

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RELAZIONE FINALE SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE

Istituita con deliberazione del Senato del

XXII-bis n. 10

1. Composizione della Commissione
2. Premessa
3. Relazioni in merito alle risultanze dei singoli filoni di inchiesta:
 - 3.1. Inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane
 - 3.2. Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale
 - 3.3. Inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario
 - 3.4. Inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura
 - 3.5. Inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale
 - 3.6. Inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi
 - 3.7. Inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità
 - 3.8. Inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore
 - 3.9. Inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani
4. Considerazioni conclusive
5. Allegati
 - 5.1. Relazioni approvate dalla Commissione in corso di legislatura:
 - 5.1.1. Relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi
 - 5.1.2. Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari
 - 5.2. Elenco dei sopralluoghi svolti dalle delegazioni
 - 5.3. Provvedimenti di sequestro adottati dalla Commissione nel corso della legislatura
 - 5.4. Attività della Commissione in sede plenaria

Composizione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

(Deliberazione del 30 luglio 2008, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 182 del 5 agosto 2008)

Presidente

sen. Ignazio MARINO, PD

Vicepresidenti

sen. Alfonso MASCITELLI, IdV ¹

sen. Salvatore MAZZARACCHIO, PdL

Segretari

sen. Franca BIONDELLI, PD

sen. Fabio RIZZI, LNP

Membri

sen. Maria ANTEZZA, PD

sen. Giuseppe ASTORE, Misto, Partecipazione Democratica

sen. Laura BIANCONI, PdL

sen. Daniele BOSONE, PD

sen. Raffaele CALABRO', PdL

sen. Carlo CHIURAZZI, PD

sen. Lionello COSENTINO, PD

sen. Luigi D'AMBROSIO LETTIERI, PdL

sen. Stefano DE LILLO, PdL

sen. Vincenzo GALIOTO, UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI

sen. Domenico GRAMAZIO, PdL

sen. Adriana POLI BORTONE, CN:GS-SI-PID-IB-FI

sen. Donatella PORETTI, PD

sen. Michele SACCOMANNO, FDI-CDN

sen. Albertina SOLIANI, PD

¹ Fino al 17 novembre 2008 la carica di Vicepresidente è stata ricoperta dal senatore ASTORE.

Premessa

Il Senato della Repubblica, con deliberazione del 30 luglio 2008, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e dell'articolo 162 del Regolamento del Senato, ha istituito la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale.

In ottemperanza all'articolo 4 della Deliberazione istitutiva, il Presidente del Senato ha nominato il senatore Ignazio R. MARINO a presiedere la Commissione e a farne parte i senatori Maria ANTEZZA, Giuseppe ASTORE, Dorina BIANCHI, Laura BIANCONI, Daniele BOSONE, Raffaele CALABRO', Lionello COSENTINO, Luigi D'AMBROSIO LETTIERI, Stefano DE LILLO, Leopoldo DI GIROLAMO, Antonio FOSSON, Vincenzo GALIOTO, Domenico GRAMAZIO, Piergiorgio MASSIDDA, Salvatore MAZZARACCHIO, Giovanni PISTORIO, Donatella PORETTI, Fabio RIZZI, Michele SACCOMANNO e Albertina SOLIANI².

La missione istituzionale affidata alla Commissione di inchiesta dalla Deliberazione istitutiva è stata caratterizzata da una sostanziale continuità con i compiti attribuiti alle omologhe Commissioni di inchiesta che hanno operato nella XII, XIII, XIV e XV Legislatura.

La Commissione, insediatasi nella seduta del 18 novembre 2008, con la costituzione dell'Ufficio di Presidenza, dopo aver provveduto all'approvazione del Regolamento interno, ha avviato la propria attività che si è rivelata particolarmente intensa: si sono tenute 191 sedute in sede plenaria, si sono svolte 88 riunioni dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari e sono stati effettuati 57 sopralluoghi.

Al fine di dare sistematicità alla propria azione istituzionale, la Commissione ha individuato specifici filoni di indagine, coordinati da relatori appositamente individuati, ai quali ha inteso ricondurre le singole attività istruttorie.

² In data 23 ottobre 2008, la senatrice Franca BIONDELLI è stata chiamata a far parte della Commissione di inchiesta in sostituzione del senatore Leopoldo DI GIROLAMO, dimissionario.

In data 1° ottobre 2009 la senatrice Adriana POLI BORTONE è stata chiamata a far parte della Commissione di inchiesta in sostituzione del senatore Giovanni PISTORIO, dimissionario.

In data 3 novembre 2009, il senatore Antonio FOSSON si è dimesso dalla Commissione.

In data 1° dicembre 2009 il senatore Alfonso MASCITELLI è stato chiamato a far parte della Commissione di inchiesta.

In data 10 marzo 2010 il senatore Carlo CHIURAZZI è stato chiamato a far parte della Commissione di inchiesta in sostituzione della senatrice Dorina BIANCHI, dimissionaria.

In data 21 dicembre 2011, il senatore Piergiorgio MASSIDDA si è dimesso dal Senato della Repubblica.

Inoltre, la Commissione ha conferito incarico alla Presidenza, che si è avvalsa a tal fine del Nucleo interno di agenti ed ufficiali delle Forze dell'ordine, di vagliare ed approfondire le segnalazioni e gli esposti, pervenuti in maniera copiosa nel corso della Legislatura.

La complessità dei compiti attribuiti, unita alla necessaria attenzione per le numerose e frequenti emergenze che scuotono il mondo della sanità, ha indotto la Commissione a seguire un metodo di lavoro multiforme e articolato, che si è avvalso sia dei tradizionali strumenti dell'inchiesta parlamentare, come le audizioni ed i sopralluoghi, sia di una continua e fattiva cooperazione con l'Autorità giudiziaria, che - ove necessario a fini di coordinamento - è stata informata e coinvolta nelle iniziative assunte, in spirito di leale collaborazione interistituzionale. Nello specifico, tale metodo di lavoro si è articolato, di norma, in un iniziale approfondimento conoscitivo, affidato al Nucleo NAS a supporto della Commissione, volto all'acquisizione di elementi informativi sui casi segnalati, anche attraverso un raccordo con le realtà territoriali interessate. In secondo luogo, laddove se ne è ravvisata la necessità, è stata acquisita ulteriore documentazione mediante richiesta all'autorità giudiziaria procedente, o alle stesse strutture coinvolte o ai competenti Assessorati. Inoltre, quando ritenuto opportuno, l'istruttoria è stata ulteriormente implementata anche attraverso audizioni degli stessi Magistrati procedenti o effettuando ispezioni *in loco*.

La Commissione si è avvalsa dei poteri attribuiti dall'articolo 82 della Costituzione non solo ai fini della speditezza e dell'efficacia dell'istruttoria, nei casi in cui ha ritenuto ciò necessario, ma anche, segnando in questo modo una rilevante innovazione nella prassi dell'inchiesta parlamentare, per assicurare la fruttuosità delle indagini e la tutela in via d'urgenza di diritti di rango costituzionale di cui, in alcune situazioni, è parsa probabile la lesione nelle more del superamento delle problematiche riscontrate³.

L'innovatività di tale approccio è stata notata dalla dottrina costituzionalistica, che ha dedicato più di un commento ai provvedimenti cautelari emessi dalla Commissione, esprimendosi con accenti talora adesivi e talora critici. La stessa Presidenza della Repubblica ha, nell'ambito di esternazioni pubbliche, onorato la Commissione di puntuali menzioni, ponendo in rilievo il proprio *favor* per l'incisività di tale azione istituzionale.

Avverso i provvedimenti adottati dalla Commissione non è stata esperita forma alcuna di impugnativa, essendovi stata, al contrario, una sostanziale e diffusa acquiescenza.

³ Sono stati adottati cinque decreti di sequestro preventivo, nell'ambito delle indagini sulla salute mentale, consultabili tra gli allegati alla presente relazione.

La Commissione, oltre ad esplorare in profondità le potenzialità insite nell'articolo 82 della Costituzione, si è avvalsa nel corso della Legislatura della facoltà, prevista dal Regolamento interno, di riferire al Senato anche prima del termine dei propri lavori, sulle risultanze delle indagini e degli esami svolti. Si è ritenuto di esercitare tale facoltà in relazione a due filoni di indagine delle cui risultanze è parso opportuno mettere a parte tempestivamente il Senato della Repubblica: l'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi e l'inchiesta sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Dalla tempestiva presentazione dei risultati dell'inchiesta sugli Ospedali psichiatrici giudiziari⁴ è scaturita una specifica attenzione parlamentare al tema, che ha prodotto sia incisivi atti di indirizzo, sia una norma *ad hoc*, inserita nel D.L. sull'emergenza carceraria (n. 211 del 2011, convertito con modificazioni dalla L. n. 9 del 2012) e volta al definitivo superamento delle strutture attualmente operative.

Allo scopo di porre in evidenza le risultanze dei singoli filoni di indagine, si reputa opportuno presentare nel dettaglio ed in maniera partita il lavoro svolto in relazione alle seguenti inchieste: inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane; inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale; inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario; inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura; inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale; inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi; inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità; inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore ed inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani.

⁴ La relazione conclusiva delle indagini sugli Ospedali psichiatrici giudiziari è stata realizzata affiancando al tradizionale documento scritto un documento-video, prodotto assemblando le immagini riprese durante le ispezioni a sorpresa all'interno delle strutture.

Inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane

Relatori alla Commissione RIZZI e COSENTINO

La Commissione ha avviato l'inchiesta in titolo al fine di verificare, con un approccio fondato su basi oggettive e scientificamente orientato, la capacità delle Regioni e delle Aziende sanitarie di erogare i servizi sanitari garantendo i livelli essenziali di assistenza con adeguata qualità ed appropriatezza.

A tale scopo, la Commissione si è avvalsa della qualificata collaborazione del Laboratorio di management e sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

In una prima fase dell'istruttoria, è stato selezionato un *set* di indicatori ritenuti significativi, capace di fornire un primo quadro di sintesi sia per i servizi di ricovero ospedaliero, sia per i servizi di assistenza territoriale.

Gli indicatori elaborati erano intesi a misurare i seguenti aspetti: assistenza ospedaliera (governo della domanda, efficienza, appropriatezza chirurgica, appropriatezza medica, qualità clinica), assistenza distrettuale, assistenza farmaceutica e assistenza sanitaria collettiva e di prevenzione.

Il calcolo degli indicatori, sulla base di dati riferiti al 2008, ha permesso di disporre di un quadro della situazione esistente all'interno del Servizio sanitario nazionale e delle differenziazioni presenti non solo tra le regioni, ma anche al livello infraregionale.

In questa sede è preferibile soffermarsi su alcune delle emergenze dello studio, rinviando alla visione integrale del documento che sarà oggetto di separata ed apposita pubblicazione.

Tra gli indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera, era stata inserita la percentuale di fratture di femore operate entro due giorni⁵. Ebbene, i risultati del calcolo di questo indicatore confermano l'estrema variabilità, presente sia tra le regioni che a livello infraregionale: tra le regioni, i picchi sono costituiti dalla regione Basilicata e dalla Provincia autonoma di Bolzano, nel cui ambito la frattura di femore è operata entro due giorni, rispettivamente, nel 16,23 e nell'83,63 per cento dei casi, con una media interregionale del 35,9 per cento. Come esempio di variabilità infraregionale per tale indicatore, può essere citato il dato degli erogatori della regione Veneto, che oscilla tra il 14,75 e l'85,26 per cento.

⁵ In caso di frattura di femore è importante essere operati tempestivamente per garantire un rapido e completo recupero ed effetti positivi sull'esito della prestazione.

Tra gli indicatori di appropriatezza, era stata inserita la percentuale di pazienti dimessi dai reparti chirurgici con una diagnosi medica, ossia senza essere stati sottoposti ad un intervento chirurgico⁶.

Anche con riferimento a tale indicatore si è registrata una elevata variabilità. Tra le regioni, le Marche effettuano solo il 13,56 per cento di queste dimissioni, mentre la Campania giunge al 44,58 per cento (picchi estremi di appropriatezza e inappropriatezza). Anche a livello infraregionale sussiste una elevata variabilità, come si evince dall'esempio della regione Puglia: a fronte di una percentuale regionale del 32,74 per cento, le singole strutture regionali oscillano tra una percentuale del 19,84 per cento e una percentuale del 42,15 per cento.

Il terzo ed ultimo esempio è relativo ad un indicatore che misura la qualità clinica dell'assistenza ospedaliera: la percentuale di parti cesarei⁷.

A riconferma della variabilità, le regioni oscillano tra la percentuale del 23 per cento del Friuli-Venezia Giulia e quella del 61,88 per cento della Campania. Nell'ambito della stessa regione del Friuli-Venezia Giulia, poi, i singoli enti erogatori delle prestazioni oscillano tra il 17,33 per cento e il 35,90 per cento.

In una seconda fase dell'istruttoria, apprezzata la fruttuosità del metodo di misurazione scientifica e la sua capacità di evidenziare su basi oggettive le eccellenze e le criticità del sistema, la Commissione ha deciso di prendere in esame non più indicatori relativi a singole prestazioni, bensì riguardanti interi percorsi terapeutici. Ciò al fine di valutare la completa efficacia, dal punto di vista dell'utente, della intera filiera terapeutica relativa ad una determinata patologia: fase precedente alle acuzie, fase di trattamento delle acuzie e fase *post* acuzie.

Tale seconda fase dell'indagine si è concentrata sui percorsi terapeutici riguardanti due specifici settori: oncologia e salute mentale, approfonditi in riferimento alle regioni Lombardia, Emilia Romagna, Lazio, Molise, Toscana, Umbria, Campania e Calabria.

⁶ I reparti chirurgici sono dotati di attrezzature complesse e risultano maggiormente onerosi e pertanto dovrebbero essere occupati da pazienti che si sottopongono ad una operazione chirurgica. Se un paziente viene dimesso da un reparto chirurgico con una diagnosi medica, ossia senza essere stato sottoposto ad un intervento chirurgico, in alcuni casi può significare che il paziente non presentava condizioni sanitarie adeguate per sostenere l'operazione. Questa eventualità non dovrebbe superare il 20 per cento: se la percentuale cresce può essere segno di disorganizzazione e di uso non appropriato delle strutture ospedaliere.

⁷ Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità i parti cesarei non dovrebbero superare il 15 per cento dei parti totali, trattandosi di operazioni chirurgiche, che andrebbero sempre evitate se non necessarie alla salute del bambino e della mamma.

