

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 18 DICEMBRE 1997

—————

**Presidenza del presidente TOMASSINI**

**INDICE****Seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e servizi del Ministero della sanità  
sulle tematiche inerenti le inchieste**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 9, 15	D'ARI .....	Pag. 3
CAMERINI ( <i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i> ) .....	15	ZOTTA .....	9, 12, 13
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) .....	14		
PAPINI ( <i>Misto</i> ) .....	12, 13		

*Intervengono il dottor Raffaele D'Ari, direttore del dipartimento delle professioni sanitarie, delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale, il dottor Giovanni Zotta, direttore del servizio per la vigilanza sugli enti, nonché il dottor Bruno Sciotti, direttore del servizio rapporti convenzionali con il Servizio sanitario nazionale.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,50.*

**Seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e di servizi del Ministero della sanità sulle tematiche inerenti le inchieste**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e di servizi del Ministero della sanità.

Come ricorderete, nella seduta del 4 dicembre scorso il dottor D'Ari ha avuto modo di affrontare alcune importanti problematiche inerenti alla sicurezza delle apparecchiature e degli impianti, al sistema del «118» ed ai servizi d'emergenza, tematiche sulle quali si è svolto un breve dibattito.

Do ora la parola al dottor D'Ari per concludere la sua esposizione.

D'ARI. Signor Presidente, prima di rispondere ai quesiti che mi sono stati posti nel corso dell'audizione del 4 dicembre, desidererei fare alcune brevi precisazioni.

Nella scorsa seduta, quando dichiarai che le sale operatorie destinate ai trapianti nel 90 per cento dei casi non sono a regime, intendevo riferirmi all'esame preliminare svolto ai fini della concessione dell'autorizzazione. In sede di verifica, nel 90 per cento dei casi, vengono infatti effettuate delle prescrizioni, di cui alcune di estrema rilevanza ed altre di mero dettaglio, che consentono di condurre a norma le sale operatorie. È evidente che nessuna sala operatoria è autorizzata ad effettuare trapianti se non presenta caratteristiche conformi alla normativa vigente. Sentivo il dovere di chiarire questo aspetto perché dalla lettura del resoconto sommario del 4 dicembre poteva forse sorgere il sospetto che il 90 per cento delle sale operatorie deputate ai trapianti fossero fuori norma, il che sarebbe ovviamente gravissimo.

Riguardo poi alla condanna dell'Italia da parte della Commissione europea di giustizia per il mancato recepimento delle direttive sulla radioprotezione, desidero precisare che il nostro paese ha provveduto ad emanare la normativa di adeguamento evitando così il pagamento delle cospicue sanzioni previste nel caso di inadempimento da parte di un paese membro, sanzioni la cui entità dipende dal ritardo con cui ci si mette in regola.

Alla richiesta di chiarimento del Presidente in merito ad una sollecitazione che sarebbe giunta al Ministro della sanità da parte degli organi comunitari al fine di attivare su tutto il territorio nazionale ed in modo uniforme il sistema del «118», debbo rispondere che da quanto ho potuto verificare attraverso il Gabinetto del Ministro e l'ufficio legislativo, non risultano richieste formali in tal senso; è quindi probabile che si tratti di una sollecitazione rivolta direttamente al Ministro della sanità della quale gli uffici non sono a conoscenza.

Mi riservo comunque di approfondire questo aspetto al fine di acquisire anche presso il Ministro ulteriori notizie; resto a disposizione per eventuali chiarimenti sul servizio di emergenza.

Passo ora ad affrontare il problema dei trapianti e della terapia intensiva.

Come è noto, l'Italia è tra gli Stati europei quello che, pur dotato di professionalità e strutture di altissima qualità (che tutti ci invidiano), non è stato in grado finora di competere con la quasi totalità degli altri paesi in materia di donazioni di organi e quindi di trapianti.

Il paese che in pochi anni è riuscito più degli altri a raggiungere primati invidiabili per numero delle donazioni e dei trapianti è la Spagna. Il segreto del primato spagnolo è da attribuire soprattutto al modello organizzativo della donazione (in particolare la istituzione del coordinatore locale della donazione) ed al potenziamento dei servizi di rianimazione e terapia intensiva.

Nel nostro paese la situazione delle attività di prelievo e di trapianto di organi è riassunta in un opuscolo che l'Istituto superiore di sanità pubblica annualmente. Come si potrà osservare in quel documento accompagnato da un breve commento, i dati del 1996 confermano una tendenza positiva iniziata nel 1992; negli ultimi cinque anni di attività il numero dei donatori è raddoppiato (11 donatori per milione di abitanti) e comunque l'Italia resta molto lontana dagli altri paesi europei (la Spagna ha il primato per quanto riguarda il numero di donatori: 27 per milione di abitanti; l'Austria 25; la Francia 15,1; il Regno Unito 14,4 e la Germania 12,7). Debbo dire che la situazione riferita alle regioni italiane è molto differenziata; infatti, abbiamo un nucleo di regioni, tra cui Lombardia e Veneto, che si attestano al livello medio europeo (15).

