



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio
sanitario nazionale**

ESAME DEL PROGRAMMA DELL'INCHIESTA SULL'ATTUAZIONE
DEL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE E DELLE EMERGENZE
SANITARIE CON RIPARTIZIONE DELLE SPESE

ESAME DEL PROGRAMMA DELL'INCHIESTA SUGLI ASPETTI
IGIENICO-SANITARI E GESTIONALI DEI POLICLINICI UNIVERSITARI
E DEGLI ALTRI OSPEDALI DI INSEGNAMENTO

ESAME DEL PROGRAMMA DELL'INCHIESTA SUL FUNZIONAMENTO
DEL SISTEMA NAZIONALE DI VERIFICA E CONTROLLO
SULL'ASSISTENZA SANITARIA (SIVEAS)

ESAME DEL PROGRAMMA DELL'INCHIESTA SUI COMA
NEUROVEGETATIVI, SULL'ASSISTENZA DOMICILIARE ED IL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE NELLE DIVERSE REALTÀ REGIONALI

5^a seduta: martedì 30 gennaio 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Esame del programma dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese

Esame del programma dell'inchiesta sugli aspetti igienico-sanitari e gestionali dei Policlinici universitari e degli altri ospedali di insegnamento

Esame del programma dell'inchiesta sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)

Esame del programma dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>
BIANCONI (FI)	14
BODINI (Ulivo)	10, 11
BOSONE (Aut)	14, 16
CAFORIO (Misto-IdV)	4, 12
CARRARA (FI)	5
CURSI (AN)	4, 8, 11 e <i>passim</i>
EMPRIN GILARDINI (RC-SE)	15
FAZIO (Ulivo)	6, 7
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA)	10
MONACELLI (UDC)	13, 16

N.B. Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Assistono alla seduta, ai sensi dell'articolo 23, comma 6, del Regolamento interno, i collaboratori, professor Carlo Signorelli, signora Maria Cosola, Luogotenente Gaetano Caggiano, Maresciallo Capo Claudio Vuolo e Maresciallo Capo Simone Vacca.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 24 gennaio 2007 si intende approvato.

COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Prima di passare agli argomenti iscritti all'ordine del giorno, vorrei dare alcune comunicazioni.

Sono state distribuite alcune schede recanti notizie sintetiche ma sicuramente approfondite, che sono state reperite dal Nucleo di polizia giudiziaria a supporto della Commissione a proposito di alcuni recenti fatti di cronaca accaduti presso Frosinone e Corigliano Calabro, dando in tal modo seguito alla delega conferita allo stesso Nucleo nell'ultimo Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi.

Tutte le schede, tranne l'ultima distribuita, sono state già oggetto di trattazione da parte dell'Ufficio di Presidenza, che ha determinato di mettere a disposizione dei commissari la documentazione raccolta e di programmare qualche riunione, non strettamente formale, nell'eventualità di avviare specifiche proposte di inchiesta da sottoporre poi al vaglio della Commissione.

L'ultimo appunto riguarda un fatto occorso il 28 gennaio, che quindi non faceva parte delle prime relazioni. Do lettura del rapporto la cui copia, peraltro, vi viene consegnata:

«In data 28 gennaio 2007, alle ore 6 circa, nei pressi dell'Ospedale di Moncalieri in provincia di Torino, decedeva il signor Benito Biscuola di anni sessantanove a seguito di probabile infarto. Poco prima, il signor Benito Biscuola, in partenza per una gita a Sanremo, aveva accusato malessere. L'autista del pullman chiedeva l'intervento del servizio 118. Visto che l'autoambulanza tardava ad arrivare, l'autista decideva di accompagnare personalmente il malcapitato in ospedale con il pullman ma, giunto ad alcune centinaia di metri (150 circa) dal nosocomio, per motivi di restringimento della carreggiata, era costretto a fermarsi. Raggiungeva a piedi il pronto soccorso e chiedeva l'intervento dei sanitari. Il personale del pronto soccorso, gli riferiva che il luogo in cui si trovava il paziente era troppo distante ed i sanitari non potevano allontanarsi dall'ospedale; gli suggerivano di far intervenire il 118 e gli prestavano una sedia a rotelle