Anche in questo caso, sul piano metodologico appare preferibile illustrare alcuni degli aspetti salienti emersi dallo studio, rinviando alla visione integrale del documento che sarà oggetto di separata ed apposita pubblicazione.

Nel settore della salute mentale, tra gli indicatori individuati vi era il tasso di utenti maggiorenni attivi presso il Dipartimento di salute mentale nell'anno di stima (2010).

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti che hanno avuto almeno un contatto con i servizi territoriali nell'anno di stima. E' calcolato come rapporto tra il numero di utenti attivi maggiorenni con patologie psichiatriche residenti nel territorio di competenza del Dipartimento di salute mentale e la popolazione residente maggiorenne X 1.000.

Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dall'11,9‰ nel Lazio al 21,3‰ in Campania. Il valore del Molise è 13,4‰. Non è disponibile il dato dell'Umbria.

Il tasso fornito dalla Calabria fa invece riferimento all'anno 2011, ed assume un valore molto elevato (36,8‰).

La variabilità intraregionale appare molto elevata per la Regione Toscana (3,2‰ - 24,0‰) rispetto alle altre regioni (Lazio 7,19‰ - 16,3 ‰; Emilia Romagna 12,8 ‰ - 21,1‰; Campania 15,4‰ - 31,0‰; Calabria 29,9 ‰ - 48,26 ‰).

Altro indicatore utilizzato nell'approfondimento sulla salute mentale è quello relativo alla prevalenza trattata per schizofrenia e disturbi psicotici.

Questo indicatore riflette la prevalenza annuale di utenti presi in carico dai Servizi territoriali con diagnosi di schizofrenia o disturbo psicotico nell'anno di stima. Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dall'1,1‰ in Toscana fino al 5,0‰ nel Lazio.

Per il Molise il valore è 2,6‰. Il dato non è disponibile per la Calabria e l'Umbria.

La variabilità intraregionale appare molto elevata per la regione Campania (2,9‰ - 9,6‰) rispetto alle altre regioni (Emilia Romagna 3,1‰ - 5,0‰, Lazio 0,6‰ - 3,2‰, Toscana 0,01‰ - 3,0‰).

Dati comparativi sono reperibili per la sola Lombardia, in cui la prevalenza trattata per gli adulti con disturbi schizofrenici è di 3,79/1000.

Può essere utile riportare, quale ultimo esempio dei risultati inerenti l'approfondimento sulla salute mentale, uno degli indicatori di abbandono: quello relativo all'abbandono del trattamento dei pazienti maggiorenni con patologie psichiatriche presi in carico al Centro di salute mentale.

Questo indicatore prevede una valutazione prospettica del numero di contatti successivi alla presa in carico. L'abbandono del trattamento è definito come un numero di contatti annuali inferiore a tre. Il valore globale dell'indicatore è puramente indicativo perché dipende dal *case-mix* di pazienti in carico.

Si ipotizza, infatti, che il tasso di abbandono debba essere più basso per le patologie gravi, che restano in carico ai servizi di salute mentale, rispetto alle patologie meno gravi, in cui il paziente viene, con maggior probabilità, visto in consulenza e poi seguito dal medico di medicina generale. Con riferimento all'anno 2010, il tasso varia dall'11,5% in Emilia Romagna fino al 47,0% in Molise. Il dato non è disponibile per la Calabria e l'Umbria.

La variabilità intraregionale appare molto elevata per la regione Campania (5,2% - 51,3%) rispetto alle altre regioni (Emilia Romagna 5,1% - 14,1%; Lazio 20,6% - 46,7%; Toscana 21,0% - 57,0%).

Quanto agli indicatori adottati per l'approfondimento del percorso terapeutico nel settore oncologico, essi sono stati individuati al fine di indagare alcune fasi del percorso della mammella e del retto/colon-retto, quella terapeutica e di *follow-up*, in termini di appropriatezza clinica e continuità assistenziale.

Gli indicatori si riferiscono per lo più agli anni 2009 e 2010.

Tra gli indicatori del percorso oncologico della mammella si riportano di seguito i risultati del calcolo relativo alla percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro quattro mesi dall'intervento di chirurgia conservativa per tumore alla mammella⁸.

Nel confronto tra le regioni si osserva una forbice tra i valori regionali che resta tendenzialmente invariata nei due anni, 2009 e 2010, con un valore medio di 6,12%. Il valore più alto si registra nella regione Emilia-Romagna (8,5%), mentre è particolarmente basso (0,5%) il dato del Molise.

Un altro degli indicatori utilizzati in relazione al percorso del tumore della mammella è quello con il quale si misura se le donne con tumore mammario sottoposte ad intervento conservativo iniziano la radioterapia entro sei mesi dall'intervento⁹.

⁸ Il monitoraggio dei re-interventi effettuati nei quattro mesi successivi al primo intervento può fornire indicazioni sulla qualità dell'atto chirurgico.

⁹ Sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, la chirurgia conservativa della neoplasia mammaria non può prescindere dal trattamento radioterapico, il quale andrebbe effettuato entro tre mesi dall'intervento chirurgico.

Nel confronto tra le regioni emerge una forte variabilità, con un valore molto basso del Molise (5%) e un 55% per l'Emilia-Romagna, ed un conseguente dato medio del 29%. Le altre regioni (Calabria, Umbria, Campania, Toscana e Lazio) si posizionano in un intervallo di dieci punti percentuali (fra il 24% e il 33%).

I risultati di alcune Aziende dell'Emilia-Romagna che si attestano su valori superiori al dato regionale allargano la forbice della variabilità nel confronto tra le 94 Aziende sanitarie (dal 4% dell'Asl 5 di Pisa al 90% dell'Asl di Rieti).

Per il secondo settore di approfondimento nell'ambito dell'oncologia, quello relativo ai pazienti con tumore al retto e al colon retto, sono stati individuati quattro indicatori: in questa sede ci si sofferma su quello relativo alla percentuale di pazienti con tumore al retto trattati con radioterapia preoperatoria¹⁰.

Nel confronto tra le regioni il valore dell'indicatore assume valori molto simili per le regioni Calabria, Campania, Umbria, Toscana e Lazio (da 13% a 17%).

Sono invece il 25% i pazienti della regione Emilia-Romagna che sono sottoposti a radioterapia preoperatoria, mentre risulta significativamente al di sopra della media il dato del Molise (66%). Nella distribuzione inter-aziendale si osserva che, mentre le Aziende della Emilia-Romagna sono tutte a metà o nella parte alta della distribuzione, maggiore variabilità si osserva all'interno delle altre regioni.

La Commissione ritiene che l'inchiesta, cui si è data in questa sede solo sommaria illustrazione, sia apprezzabile da due diverse angolazioni prospettive.

In primo luogo, come indagine in senso tradizionale essa ha fornito un quadro oggettivo, ancorché non esaustivo, su i livelli di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale in un certo momento storico.

In secondo luogo, come vera e propria meta-indagine, ha mostrato come sia possibile, e quindi doveroso, effettuare misurazioni scientifiche in ambito sanitario, da poter mettere a disposizione dei decisori politici a fini di valutazione ed individuazione delle migliori politiche di settore.

¹⁰ Il tumore del retto, secondo gli studi clinici, dovrebbe prevedere un approccio multimodale preoperatorio, in grado di determinare una riduzione significativa delle recidive locali rispetto alla sola chirurgia. È in tale prospettiva che va inquadrato il ricorso alla radioterapia preoperatoria.

Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale

Relatori alla Commissione SACCOMANNO e BOSONE

Introduzione

L'inchiesta sui Dipartimenti di salute mentale è stata finalizzata ad una ricognizione sullo stato dei Servizi, mediante sopralluoghi ed audizioni¹¹.

La Commissione ha operato nella consapevolezza che le conoscenze scientifiche e le pratiche cliniche della psichiatria di oggi, in continua evoluzione a livello internazionale, possono comportare mutamenti e aggiornamenti continui nell'organizzazione dei servizi preposti, nelle politiche sociali di prevenzione della malattia e delle possibili disabilità, negli interventi di sostegno alle famiglie, nonché nelle azioni di difesa dei diritti degli utenti, attraverso la valorizzazione delle competenze della persona e lo sviluppo di idee positive di riorganizzazione del disegno di vita, della cultura dell'auto-mutuo-aiuto e della guarigione.

Nel contesto sanitario italiano, le normative vigenti sulla tutela della salute mentale offrirebbero sufficienti possibilità di attuazione ed organizzazione dei servizi, attraverso la filosofia di cura territoriale, individualizzata e centrata sui luoghi di vita delle persone, come delineata già dalla legge 180: dove l'applicazione della normativa vigente è avvenuta senza indugio e i servizi di salute mentale sono stati realizzati in modo efficiente, gli stessi sono stati valutati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come un modello di eccellenza internazionale; ove disattese, hanno prodotto lacune, anche gravi, nella rete globale dell'assistenza sanitaria, fino a situazioni di franco degrado.

Peraltro, le diverse declinazioni regionali delle normative nazionali, anche quando legittimamente congrue agli indirizzi generali, hanno comunque prodotto una difformità di servizi sul territorio nazionale, con differenze, anche sostanziali, nelle possibilità di cura del cittadino nel luogo di vita.

Principali criticità emerse :

¹¹ La Commissione avrebbe voluto espletare parallelamente anche indagini sui Servizi per le dipendenze, ma la complessità dell'istruttoria sulla salute mentale, e la presenza di numerosi altri filoni di indagine da coltivare, ha indotto a rinviare la trattazione delle tematiche relative ai SerT. L'istruttoria su tale materia, in parte già svolta, potrà essere eventualmente ripresa nel corso della prossima Legislatura.

- Le normative nazionali e regionali in materia di tutela della salute mentale ricevono applicazione incompleta e talora difforme tra le diverse Regioni, con deroghe di fatto non sempre correlabili ad impedimenti di carattere economico: ove è presente la disapplicazione delle norme, per disimpegno politico e/o incapacità amministrativa, sono conseguite carenze e difformità negli interventi sociosanitari per la psichiatria a livello regionale e locale. Tra questi, come ben rappresentato da alcune testimonianze di utenti e familiari auditi nell'attività di inchiesta di questa Commissione, si possono citare alcune evidenti criticità: l'apertura solo diurna dei Centri di salute mentale (d'ora in poi CSM), spesso per fasce orarie ridotte, con conseguente ricorso alla domanda di posto letto nell'ambito ospedaliero del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (d'ora in poi SPDC); l'esiguità di interventi territoriali individualizzati ed integrati con il sociale, frequentemente limitati a semplici visite ambulatoriali ogni due/tre mesi per prevalenti prescrizioni farmacologiche; la sopravvivenza, nonostante i processi legislativi di de-istituzionalizzazione, di "comunità *ex-art. 26*", con caratteristiche di luoghi privi di valenza riabilitativa e più connotati come "contenitori sociosanitari" della disabilità psicosensoriale; e ancora, l'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, accessibili anche senza coordinamento da parte dei CSM, che rappresentano l'espansione di modelli di assistenza ospedaliera al di fuori della cultura territoriale dei progetti "obiettivo" e dei "piani" per la salute mentale "*post legge 180*".
- Gli organi sanitari di controllo territoriale non sempre garantiscono a sufficienza la loro funzione: peraltro, le Associazioni di utenti e familiari da tempo denunciano questa criticità, soprattutto dove non sono presenti consulte ed organi di controllo specifici per la salute mentale, in cui sia prevista la loro attiva partecipazione. Si rende evidente la necessità di una catena di comando trasparente ed efficiente sulla distribuzione delle responsabilità all'interno dell'organizzazione di ogni ASL e di ciascun Dipartimento di salute mentale (d'ora in poi DSM).

Ciascuna tipologia di struttura, prevista dalle normative vigenti per tutela della salute mentale, evidenzia, in modo diffuso, alcune specifiche disfunzioni, anche rispetto al processo

di differenziazione territoriale, tenuto conto dell'esigenza di economicità e di integrazione tra sanitario e sociale, più facilmente attuabile ove presente la valorizzazione e la cooperazione con le Associazioni di volontariato attive sul territorio.

- I DSM, costituitisi da accorpamento di più aree territoriali (*ex-Ussl*) in ragione di principi di efficacia ed efficienza, spesso differiscono molto tra loro per opportunità di cura e, talora, non riescono neppure ad uniformare l'offerta sanitaria sul loro stesso territorio; ancora pochi, sul territorio nazionale, i programmi sanitari integrati con altre agenzie del settore sociale finalizzati alla prevenzione del disagio psichico nel territorio. Le difficoltà stesse evidenziate nella presa in carico dei pazienti in uscita dagli Ospedali psichiatrici giudiziari (d'ora in poi OPG), ben rappresentano la criticità esistente nei DSM rispetto all'integrazione degli interventi di tutela sanitaria e sociale nella popolazione affetta da disturbi mentali gravi.
- Gli SPDC, uniche strutture presenti dentro l'ospedale, rimangono per la maggior parte luoghi chiusi e con ancora largamente diffuse pratiche di contenzione (talora attuate illegittimamente come se fossero "terapie"), frequentemente privi di possibilità di interventi riabilitativi e sociali, che possano fungere da collegamento con i servizi territoriali come prevenzione della cronicità: molto della cura è affidata alla psicofarmacologia e la qualità della vita dei ricoverati è spesso limitata ai soli bisogni primari (per esempio, frequentemente è fatto divieto, in nome della "sicurezza" del paziente, di quegli effetti personali usati comunemente nella vita quotidiana). I reparti risultano quasi tutti "luoghi chiusi", non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le Associazioni di familiari ed utenti, per il volontariato formalizzato ed informale, a scapito di un "sapere esperienziale" che viene perduto e a scapito di una trasparenza dell'operato sanitario, di cui godono invece tutti quei luoghi sanitari che sono aperti e liberamente frequentati.
- Per quanto attiene i servizi di neuropsichiatria infantile, da sopralluoghi effettuati, emerge una carenza e difformità di presenza dei posti letto ospedalieri e dei servizi territoriali per minori sul territorio, con anche difficoltà di integrazione con i CSM dell'età adulta per il disagio nell'adolescenza; a ciò si aggiunge il dato

preoccupante del riscontro di fasce di contenzione già applicate ai letti di alcuni reparti neuropsichiatria, quasi come fosse una pratica di uso ricorrente.