L'incremento del numero dei trapianti nel 1996 rispetto al 1995 (anno in cui si è verificato un incremento *record* per l'effetto indotto dalla tragica storia di Nicholas Green), è più contenuto; per quelli di cuore si registra oltretutto una lieve flessione. Al contrario, se si confrontano i dati relativi al primo semestre 1997 con quelli del corrispondente semestre del 1996, si rileva una generalizzata – anche se non rilevante – flessione sia per numero di donatori utilizzati, con un calo di 12 unità (da 336 a 323), sia per trapianti: per quelli di rene si riscontra una flessione di 13 unità (da 692 a 679), per quelli di cuore di 5 (da 176 a 171), per quelli di fegato di 11 (da 228 a 217), infine per quelli di rene-pancreas di 4 (da 13 a 9). È augurabile che tale tendenza negativa possa essere superata nel secondo semestre dell'anno in corso.

La situazione negativa generale di insufficienza di organi è comunque difficilmente superabile senza nuove disposizioni sulla organizzazione dei prelievi e sui servizi di terapia intensiva.

Il vigente impianto normativo, prescindendo dalla disciplina del consenso alla donazione degli organi, che incide relativamente, non agevola, infatti, il decollo del settore.

Le disposizioni che regolano la materia sono a conoscenza della Commissione e quindi non è il caso di esporle, tuttavia desidero sottolineare alcuni aspetti. La base normativa della vigente disciplina dei prelievi e dei trapianti è ancora rappresentata dalla legge 2 dicembre 1975, n. 644, dal decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409 e da quello successivo del 9 novembre 1994, n. 694 che sostanzialmente non ha modificato la normativa in materia, in quanto si è trattato di un regolamento di semplificazione delle procedure che – ripeto – non ha toccato la sostanza della norma. Occorrono ancora specifiche autorizzazioni ministeriali, rilasciate ai centri di trapianto, riguardanti sia le *équipe* dei sanitari che le sale operatorie ed i locali di terapia intensiva post-trapianto.

I centri attualmente autorizzati sono elencati, con gli estremi del provvedimento di autorizzazione, in un prospetto che lascerò alla Segreteria della Commissione. In sintesi, sono autorizzati: 32 centri di trapianto di reni; 14 di cuore; 16 di fegato; 7 di polmone; 9 di cuore-polmone; 6 di pancreas; 12 di rene-pancreas. Sono state altresì rilasciate 31 ulteriori autorizzazioni per il trapianto di parti di cadavere (cute, aorta, segmenti vascolari, ossa, eccetera).

Pertanto, si può affermare che il problema non è costituito dal numero di centri – in rapporto alla popolazione e soprattutto al numero dei donatori essi sono più che sufficienti – ma dalla scarsa entità delle donazioni.

Nonostante la normativa sopra richiamata individui nei reparti di rianimazione i luoghi principalmente deputati al reperimento degli organi (essendo i donatori soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a pratiche rianimatorie nelle quali sia stato accertato, ai sensi di legge, uno stato clinico di «morte cerebrale»), non prevede incentivi particolari o assetti organizzativi ottimali delle rianimazioni tali da assicurare una sufficiente quantità di organi per il trapianto.

Va inoltre considerato che il regolamento di attuazione della legge (articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 409 del 1977) si limita a prevedere che il personale di diagnosi, cura e assistenza necessario all'espletamento delle funzioni e dei servizi di prelievo e trapianto: «è tenuto a prestare la sua attività nell'ente o istituto anche oltre il normale orario di servizio, di cui agli articoli 19 e 23 del D.P.R. n. 130 del 1969». Questo – ripeto – rappresenta l'unico incentivo per favorire e agevolare la donazione degli organi.

Solo nel 1990, con la legge 13 luglio 1990 n. 198, è stata abolita l'autorizzazione ministeriale per il prelievo; tutti gli ospedali dotati di reparti di rianimazione e di chirurgia generale sono tenuti attualmente a svolgere attività di prelievo. La comunicazione è data dalle direzioni sanitarie, e questo è stato, al di là di quello che può sembrare, un incenti-

vo per una maggiore responsabilizzazione della direzione sanitaria e quindi dell'ospedale in senso complessivo nell'individuazione di possibili donatori, nella predisposizione di tutte le operazioni necessarie, una volta acquisito l'assenso per il prelievo, ivi compreso il rapporto estremamente delicato con i familiari del donatore.

Dal 1977 ad oggi la più importante innovazione legislativa si è avuta con la legge 29 dicembre 1993, n. 578 ed il relativo decreto attuativo sull'accertamento e la «certificazione di morte» e sulle relative modalità tecnico-strumentali-esecutive per accertare la morte «cardiaca» e la morte «cerebrale». L'accertamento della morte è un atto dovuto nei confronti di tutti i cittadini, sia quelli che hanno manifestato la volontà di donare gli organi sia quelli che tale volontà non hanno manifestato. Le disposizioni contenute in questi provvedimenti, abbreviando il periodo di osservazione del cadavere da dodici a sei ore e fornendo nel contempo parametri di certezza clinico-scientifica – prima non è che non ci fossero ma comunque erano risultati insufficienti – al collegio di accertamento della morte, hanno decisamente contribuito all'evidente incremento della disponibilità di organi registrato in Italia negli ultimi tre anni.

