblica Amministrazione – che, per la sua grande professionalità ed alta esperienza maturata in una lunga carriera prefettizia, offre le maggiori garanzie per un buon esito dei lavori della commissione.

Dopo aver riferito sui fatti di Vibo Valentia e sulle iniziative prese ed in corso per la qualificazione della sanità nel territorio calabrese non voglio sottrarmi dal dovere di portare a conoscenza di codesta Commissione anche gli elementi acquisiti dal Ministero della salute in ordine al decesso di un bambino avvenuto il giorno 14 dicembre nell'ospedale di Pistoia, a seguito di un intervento di tonsillectomia, anche in considerazione del clamore che la notizia ha destato nell'opinione pubblica.

## **DECESSO OCCORSO A PISTOIA IL GIORNO 14 DICEMBRE 2007**

### **1. Introduzione**

In data 14 dicembre 2007 l'Assessorato alla Sanità della Regione Toscana ha comunicato al Ministero della salute l'avvenuto decesso di un bimbo (F.P.) avvenuto presso l'Ospedale di Pistoia nella notte tra il 13 ed il 14 dicembre 2007. In seguito a tale evento, il Ministro della salute ha inviato nella stessa giornata un proprio funzionario in Toscana con lo scopo di acquisire ogni informazione e gli atti relativi nonché valutare l'accadimento insieme alla Commissione regionale istituita dall'Assessore alla sanità della Regione Toscana.

Tenendo conto che l'attività di verifica è iniziata poche ore dopo il decesso, quando già l'autorità giudiziaria aveva dato inizio agli accertamenti e sequestrato la cartella clinica, ulteriore documentazione dovrà essere acquisita per una più precisa valutazione dell'occorrenza, in particolare risulterà necessario verificare gli esiti dell'accertamento autoptico. Pertanto la sintesi di quanto avvenuto fa riferimento essenzialmente alle risultanze degli incontri con il personale sanitario dell'Ospedale.

### **2. Descrizione e breve sintesi degli eventi**

Il bambino F.P. di 6 anni affetto da adenotonsillite cronica l'11 Settembre effettua visita chirurgica con prescrizione di intervento di adenotonsillectomia e inserito in lista d'attesa: a seguito di ciò viene programmata e attuata la pre-ospedalizzazione il 24 Novembre.

Il bimbo F. P. viene ricoverato il 12 Dicembre alle ore 7.30 per l'intervento di adenotonsillectomia. Non risultano patologie degne di nota in fase preparatoria (ECG normale, esami ematochimici compatibili con flogosi cronica; nella norma i test specifici per la funzione emostatica).

Il bambino è operato alle 8.40 dello stesso giorno mediante bisturi ad ultrasuoni. Dal registro di Sala Operatoria l'intervento risulta effettuato e concluso senza complicazioni in circa 20 minuti.

Nello stesso giorno, in serata, viene prescritto e somministrato un analgesico per controllare il dolore. La nottata passa tranquilla. La mattina del 13 al bambino, sottoposto a visita per dimissione, viene riscontrata una febbre (37,5°C) e viene

quindi deciso di trattenerlo ulteriormente in osservazione. L'obiettività clinica risulta negativa.

Nel corso del pomeriggio, a causa dell'aumento della temperatura (39°C) viene somministrato nuovamente un analgesico e un antibiotico endovena in alternativa al precedente. Una seconda visita ORL effettuata verso le 17,45 non evidenzia, a detta del curante di turno, alterazioni degne di nota, con le loggie tonsillari senza alterazioni visibili.

Alle ore 21 l'infermiera di turno trova il bambino tranquillo, non accusa dolore e lascia una seconda dose di analgesico ai genitori, chiedendo di somministrargliela prima che si addormenti.