- Ad eccezione di alcune realtà sul territorio nazionale, i CSM sono limitatamente aperti solo in modo diurno e per 5 giorni a settimana, scaricando sul Pronto soccorso dell'Ospedale le funzioni di cura specialistica territoriale nelle rimanenti fasce orarie. Spesso l'esiguità di personale, e la mancanza di figure riabilitative, comporta una scarsa risposta ai bisogni dell'utenza nel contesto individuale di vita, con erogazione di attività sanitarie solo di tipo ambulatoriale; le stesse, peraltro, non sono sempre di facile accessibilità alle diverse tipologie dei pazienti, a causa di un'estensione oraria di apertura inferiore alle 12 ore diurne, per tempi di attesa dilatati e per la scarsa differenziazione delle modalità di assunzione in cura secondo la complessità dei bisogni individuali. Come conseguenza, le tipologie delle prestazioni risultano poco o per nulla declinate sulle necessità della persona, a partire dalla disponibilità all'ascolto, mancano il sostegno integrato con il sociale presso il domicilio, l'intervento notturno urgente, la mediazione familiare in situazione di crisi. L'esiguità di tali opportunità di intervento, personalizzato e domiciliare, risulta essere tanto più rilevante se a scapito delle famiglie più bisognose per problemi psicopatologici gravi e complessi. Ed anche il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (d'ora in poi TSO), in alcuni casi, è sintomo di carenza di offerta e/o di incapacità di intercettare il disagio mentale sul nascere, di assenza di azioni di tipo preventivo dell'acuzie potenzialmente efficaci; analoga considerazione suscita constatazione delle difficoltà dei CSM di occuparsi delle necessità psichiatriche della popolazione detenuta, considerata anche la carenza di idonei reparti di osservazione psichiatrica nelle carceri. A tale riguardo è emblematico il caso di un giovane paziente, autore di reato, che è stato internato in Ospedale psichiatrico giudiziario per l'esecuzione di un TSO.
- Le Strutture "intermedie", riassumibili nel termine generico di "comunità riabilitative", rappresentano una criticità importante della situazione della psichiatria italiana territoriale *post* legge 180. Ogni Regione, concluso il superamento degli *ex* Ospedali psichiatrici, ha autorizzato molteplici, e diverse tra loro, strutture psichiatriche riabilitative, molto onerose dal punto di vista economico sul bilancio complessivo dei DSM e "non-efficienti" in termini di esito,

oltre che di processo. Presentano, per la maggior parte, le seguenti problematiche: in primis, un ridottissimo "turnover" dei ricoveri, con situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione, spesso connotate da scarsa consistenza di interventi realmente socio-riabilitativi di reintegro del paziente nel contesto territoriale di vita, a fronte di un dichiarato e/o reale alto tenore sanitario di attività cliniche interne alle Strutture stesse; scarse sono ancora le possibilità di inserimento lavorativo; non così comuni sono le esperienze di gruppi-appartamento in mutuo-aiuto, di natura sociale, che risultano più funzionali solo dove esiste anche un sostegno da parte dei CSM. In conseguenza dell'espansione residenziale sanitaria e di scarse possibilità di dimissione dei pazienti accolti, le ASL e le Regioni finiscono per attuare deroghe di fatto alle normative nazionali, nonché regionali, sui tempi di ricovero, sulle dotazioni strutturali e di personale specialistico; e a seguire, anche i controlli su questo ambito sono, in alcuni casi, divenuti superficiali, quando non inesistenti. Ad oggi, molte diventano contenitori di emarginazione sociale della disabilità psichica, contrariamente alle finalità dichiarate, con conseguenti fenomeni di "wandering" istituzionale tra luoghi di ricovero; alcune diventano perfino strutture indecenti "per un Paese appena civile". Infine, come situazione paradossale rispetto a quanto sopra evidenziato, vi è una carenza di strutture semiresidenziali e residenziali per la cura dei disturbi psicopatologici più gravi delle fasce adolescenziali, che non possono trovare risposta nelle strutture per gli adulti e che necessitano di ampio approccio multidisciplinare e di un diretto coinvolgimento familiare nell'assunzione in cura. Il quadro evidenziato impone una profonda riflessione della "Comunità" scientifica sulla situazione dell'assistenza psichiatrica italiana, preferibile a proposte integrative di legge, soprattutto in ragione del fatto che la riabilitazione del malato psichiatrico non possa, in alcun caso, tradursi in un'ospedalizzazione, più spesso realizzata con implementazione del privato convenzionato, per mancanza di servizi idonei sul territorio.

Proposte d'intervento

Prevenzione

- Il maggiore intervento sanitario deve essere di tipo preventivo del disagio, affidato ai CSM negli aspetti di coordinamento, a cui spetta anche la centralità della cura

ove occorra, in quanto strutture territoriali più vicine ai luoghi di vita. È pensiero diffuso in ambito europeo che attraverso il collegamento con i servizi di neuropsichiatria infantile e attraverso politiche sociali si possa concretizzare la capacità di intercettare le problematiche emergenti sul nascere, al fine di ridurre la prevalenza di malattia, disabilità e cronicità, da cui origina anche lo "stigma" di chi è sofferente.

LEA e DRG di percorso - CSM h24

- Gli interventi sanitari e sociali devono essere più integrati e individualizzati per contenuti e risorse, attraverso una revisione dei LEA e l'istituzione di DRG di percorso, in cui l'intervento sanitario e sociale possa non essere più omologato per tipologia di struttura: l'approccio integrato deve tradursi in una valorizzazione e remunerazione economica dell'intero percorso di cura del paziente, superando il concetto di rimborso per singola prestazione e/o per diagnosi. Programmi di cura psicosociale, in cui possano essere rappresentati e coordinati interventi ambulatoriali, domiciliari, residenziali e/o ospedalieri secondo le esigenze individuali, consentirebbero di non confinare i diversi problemi psicopatologici, e i pazienti che ne sono affetti, per "singoli luoghi", a scapito degli abituali ambiti territoriali di vita. Tale approccio consentirebbe di riqualificare tutte quelle situazioni di residenzialità "pseudo-riabilitativa", rilevate sul territorio nazionale, che non si pongono obiettivi temporali. Qualora occorresse, potrebbero essere implementati, o istituiti ove non presenti, posti letto accessibili sulle 24 ore nei CSM territoriali, al fine anche di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione in SPDC delle situazioni acute e subacute: a tal fine, nei CSM dovrebbero concentrarsi interventi di implementazione del coinvolgimento della rete sociale nel contesto di vita del paziente, il supporto dell'associazionismo no-profit che opera nella salute mentale, e soprattutto l'offerta di opportunità di inserimento lavorativo nelle forme più idonee ai diversi livelli di disabilità psichica.

Potenziamento delle capacità dell'utente.

- La programmazione sanitaria psichiatrica deve essere finalizzata alla valorizzazione delle competenze della persona, attraverso il sostegno di aspettative positive di riorganizzazione della vita dell'individuo, della cultura dell'auto-

mutuo-aiuto e della possibilità di guarigione, con rispetto della libertà di scelta del paziente ove possibile; a tal fine, serve un implementazione della partecipazione attiva degli utenti e familiari nei Servizi.

- I TSO non devono sottendere comportamenti di medicina difensiva, al fine di evitare il rischio di un ritorno nascosto del mandato di controllo sociale caratteristico dell'era manicomiale: la psichiatria italiana, per legge, non si occupa della pericolosità sociale, ma le modalità brutali di esecuzione di alcuni T.S.O. rappresentano sicuramente l'immagine di "pensiero custodialistico", che si ripresenta ogni qualvolta un'acuzie psicopatologica viene affrontata più per ridurre i comportamenti devianti che per farsi carico della sofferenza della persona: al fine di evitare ciò, è fondamentale il collegamento con la Medicina di base sul territorio, soprattutto nelle situazioni psicopatologiche critiche quali sono quelle che legittimano un TSO. Appare utile ricordare in questa sede, come esempio di cosa possa accadere se venisse meno questa attenzione, la drammatica vicenda di un paziente che, in stato di scompenso psicopatologico, inseguito dalla Forza Pubblica per sfuggire ad un'ordinanza di TSO, ha preferito gettarsi in mare. Parimenti, in difesa dei diritti del paziente anche in situazione di trattamento sanitario coatto, la nomina di un amministratore di sostegno dovrebbe avvenire d'ufficio all'atto della trasmissione degli atti al Giudice Tutelare (con incarico di supportare le volontà dell'utente durante l'esecuzione del TSO).

Interventi sul Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

In sintesi, alcuni interventi “minimi e sufficienti”:

- Obbligo di prestazioni riabilitative psicosociali precoci, già in fase acuta, già durante la degenza; miglioramento delle condizioni ambientali di vita per i degenti, con puntuale verifica attraverso strumenti di “customer satisfaction” di utenti e familiari.
- Contenimento del fenomeno di espansione dei letti ospedalieri, sia pubblici che privati, a favore di una implementazione di posti-letto nei CSM, aperti nelle 24 ore, anche per interventi territoriali in situazioni d'urgenza.
- Contenzioni fisiche: il tema delle “contenzioni” è già stato affrontato da questa Commissione, con specifico approfondimento, in occasione della relazione sulle

condizioni di vita degli internati in OPG e CCC, alla cui lettura si rimanda per un inquadramento delle responsabilità e dei limiti nell'ordinamento giuridico rispetto a tali atti. Tuttavia, in ragione del riscontro di un'ampia diffusione di pratiche contenitive negli SPDC, si impone la necessità di rigorosi protocolli di prevenzione delle stesse (tra cui, il divieto di fasce contenitive già applicate ai letti); se disposti interventi temporanei di contenzione fisica in caso di necessità, perché fallite tutte le azioni preventive o alternative possibili ed esclusivamente per finalità terapeutica, l'attuazione degli stessi dovrebbe essere documentata in apposito registro, vidimato e distribuito dalle Aziende sanitarie locali, con indicazione delle motivazioni e modalità di restrizione della libertà del paziente. Di ogni intervento documentato dovrebbe essere redatta duplice copia, una delle quali dovrebbe restare agli atti della struttura sanitaria, mentre la restante dovrebbe essere trasmessa all'ASL. Una prassi di tal genere consentirebbe il monitoraggio del fenomeno analogamente a quanto accade nella segnalazione degli eventi avversi ospedalieri, con dissuasione dagli abusi.

- Contenzioni ambientali: gli SPDC dovrebbero essere organizzati come luoghi “aperti”, no-restraint, ove si dovrebbero istituire aree graduali di intensità assistenziale sanitaria e riabilitativa per l'utenza, con previsione in ogni reparto anche di una stanza protetta da sorveglianza diretta e continua.

Norme per la terapia elettroconvulsivante (ETC)

Alla luce della giurisprudenza costituzionale e dei dati scientifici, devono essere introdotte, in modo cogente, le seguenti prescrizioni:

- regolamentazione più rigorosa delle indicazioni d'uso, ove scientificamente e clinicamente accertata l'inefficacia della terapia psicofarmacologia, con divieto di prescrizione “off-label”.
- modalità d'uso: solo in sala operatoria (non in SPDC), in presidi dove è situata una divisione di anestesia.
- obbligo di nulla-osta neurologico in via preliminare e di follow-up neuropsicologico per il monitoraggio degli eventi avversi e per definire, caso per caso, il numero massimo di esposizione ai cicli ETC nel percorso di cura della persona.

Interventi di riconversione della residenzialità riabilitativa, attraverso il finanziamento di DRG di percorso individualizzato a partecipazione mista sanitaria e sociale:

E' auspicabile una riconversione dell'esistente panorama della residenzialità riabilitativa, per la maggior parte con ricoveri ad alto tenore sanitario e a tempo indeterminato, attraverso tipologie di strutture omologabili sul territorio nazionale, sostenibili a livello finanziario attraverso DRG di percorso individualizzato e a partecipazione mista sanitaria-sociale.

In ogni luogo, la residenzialità riabilitativa dovrebbe essere posta sotto il monitoraggio costante dei CSM, sia in atti di indirizzo declinati secondo le esigenze territoriali, che di controllo dell'attività clinica, nei contenuti e nei tempi per ciascun paziente. A titolo solo esemplificativo, ispirandosi a realtà già esistenti, si potrebbero ipotizzare alcune soluzioni graduate secondo diverso bisogno sanitario e sociale dell'utente nel proprio percorso di cura ed assistenza :

- comunità sanitarie riabilitative, che dovrebbero essere finalizzate ad azioni di integrazione sociale, strutture per le quali dovrebbe essere prevista una degenza della durata massima di un anno, con presenza di personale sanitario e psico-socio-educativo sulle 24 ore; ad implementazione del personale professionale, dovrebbero essere previsti ambiti di coinvolgimento di pazienti e familiari, con anche ruoli di impiego retribuito nella gestione assistenziale della comunità se organizzati secondo modelli di mutuo-aiuto, come già sperimentato sul territorio nazionale, in quanto portatori di "sapere esperienziale".
- soluzioni residenziali, per ospitalità temporanea secondo le necessità individuali, con caratteristiche abitative di edilizia civile, organizzati in piccoli appartamenti, a diversificata offerta socio-assistenziale e sanitaria sulle 24 ore, gestiti da personale assistenziale ed educativo professionalmente formato in ambito psichiatrico.
- case-famiglia, senza vincoli temporali di permanenza, come tipologia di alloggi non-sanitarizzati, dotati di posti-letto non superiori ai sei, che potrebbero essere gestiti da poche e stabili figure professionali, con competenze socio-assistenziali, ma preventivamente formate rispetto alle problematiche dei disturbi psichici e disponibili ad un rapporto di convivenza con l'utenza.

- gruppi-appartamento, con caratteristiche dell'edilizia civile, dotati di posti-letto non superiori ai sei, la cui gestione assistenziale potrebbe essere totalmente affidata a pazienti e familiari organizzati in ambito associazionistico e/o secondo modelli di mutuo-aiuto, capaci di tradurre in attività di servizio il proprio "sapere esperienziale"; per tale tipologia non sarebbe necessaria la presenza di personale sanitario ed i requisiti minimi di funzionamento dovrebbero garantire solo una offerta socio-assistenziale di supporto alle attività della vita quotidiana dei disabili psichici.

Al termine di un programma di cura residenziale, deve essere previsto un prosieguo del trattamento riabilitativo ed assistenziale da parte del CSM sul territorio, anche in famiglia, con sostegno e visite domiciliari attraverso un percorso socio-sanitario unico ed integrato.

Infine, per quanto concerne l'area dei minori, per garantire possibilità di intervento sanitario non solo ospedaliero, dovrebbero essere riqualificate ed implementate comunità socio-riabilitative, per temporanei percorsi di cura sanitaria nelle situazioni in cui non possono essere affrontati, da subito, interventi nel contesto di vita e in ambito familiare.