Il piano sanitario nazionale ha fornito indicazioni, suggerimenti e sollecitazioni, prime fra tutte la realizzazione di un sistema di emergenza sanitaria e la predisposizione di un'adeguata rete di servizi di rianimazione e terapia intensiva dotata di attrezzature e posti letto tali da uniformarsi alle medie europee (un livello di almeno il 3 per cento circa del totale dei letti disponibili per malati acuti).

Nel 1996 i posti letto delle strutture di terapia intensiva erano 3.134 nelle strutture pubbliche e 120 in quelle private convenzionate; i posti letto di terapia intensiva neonatale erano 1.553 nelle strutture pubbliche e 13 nelle strutture private convenzionate, come è possibile evincere dal prospetto che lascio agli atti della Commissione. Il potenziamento delle rianimazioni, e quindi la riforma del sistema delle terapie intensive, è uno degli aspetti strategici essenziali per modificare l'attuale situazione. In attesa di questo potenziamento una più razionale ed adeguata utilizzazione dei posti di rianimazione esistenti costituisce uno degli obiettivi prioritari, come anche evitare le prestazioni in proprio, ossia quelle che non richiedono la funzione rianimatoria in senso stretto.

Il numero dei posti letto per la terapia intensiva in Italia è percentualmente troppo basso (viaggiamo nell'ordine dell'1,50-1,60 per cento) rispetto al numero dei posti letto per acuti. È necessario raggiungere almeno il livello del 3 per cento e modulare i posti letto della terapia intensiva in almeno due livelli (intensivo e sub-intensivo), come d'altra parte è suggerito dal piano sanitario nazionale. Si tratta, in concreto, di portare la dotazione di posti letto di terapia intensiva ad almeno 7.000 posti, riservandone circa la metà alla terapia sub-intensiva.

Un gruppo di lavoro, costituitosi nell'ambito della consulta tecnica permanente per i trapianti presso l'Istituto superiore di sanità, dietro richiesta del Ministro della sanità ha predisposto un progetto finalizzato al potenziamento delle rianimazioni, in particolare quelle collegate alle neurochirurgie che rappresentano, al di là di tutto, il momento di riferi-

mento giusto delle donazioni. Il progetto è stato approvato dalla consulta il 9 settembre 1996 e si articola su due linee direttrici. Una, di più immediata attuazione, prevede il potenziamento assistenziale del neuroleso grave, attraverso un incremento dei posti letto delle rianimazioni di ospedali nei quali sono attivi reparti o divisioni di neurochirurgia (in ragione di un posto letto ogni 250.000 abitanti, per un totale di 237 posti suddivisi per regioni), in considerazione che le osservazioni di morte cerebrale si effettuano per l'80 per cento presso rianimazioni collegate con neurochirurgie. Il loro rafforzamento permetterebbe un numero maggiore di osservazioni e quindi di prelievi di organi per una spesa complessiva calcolata in circa 118,5 miliardi. L'altra linea, quella di un piano globale per il potenziamento della rete di rianimazioni italiana, presuppone l'adeguamento dei posti letto dell'area intensiva al 3 per cento del totale dei posti letto della rete ospedaliera e questo comporterebbe oneri finanziari molto rilevanti.

Per quanto riguarda gli aspetti finanziari, in quella sede era stata prospettata tra l'altro anche l'assoluta necessità di rivedere ed aggiornare i DRG dei vari trapianti e la possibilità di riconoscere un fondo di compensazione economica finalizzato alle osservazioni ed ai prelievi nonché a fini di incentivazione per l'*équipe* di sanitari incaricati delle operazioni relative.

La proposta del gruppo di lavoro ha ricevuto dal Ministro la massima attenzione ma non ha trovato tuttavia ancora possibilità di pratica attuazione per mancanza di risorse finanziarie.

Invece, le proposte per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni ospedaliere sono state già recepite con il decreto ministeriale 30 giugno 1997, n. 178. Il decreto prevede, oltre alla maggiorazione di alcune tariffe di prestazione di trapianto, anche che le regioni e province autonome predispongano programmi finalizzati di finanziamento mediante i quali remunerare alcune attività, quali le attività di emergenza e urgenza, le attività di trapianti di organi, ivi comprese le attività di mantenimento e di monitoraggio del donatore in terapia intensiva, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori. Queste attività non potrebbero mai rientrare nei DRG in senso stretto perché devono essere remunerate direttamente dalla regione.

Il disegno di legge n. 4100, recante: «Nuove norme sulla organizzazione dei prelievi e di trapianti di organi e tessuti da cadavere», approvato in un testo unificato dalla 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanità) del Senato della Repubblica, ed ora all'esame della Camera dei deputati, prevede e conferma, all'articolo 3, comma 2, questa esigenza di potenziamento dei dipartimenti di urgenza ed emergenza e dei centri di rianimazione, con particolare riguardo a quelli dove, accanto alla rianimazione, sia presente anche un reparto neurochirurgico.