per l'eventuale trasporto dell'infermo. Ritornato al pullman, ove nel frattempo era arrivata l'ambulanza del 118, apprendeva che il signor Benito Biscuola era deceduto. L'Azienda Sanitaria Locale apriva un'inchiesta sul caso per fornire una relazione sull'accaduto all'Assessorato Sanità della Regione Piemonte, mentre l'autorità giudiziaria dava corso alle indagini per addivenire ad eventuali responsabilità penali.»

CAFORIO (*Misto-IdV*). Signor Presidente, ritengo che questa Commissione si debba sicuramente interessare a queste problematiche. Mi sembra che sia ormai il secondo caso che, per formalismo eccessivo, comporta la morte di un individuo. Non è pensabile che un medico possa nascondersi dietro ad una posizione burocratica, trascurando il bene primario a cui egli dovrebbe guardare, che è quello relativo alla salute di un cittadino. Ritengo si debba prendere posizione e promuovere sicuramente un'inchiesta nel più breve tempo possibile.

CURSI (*AN*). Signor Presidente, sulla vicenda di Moncalieri ho avuto modo di essere interpellato telefonicamente da un'emittente televisiva il giorno stesso. Si tratta di un fatto drammaticamente inconsueto: richiamarsi, come è avvenuto, ad un mero regolamento e a mere competenze, se da un punto di vista strettamente burocratico e funzionale è corretto, diventa, dall'altro, sempre più difficile da spiegare ai cittadini. Ho letto anche l'intervista rilasciata dal sottosegretario Zucchelli, che a mio avviso si è lasciato prendere la mano nella difesa ad oltranza delle competenze specifiche riferite a quel fatto, affermando che probabilmente quel malato avrebbe dovuto essere trasferito e trasportato con il 118.

Faccio però presente che si tratta di una persona che sta per morire, a duecento metri dall'ospedale. Mi rendo conto che i contratti collettivi nazionali di lavoro e le competenze specifiche che spettano al pronto soccorso sono quelli che sono, ma forse sarebbe opportuno un comportamento diverso. Mi ha fatto piacere leggere ieri un'intervista del ministro Turco che invocava il buon senso rispetto ad avvenimenti come questo. Rivolgo, pertanto, un invito: se il Presidente dovesse decidere di proseguire e acquisire anche la documentazione relativa a questo episodio, sarebbe opportuno chiarire fino in fondo chi deve fare cosa in tali evenienze particolarmente drammatiche.

PRESIDENTE. Accolgo le richieste dei senatori Caforio e Corsi. Siamo attraversando un drammatico momento: da un lato vi sono regole che obbligano a determinati comportamenti e che espongono a rischi medico-legali gravi gli operatori sanitari e le strutture sanitarie, dall'altro questioni di necessità suggerirebbero comportamenti più flessibili.

Voglio anche ricordare che il compito della Commissione non è sovrapporsi all'azione della magistratura per casi che abbiano il carattere di individualità, ma scegliere casi che abbiano il carattere di maggiore diffusione, che siano paradigmatici di realtà a livello nazionale. In questo senso penso sia più opportuno – mi riservo di avanzare proposte prima all'Uffi-

cio di Presidenza, poi alla Commissione – fare la somma (che comincia ad essere numericamente significativa) degli eventi che si stanno verificando in questi giorni. Venendo in Commissione ho avuto occasione di ascoltare un telegiornale in cui, ancora oggi, erano segnalati due gravissimi casi di malasanità.

In relazione a ciò comunico che è mia intenzione sensibilizzare il Presidente del Senato circa l'opportunità di prevedere un adeguato potenziamento dei mezzi e delle dotazioni della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Sistema sanitario nazionale.

(Non essendovi ulteriori osservazioni, la Commissione prende atto).