Al contempo, appare necessario adeguare il numero di posti letto nel settore della neuropsichiatria infantile, al fine di colmare le lacune che, secondo le risultanze dell'inchiesta, caratterizzano l'offerta assistenziale in tale delicato settore.

Inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario

Relatori alla Commissione MAZZARACCHIO e ASTORE¹²

L'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario è stata avviata sulla scorta della specifica attenzione dedicata a questo tema dalla Corte dei Conti, al fine di individuare l'entità del fenomeno e verificare l'esistenza di eventuali sprechi di risorse nell'ambito specifico del Servizio sanitario nazionale.

È emerso, nel corso delle successive indagini, che circa il 10 % delle sentenze emesse dalla Corte dei Conti nel triennio 2006 - 2008 e relative all'amministrazione sanitaria riguardano le consulenze e gli incarichi esterni (segnatamente: sono state 28 pronunce su 280).

I vizi più frequentemente riscontrati dalla Corte dei conti sono: la genericità dell'incarico; la mancanza dei motivi per i quali è stata scelta una persona piuttosto che un'altra, in assenza di una specifica professionalità della persona incaricata; conferimento di incarichi per attività che possono essere svolte da parte delle strutture interne; mancanza di un documento conclusivo dal quale risulti il tipo di attività svolta.

Confermano e integrano tali risultanze i dati sulle principali irregolarità in materia di consulenze, desumibili dall'esame dei verbali redatti dai collegi sindacali presso le Aziende sanitarie ed ospedaliere. È emerso che le fattispecie più ricorrenti sono: illegittimo conferimento di incarichi libero-professionali; illegittimi affidamenti di incarichi per attività di consulenza in materia contabile e tributaria; ingiustificate proroghe di contratti di consulenza; mancata attuazione di procedure selettive nella scelta dei consulenti; ricorso a consulenze anche in presenza di professionalità interne all'Azienda.

Quanto all'incidenza delle consulenze esterne sui problemi finanziari dei servizi sanitari regionali, è emerso che, nell'opinione della stessa Corte dei conti, " non è da lì che nascono i disavanzi", pur trattandosi di un fenomeno di costume da perseguire e condannare, in quanto foriero di sprechi di risorse.

Ad esempio, è stato accertato che nel 2008 la spesa sanitaria ha raggiunto un importo di circa 148 miliardi, rispetto ai quali le consulenze ammontano a 790 milioni, pari a circa lo 0,50 per cento della spesa sanitaria complessiva.

¹² Il senatore ASTORE si è dimesso da relatore in data 13 gennaio 2010.

Sul piano dell'efficacia della normativa attualmente vigente, a fini di contrasto degli sprechi di risorse, è emerso che andrebbe prevista espressamente la utilizzabilità, da parte delle Procure della Corte dei conti, dei dati resi disponibili dagli obblighi di comunicazione e monitoraggio degli incarichi, e dalle altre forme di pubblicità, in quanto allo stato non è possibile instaurare su tali basi giudizi di responsabilità erariale.

Un altro aspetto saliente, che merita di essere riportato, è quello relativo al collegamento tra ricorso agli incarichi esterni e blocco del *turn over* di personale: sono stati rilevati dei casi nei quali si è cercato di ovviare attraverso il ricorso a forme di collaborazione a carenze di personale interno.

In alcuni di questi casi la Corte dei conti ha ritenuto di non condannare chi aveva fatto ricorso a tali forme di collaborazione, per difetto di colpa grave.

Tra le difficoltà che si incontrano, nel contrasto al ricorso eccessivo alle consulenze esterne, vi sono anche rigidità di tipo costituzionale, che non consentono, in base al titolo V novellato della Costituzione, di porre limiti specifici a questo tipo di spesa regionale, pena la lesione della sfera di autonomia spettante alle Regioni.

Appare utile, infine, riportare una breve rassegna di casi concreti giunti all'attenzione della magistratura contabile, che mostra come le irregolarità siano diffuse sul territorio nazionale e con aspetti patologici ricorrenti.

La prima vicenda è relativa alla regione Lombardia e riguarda due incarichi di studio per la fattibilità gestionale della "casa della salute". Si è ritenuto, da parte della Corte dei conti, che questo incarico non fosse corrispondente ai criteri previsti dalla legge, data la sua genericità, la mancata comparazione dei *curricula* (vale a dire che nell'affidare l'incarico non è stato seguito un procedimento ad evidenza pubblica per individuare le varie professionalità che potevano essere necessarie e quindi fare una scelta), la mancata valutazione degli elaborati (nel senso che non si sa esattamente che cosa abbiano fatto i consulenti a conclusione di questo incarico) e infine la mancata utilizzazione dei risultati.

La seconda vicenda riguarda la Regione Lazio e, in questo caso, l'oggetto della consulenza era lo studio sulla "verifica delle procedure di appalto". Secondo la Corte dei conti difettavano i requisiti di straordinarietà e necessità per conferire tale consulenza – classificata come globale e non specifica – e si trattava di attività ordinaria che poteva essere assolta attraverso le strutture interne.

La terza vicenda riguarda la Regione Campania ed è relativa a numerosi incarichi conferiti per costituire il sistema di contabilità analitica di programmazione e controllo. Si è ritenuto, da parte dei giudici contabili, che si trattasse di compiti delle strutture interne (è stata rilevata una reiterazione plurima di contenuti identici, mentre queste consulenze devono avere carattere non ripetitivo in quanto richieste per far fronte ad eventi straordinari ed eccezionali) e che la motivazione fosse sostanzialmente formale e pretestuosa.

Altra vicenda riguarda la Regione Toscana, in relazione a una consulenza per la "dislocazione dell'edificio azienda". Anche in questo caso non vi è stata una valutazione comparativa delle offerte. Si è poi ritenuto che il compito fosse relativo all'attività tipica delle strutture interne e che, sostanzialmente, fosse una consulenza non utile in quanto la dislocazione era già stata decisa in base al contratto preliminare.

Non è stata rilevata una particolare professionalità nei confronti dell'incaricato e, oltretutto, è stata riscontrata la mancata competenza del direttore amministrativo in quanto non poteva spettare a lui l'attribuzione di questa consulenza che doveva essere effettuata dal direttore generale.

Nella Regione Calabria sono stati riscontrati diversi incarichi a giornalisti per curare la rassegna stampa e tenere le pubbliche relazioni. I vizi rilevati sono la genericità dell'incarico, la non necessità in quanto per questo tipo di attività potevano provvedere le strutture interne, la mancanza di particolare professionalità nei confronti dell'assegnatario dell'incarico e l'eccessiva durata in quanto sono stati rilevati continui rinnovi degli stessi incarichi.

Inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura

Relatori alla Commissione CALABRO' e BIONDELLI

L'inchiesta è stata avviata dalla Commissione a seguito del grave sisma che ha colpito la città di L'Aquila in Abruzzo, che determinò anche rilevanti lesioni e un conseguente stato di non operatività del locale Ospedale "San Salvatore". La finalità della Commissione era quella di acquisire elementi conoscitivi in ordine alle condizioni strutturali degli ospedali ubicati in zona a rischio sismico.

Nella prima fase dell'istruttoria, la Commissione ha acquisito elementi di conoscenza circa la vulnerabilità sismica degli ospedali italiani. In tale ambito, la Commissione ha accertato che i sistemi costruttivi utilizzati in Italia per l'edilizia sanitaria sono sostanzialmente due, la muratura (prevalentemente in edifici storici) e le strutture intelaiate in cemento armato. Gli edifici storici in muratura realizzati prima di qualsiasi prescrizione normativa antisismica presentano risposte agli eventi sismici che derivano dallo stato di conservazione e dagli interventi edilizi che si sono succeduti nel tempo, oltre che dalla pericolosità sismica del sito. Invece, per gli edifici in cemento armato, è rilevante l'epoca di costruzione: gli edifici antecedenti al 1974 sono stati progettati essenzialmente per resistere alle azioni verticali e pertanto, ove siano ubicati in una zona pericolosa dal punto di vista sismico, non ne è garantito l'idoneo comportamento in caso di evento sismico; gli edifici in cemento armato progettati dopo il 1974 sono stati edificati adottando criteri più idonei per le azioni orizzontali indotte dal sisma.

Dopo il 1996 invece, sono stati introdotti, per la progettazione degli edifici di primaria importanza come gli ospedali, dei criteri finalizzati a limitare anche il danneggiamento delle parti non strutturali e degli impianti.

Questa evoluzione fa emergere un quadro nazionale che evidenzia una diffusa vetustà delle strutture ospedaliere esistenti.

Nel censimento effettuato nel 2001, su circa 1.000 presidi, risultava che circa il 65 per cento era stato costruito prima del 1970 (di cui il 15 per cento prima del 1900 e il 20 per cento

tra il 1900 e il 1940), il 20 per cento tra il 1971 e il 1990 e solamente il 15 per cento dopo il 1991.

Solo dal 2008, anno in cui è entrato in vigore il Testo Unico sulle norme tecniche per le costruzioni, la valutazione progettuale della risposta sismica è stata rapportata alle prestazioni attese, riferita cioè non solo alla capacità di evitare crolli, perdite di equilibrio e dissesti gravi, ma anche alla capacità di garantire le prestazioni previste nel corso dell'evento sismico.

Come detto, per quanto riguarda gli aspetti relativi alle tecnologie con le quali sono stati costruiti i nostri ospedali, esistono due criteri di costruzione che si sono sviluppati nel corso degli anni. Alcuni dei nostri ospedali sono monumenti nazionali, vincolati anche dal punto di vista dei beni culturali proprio perché sono stati costruiti nei secoli passati. Si tratta soprattutto di edifici in muratura che, paradossalmente, in certe situazioni hanno dimostrato di reggere ad un terremoto anche meglio rispetto ad altri nosocomi, magari costruiti in cemento armato nel corso degli ultimi 50-60 anni. Quindi, se in linea generale si può sostenere che il rischio sismico dovrebbe essere minore per gli ospedali costruiti negli ultimi 50-60 anni, di fatto non sempre è così perché le modalità di costruzione utilizzate nei secoli passati tenevano conto anche della storia sismica del territorio e di fatto, in alcuni casi, gli edifici erano realizzati meglio rispetto a quelli costruiti nel corso degli ultimi decenni.

Per quanto riguarda la situazione degli edifici ospedalieri, ancorché in mancanza di una cifra esatta, le strutture che necessitano di una pluralità di interventi, che sarebbero strategiche in base alla loro localizzazione in zone ad alto rischio sismico dato che costituiscono un punto di riferimento per la gestione di eventuali situazioni di emergenza post evento, non sono meno di 500. Sono strutture distribuite soprattutto lungo l'arco appenninico, nella zona dell'Italia centrale ma soprattutto meridionale, in particolare in Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Per quanto concerne il tema della vulnerabilità strutturale dei presidi ospedalieri, in relazione al rischio sismico, è emerso quanto segue. Le verifiche per la riduzione del rischio sismico sono state introdotte dall'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 2003 e per esse sono stati assegnati finanziamenti con la legge n. 326 del 2003 (Istituzione di un Fondo per interventi straordinari). I finanziamenti sono stati utilizzati secondo le disposizioni dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3362 del 2004, relativa

alle Regioni, e dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3376 del 2004, relativa alle amministrazioni centrali.

Il Ministero della salute, coinvolto nell'operazione di programmazione delle verifiche richieste dalla citata ordinanza n. 3274 del 2003, risulta aver esteso la propria attenzione a tutto il patrimonio ospedaliero pubblico, interpellando le Regioni per offrire un sostegno finanziario per il settore, aggiuntivo rispetto a quanto assegnato alle Regioni medesime ai sensi dell'ordinanza n. 3362 del 2004.

Le richieste regionali selezionate, relative a ospedali soggetti ad elevato rischio (sedi di DEA o di PS) e nella rete dell'assistenza sanitaria regionale, hanno dato luogo a finanziamenti per verifiche su ospedali pari a circa 3 milioni e mezzo di euro, e ad erogazioni effettive per oltre 2 milioni di euro.

Gli esiti delle verifiche così attivate, così come gli esiti delle verifiche finanziate con fondi regionali, devono essere comunicati al Dipartimento della Protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri, secondo modelli di rendicontazione che evidenziano il livello di rischio. La raccolta dei dati relativi alle verifiche finanziate, tuttavia, non risultava ancora completata alla data del 10 giugno 2009.

La Commissione ha ottenuto però informazioni relative a 200 verifiche che sono state completate su altrettanti edifici ospedalieri. Per quanto riguarda l'epoca di progettazione degli edifici, risulta che il 16 per cento degli edifici è stato progettato prima del 1934; il 31 per cento tra il 1935 e il 1961 (quindi circa la metà degli edifici italiani sono stati progettati prima del 1961); il 28 per cento tra il 1962 e il 1973; il 17 per cento tra il 1974 e il 1983 e solo l'8 per cento dopo il 1983. Le date citate corrispondono a passi successivi compiuti in materia di normative tecniche antisismiche, adottate nel passato secolo sempre dopo qualche terremoto di notevole importanza e che però non sempre sono state rispettate. Solo l'8 per cento di tutti gli edifici ospedalieri italiani è stato progettato dal 1983 ad oggi: la stragrande maggioranza risale quindi a periodi antecedenti alla adozione della normativa antisismica dal 1983.

Anche in relazione all'anno di ultimazione dei lavori emerge il lungo lasso di tempo che intercorre tra la progettazione e l'ultimazione dei lavori. Solo nel 2 per cento dei casi intercorrono meno di due anni, ma probabilmente si tratta di epoche lontanissime, quando si costruiva molto più rapidamente che negli ultimi anni. Nel 25 per cento dei casi tra la progettazione e l'ultimazione dei lavori intercorrono invece dai due ai tre anni e nel 31 per

cento tra i quattro e i sette anni. Infine, nel 30 per cento dei casi ci sono voluti più di otto anni per riuscire ad ultimare un ospedale che era stato progettato anzitempo.

Per quanto riguarda la tipologia costruttiva e sempre in relazione al campione di cui stiamo parlando, il 62 per cento degli ospedali è stato costruito in calcestruzzo armato, il 23 per cento in muratura, il 13 per cento in calcestruzzo-muratura combinato e il residuo 2 per cento è coperto da prefabbricato e acciaio. Nell'ambito degli edifici che sono stati presi in esame, tuttavia, la stragrande maggioranza – il 93 per cento – è collocata nella seconda zona sismica e non in quella rossa di grande pericolosità.