Per quanto concerne in particolare le rianimazioni, una soluzione organica – ossia un progetto organico con appositi finanziamenti – sarebbe ovviamente da preferire. Comunque anche una soluzione intermedia come quella risultante dal gruppo di lavoro della consulta, se realiz-

zata in tempi brevi, potrebbe, unitamente all'istituzione del «coordinatore della donazione» (che può essere istituito in via amministrativa dalle stesse regioni, come in alcuni casi sta già accadendo), consentire nell'attività di prelievo e di trapianto il raggiungimento di un livello certamente più europeo da parte dell'Italia.

La generalizzata carenza di medici specialisti in anestesia e rianimazione ha contribuito a limitare la funzionalità delle rianimazioni già esistenti. Il decreto in corso sulla programmazione triennale dei medici specialisti aumenta il numero delle borse di studio da 277 - previste nel periodo 1996-1997 - a 428 in modo da coprire non solo tutti i posti previsti dagli statuti delle scuole, ma anche alcuni posti in soprannumero da attribuire successivamente in relazione alle effettive possibilità formative delle singole scuole (secondo quella che sarà la rete formativa concordata a livello locale tra scuole, università e singole regioni). A questi posti si aggiungono - è opportuno ricordarlo - tutte le borse di studio finanziate dalle regioni; inoltre il decreto sulla programmazione prevede espressamente l'ammissione, in soprannumero, alle scuole di specializzazione del personale di ruolo delle aziende sanitarie coinvolte nella formazione. Non dobbiamo dimenticare che sono migliaia gli anestesisti e i rianimatori privi di specializzazione che lavorano nelle strutture pubbliche. L'attuale normativa per il primo livello dirigenziale non prevede come obbligatoria la specializzazione. Si tratta, in definitiva, di riqualificare il personale all'interno di tali strutture.

Per quanto concerne il problema dei trapianti all'estero, il Ministero non dispone dei dati relativi al numero dei trapianti effettuati ma soltanto di quelli relativi alle autorizzazioni concesse per la cura e l'effettuazione di terapie che rientrano nell'ambito dei trapianti. Nel 1996, su 6.000 autorizzazioni emesse dalle USL, il 48 per cento si riferiva ai trapianti del rene, il 43 per cento ai trapianti di fegato, il 3 per cento ai trapianti di cuore e un altro 3 per cento ai trapianti di rene-pancreas.

I paesi verso i quali è diretto il flusso migratorio sono la Francia (57 per cento), il Belgio (33 per cento), la Gran Bretagna (5 per cento), la Germania (3 per cento).

La regione che ha concesso il maggior numero di autorizzazioni - non in senso assoluto ma in rapporto alla popolazione - è la Campania (40 per cento), seguita dalla Sicilia (13 per cento), dalla Puglia (8 per cento) e dalle regioni Piemonte, Lombardia e Calabria (4 per cento).

La generalizzata carenza di organi e la flessione verificatasi negli ultimi tempi in Europa in materia di prelievi hanno provocato, come è stato riportato anche dalla stampa, il blocco dell'iscrizione di nostri connazionali nelle liste di attesa di alcuni paesi europei. Ciò conferma l'urgenza di approvare quei provvedimenti che sono già all'esame del Parlamento e la necessità di iniziative incisive per il potenziamento delle terapie intensive e delle rianimazioni.

Abbiamo cercato di superare tale blocco anche attraverso un intervento diretto del Ministro della sanità presso i corrispondenti ministri di Belgio e Francia. Purtroppo però l'organizzazione che si occupa del prelievo e dell'attribuzione degli organi è l'Eurotransplant, un'associazione con natura giuridica privata, sia pure a carattere sovranazionale, che non

ha accettato di derogare ad una norma di carattere generale. Va però sottolineato che di fatto l'associazione non ha ancora cancellato dalle sue liste i nostri connazionali.

In quegli Stati la carenza di organi ha fatto scattare una preclusione nei nostri confronti, su sollecitazione anche delle popolazioni locali. In Francia, in alcune realtà ospedaliere il 30 per cento dei posti è destinato a nostri connazionali. Per un certo periodo la Francia, allo scopo di regolare la materia, aveva stabilito che solo il 15 per cento degli organi potesse essere destinato agli italiani: quella che poteva sembrare una limitazione si è rivelato un grosso vantaggio che ci ha consentito di avere un circuito privilegiato.

Purtroppo la flessione generalizzata delle donazioni ha costretto tale autorità a chiudere le frontiere. Non è neanche possibile intervenire al riguardo sollevando un problema di violazione delle norme di disciplina comunitaria, perché – ripeto – l'Eurotransplant è un'associazione di diritto privato e, in quanto tale, non sono possibili pressioni.

Allo stato attuale questo è quanto posso riferire.

PRESIDENTE. Passiamo alla relazione successiva. Do la parola al dottor Zotta.