Esame del programma dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la proposta di programma dell'inchiesta sull'attuazione del Piano nazionale della prevenzione e delle emergenze sanitarie con ripartizione delle spese.

Comunico che oggi, oltre ai nostri abituali collaboratori, sono presenti anche la signora Maria Cosola, nostra consulente e il professor Carlo Signorelli, che potrà essere consultato in merito agli schemi distribuiti.

Do quindi la parola al relatore, senatore Carrara.

CARRARA (FI). Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (contraddistinto dall'acronimo CCM), istituito nel 2004, ha tra i suoi compiti quello di far fronte alle emergenze sanitarie e di coordinare con le Regioni i piani di prevenzione attiva per i quali sono stati messi a disposizione 440 milioni di euro per tre anni, dal 2005 al 2007.

Per l'attività e il funzionamento del CCM, ivi comprese le spese per il personale, è stata inizialmente prevista una spesa di 32.650.000 euro per l'anno 2004, 25.450.000 per l'anno 2005 e 31.900.000 euro a decorrere dall'anno 2006.

Quanto all'acquisizione di documenti, di notizie e di informazioni, si acquisiranno gli atti di intesa e altri documenti della Conferenza Stato-Regioni sul CCM (in particolare i criteri di nomina dei rappresentanti regionali, la proposta di istituzione dei CCM regionali e le distribuzioni economiche).

Quanto alle Direzioni generali delle sanità delle Regioni e delle Province autonome, procederemo all'acquisizione dei piani programmatici delle Regioni su attività di prevenzione e a verifiche sull'attuazione del Piano.

Per quanto riguarda il Ministero della salute, provvederemo all'acquisizione della proposta sulla nuova riorganizzazione del CCM con sedi regionali e della relazione e dei dati sull'attribuzione dei 440 milioni di euro per il Piano nazionale della prevenzione, oltre alle risorse economiche vincolate e a quelle da quota indistinta di cui alla delibera CIPE, ai sensi dell'articolo 1, della legge n. 662, del 1992.

Al Ministero dell'economia e delle finanze, invece, chiederemo i documenti relativi agli stanziamenti e alle spese per i CCM con le rendicontazioni degli anni 2005 e 2006.

Infine, acquisiremo le eventuali interrogazioni parlamentari sul CCM.

Procederemo poi a libere audizioni, testimonianze e confronti. A tal fine si organizzeranno incontri con il ministro della salute, senatore Livia Turco; con il direttore generale del CCM, dottor Donato Greco; con l'ex assessore regionale veneto, dottor Gava; con il coordinatore degli assessori regionali alla sanità per la Conferenza dei presidenti delle Regioni nonché vice presidente del comitato di indirizzo del CCM, dottor Enrico Rossi; con il coordinatore del comitato scientifico del CCM, professor Pietro Crovari; con il direttore del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri e membro del Comitato strategico di indirizzo del CCM, dottor Guido Bertolaso.

Si procederà poi all'audizione dei rappresentanti delle Direzioni generali della sanità di un campione di Regioni italiane con diverse caratteristiche. Abbiamo ipotizzato il Veneto, la Lombardia, la Sicilia, il Piemonte, il Friuli-Venezia Giulia e la Liguria.

Infine, organizzeremo anche alcune visite e sopralluoghi fuori sede.

PRESIDENTE. Con riferimento all'argomento in oggetto, faccio presente che, in occasione del seguito dell'audizione la prossima settimana del capo del Dipartimento della protezione civile, dottor Guido Bertolaso, potremo conoscere la posizione dello stesso sugli aspetti concernenti l'inchiesta in argomento e segnatamente la relazione del CCM.

FAZIO (*Ulivo*). Signor Presidente, vorrei capire se l'argomento che intendo affrontare si inserisce nel filone d'inchiesta ora esaminato oppure se ne vada aperto un altro.