Solo il 7 per cento è nella zona 1 e il 93 per cento, come detto, si trova invece in una zona di rischio sismico non elevatissimo, che peraltro è quella dove si continuano a registrare la maggior parte dei terremoti che hanno riguardato la storia del nostro Paese, almeno nell'ultimo decennio.

Per valutare l'adeguatezza sismica degli edifici la Protezione civile usa valori che vanno da 0 a 1: gli indicatori al di sotto dello 0,2 indicano gravi deficienze, quelli compresi tra lo 0,2 e lo 0,8 indicano carenze di gravità decrescente, mentre i valori al di sopra dello 0,8 corrispondono a un'adeguatezza quasi completa degli edifici.

Ciò significa che l'edificio che ha un valore di adeguatezza pari a 0 è l'edificio più a rischio, mentre l'edificio con un valore di adeguatezza pari a 1 è l'edificio più sicuro. L'indicatore di rischio viene misurato secondo quelli che sono criteri specifici per questi edifici: viene cioè indicato il criterio di stato limite di collasso (che è il comportamento di un edificio di fronte a un terremoto molto violento, ma comunque estremamente raro), lo stato limite di danno severo (che viene misurato quando il terremoto è comunque significativo, ma non violentissimo), lo stato limite di danno limitato (quando il terremoto rispetto a cui si effettua la verifica è poco severo e abbastanza frequente). Quindi, lo stato limite di collasso indica il comportamento degli edifici in caso di terremoto davvero devastante. In questo caso il 75 per cento degli edifici verificati presenterebbe un indicatore di rischio di stato limite di collasso compreso tra lo 0 e lo 0,2, quindi carenze gravissime. Se cioè si verificasse un terremoto particolarmente violento con magnitudo superiore a 6,2-6,3, il 75 per cento degli edifici che sono stati verificati crollerebbe.

In situazioni di stato limite di danno severo, quindi in caso di terremoto sicuramente severo ma raro con intensità non estremamente forte, è emerso, sulla base delle indagini, che

circa il 60 per cento degli edifici presenterebbe un indicatore di rischio di stato limite di danno severo compreso tra lo 0 e lo 0,2 quindi, ancora carenze molto gravi.

Pertanto , riassumendo, si manifesta il 75 per cento di carenze gravi per terremoti molto forti e il 60 per cento di carenze per terremoti abbastanza importanti (ossia un terremoto di intensità 6 della scala Richter).

Lo stato limite di danno limitato classifica i casi in cui si manifestano terremoti di intensità pari a 5-5,5.

Risulta che nella situazione di danno limitato, che si presenta in occasione di terremoti frequenti ma non violentissimi, la risposta degli edifici sarebbe leggermente migliore rispetto alle due situazioni già citate.

Si riporta nelle pagine seguenti la tabella che riproduce i risultati analitici delle verifiche effettuate dalla Protezione civile sul predetto campione di 200 ospedali.

È opportuno ricordare che valori al di sotto di 0,2 indicano gravi deficienze, valori compresi tra 0,2 e 0,8 indicano carenze di gravità decrescente e valori superiori a 0,8 indicano una situazione di adeguatezza.

Si fa presente, inoltre, che la sigla a_u indica il rischio di collasso, mentre quella a_e indica il rischio di inagibilità.

N.	N. DPCM	Regione	Pr.	Comune	Denominazione Edificio/Opera	Proprietario	Anno prog.	Anno fine lav.	Materiale	Zona sism.	a _{u1}	a _{u2}	a _e
1	97	Campania	NA	Napoli	Ospedale Annunziata via Egizica 1° corpo	A.S.L. NA1		1889	AF	2		0,138	1,698
2	98	Campania	NA	Napoli	Ospedale Annunziata via Egiziaca 2° corpo	A.S.L. NA1		1889	AF	2		0,224	1,112
3		Campania	NA	Napoli	Ospedale Annunziata via Egiziaca 2° corpo	A.S.L. NA2		1889	AF	2		0,268	1,352
4	78	Toscana	FI	Borgo San Lorenzo	Presidio Ospedaliero del Mugello	A.S.L. 10 di Firenze	1968	1980	A	2			
5	130	Toscana	LU	Barga	Ospedale - Padiglione A	A.S.L. 2 di Lucca	1974	1975	D	2		1	1
6	131	Toscana	LU	Barga	Ospedale - Padiglione F	A.S.L. 2 di Lucca	1982	1984	G	2		0,37	1
7	132	Toscana	LU	Barga	Ospedale - Padiglione G1	A.S.L. 2 di Lucca	1974	1975	D	2		1	1
8	133	Toscana	LU	Barga	Ospedale - Padiglione G2	A.S.L. 2 di Lucca	1982	1984	D	2		1	1
9		Toscana	LU	Barga	Ospedale - Padiglione B	A.S.L. 2 di Lucca	1968	1973	A	2		0,68	
10		Toscana	LU	Barga	Ospedale - Padiglione B	A.S.L. 2 di Lucca	1972	1974	A	2		0,6	
11		Piemonte	TO	Cumiana	CASA RIPOSO FAM.BIANCHI	Regione Piemonte			A	2		0,385	0,862
12	82	Piemonte	TO	Pomaretto	Ospedale Valdese - corpo 1	Regione Piemonte			A	2		0,586	0,272
13	82	Piemonte	TO	Pomaretto	Ospedale Valdese - corpo 2	Regione Piemonte				2		0,215	0,07
14	82	Piemonte	TO	Pomaretto	Ospedale Valdese - corpo 3	Regione Piemonte				2		0,045	0,031
15	82	Piemonte	TO	Pomaretto	Ospedale Valdese - corpo 4	Regione Piemonte				2		0,009	0,005
16	82	Piemonte	TO	Pomaretto	Ospedale Valdese - corpo 5	Regione Piemonte				2		0,678	0,232
17	84	Piemonte	TO	Torre Pellice	OSPEDALE VALDESE (fabbricato "DECKER")	Regione Piemonte			A	2		0,203	1,17
18	83	Piemonte	TO	Torre Pellice	OSPEDALE VALDESE (fabbricato "nucleo storico")	Regione Piemonte				2		0,364	0,458
19	6	Sicilia	PA	Palermo	Padiglione Vecchio B	A. O. "Cervello" - Palermo	1900	1910	D	2		0,214	0,74
20	14	Sicilia	RG	Ragusa	Ospedale Maria Paternò Arezzo (Ala Dialisi)	A. O. "Maria Paternò Arezzo" di Ragusa	1950			2	0,053	0,12	1,25
21	15	Sicilia	RG	Ragusa	Ospedale Civile (Corpo Centrale)	A.O."Maria Paternò Arezzo" di Ragusa	1928	1933	D	2		0,16	1,58
22	16	Sicilia	RG	Ragusa	Ospedale Civile (Corpo	A. O."Maria Paternò	1958	1963	A	2	0,166	0,247	0,983

					edificio De Luca - GERIATRIA presso Presidio Ospedaliero Pietro Pisani	Palermo							
43	57	Sicilia	PA	Palermo	Presidio Ospedaliero Enrico Albanese	A.U.S.L. n°6 di Palermo	1965	1970	A	2	0,396	0,617	1,409
44	58	Sicilia	PA	Palermo	Presidio Ospedaliero Enrico Albanese	A.U.S.L. n°6 di Palermo	1910	1920	ADE	2		0,289	1,23
45	59	Sicilia	PA	Palermo	Presidio Ospedaliero Enrico Albanese	A.U.S.L. n°6 di Palermo	1910	1920	AD	2		0,25	1,075
46	60	Sicilia	CT	Paternò	Presidio Ospedaliero SS. Salvatore - Pediatria di Paternò	A.U.S.L. n°3 di Catania	1969	1971	A	2		0,067	0,167
47	64	Sicilia	CT	Paternò	Poliambulatorio di Paternò	A.U.S.L. n°3 di Catania			A	2	0,044	0,067	0,167
48	65	Sicilia	CT	Adrano	Ex Presidio Ospedaliero di Adrano	A.U.S.L. n°3 di Catania	1800	1800	F	1	0,059	0,059	0,128
49	76	Sicilia	PA	Palermo	Presidio Ospedaliero Aiuto materno - N.P.I.	A.U.S.L. n°6 di Palermo	1960	1960	A	2	0,06	0,091	0,381
50	77	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 1 - Medicina, Farmacia	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1	0	0	0
51	78	Sicilia	PA	Palermo	Presidio Ospedaliero Aiuto Materno - Radiologia - Uffici	A.U.S.L. n°6 di Palermo	1960	1960	D	2		0,442	1,523
52	4	Sicilia	ME	Messina	Ex Presidio Ospedaliero Mandalari (palazzina n.6, n.7, n.10, n.15, n.21, n.24, n.25)	Azienda Unità Sanitaria Locale n.5 di Messina	1930	1930	F	1		0	0
53	5	Sicilia	PA	Palermo	Poliambulatorio L. Biondo presso il Presidio Ospedaliero Pietro Pisani	Azienda Unità Sanitaria Locale n°6 di Palermo	1960	1975	A	2	0,074	0,049	0,309
54	6	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 2 Casermaggio, Cucito, Ortopedia	Azienda Ospedaliera "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1		0,001	0,001
55	11	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 15 - Odontostomatologia	Azienda Ospedaliera "Piemonte" di Messina	1910	1913	F	1	0,194	0,292	0,646
56	12	Sicilia	CL	Gela	Ospedale Vittorio Emanuele Gela - edificio 1	Azienda Ospedaliera "Vittorio Emanuele" di Gela	1960	1993	A	2	0,31	0,41	0,64
57		Friuli Venezia Giulia	PN	Aviano	Centro di Riferimento Oncologico - Edificio centrali tecnologiche	Centro di riferimento Oncologico di Aviano - Istituto di ricovero e cura IRCSS	1974	1976	A	2	0,3		
58	91	Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo A)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0

59		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo A1)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0
60		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo BC)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0
61		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo DE)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0
62		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo F)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0
63		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo GH)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	3,77	4,38	4,79
64		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo I)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0
65		Puglia	FG	Foggia	Maternità - Pediatrico (corpo L)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1966	1980	A	2	0	0	0
66	93	Puglia	FG	Foggia	Monoblocco (corpo A2)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti		1969	A	2	0,03	0,03	0,2
67		Puglia	FG	Foggia	Monoblocco (corpo B)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti		1969	A	2	0,12	0,04	0,03
68		Puglia	FG	Foggia	Monoblocco (corpo D-E.F)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti		1969	A	2	0,02	0,02	0,11
69		Puglia	FG	Foggia	Monoblocco (corpo G)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti		1969	A	2	0,04	0,06	0,42
70	95	Puglia	FG	Foggia	Presidio D'Avanzo (corpo 1 e 3)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1928	1935	F	2	0,06	0,06	0,002083333
71		Puglia	FG	Foggia	Presidio D'Avanzo (corpo 2)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1928	1935	F	2	0,23	0,23	0,61
72		Puglia	FG	Foggia	Presidio D'Avanzo (corpo 4)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1928	1935	F	2	0,04	0,04	0,16
73	103	Puglia	FG	Foggia	Malattie Infettive (ala sud)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1970	1976	A	2	0,287	0,334	0,688

74		Puglia	FG	Foggia	Malattie Infettive (ala nord)	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1970	1976	A	2	0,403	0,477	0,981
75	108	Puglia	FG	Foggia	Medicina legale - area tecnica	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1973	1978	A	2	0,041	0,061	0,254
76	113	Puglia	FG	Foggia	Uffici Direzione	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1974	1977	A	2	0,052	0,078	0,324
77		Puglia	FG	Foggia	Uffici Direzione - porticato ingresso	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1974	1977	A	2	0,34	0,44	1,24
78	117	Puglia	FG	Foggia	Palazzina Poliambulatori	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1976	1984	A	2	0,012	0,001	0,002
79	122	Puglia	FG	Foggia	Chiesa	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1977	1983	A	2	0,05	0,067	0,503
80	123	Puglia	FG	Foggia	Palazzina Università - Psichiatrico	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1976	1983	A	2	0,005	0,006	0,023
81	146	Puglia	FG	Foggia	Centrale Termica Maternità	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1972	1978	A	2	0,245	0,368	0,741
82	180	Puglia	FG	Foggia	Centrale Termica	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1950	1969	D	2	0,133	0,2	0,402
83	214	Puglia	FG	Foggia	Palazzina Officine	Azienda Ospedaliero - Universitaria - Ospedali riuniti	1980	1983	D	2	0,15	0,225	0,277
84	55	Toscana	MS	CARRARA	Monoblocco - Corpo A-C	A.USL 1	1957	1966	A	2		0,3	1
85	55	Toscana	MS	CARRARA	Monoblocco - Corpo B	A.USL 1	1957	1966	A	2		0,2	2
86	55	Toscana	MS	CARRARA	Monoblocco - Corpo D	A.USL 1	1957	1966	A	2		0,3	1,8
87	55	Toscana	MS	CARRARA	Monoblocco - Corpo E	A.USL 1	1957	1966	A	2		0,2	2
88	56	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione ex Casa suore	A.USL 1			D	2			
89	57	Toscana	MS	CARRARA	Laboratorio Analisi (F)	A.USL 1		1935	D	2		0,128	0,061
90	58	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione Oftalmico (D)	A.USL 1		1935	D	2		0,092	0,017
91	59	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione Emodialisi (I)	A.USL 1		1985	F	2		0,068	0,129
92	59	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione Emodialisi (I)	A.USL 1		1985	B	2		1,36	0,18
93	60	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione Neurologia (H)	A.USL 1		1935	D	2		0,166	0,317