ZOTTA. Signor Presidente, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) sono strutture del Servizio sanitario nazionale in qualche modo uniche, poiché in esse si conciliano ricerca scientifica e assistenza.

Tali strutture forniscono ad organi ed enti del Servizio sanitario nazionale supporto tecnico e operativo per l'esercizio delle loro funzioni e per il perseguimento degli obiettivi del piano sanitario nazionale in materia di ricerca sanitaria, nonché in materia di formazione e aggiornamento del personale.

Da tale definizione degli istituti scientifici emerge l'esistenza di un rapporto spesso difficile da portare avanti: quello tra assistenza e ricerca. Questa affermazione nasce dalla constatazione che oggi l'assistenza, ai sensi degli articoli 117 e 118 della Costituzione, è demandata alle regioni che provvedono anche al suo finanziamento; la ricerca invece rientra tra i compiti dello Stato e i relativi finanziamenti provengono dal fondo sanitario nazionale che, in base all'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992, destina l'1 per cento delle sue risorse a tale scopo.

Attualmente Stato e regioni hanno nei confronti di questi istituti un rapporto non del tutto chiaro sia sul piano dei controlli e della vigilanza che su quello dei finanziamenti. Su tale aspetto vi sono spesso incomprensioni, dal momento che circa il 90 per cento del finanziamento di tali istituti concernendo l'assistenza è di competenza regionale, mentre soltanto il restante 10 per cento compete allo Stato.

I dati strutturali relativi alla ricerca scientifica svolta dagli istituti di ricovero e cura, con particolare riguardo agli aspetti finanziari, sono contenuti in un documento che lascerò a disposizione della Commissione.

Quanto alla distribuzione di tali istituti sul territorio nazionale, attualmente ve ne sono 31, di cui 15 pubblici e 16 privati. La ripartizione pertanto è pressoché uguale. Gli ultimi riconoscimenti risalgono al 1992, sebbene recentemente vi sia stato il riconoscimento, nel 1995, di due istituti lombardi, l'Istituto europeo oncologico e il Fatebenefratelli di Brescia. Dopo tali riconoscimenti, la conferenza Stato-regioni, che è l'organismo consultivo al quale si deve ricorrere per poter emanare i decreti di riconoscimento, ha espresso un voto nel quale invitava il Governo a soprassedere su nuovi riconoscimenti fino a quando non fosse stata emanata la normativa di riordino degli istituti scientifici.

La maggior parte degli istituti è presente al Nord e al Centro del nostro paese, riflettendo un dato culturale evidente: l'attività di ricerca si svolge prevalentemente al Nord e al Centro. Si tratta però di un circolo vizioso perché il Meridione non può decollare se viene privato del supporto necessario ad ottenere nuovi riconoscimenti. Probabilmente la nuova normativa dovrà realizzare una diversa programmazione.

Prendiamo ad esempio l'oncologia, il settore tradizionalmente trainante degli istituti scientifici. I primi istituti oncologici sono nati nel 1922 a Milano (Istituto tumori) e a Roma (Regina Elena). Successivamente sono sorti altri istituti a Genova, ad Aviano (Centro di riferimento oncologico), a Napoli (Pascale) e infine il Centro oncologico di Bari, ultimo baluardo del Meridione.

Abbiamo poi regioni come la Puglia, la Calabria, la Sicilia e la Sardegna con un bacino di utenza completamente scoperto. È forte pertanto la richiesta che in futuro si possano creare istituti scientifici che rappresentino nel Meridione nuovi baluardi per la ricerca.

Ai sette istituti di oncologia si aggiungono i nove delle neuroscienze. Tuttavia, solo l'Istituto Besta di Milano è un organismo pubblico, gli altri otto sono privati. Li ricordo: sono il Santa Maria Nascente, più noto come «Don Gnocchi»; l'istituto Medea; lo Stella Maris a Calabrone, vicino Pisa; il Santa Lucia a Roma; il Neuromed a Pozzilli; infine, l'Oasi di Troina (Enna), l'unico istituto siciliano di ricovero e cura a carattere scientifico.

Per quanto concerne il settore pediatrico abbiamo tre istituti storici: il Gaslini di Genova; il Burlo Garofalo di Trieste ed infine il Bambino Gesù di Roma, anche se con quest'ultimo soggetto i rapporti sono disciplinati addirittura da una legge (la n. 187 del 1995), perché facendo parte dello Stato del Vaticano gode dell'extraterritorialità.

Per quanto riguarda poi gli altri settori, abbiamo ancora due istituti nel campo della dermatologia, ossia l'Istituto dermatologico dell'Immacolata e il San Gallicano, entrambi di Roma.

In merito ai rapporti con i policlinici universitari – mi riferisco ad esempio all'Ospedale maggiore e al Policlinico San Raffaele di Milano e al Policlinico San Matteo di Pavia – debbo dire che essi sono ulteriormente complicati dalla presenza al loro interno di facoltà di medicina, e da questo punto di vista si renderà necessario definire esattamente i termini dell'autonomia degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico rispetto all'autonomia universitaria; si tratta di problemi attuali che la legge di riordino dovrà sicuramente affrontare.