I sopralluoghi dei NAS hanno messo in luce come la Calabria e la Sicilia detengano la palma degli episodi di malasanità. Alla luce di ciò, ritengo che sulla situazione sanitaria delle due Regioni vada svolto un approfondimento mirato. Non è la prima volta che emergono simili situazioni; esistono, infatti, problemi strutturali forti e di utilizzo delle risorse. Ripeto, non so se questo discorso si inserisce nell'inchiesta ora esaminata; comunque, in caso contrario, facendomi interprete e promotore di tale iniziativa, proporrei di avviare un'attività a parte. Pongo il problema solo dal punto di vista procedurale.

PRESIDENTE. Senatore Fazio, non ho nulla da obiettare in merito alla sua richiesta, che peraltro condivido. Tuttavia, certamente non per sua cattiva volontà, la trovo non perfettamente informato di quello che è avvenuto nel frattempo nella Commissione e quindi mi permetterò d'illustrarglielo, lasciando poi il compito di ulteriori approfondimenti al suo Capogruppo.

Abbiamo stabilito un metodo secondo cui le proposte di inchiesta (oggi ce ne sono quattro in calendario) sono illustrate in uno schema,

che viene sottoposto al vaglio dell'Ufficio di Presidenza; indi le proposte approvate vengono esaminate dalla Commissione che, di volta in volta, stabilirà chi e quanti debbano esserne i relatori; questi ultimi illustrano lo schema cui, se approvato, si dà esecuzione. Chiaramente, nell'ambito degli schemi proposti, si possono avanzare molte proposte, purché ovviamente pertinenti. Ognuno è libero di presentare una proposta, ma la Commissione stabilirà successivamente se essa è pertinente o meno.

Non v'è dubbio che in tale *iter* si inserisce il problema da lei ricordato circa la sovrapposizione di particolari emergenze. In proposito, anche se abbiamo sostenuto che lo spirito della Commissione non è inseguire i fatti di cronaca o i problemi di carattere individuale, riconosciamo che è pur sempre dovere di questa Commissione informarsi a fondo e capire perché proprio tali vicende, che emergono talvolta, forniscono spunti importanti sulle questioni da osservare. Al riguardo il metodo è un po' diverso, perché noi (con ciò intendendo la Commissione con i suoi uffici e i suoi consulenti) cerchiamo di tenerci al passo con i tempi mantenendoci informati su tali avvenimenti, acquisendo notizie più specifiche e approfondite, anche in virtù delle nostre potestà, direttamente dalle procure e da quanti si interessano a ciò.

Proprio in merito, nell'ultima riunione dell'Ufficio di Presidenza era stata fatta presente una serie di argomenti, riproposti in apertura di seduta e a cui se ne sono collegati altri più recenti. Avevo addirittura dichiarato di esserne venuto a conoscenza dalla televisione, poco prima di venire qui in Senato.

In pratica, la Commissione ha dato al Presidente l'incarico di redigere una proposta d'inchiesta che leghi questi avvenimenti o almeno quelli che si riconducono a una matrice di interesse comune alle stesse vicende, ma questo, comunque, sarà valutato in seguito. Il Presidente ha proposto e ottenuto anche di richiedere, proprio per essere adeguati nel tempo e nello spazio su tali vicende, un aumento dei mezzi resi disponibili per questa Commissione al Presidente del Senato. Spero che la mia risposta sia soddisfacente.

FAZIO (*Ulivo*). Presidente, mi dichiaro soddisfatto.

PRESIDENTE. Non facendosi ulteriori osservazioni, il programma dell'inchiesta in titolo si intende accolto.

Esame del programma dell'inchiesta sugli aspetti igienico-sanitari e gestionali dei Policlinici universitari e degli altri ospedali di insegnamento

PRESIDENTE. Passiamo ora al programma dell'inchiesta sugli aspetti igienico sanitari e gestionali dei Policlinici universitari con particolare riferimento agli ospedali di insegnamento, i cui relatori sono il senatore Corsi e il senatore Bodini.

Interverrà per primo il senatore Corsi, poi il senatore Bodini, se intenderà farlo, potrà integrare l'esposizione.