94	60	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione Neurologia (H)	A.USL 1		1989	A	2		0,272	1,719
95	61	Toscana	MS	CARRARA	Padiglione Otorino (G)	A.USL 1		1935	D	2		0,592	0,893
96	62	Toscana	MS	CARRARA	Centrale termica (Q)	A.USL 1		1992	A	2		0,42	0,345
97	62	Toscana	MS	CARRARA	Centrale termica (U)	A.USL 1		1992	A	2		0,663	0,493
98	63	Toscana	MS	CARRARA	Farmacia (M)	A.USL 1		1975	A	2		0,398	0,224
99	64	Toscana	MS	CARRARA	Civico Carrara - C1	A.USL 1		1902	D	2		0,271	0,432
100	64	Toscana	MS	CARRARA	Civico Carrara - C2	A.USL 1		1975	A	2		0,163	0,093
101	64	Toscana	MS	CARRARA	Civico Carrara - C3	A.USL 1		1975	A	2		0,638	0,425
102	65	Toscana	MS	MASSA	Monoblocco Edificio A	A.USL 1	1959		A	2	0,192		0,457
103	65	Toscana	MS	MASSA	Monoblocco Edificio B	A.USL 1	1966		A	2	0,192		0,457
104	65	Toscana	MS	MASSA	Monoblocco Edificio C	A.USL 1	1969		A	2	0,192		0,457
105	66	Toscana	MS	MASSA	Vecchio Ospedale	A.USL 1			D	2		0	0,003
106	67	Toscana	MS	MASSA	Padiglione Bechini	A.USL 1			D	2		0,007	0,053
107	68	Toscana	MS	MASSA	Padiglione Lombardo	A.USL 1			D	2		0,015	0,11
108	69	Toscana	MS	MASSA	Magazzino-Farmacia	A.USL 1	1979	1983		2		0,205	0,281
109	85	Emilia Romagna	FC	FORLI'	Padiglione ospedaliero Vallisneri	AUSL FORLI'	1933	1939	A	2	0,053	0,272	0,33
110	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco B	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,4	
111	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco C	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,5	
112	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco D	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,35	
113	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco F	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,5	
114	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco G	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,24	
115	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco G	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,24	
116	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco I	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,6	
117	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco L	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,4	
118	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco M	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,3	
119	86	Emilia Romagna	FC	CESENA	Ospedale Maurizio Bufalini Blocco N	ASL CESENA	1953	1960	A	2		0,3	

120	87	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Parte storica degenze e ambulatori	AUSL RAVENNA	1750	1763	D	2		0,426	1,762
121	88	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Parte storica banca e ambulatori	AUSL RAVENNA		1950	F	2		0,426	1,762
122	88	Emilia Romagna	RA	FAENZA	San Giuliano	AUSL RAVENNA	1960	1963	A	2	0,52	0,7	0,54
123	89	Emilia Romagna	RA	FAENZA	San Giuliano	AUSL RAVENNA	1960	1963	A	2	0,52	0,7	0,54
124	90	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Parte storica degenze e ambulatori	AUSL RAVENNA		1763	F	2		0,245	1,288
125	91	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Parte storica degenze e ambulatori	AUSL RAVENNA		1763	F	2		0,161	0,714
126	92	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Parte storica degenze e ambulatori	AUSL RAVENNA		1763	D	2		0,161	0,714
127	93	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Laboratorio analisi	AUSL RAVENNA	1974	1976	A	2	0,45	0,57	0,45
128	93	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Laboratorio analisi	AUSL RAVENNA		1974	D	2		0,466	1,833
129	93	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Laboratorio analisi	AUSL RAVENNA		1763	D	2		0,466	1,833
130	94	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Parte storica degenze e ambulatori	AUSL RAVENNA		1763	D	2		0,247	0,906
131	90	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Ambulatori uffici e degenze	AUSL RAVENNA		1970	A	2	0,51	0,79	0,75
132	95	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Collegamento verticale scalone	AUSL RAVENNA		1763	D	2		0,161	0,615
133	95	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Degenze e ambulatori	AUSL RAVENNA		1763	D	2		0,324	0,887
134	93	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Collegamento orizzontale	AUSL RAVENNA		1951	D	2		1,164	2,884
135	96	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Uffici e ambulatori	AUSL RAVENNA		1763	D	2		0,381	1,165
136	93	Emilia Romagna	RA	FAENZA	-	AUSL RAVENNA		1965	A	2	0,85	1,09	0,8
137	96	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Uffici servizi degenze	AUSL RAVENNA		1891	D	2		0,394	0,219
138	96	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Collegamento verticale scaloncino	AUSL RAVENNA		1891	D	2		0,136	0,672
139	97	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Pronto Soccorso	AUSL RAVENNA			D	2		0,336	1,657
140	98	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Blocco Ovest	AUSL RAVENNA	1977	1983	A	2	0,61	0,77	0,4
141	97	Emilia Romagna	RA	FAENZA	Blocco Ovest	AUSL RAVENNA	1977	1983	A	2	0,53	0,67	0,36

142	99	Emilia Romagna	RN	RICCIONE	Padiglione Degenze Ospedale Riccione	AUSL RIMINI	1982	1985	A	2	0,149	0,108	0,44
143	100	Emilia Romagna	RN	RICCIONE	Padiglione Servizi Ospedale Riccione	AUSL RIMINI	1982	1985	A	2	0,139	0,06	0,052
144	101	Emilia Romagna	RN	RIMINI	Corpo Nord Ospedale Infermi	AUSL RIMINI	1970	1973	A	2	0,02	0,143	0,429
145	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 1	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	2,81
146	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 2	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	1,33
147	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 3	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	1,64
148	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 4	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	0,98
149	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 5	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	2,73
150	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 6	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	2,73
151	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo A - Blocco 7	U.L.S.S.	1972	1980	A	2	0	0	0,98
152	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo B - Blocco 1	U.L.S.S.	1938	1945	D	2		0	0
153	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo B - Blocco 2	U.L.S.S.	1950	1952	D	2		0,042	0,24
154	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo B - Blocco 3	U.L.S.S.	1989	1990	A	2	0,053	0,243	0,512
155	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo C - Blocco 1	U.L.S.S.	1959	1962	A	2	0	0	1,48
156	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo C - Blocco 2	U.L.S.S.	1959	1962	A	2	0	0	1,42
157	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo C - Blocco 3	U.L.S.S.	1959	1962	A	2	0	0	1,48
158	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo D - Blocco 1	U.L.S.S.	1974	1977	A	2	0	0	2,41
159	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo D - Blocco 2	U.L.S.S.	1974	1977	A	2	0	0	2,61
160	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo D - Blocco 3	U.L.S.S.	1960	1962	A	2	0	0	1,33
161	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo D - Blocco 4	U.L.S.S.	1960	1962	A	2	0	0	1,47
162	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo D - Blocco 5	U.L.S.S.	1960	1965	A	2	0	0	2,22
163	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo D - Blocco 6	U.L.S.S.	2002		A	2	0,483	2,048	5,28
164	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo E - Blocco 1a	U.L.S.S.	1960	1970	A	2	0	0	1,65
165	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo E - Blocco 1b	U.L.S.S.	1960	1970	A	2	0	0	1,65
166	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo E - Blocco 2	U.L.S.S.	1975	1980	A	2	0	0	6,12
167	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo E - Blocco 3	U.L.S.S.	1975	1980	A	2	0	0	5,53
168	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo F - Blocco 1	U.L.S.S.	1990	2000	A	2	0	0	0,8
169	51	Veneto	BL	Belluno	Corpo F - Blocco 2	U.L.S.S.	1990	2000	A	2	0	0	1,91
170	51	Veneto	BL	Belluno	Centrale Termica - corpo piccolo	U.L.S.S.	1990	1996	A	2	0	0	2,8

171	51	Veneto	BL	Belluno	Centrale Termica - corpo grande	U.L.S.S.	1990	1996	A	2	0	0	2,8
172	51	Veneto	BL	Belluno	Magazzino Economato	U.L.S.S.	1989	1994	A	2	0,341	1,332	1,84
173	51	Veneto	BL	Belluno	Portineria - corpo basso	U.L.S.S.	1990		A	2	0,029	0,32	4,29
174	51	Veneto	BL	Belluno	Portineria - corpo principale	U.L.S.S.	1990		A	2	0	0	0
175	51	Veneto	BL	Belluno	San Gervasio (comunità)	U.L.S.S.			D	2		0,01	0,104
176	51	Veneto	BL	Belluno	San Gervasio (ex casa suore)	U.L.S.S.			D	2		0,313	0,125
177	51	Veneto	BL	Belluno	San Gervasio (lavanderia)	U.L.S.S.			A	2	0,422	0,818	0,36
178	51	Veneto	BL	Belluno	San Gervasio (deposito)	U.L.S.S.			D	2		0	0,08
179	51	Veneto	BL	Belluno	Dposito bombole	U.L.S.S.	1980	1980	A	2	2,667	4	9
180	51	Veneto	BL	Belluno	Hospice - casa tua 2	U.L.S.S.	1999	2001	A	2	0	0	2,51
181	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Gaggia-Lante - Corpo 1	ULSS	1935	1938	D	2		0	0
182	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Gaggia-Lante - Corpo 2	ULSS	1935	1938	D	2		0	0
183	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Gaggia-Lante - Corpo 3	ULSS	1935	1938	D	2		0	0
184	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Gaggia-Lante - Corpo 4	ULSS	1935	1938	D	2		0	0
185	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Gaggia-Lante - Corpo 5	ULSS	1935	1938	D	2		0	0
186	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Gaggia	ULSS	1932	1935	D	2		0	0
187	52	Veneto	BL	Feltre	Palazzina Fusaro "ex casa suora"	ULSS	1973	1976	AD	2		0	0
188	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Dalla Palma - ala nord	ULSS	1969	1975	A	2	0	0	0
189	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Dalla Palma - ala est	ULSS	1969	1975	A	2	0	0	0,15
190	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Dalla Palma - ala ovest	ULSS	1969	1975	A	2	0	0	0,15
191	52	Veneto	BL	Feltre	Corpo di Collegamento	ULSS	1972	1978	A	2	0,04	0,188	8,62
192	52	Veneto	BL	Feltre	Magazzino Economale	ULSS	1973	1975	B	2	0,277	0,722	3,8
193	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Guarnieri - Corpo 1	ULSS	1966	1968	A	2	0	0	7,536
194	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Guarnieri - Corpo 2	ULSS	1966	1968	A	2	0,109	0,473	2,848
195	52	Veneto	BL	Feltre	Padiglione Guarnieri - Corpo 3	ULSS	1966	1968	A	2	0,002	0,147	2,648

196	52	Veneto	BL	Feltre	Hospice	ULSS	1959	1960	D	2		0	0,36
197	52	Veneto	BL	Feltre	Centrale termica	ULSS		1969	A	2	0,075	0,336	1,14
198		Veneto	BL	Feltre	Palazzina veterinaria ex farmacia	ULSS			D	2		0,041	0,232
199	52	Veneto	BL	Feltre	Servizi necroscopici - Corpo 1	ULSS			A	2	0	0	2,408
200	52	Veneto	BL	Feltre	Servizi necroscopici - Corpo 2	ULSS			D	2		0,083	1,464

Inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale

Relatori alla Commissione BIANCONI e COSENTINO

La Commissione ha avviato il filone di inchiesta in titolo per individuare i meccanismi e le prassi amministrative che, favorendo l'insorgenza di fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, determinano condizioni di inefficacia ed inefficienza nell'erogazione dei servizi di salute e sprechi di risorse pubbliche.

Il termine "corruzione" è stato costantemente inteso in senso ampio e volutamente atecnico, con riferimento a tutte le condotte illecite generatrici di *mala gestio* della sanità.

La Commissione ha inoltre tenuto come stella polare i principi di separazione e di leale collaborazione tra Poteri, ribadendo costantemente, anche nell'ambito dei frequenti rapporti con l'Autorità giudiziaria, il proprio intendimento di non entrare nel merito di valutazioni sulle responsabilità giuridiche di singole persone.

La Commissione ha dedicato alla indagine in discorso 33 sedute, nell'ambito delle quali ha focalizzato la propria attenzione su alcuni temi, apparsi di particolare rilievo: problematiche relative ai contratti di acquisto di beni e servizi; problematiche relative al sistema ed alla prassi di gestione dei rapporti con le strutture sanitarie private accreditate; modalità di nomina dei direttori e dei dirigenti sanitari e connesse problematiche attinenti al rapporto tra politica ed amministrazione.

L'anticipata fine della legislatura non ha consentito di meditare ed elaborare adeguatamente l'ampia istruttoria svolta, pertanto la Commissione si limita in questa sede ad una sommaria esposizione delle risultanze d'indagine.

Si enumerano di seguito le principali criticità emerse con riferimento alle procedure di acquisto di beni e servizi.

Nella fase di scelta del contraente, anche quando si rispetti l'obbligo di espletamento di formali gare concorsuali, si pongono talora in essere condotte tese a favorire uno soltanto dei concorrenti, ad esempio rendendo eccessivamente restrittiva l'ammissione alla gara, in modo da rendere possibile la partecipazione solo ad uno o a pochi concorrenti; oppure manipolando ai medesimi fini le parti tecniche del capitolato; oppure formulando il bando concorsuale in modo da rendere soltanto apparente la definizione dei quantitativi e del prezzo di gara, in

realtà modificabili, nella sostanza, durante l'esecuzione del contratto; ovvero, ancora, in casi limite, mediante diretta predisposizione del bando di gara da parte dell'imprenditore favorito, il quale, attraverso i suoi tecnici, redige materialmente l'atto per poi farlo pervenire al funzionario pubblico competente, direttamente o per il tramite di superiori gerarchici o politici interessati.

Talora nella fase di scelta del contraente la procedura di gara viene completamente omessa, ricorrendo a forme di trattativa privata diretta mediante affermazione di una supposta infungibilità del prodotto o del servizio da acquisire. Altre tecniche sovente utilizzate per affidamenti diretti al di fuori dei casi previsti dalla legge sono le proroghe reiterate di contratti in origine stipulati con procedure di evidenza pubblica, che nascondono in realtà nuovi affidamenti senza gara.

Anche nella fase di esecuzione del contratto, la Commissione ha appurato l'esistenza di diverse e diffuse patologie: mancanza di controlli sulla correttezza della prestazione, sia con riguardo agli aspetti quantitativi che a quelli qualitativi; fatturazioni plurime delle medesime prestazioni; sollecitudine nel pagamento dei fornitori favoriti e ritardo sistematico nel pagamento degli altri; ricorso frequente a transazioni attraverso le quali, col pretesto di far cessare o non far insorgere una controversia giuridica, l'Amministrazione sanitaria fa concessioni che avvantaggiano notevolmente il fornitore privato.

Per ciò che attiene ai rapporti tra Servizio sanitario nazionale e strutture sanitarie accreditate, sono emerse soprattutto criticità legate all'assenza di controlli in ordine alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie.

Un esempio tipico delle distorsioni derivanti da tale carenza di controlli è costituito dalla gestione della riabilitazione psichiatrica in intere zone del Paese, che la Commissione ha indagato sotto diversi profili sino a giungere, in alcuni casi, a determinare la chiusura di strutture nelle quali si realizzavano non solo sprechi di risorse pubbliche, dovuti all'altissimo tasso di inappropriatezza, ma anche gravi pregiudizi alla salute ed alla dignità dei pazienti.