Tornando agli istituti, vi sono quello ortopedico di Bologna, il famoso «Rizzoli»; l'INRCA di Ancona, un istituto geriatrico con ben nove sedi regionali e quindi con grosse potenzialità, soprattutto tenuto conto delle problematiche legate all'invecchiamento e degli obiettivi che si pongono per il 2000 in merito allo studio dell'anziano; la Fondazione Maugeri di Pavia che si occupa essenzialmente di patologie professionali, di riabilitazione e in generale di medicina del lavoro; l'Istituto Monzino di Milano che è privato; infine, nel Meridione si collocano due realtà molto interessanti, mi riferisco alla Casa sollievo della sofferenza di San Giovanni Rotondo, l'istituto di Padre Pio, che ha il riconoscimento per quanto riguarda il settore delle malattie genetiche ed eredo-familiari e all'istituto De Bellis di Castellana Grotte che si occupa di patologie gastroenterologiche.

Questa è una panoramica molto generale, da cui risulta però con evidenza il fatto che gli istituti scientifici sono stati riconosciuti in prevalenza nel Nord e nel Centro del nostro paese; si individua pertanto la necessità di una maggiore programmazione per il futuro.

Per quanto riguarda le norme di riferimento che disciplinano gli istituti scientifici, debbo dire che si riscontra un gravissimo ritardo; infatti, ancora oggi si applicano l'articolo 42 della legge n. 833 del 1978 ed il relativo decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 31 luglio 1980, in materia di ordinamento, controllo e finanziamento degli istituti scientifici.

Si tratta di un grave ritardo perché nel frattempo si è avuto il riordino del Servizio sanitario nazionale attraverso i decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993 e quindi l'introduzione dei principi di aziendalizzazione, che tuttavia gli istituti non hanno ancora potuto recepire nonostante siano considerati enti pubblici nazionali, ossia di valenza nazionale.

Tale ritardo ha comportato difficoltà di gestione soprattutto all'interno degli istituti pubblici, in quanto quelli privati, godendo di ampia autonomia, si sono potuti costantemente riorganizzare, non essendo appunto vincolati da rigide normative.

È vero che nel 1993 fu emanato il decreto legislativo n. 269 di riordino degli istituti scientifici, però non è mai stato applicato dal momento che non sono stati ancora emanati i due regolamenti attuativi a causa di alcuni rilievi della Corte dei conti e successivamente a seguito della decisione della Corte costituzionale (sentenza n. 338 del luglio 1994) che hanno di fatto bloccato la possibilità di emanazione di tali regolamenti. La sentenza della Corte costituzionale è nata da una impugnativa delle regioni Lombardia ed Emilia Romagna presentata al fine di una migliore definizione delle reciproche competenze tra Stato e regioni in tema di istituti scientifici.

Tale decisione è molto interessante perché con essa la Corte costituzionale ribadisce ancora una volta che il connotato essenziale degli istituti scientifici è la ricerca ai cui principi l'assistenza deve essere comunque subordinata: in questo passaggio sta a mio avviso tutta la difficoltà di tradurre tali principi in una legge ordinaria.

Dal 1993 il Governo ha ritenuto di dover rivedere tutta la materia proprio alla luce delle indicazioni sia della Corte dei conti che della Corte costituzionale ma, contestualmente, anche di commissariare gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che di fatto sono ad oggi commissariati dal 1° luglio 1994. Ebbene, nonostante che tale commissariamento avrebbe dovuto rappresentare una fase del tutto straordinaria e siano trascorsi più di tre anni e mezzo, di fatto la situazione permane. Il motivo è evidente, dal momento che la legge di riordino non è stata emanata; senza ripercorrere l'iter di questi tre anni nel corso dei quali sono stati emanati vari provvedimenti, va detto che da ultimo è stato presentato dal Governo un disegno di legge (atto Camera n. 3856 del 12 giugno 1997) con l'obiettivo di chiarire tutti questi aspetti. L'esame del suddetto provvedimento dovrebbe iniziare a gennaio presso la Commissione sanità dell'altro ramo del Parlamento, e da quanto so è stato costituito un Comitato ristretto; quindi l'auspicio è che si provveda rapidamente all'approvazione di questo disegno di legge.

Inoltre, è stato preso da parte del ministro Bindi l'impegno di porre termine al regime di commissariamento - uno stato di precarietà che coinvolge tutti gli istituti che, come ripeto, sono ancora disciplinati dalle vecchie disposizioni previste nella legge n. 833 del 1978 - dando al più presto vita ad una nuova legge che si ispiri ai principi contenuti nel decreto legislativo n. 502 del 1992. L'importante è che si trovi un momento di chiarezza nel rapporto tra Stato e regioni riguardo i finanziamenti e il controllo di questi enti ed istituti.

PAPINI. Signor Presidente, desidererei avere alcuni chiarimenti in merito alla tabella relativa ai finanziamenti per la ricerca a favore degli IRCCS. Secondo i dati forniti dal dottor Zotta, l'incidenza della ricerca da un punto di vista economico-finanziario è quantificata in un 10 per cento, mentre nel documento in nostro possesso questo dato non risulta esattamente in questi termini. Vorrei quindi che il dottor Zotta fornisca alcune delucidazioni in tal senso.