CURSI (AN). Presidente, colleghi, ci siamo incontrati con il collega Bodini per verificare che la traccia che oggi presentiamo alla Commissione sia la più ampia possibile e siamo pronti, ovviamente, ad accogliere tutte le indicazioni che potranno arricchirla. Dopo di me interverrà anche il senatore Bodini per alcuni riferimenti e precisazioni rispetto al testo che abbiamo presentato.

Le recenti vicende del Policlinico Umberto I e le proposte di legge ministeriali (età pensionabile, esclusività di rapporto, riforma dei sette Policlinici universitari a gestione diretta) hanno nuovamente posto l'attenzione dell'opinione pubblica e degli organi politici sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici e organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento (Policlinici universitari a gestione diretta, IRCCS, aziende miste, strutture private sedi di facoltà mediche) dove hanno sede i corsi di laurea in medicina, quelli per professioni sanitarie e le scuole di specializzazione.

Dopo l'entrata in vigore del decreto legislativo n. 517 del 1999 ci sono stati contrasti tra molte Regioni, titolari delle politiche sanitarie e della gestione del sistema sanitaria, e le Università riguardo la gestione delle strutture sanitarie sedi di facoltà di medicina con protocolli d'intesa talvolta divergenti.

Il decreto legislativo n. 517 prevedeva due tipologie organizzative: le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale e le aziende ospedaliere integrate con l'Università.

Il rapporto tra Servizio sanitario nazionale e le Università doveva essere regolato da protocolli di intesa bilaterali. Veniva definito un periodo di sperimentazione di 4 anni, peraltro scaduti nel 2003, al termine del quale sarebbe esistito un unico tipo di azienda ospedaliera universitaria integrata. Appositi decreti attuativi dovevano scandire il percorso di transizione regolando tutti gli aspetti del rapporto. Questo percorso non è mai decollato causando una stasi del sistema.

Proponiamo, proprio per dare avvio ad un lavoro completo, l'acquisizione di una serie di documenti, e cioè le relazioni delle precedenti Commissioni d'inchiesta, che contengono una serie di proposte operative, e la raccolta di atti legislativi e normativi con particolare riguardo agli stanziamenti economici. Inoltre, per quanto concerne le Regioni, che sono asse portante in materia, proponiamo di acquisire le normative regionali e i protocolli d'intesa sugli ospedali di insegnamento; per quanto riguarda le aziende, i bilanci d'esercizio delle aziende sedi di facoltà di medicina. Quanto alle informazioni, una scheda informativa sarà inviata per ciascuna struttura con data di costruzione, organici, posti letto, numero di dirigenti di struttura semplice e complessa, recenti investimenti edilizi, corsi di laurea, scuole di specializzazione, numero totale di studenti iscritti.

Vorremmo anche acquisire, proprio in relazione a quanto disposto non più tardi di un mese e mezzo fa, i verbali dei sopralluoghi dei NAS nelle strutture ospedaliere, visto che nelle premesse si parla sempre degli ospedali italiani con particolare riguardo a quelli di insegnamento.

Inoltre, vorremmo acquisire eventuali documenti della Procura della Repubblica, ammesso e non concesso che alla Procura possano aver svolto già un certo periodo di lavoro, ed eventuali interrogazioni parlamentari.

Per quanto concerne le audizioni penso sia opportuno partire dai soggetti dei quali conosciamo già, almeno leggendo i giornali, la disponibilità, e cioè il ministro della salute, Livia Turco, il ministro dell'università, onorevole Mussi, il presidente della Conferenza permanente dei presidi di facoltà di medicina, professor Luigi Frati, il presidente del CUN da designare e l'assessore Enrico Rossi, in qualità di coordinatore degli assessori regionali alla sanità a livello nazionale.