Quanto alle modalità di nomina di direttori e dirigenti sanitari, va preliminarmente osservato che tale tematica costituisce il tratto d'unione delle altre due dianzi evocate, dal momento che la mancanza di autonomia dell'amministrazione sanitaria, a fronte delle spinte che possono talora derivare dalla politica, in un settore dove si spende la gran parte delle

risorse pubbliche a livello regionale, è certamente concausa delle cattive gestioni, sia degli acquisti che dei rapporti con gli erogatori del privato accreditato.

Dall'istruttoria svolta dalla Commissione è emersa la necessità di introdurre normative che valorizzino l'autonomia dell'azienda sanitaria dalla politica, attraverso l'individuazione di criteri di selezione del direttore generale funzionali a tale obiettivo e basati unicamente sulla ricerca del merito, inteso come possesso di adeguata qualificazione tecnico-professionale.

A tale riguardo, appare opportuno ricordare che, anche nella giurisprudenza della Corte costituzionale, è ormai radicata l'affermazione secondo cui il direttore generale è "figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire nell'adempimento di un'obbligazione di risultato gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal piano sanitario regionale (a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale), dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale".

Analogamente, con riferimento alle nomine delle figure dirigenziali non apicali, quali i direttori di struttura complessa delle Aziende sanitarie, è emersa come abbinabile di mitigazione la troppo ampia discrezionalità di cui gode il direttore generale, mediante introduzione di norme che privilegino maggiormente l'aspetto delle competenze professionali, ancor più decisive con riguardo a soggetti che certamente devono restare estranei a rapporti di fiducia e contiguità con gli organi di direzione politica.

Oltre alle prospettate modificazioni alla normativa che presiede alle nomine, andrebbe valutata l'opportunità di prevedere una autorità pubblica cui attribuire il monitoraggio delle attività sanitarie, dell'appropriatezza delle prestazioni e della sicurezza delle procedure, anche attraverso lo svolgimento di controlli e verifiche a sorpresa. L'autorità dovrebbe essere connotata in termini di indipendenza dalla politica, sull'esempio di quanto già sperimentato da altri Paesi (si pensi al *Nice* britannico), e dovrebbe potere, in particolare, svolgere controlli *ex ante* ed *ex post* sulle strutture sanitarie appartenenti al Servizio sanitario nazionale (dall'accreditamento alla valutazione e verifica dei risultati).

Inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi

Relatori alla Commissione SACCOMANNO e MASCITELLI

La Commissione ha avviato l'inchiesta in titolo al fine di acquisire elementi conoscitivi in merito all'organizzazione del sistema italiano dei trapianti, nonché riguardo alle eccellenze e alle criticità del settore e alla peculiare problematica delle liste di attesa.

Il programma di inchiesta non ha potuto trovare attuazione, nel corso della Legislatura, poiché la Commissione ha visto assorbita la gran parte delle proprie energie da altri filoni di indagine ritenuti prioritari.

L'unica attività istruttoria svolta nell'ambito di tale settore di indagine è stata l'esame testimoniale del Direttore generale del Policlinico di Bari, che peraltro ha preso spunto e si è incentrata prevalentemente su una singola vicenda, relativa ad un trapianto di fegato eseguito con modalità dai contorni problematici.

Non di meno, dalla deposizione sono emersi anche elementi di conoscenza di interesse più generale sul sistema trapiantologico barese, di seguito riportati.

Presso il Centro trapiantologico di Bari sono stati effettuati oltre 1.200 trapianti di reni, ed annualmente il Centro risulta avere una media di 10 trapianti di cuore e di 25 trapianti di fegato.

L'età media dei riceventi è di 53,5 anni e comunque il *range* va dai 46 ai 53,5 anni.

Le patologie dei riceventi sono quelle classiche: la percentuale più rilevante è data da carcinomi epatici, ma in modo significativo anche da altre patologie virali o da crisi epatiche acute che hanno comportato la necessità di un trapianto. In un numero esiguo di casi è stato necessario un re-trapianto.

Il Centro trapianti in discorso risulta aver ricevuto due *audit* dal Centro nazionale trapianti – il primo nel 2003 e il secondo nel 2011 - che hanno verificato come, dal punto di vista organizzativo, logistico e tecnologico, il Centro in termini di requisiti sia conforme alle linee guida nazionali e non suscettibile di alcun rilievo. Tra l'altro, il Policlinico è anche sede del Centro di coordinamento regionale trapianti, ragion per cui - secondo quanto riferito dal teste - si è determinata una simbiosi professionale che ha favorito lo sviluppo della trapiantologia barese.

Inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità

Relatori alla Commissione MASSIDDA¹³ e BIONDELLI

La Commissione ha avviato il filone di inchiesta in titolo nell'intento di affrontare il problema assistenziale determinato dallo stato di grave disabilità.

Sin dall'origine, la Commissione ha focalizzato alcuni temi particolarmente meritevoli di approfondimento: individuazione di una definizione di disabilità grave; conoscenze di tipo epidemiologico sulla situazione di disabilità grave; stato dell'arte della ricerca scientifica; problematiche inerenti ai livelli essenziali di assistenza, nella loro astratta configurazione e concreta osservanza.

Nel corso della Legislatura la Commissione non ha potuto esplorare in profondità tutte le predette tematiche, in considerazione della presenza di numerosi altri filoni di indagine contestualmente coltivati.

L'istruttoria è stata avviata con una audizione del professor Paolo Zamboni e del dottor Fabrizio Salvi, intesa ad acquisire elementi di conoscenza sul metodo sperimentale da essi individuato per curare la sclerosi multipla, nel presupposto che tale patologia sia correlata alla insufficienza cerebro-spinale venosa cronica (CCSVI).

In base alle risultanze dell'audizione e della documentazione acquisita, la Commissione ha maturato il convincimento, senza esprimere alcuna valutazione di carattere scientifico, che esulerebbe dalle proprie competenze, che il metodo terapeutico in discorso sia meritevole di una rigorosa sperimentazione e validazione scientifica.

In una seconda fase dell'istruttoria, la Commissione si è dedicata all'approfondimento delle tematiche, terapeutiche ed assistenziali, che si rinvencono nel campo della sclerosi laterale amiotrofica (SLA).

In tale ambito, sono stati anzitutto acquisiti elementi conoscitivi, attraverso l'audizione della dottoressa Letizia Mazzini, in merito ad una metodica terapeutica innovativa, fondata sull'utilizzo di cellule staminali, sperimentata per la prima volta nel 2002 nell'ambito della regione Piemonte.

¹³ Il senatore MASSIDDA ha perduto lo *status* di Commissario a seguito delle dimissioni da Senatore rassegnate in data 21 dicembre 2011.

Anche in ordine a tale cura sperimentale, la Commissione, pur senza esprimersi per i motivi dinanzi cennati sulla validità scientifica del progetto di sperimentazione, ha maturato il convincimento che debbano essere individuati finanziamenti pubblici per rendere possibile la prosecuzione della ricerca.

Quanto ai problemi di natura esistenziale, è emerso come sia assolutamente centrale, per i pazienti affetti da SLA, la possibilità di fruizione di una adeguata assistenza domiciliare. Va infatti tenuto presente che il soggetto affetto da SLA, ad uno certo stato di evoluzione della patologia, "diventa poi dipendente in tutto e per tutto e ha bisogno di qualcuno che lo assista; nel 90 per cento dei casi, è la famiglia stessa che si assume un carico enorme. Alla fine della malattia questo malato deve avere una persona affianco che lo assiste in tutto e per tutto". Il *deficit* assistenziale, sotto tale profilo, risulta così acuto che in alcune situazioni limite il familiare è costretto a lasciare il proprio lavoro, anche per la mancanza di strutture di sollievo in cui poter ricoverare il paziente per un certo periodo, per alleviare momentaneamente il peso gravante sulla famiglia.

Altre criticità emerse, sul piano assistenziale, sono legate alle rimarchevoli disparità di trattamento presenti sul territorio nazionale: in alcune regioni il paziente è costretto ad optare tra la carrozzina ed il letto elettrico; in altre, ma si riscontrano differenze persino tra ASL ed ASL di una stessa regione, i tempi di attesa per il riconoscimento dell'invalidità da SLA sono eccessivamente dilatati; il piano terapeutico varia sovente addirittura da ASL ad ASL, di talché può capitare che gli integratori, solo per fare un esempio, vengano riconosciuti da una ASL e negati da altra ASL confinante; alcune Regioni non garantiscono a ciascun malato di poter disporre di un comunicatore, con le immaginabili conseguenze sulla condizione del paziente deprivato della possibilità di esprimersi.

La Commissione ha poi inteso dedicare specifica attenzione ad una delle strutture di riconosciuta eccellenza nell'assistenza alle persone affette da gravi disabilità: l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Fondazione Santa Lucia di Roma.

Si tratta di una struttura che, rispondendo ai requisiti previsti dal decreto ministeriale sull'alta specialità del 29/01/1992, ospita i pazienti secondo standard elevatissimi: 20 metri quadri per posto letto. Le stanze, tutte da due posti letto, hanno una ampiezza di 46 metri quadri e dispongono del bagno in camera.

Mediamente ogni anno sono seguiti 2.400 pazienti che hanno subito un coma, una lesione del midollo spinale, un ictus, una patologia traumatica o fratture di particolare gravità, che necessitano di un impegno globale e di una presa in carico complessiva. Per svolgere questa attività, la Fondazione Santa Lucia si avvale di circa 850 dipendenti, di cui 200 sono collaboratori assunti a tempo determinato per rispondere alle esigenze legate a progetti di ricerca. Oltre a questa attività clinica, la Fondazione Santa Lucia eroga ogni anno, con il proprio poliambulatorio, 250.000 prestazioni a pazienti ricoverati. Si tratta di una struttura che, compresa anche l'attività rivolta ai pazienti di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (ossia pazienti con gravi disabilità e prevalentemente bambini), assiste giornalmente oltre 1.000 pazienti.

Tra gli elementi che comprovano l'assoluta eccellenza della struttura vi è senz'altro il dato sulla sua attrattività: il 25 per cento dei ricoverati proviene da altre regioni.

Pertanto, la Commissione ha dovuto prendere atto, con preoccupazione, della condizione di profonda sofferenza finanziaria in cui versa la Fondazione Santa Lucia, a causa di tariffe regionali ritenute non adeguate al livello di eccellenza delle prestazioni erogate ed oggetto, conseguentemente, di un contenzioso giudiziario.

Una possibile soluzione del problema potrebbe consistere, ad avviso della Commissione, nel mutuare la formula adottata dalla Regione Abruzzo in riferimento ad una struttura di eccellenza, il "San Raffaele", operante sul proprio territorio.

Si è sostenuto, da parte della Regione Abruzzo, che la qualità della assistenza prestata da quella struttura è tale da non poter essere remunerata con le ordinarie tariffe. La Regione Abruzzo, d'intesa con il tavolo tecnico nazionale, che controlla i conti delle Regioni sottoposte ai piani di rientro, ha creato una commissione mista che ha operato un riesame dei costi reali per l'attività assistenziale della struttura e che alla fine ha individuato una specifica tariffa dedicata all'attività di alta qualità.

La Commissione ha poi preso contezza di alcuni aspetti problematici legati al decremento di assistenza paventato nella regione Lazio in relazione alle misure del piano di rientro dal disavanzo sanitario.

Tra le principali criticità emerse è necessario menzionare la decurtazione del *budget* annuo concesso per le prestazioni erogate dal 2008, pari al 16 per cento; la riconversione della presa in carico riabilitativa in tipologia sociosanitaria a basso impegno assistenziale, con

grave compromissione della qualità del servizio, della consistenza delle tariffe e dei livelli occupazionali; l'introduzione di una compartecipazione alla spesa a carico di chi fruisce del servizio semiresidenziale nelle modalità assistenziali di mantenimento, così come nelle nuove modalità sociosanitarie, che interesserà prossimamente almeno l'80 per cento della popolazione assistita; l'applicazione di un *ticket* per gli ospiti delle case famiglia.

La Commissione, a tale riguardo, avverte la necessità di richiamare la consolidata giurisprudenza della Corte costituzionale, secondo la quale la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone, ma le esigenze della finanza pubblica non possono assumere un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute come ambito inviolabile della dignità umana.

Infine, la Commissione ha ritenuto di dover fare ricorso ai poteri previsto dall'articolo 82 della Costituzione per creare una base conoscitiva a supporto delle decisioni di finanza pubblica sugli stanziamenti a favore delle persone affette da gravi disabilità.

La ricognizione, effettuata con l'ausilio del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute, è stata effettuata acquisendo i dati direttamente dalle Aziende sanitarie locali, ma sconta, e la Commissione è consapevole di tale limite, l'incertezza definitoria della nozione di "disabilità grave".

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa dei risultati dell'attività di accertamento condotta per il tramite dei NAS.

Situazione nazionale delle persone affette da disabilità gravi/gravissime

Regione/ Provincia Autonoma	persone assistite domiciliariamente con l'ausilio di ventilatore meccanico				persone assistite domiciliariamente con l'ausilio di PEG				persone assistite domiciliariamente per tetraplesi
	sclerosi laterale amiotrofica	sclerosi multipla	distrofia muscolare	altra disabilitante neuropatia	sclerosi laterale amiotrofica	sclerosi multipla	distrofia muscolare	altra disabilitante neuropatia	
Valle d'Aosta	2	1	0	0	0	3	1	20	7
Piemonte	84	10	21	53	69	39	6	134	86
Liguria	21	5	17	43	14	6	5	121	77
Lombardia	383	42	210	198	210	54	28	848	835
Veneto	127	14	68	164	116	56	20	852	326
Trento	8	5	30	10	8	5	2	49	58
Bolzano	4	0	7	5	2	6	1	89	19
Friuli V. G.	26	3	5	32	20	4	5	158	174
Emilia Romagna	157	40	51	161	190	26	47	679	375
Toscana	124	8	24	90	103	11	8	546	294
Umbria	32	4	12	21	35	11	6	270	325
Lazio	142	11	47	194	127	24	18	459	418
Marche	67	11	31	40	39	12	8	92	130
Abruzzo	51	6	5	13	43	7	2	43	36
Sardegna	100	9	13	32	95	36	9	182	77
Molise	6	1	1	5	11	0	0	29	41
Campania	157	59	76	125	111	29	23	293	612
Basilicata	10	2	4	22	9	5	1	30	23
Puglia	139	30	52	158	145	30	37	254	521
Calabria	37	13	29	88	34	7	9	93	119
Sicilia	105	36	75	155	83	21	1	159	391
TOTALI	1782	310	778	1609	1464	392	237	5400	4944

Inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore

Relatori alla Commissione Ignazio MARINO

Nel deliberare l'avvio di un'inchiesta per fare luce sullo stato di attuazione della normativa in materia di terapia del dolore (legge n. 38 del 2010), la Commissione ha deciso di attivare i poteri previsti dall'articolo 82 della Costituzione, al fine di delegare ai NAS lo svolgimento di attività di polizia giudiziaria *ad hoc*.