ZOTTA. L'indicazione del 10 per cento deriva dal dato globale che si riscontra nel bilancio generale.

Faccio un esempio: il dato globale di finanziamento relativo all'Istituto tumori di Milano, per quanto riguarda l'anno 1996, è di circa 156 miliardi e 100 milioni; la cifra che è stata corrisposta nel 1996 per la ricerca è in totale di 22 miliardi, quindi grosso modo si può parlare di un'incidenza che oscilla intorno al dato da me fornito.

PAPINI. Quindi nell'ultima colonna «0,14» significa un'incidenza del 14 per cento?

ZOTTA. Sì.

PAPINI. Allora il 10 per cento...

ZOTTA. Rappresenta il dato medio.

PAPINI. Mi scusi, dottor Zotta, non è che voglia contestare i dati, sto solo cercando di comprendere.

Se tutta la questione nasce da un forte riconoscimento della priorità dell'aspetto di ricerca e quest'ultima pesa per un 10 per cento sulle risorse in bilancio, questo dato una qualche riflessione la induce. L'ultima colonna è quella che dà l'indicazione significativa: da un lato vi sono molti buchi, dall'altro variazioni molto ampie tra i vari istituti (da un minimo del 3 per cento ad un massimo del 38 per cento).

ZOTTA. Senatore Papini, lei ha colto un elemento fondamentale. Purtroppo ci sono alcuni istituti – e lei ha notato proprio il 3 per cento dell'Istituto oncologico di Bari – che hanno una grande sofferenza. Noi da tempo stiamo pensando se chiudere o no quell'istituto, però se chiudessimo anche l'Oncologico di Bari, nel Meridione non avremmo più alcun istituto di questo tipo. Certamente il dato riflette la produttività scientifica dell'istituto, perché i parametri sono ben chiari.

PAPINI. Vorrei chiederle, se possibile, di fornire alla Commissione una tabella redatta in termini più completi: questa relazione è determinante per la comprensione del fenomeno. Vedo che molte righe non contengono dati.

ZOTTA. Le righe incomplete si riferiscono agli istituti privati che godendo di ampia autonomia non hanno l'obbligo per legge di trasmettere il proprio bilancio, mentre degli istituti pubblici, per i quali quest'obbligo sussiste, è stato possibile riportare il dato.

PAPINI. Vorrei poi sapere come vengono finanziati gli istituti pubblici per la parte che non riguarda il profilo della ricerca, quindi per la parte di assistenza normalmente erogata, se secondo le norme previste dal decreto legislativo n. 502 del 1992 – quindi a prestazione – o in altro modo.

ZOTTA. Attualmente vengono finanziati con le stesse modalità previste per le altre strutture del Servizio sanitario nazionale, pur non essendosi riorganizzati all'interno in funzione di questi pagamenti a prestazione.

PAPINI. Quindi, sono pagati a prestazione?

ZOTTA. Certo, ormai rientrano nel regime globale di tutte le altre strutture. Non esiste più alcuna struttura nel pubblico che non segua un regime di pagamento a prestazione.

PAPINI. Però, i presidi ospedalieri all'interno delle USL non sono pagati in questo modo.

ZOTTA. Sì, ma questi hanno piena autonomia.

DE ANNA. Vorrei porre una domanda al dottor D'Ari, dopo una considerazione sul problema trapianti.

Mi congratulo per la sua relazione, che ha toccato tutti i punti focali e quelli che sono veramente i problemi dei trapianti. Lei, dottor D'Ari, ha accennato al fatto che in Italia i trapianti sono leggermente in flessione. Io mi occupo di trapianti. Il numero di centri – ormai è assodato – è più che sufficiente; addirittura bisognerebbe chiuderne qualcuno. Il problema focale è di *équipe*, nel senso che soprattutto le *équipe* anestesilogiche e rianimative non sono giustamente potenziate e adeguatamente retribuite. Questa seconda considerazione vale anche per le *équipe* chirurgiche. C'è una disomogenea attività di prelievi: scarsa o in certi posti nulla al Sud, abbondantemente sopra la media europea – maggiore del 15 per cento – al Centro e soprattutto al Nord.

Di fronte a questi problemi fondamentali vediamo che il Ministero ricorre a sistemi di potenziamento e a metodi di lavoro troppo generici, troppo a largo raggio, che alla fine diventano troppo costosi e non incidono sul modo di fare trapianti. Lei, dottor D'Ari, ha accennato al fatto che i posti nelle scuole di specializzazione di anestesia e rianimazione sono stati portati da 270 a più di 400, però noi abbiamo bisogno di rianimatori adesso. Questi anestesisti saranno specializzati tra cinque anni e saranno completamente formati e in grado di gestire un trapianto forse tra sette, otto anni.