Intorno alle ore 0.20 del 14 dicembre l'infermiera è allertata dal campanello e dalle urla della madre e trova il piccolo ricoperto di sangue seduto sul letto, attivo, che respira affannosamente e vomita copiosamente sangue. Vengono subito avvisati la pediatra e gli anestesisti del Pronto Soccorso. La pediatra, sulla base del suo ricordo, arriva in reparto entro le ore 0.30, un attimo prima degli anestesisti che arrivano contestualmente alla seconda chiamata al cellulare (che, secondo tabulato Telecom viene effettuata alle 0.27). L'otorino reperibile è avvisato alle 0.32.

Si tratta di una emorragia che, per come è stata descritta dagli operatori sanitari, ha presentato una massività e rapidità tali da indirizzare verso una origine arteriosa.

Le due anestesiste trovano il bambino privo di coscienza, assenza di polso, di attività respiratoria e di riflessi e procedono immediatamente ad aspirazione faringea, ad intubazione oro-tracheale e terapia secondo protocollo di emergenza. Alle ore 0.51 circa arriva l'otorino e viene quindi attivato il trasferimento in Sala Operatoria continuando le manovre rianimatorie.

Alle ore 1.00 viene chiamata la cardiologa che effettua un ecocardiogramma che dimostra l'assenza di attività meccanica cardiaca. Alle ore 2.00 si sospendono le manovre rianimatorie e l'infusione di farmaci. Alle 2.05 si dichiara il decesso.

La concitazione ed emotività del momento e le divise del medesimo colore indossate dagli operatori sanitari sembrano non avere reso evidente ai genitori la presenza di medici rispetto a quella degli infermieri al letto del bambino. Nello specifico erano presenti una pediatra, due anestesiste rianimatorie e una otorinolaringoiatra.

Circa le possibili cause dell'evento, soltanto l'autopsia potrà fornire ulteriori elementi di conoscenza. L'emorragia post tonsillectomia è una complicanza possibile. Le caratteristiche di particolare gravità che ha presentato in questo caso (massività, rapidità), rendono necessari approfondimenti in più direzioni.

### **3 Conclusioni e sviluppi**

Sulla base delle informazioni finora acquisite, è necessario attendere le risultanze dell'indagine autoptica, per poter esprimere una valutazione compiuta dell'evento, così come il completamento delle indagini sia della magistratura che di altri accertamenti in corso.

Quando saranno disponibili tutti gli elementi conoscitivi di criticità relativamente alle modalità assistenziali ed organizzative, con riferimento sia al percorso assistenziali prima dell'intervento (rapporto ospedale – territorio per condividere le scelte diagnostiche – terapeutiche, criteri per la valutazione di appropriatezza rispetto all'indicazione all'intervento chirurgico in coerenza con quanto previsto dai documenti di indirizzo del Piano Nazionale Linee guida, effettuazione della profilassi anti – batterica prima dell'indicazione chirurgica), che nel corso della fase intra ospedaliera (utilizzo appropriato di farmaci, verifica dei volumi di attività, utilizzo di tecnologie innovative basate sull'evidenza e valutazione dei relativi costi, formazione del personale e valutazione degli esiti), il Ministero della salute potrà fornire alla Regione Toscana e all'Ospedale di Pistoia, le proprie valutazioni al fine di assicurare il miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate

Più in generale, nel settore dell'assistenza otorinolaringoiatrica il Ministero della salute intende promuovere ulteriori azioni, secondo un approccio di sistema. In particolare, si provvederà a:

- a) completare l'aggiornamento, peraltro già in corso, delle linee guida sulla tonsillectomia, con riferimento alle indicazioni appropriate ed alla sicurezza delle tecnologie impiegate.
- b) verificare ed analizzare i dati disponibili rispetto alle complicanze a seguito di tonsillectomia a partire dalle schede di dimissione ospedaliera, anche tramite confronti internazionali.
- c) elaborare un rapporto che contenga informazioni sui dati di attività, tecnologie in uso e relativi criteri di scelta e formazione del personale, da produrre tramite questionario da inviare alle Unità Operative di O.R.L. ed ai reparti ospedalieri che trattano tali casi.
- d) promuovere un momento di riflessione e di verifica complessiva sulle problematiche relative alla tonsillectomia, tramite il coinvolgimento di operatori, programmatori e cittadini.