In attuazione di tale delega, il Comando NAS ha impegnato i propri uomini, nel mese di luglio 2011, in una serie di attività istruttorie molto articolate, nell'ambito dei principali ospedali italiani.

Va precisato che le indagini hanno riguardato 244 ospedali, caratterizzati dalla presenza dei reparti di chirurgia generale e oncologia. Il criterio che la Commissione ha seguito è quello di scegliere tra tutti gli ospedali italiani quelli dotati di entrambe queste due tipologie di reparto, immaginando che essendovi la chirurgia generale e l'oncologia vi debba essere necessità di somministrazione di farmaci contro il dolore.

Le indagini sono state svolte in un arco temporale di cinque giorni, dal 19 al 23 luglio, con l'impiego di un contingente di 500 militari.

Al NAS è stato chiesto di verificare i seguenti aspetti: la presenza del Comitato ospedale senza dolore (COSD); la presenza del Progetto ospedale senza dolore; la presenza di Unità operativa di cure palliative e terapia antalgica; l'utilizzo di scale per la rilevazione del dolore (secondo diverse tipologie); la presenza di un prontuario terapeutico; il consumo di farmaci analgesici maggiori; la continuità terapeutica alla data della dimissione; la collaborazione con i medici di medicina generale; l'attività di formazione del personale; la produzione e diffusione di materiale informativo; l'utilizzazione di questionari o di altri veicoli d'informazione.

Sulla scorta del sistema informativo sanitario del Ministero della salute sono state individuate 244 strutture ospedaliere rientranti nei parametri, così suddivise: 86 strutture al Nord, 103 strutture al Centro e 55 strutture al Sud.

Il dato nazionale è il seguente: su 244 strutture ospedaliere, in 57 non vi era alcuna presenza del Comitato ospedale senza dolore e del Progetto ospedale senza dolore, vale a dire nel 23 per cento dei casi; la presenza del Comitato o del Progetto è stata rilevata in 151 strutture, pari a 62 per cento; la presenza del solo Comitato è stata rilevata nel 7 per cento

delle strutture, mentre la presenza del solo Progetto nell'8 per cento delle strutture; la presenza di Unità operative per cure palliative è stata rilevata nel 63 per cento dei casi, ossia in 154 strutture; la presenza della scala di rilevazione del dolore è stata rilevata nell'81 per cento dei casi; il prontuario terapeutico nazionale era presente nel 91 per cento delle strutture; la continuità terapeutica nel 78 per cento dei casi; la collaborazione con medici di medicina generale nel 76 per cento delle strutture; la formazione del personale era presente nell'82 per cento dei casi e il materiale informativo nel 55 per cento; l'utilizzo di questionari sulla soddisfazione della terapia del dolore avveniva in 143 strutture (59 per cento) e i veicoli di informazione erano presenti nel 69 per cento dei casi.

La percentuale media di adeguamento nel Paese era pari al 71 per cento su 244 ospedali.

Quanto al dato areale, facendo una suddivisione tra Nord, Centro e Sud, si osserva che il Nord del Paese si colloca al di sopra del 71 per cento di media, arrivando all'88 per cento su 86 ospedali; il Centro Italia raggiunge una percentuale media di adeguamento pari al 75 per cento (quattro punti in più rispetto alla media del 71 per cento); il Sud d'Italia registra una percentuale media di adeguamento del 53 per cento (18 punti percentuali in meno rispetto al dato medio nazionale).

Lo stesso dato è stato poi disaggregato per Regioni: il Friuli-Venezia Giulia raggiunge il 76 per cento, ma solo su tre obiettivi (5 punti in più rispetto al dato percentuale medio nazionale); la Liguria si attesta sul 74 per cento su nove obiettivi (3 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); la Lombardia arriva al 91 per cento su 30 obiettivi (20 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); il Piemonte raggiunge il 93 per cento (22 punti in più); il Trentino Alto Adige registra una percentuale di adeguamento pari al 92 per cento, su due ospedali (21 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); la Valle d'Aosta ha un solo ospedale e quindi è normale registrare una percentuale media di adeguamento del 100 per cento; il Veneto arriva al 91 per cento (20 punti in più); l'Abruzzo si attesta sul 56 per cento (15 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); l'Emilia Romagna registra il 97 per cento (26 punti in più); il Lazio arriva al 73 per cento (2 punti in più e quindi è quasi nella percentuale media nazionale); la percentuale media delle Marche è pari al 77 per cento (6 punti in più); la Sardegna arriva al 33 per cento su nove ospedali (38 punti in meno); la Toscana raggiunge il 96 per cento (25 per cento in più); il dato dell'Umbria è pari al 40 per cento (31 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); la Basilicata, avendo un

solo ospedale, raggiunge l'83 per cento (12 punti in più); la Calabria registra una percentuale del 55 per cento (16 punti in meno); la Campania raggiunge il 50 per cento (21 punti in meno); il Molise si attesta sul 48 per cento (23 punti in meno); la Puglia ha un adeguamento medio pari al 41 per cento (30 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); la percentuale della Sicilia è del 61 per cento (10 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale).

Può essere utile rilevare che 12 Regioni si attestano al di sopra del 71 per cento e 8 Regioni al di sotto della media nazionale (Abruzzo, Sardegna, Umbria, Calabria, Campania, Molise, Puglia e Sicilia).

Quanto al consumo di farmaci oppiacei, il dato nazionale evidenzia che nelle 244 strutture poste sotto osservazione, dall'inizio del 2008 al giugno 2011, sono state utilizzate 6.678.535 confezioni, con una media nazionale di 27.331 confezioni; la media è stata calcolata dividendo il totale complessivo per il numero delle strutture. Quindi, ogni struttura ha consumato mediamente circa 27.000 confezioni. Quanto ai dati areali, il 68 per cento dei 7 milioni circa di confezioni è stato consumato al Nord, il 26 per cento è stato utilizzato al Centro e il 6 per cento è stato consumato nel Sud d'Italia. Si rileva lo stesso dato anche dall'osservazione dei numeri, i quali forniscono altre indicazioni: innanzitutto, nei tre anni e mezzo, il Nord si attesta tra le 590.394 e le 741.351 confezioni, il Centro tra le 228.135 e le 261.706 confezioni, mentre il Sud non supera (se non di poco nel primo semestre del 2009) le 55.000 confezioni.

Vi è, dunque, una differenza notevole tra le 741.351 confezioni consumate al Nord e le 54.611 confezioni consumate al Sud, registrata nel primo semestre 2011.

La media del Nord è pari a 53.173 confezioni su 86 ospedali; quella del Centro è pari a 16.860 confezioni su 103 ospedali; quella del Sud è pari a 6.711 confezioni su 55 ospedali.

Si può notare che, se si suddivide il numero delle confezioni per i giorni calcolati (1.276 giorni), si evidenzia un dato piuttosto singolare, cioè che il consumo medio giornaliero nel Nord Italia è pari a 41,6 confezioni al giorno, nel centro Italia è pari a 13,2 confezioni e nel Sud Italia è pari a 5,5 confezioni. Occorre però tener conto della migrazione sanitaria. Basti citare due dati riferiti al 2009: in Campania, su circa 64.000 residenti che hanno subito ricoveri per patologie legate a tumori, 9.402 (quindi il 14,7 per cento) si sono avvalsi di strutture sanitarie fuori Regione; di questa percentuale, oltre il 17 per cento ha preferito le

strutture della Regione Lombardia. Questo è solo un esempio, che vale a contestualizzare le differenze riscontrate.

Un caso altrettanto esemplificativo proviene dalla Sicilia, dove 6.502 pazienti si sono rivolti ad altre Regioni, su un totale di 56.750 ospedalizzazioni residenti, e in particolare 2.650 (oltre il 40 per cento) pazienti si sono rivolti alla Regione Lombardia¹⁴.

¹⁴ Il testo integrale del documento elaborato dal comando NAS su delega della Commissione, da cui sono stati estrapolati i dati in questa sede illustrati, è consultabile sul sito *internet* istituzionale del Senato della Repubblica, nella pagina dedicata alla Commissione di inchiesta.

Inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani

Relatori alla Commissione GRAMAZIO e PORETTI

La Commissione ha ritenuto di avviare l'inchiesta in titolo, sia pure in una fase piuttosto avanzata della Legislatura, in considerazione delle numerose sollecitazioni, promananti sia da notizie di stampa, sia da specifiche segnalazioni, ad intervenire nel settore dell'assistenza sanitaria alle persone anziane non autosufficienti.

La finalità di tale iniziativa di indagine era quella di acquisire elementi di conoscenza sulla realtà delle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza agli anziani, sia per comprendere il livello di adeguatezza ed appropriatezza delle prestazioni fornite, sia per approfondire i profili relativi alla spesa privata sostenuta dai cittadini in tale settore.

In una prima fase dell'istruttoria, la Commissione ha acquisito elementi informativi di carattere generale per addivenire ad un corretto inquadramento della tematica.

Già sul piano meramente quantitativo, occorre rilevare l'esistenza di una pluralità di dati tra loro discordanti. La fonte alla quale sembra potersi annettere maggiore affidabilità indica l'esistenza di 2.475 Residenze sanitarie assistenziali (d'ora in poi RSA), dotate di 152.745 posti letto per 220.000 utenti¹⁵.

Tra le criticità del settore, è stata portata immediatamente all'attenzione della Commissione la carenza di controlli. Questi vengono sostanzialmente demandati *in toto* al Comando NAS, che nel 2010 risulta aver svolto 863 controlli e riscontrato circa il 27,5 per cento di irregolarità, irrogando 371 sanzioni.

Le problematiche più frequenti sono rappresentate dalla mancanza di autorizzazioni o di accreditamento e dalla carenza di disposizioni regolamentari attuative delle leggi nazionali. È stato fatto rilevare, inoltre, che una parte considerevole delle strutture è ubicata in aree in cui i costi delle abitazioni sono bassi, quindi in zone molto lontane dal centro. Ciò presuppone lo spostamento degli anziani verso zone periferiche, soprattutto di quelli non autosufficienti. Non vi è inoltre una corrispondenza tra il costo, cioè le tariffe (che variano da un minimo di 1.200 fino ad oltre 4.000 euro mensili), e le prestazioni indicate nella carta dei servizi, che ogni struttura deve avere.

¹⁵ Indagine statistica condotta dall'Age.Na.S. su dati del Ministero della salute.

All'interno delle strutture risultano talora carenti o totalmente assenti le attività sociali, per lo svolgimento delle quali devono essere previsti spazi adatti, e scarsi i rapporti con l'esterno. Inoltre, la carta dei servizi è spesso generica e non ben articolata. Esistono molte carenze igienico-sanitarie (come è stato rilevato anche dalle indagini dei NAS da cui risultano cibi e medicinali scaduti e, spesso, casi di malnutrizione); scarsa presenza di operatori qualificati, nel senso che sulla stessa persona incombono diverse attività (l'inservente che svolge mansioni da infermiere); spesso mancano l'assistente sociale e lo psicologo, mentre è molto più presente il medico di medicina generale (almeno una volta la settimana). Come già ricordato, scarsa è la presenza di infermieri professionali e spesso quelli indicati come tali svolgono l'attività *sine titulo*. Vi è inoltre una scarsa propensione ad assicurare la presenza delle associazioni, che potrebbero non solo svolgere attività di socializzazione e animazione, ma anche un ruolo deterrente nei confronti di eventuali abusi che si possano determinare all'interno delle strutture.

Un secondo momento di approfondimento istruttorio è stato dedicato agli aspetti relativi alla spesa privata, che i cittadini sono chiamati a sostenere per accedere alle strutture residenziali assistenziali.

La normativa nazionale ripartisce tendenzialmente i costi nella maniera seguente: il 50 per cento a carico del Servizio sanitario nazionale ed il restante 50 per cento a carico del Comune, che può chiedere all'utente una compartecipazione sulla base del proprio reddito.

In sostanza, a fronte dell'esigenza di un servizio dalla componente sanitaria spiccatissima – perché solitamente si tratta di servizi ad elevata integrazione sanitaria – la persona che ne usufruisce compartecipa per quanto può.

Risulta, però, che l'intento ed il disegno del legislatore nazionale, nonché le norme emanate, siano disattesi nella realtà dei fatti, poiché accade che i Comuni quasi mai compartecipino, lasciando per lo più la spesa a carico della persona e della famiglia. Lo dimostra una casistica diffusissima a livello nazionale, che lascia pensare che in molte regioni si operi con modalità discutibili.

A questo riguardo, un primo nucleo problematico risiede nelle modalità di computo del reddito rispetto al quale parametrare la compartecipazione alla spesa per il ricovero in RSA. Mentre la normativa nazionale prevede che si computino i soli redditi dell'assistito, a livello regionale e locale vengono utilizzati criteri diversi, in base ai quali al reddito

dell'assistito vengono aggiunti quelli del nucleo familiare di provenienza. Ne consegue che, quando viene effettuata la valutazione sul reddito dell'anziano da parte del Comune, esso risulta molto più elevato di quanto non sia nella realtà dei fatti.

Un secondo nucleo problematico deriva dalla prassi, seguita da molte RSA, di richiedere pagamenti non dovuti ai parenti della persona anziana ricoverata, anziché rivolgersi all'Ente locale. I parenti dell'anziano non autosufficiente, secondo quanto riferito alla Commissione, all'atto del ricovero sono indotti a firmare una sorta di fideiussione "omnibus", con la quale si impegnano a garantire eventuali somme richieste in futuro dalla struttura per le prestazioni erogate al parente anziano ricoverato.

Oltre al ricorso improprio a tali strumenti giuridici, consta alla Commissione che, per ottenere i pagamenti non dovuti da parte dei familiari, si ricorra talvolta alla minaccia di dimissioni, che talora si concretizzano sotto forma di inopinata revisione del piano terapeutico. Un esempio solo apparentemente paradossale - che corrisponde ad un caso segnalato alla Commissione - è quello di un anziano di 89 anni, malato di alzheimer, che ad un tratto viene considerato guarito, nel senso che il piano terapeutico che prevedeva un servizio di lungodegenza viene rivalutato al fine di attestare come utile e sufficiente, per il paziente, la mera presenza di una badante in casa che lo aiuti nei lavori domestici per qualche ora alla settimana.