A mio parere bisognerebbe agire in modo più mirato, addirittura secondo i bisogni specifici, laddove il trapianto si fa veramente, non dove esiste solo sulla carta. Le porto un esempio personale. Fino al 1992 ho lavorato all'Università di Udine – ero aiuto del professore Bresadola, che proprio in questi giorni è stato su tutti i giornali – dove abbiamo messo in piedi un centro trapianti iniziando da pancreas, reni e fegato. Dopo essere stato per cinque anni a dirigere l'Istituto di patologia chirurgica di Sassari, sono tornato a Udine e ho trovato un'*équipe* fiaccata, di gente demotivata; addirittura ci sono colleghi che devono partire con la propria macchina per andare a prelevare un fegato da Udine a Brescia e alla fine non vengono neppure retribuiti. Non è più allora questione di leggi, perché le leggi esistono, ne abbiamo licenziata una – direi ottima – da poco tempo che mette l'Italia sicuramente a livello europeo e mondiale per quanto concerne la donazione e i trapianti; è una questione di regolamenti. Bisogna che il Ministero e soprattutto il Ministro capiscano che bisogna far funzionare quei centri dove il trapianto si fa veramente e per quelli emani dei regolamenti che permettano alle regioni e soprattutto ai *manager*, ai direttori generali di quelle aziende, di incentivare, potenziare e retribuire adeguatamente a livello europeo chi veramente si occupa di trapianti.

Credo che il dottor D'Ari – che conoscevo di fama avendolo sentito sempre nominare e che oggi ho avuto occasione di conoscere – abbia centrato veramente il problema. Adesso è una questione del Ministero; è inutile spendere miliardi per indottrinare 500 anestesisti in più che saranno pronti tra sette anni, quando sarebbe giusto spendere meno della metà per prelevare 20 anestesisti esperti e portarli nei centri dove i trapianti si fanno veramente.

CAMERINI. Vorrei precisare alcuni aspetti per quanto riguarda gli istituti di ricerca, ricovero e cura. Prescindendo dal fatto che credo che assistenza e ricerca devono essere strettamente correlate, anzi praticamente inscindibili, vorrei chiedere ai nostri ospiti quali sono le modalità e i criteri di distribuzione dell'1 per cento del fondo sanitario nazionale ai vari istituti e quale parte va a finire al di fuori degli istituti di ricovero e cura.

Secondo punto. Si è accennato ai rapporti tra policlinici universitari e istituti di ricovero e cura: come si connettono questi due sistemi?

Terzo punto. Considero un aspetto fondamentale di tutto il nostro agire – come del resto in ogni campo – la verifica dei risultati e le conclusioni che è opportuno trarre qualora si rivelino inadeguati. Nella tabella 1, relativa ai dati strutturali IRCCS, è possibile osservare, leggendo le cifre indicate nella colonna del finanziamento per la ricerca corrente 1996, che alcuni istituti ricevono finanziamenti irrisori o limitati.

Mi chiedo pertanto se esistono strumenti di verifica dei risultati della ricerca e qualora questi si dimostrino inadeguati o inaccettabili quali conseguenze se ne traggono. Affermare semplicemente che l'istituto di ricerca è a Nord o a Sud del paese mi sembra infatti del tutto irrilevante; il fattore fondamentale è trarre conclusioni rigorose, quando è evidente che i soldi investiti nella ricerca vengono praticamente dissipati.

In merito al tema dei trapianti siamo tutti d'accordo che le donazioni prima e i trapianti poi rappresentano un problema complesso. Al riguardo, nel nostro paese esistono differenze assai rilevanti tra Nord e Sud. Dai dati relativi alla regione da cui provengo, il Friuli-Venezia Giulia – mi dispiace doverla citare continuamente – risulta che in materia di donazioni essa è al di sopra degli *standard* europei.

Mi domando pertanto se siano stati effettuati degli studi in grado di indentificare seriamente quali siano i fattori determinanti nella differenziazione del numero di donazioni tra regione e regione e cosa si pensa di fare laddove esistono centri di trapianto per lo stesso organo nella stessa città, se non addirittura nello stesso ospedale.

Quarto e ultimo punto. Si è parlato di un determinato numero di centri di trapianto autorizzati; cosa accade quando essi non raggiungono un livello accettabile – ormai stabilito anche in base a *standard* internazionali – di risultati positivi? Qual è, pertanto, la conclusione che traete quando i risultati di un centro sono totalmente insoddisfacenti, vale a dire quando il tasso di mortalità è elevato?

PRESIDENTE. Colleghi, devo interrompere l'audizione perché è imminente l'inizio dei lavori dell'Aula e il presidente Mancino ha chiesto ai senatori di garantire la presenza del numero legale.

Le risposte ai quesiti posti dai senatori verranno rinviate pertanto alla prossima seduta. Prego i nostri ospiti di prendere nota delle richieste pervenute, perché da quelle partiremo nell'audizione che si terrà ormai il prossimo anno.

Colgo, inoltre, l'occasione per porgere a tutti i presenti gli auguri di buon Natale e buone feste.

Rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,40.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere preposto alla segreteria della Commissione parlamentare d'inchiesta sul sistema sanitario*

DOTT. GIANCARLO STAFFA