Per le visite, rispetto a quanto già fece la Commissione d'inchiesta fra il 2000 e il 2001, che visitò una serie di strutture come Udine, Bologna, Modena Ancona, Bari, Pavia, Torino, Napoli Federico II, Napoli II Università, proponiamo che le visite fuori sede per l'anno 2007 potrebbero riguardare due strutture di grandi dimensioni, a Roma il Policlinico Umberto I e poi, da indicare, Firenze, o Torino o Milano; due strutture private, a Roma la Cattolica Policlinico Gemelli e a Milano Vita e pensiero-San Raffaele; una o due strutture nelle isole, e potrebbero essere indicate Palermo, Messina, Cagliari o Sassari; una o due strutture di piccole dimensioni, si pensava Novara, Varese o Campobasso. Infine visiteremo gli IRCCS, che sono indicati tra le premesse, fra i quali si pensava di scegliere una struttura al Nord, una al Centro e una al Sud, e cioè il Regina Elena-San Gallicano di Roma, il Pascal di Napoli e l'Istituto nazionale tumori di Milano. Nell'ambito delle strutture selezionate sarebbe opportuno interpellare Direttore generale, il Rettore, il Preside della facoltà di medicina ed eventualmente l'Assessore regionale alla sanità.

La nostra prima proposta, proprio in relazione alle modalità e motivazioni che l'hanno prodotta, riguarda gli aspetti igienico-sanitari e gestionali degli ospedali. Tutto è partito dal Policlinico Umberto I rispetto al quale sapete, leggendo i giornali, che ha già avuto luogo una serie audizioni a livello regionale non più di 15 giorni fa. Quindi, proponiamo, come Commissione parlamentare d'inchiesta, di procedere alle audizioni del Rettore, del Direttore generale, del Preside della facoltà e dell'Assessore regionale alla sanità.

Mi permetto di aggiungere, d'intesa con il collega Bodini, che, quando tutta la documentazione sarà acquisita, per analizzarla e classificarla sia possibile avvalersi della collaborazione non solo dei collaboratori della Commissione, che ringrazio tutti (anche il professor Signorelli, che ha predisposto questo schema, e la signora Maria Cosola, che ha dato la sua disponibilità), ma anche i collaboratori dei NAS e un collaboratore esterno, che chiederò di coinvolgere a titolo gratuito, viste le scarse risorse a nostra disposizione. Ciò, sempre d'intesa con tutti i commissari, consentirà ai membri della Commissione di disporre di materiale possibilmente già letto, assimilato e formalizzato su cui svolgere un lavoro serio, fattivo e operativo, ovviamente se avremo la capacità e la possibilità di esaminarlo tutti insieme sulla base delle proposte che saranno avanzate.

BODINI (*Ulivo*). Non ho molto da aggiungere a quanto riferito dal collega Cursi, perché mi sembra che la metodologia tracciata e il programma di lavoro indicato siano sufficientemente ampi, forse anche troppo. Sottolineo soltanto una piccola discrasia tra le premesse e il titolo dove si fa riferimento soltanto agli ospedali universitari di insegnamento mentre nella premessa si richiamano tutti gli ospedali. Forse varrebbe la pena omogeneizzare il testo. Per quel che mi riguarda parlerei di ospedali in generale e, in particolare, di quelli universitari, in modo tale che se si vuole poi estendere l'indagine a qualche ospedale non d'insegnamento lo si possa fare.

Per quanto riguarda le sedi pensavo che tra le strutture di grande dimensione il più paragonabile all'Umberto I sia il Policlinico di Milano, per importanza e per peso; quindi tra le tre strutture proposte mi permetterei di fare questa segnalazione, anche se sono anch'io aperto ai suggerimenti della Commissione.

Inoltre, raccogliendo le preoccupazioni del collega Fazio, se si vuole inserire qualche struttura della Calabria, si può essere aperti rispetto a questa richiesta.

Rispetto alla prima stesura del testo, sugli eventuali IRCCS proporremo quelli che hanno carattere oncologico e quindi il Regina Elena di Roma e il Pascal di Napoli ma anche l'Istituto nazionale tumori di Milano, per fornire uno spaccato della situazione tra Centro, Nord e Sud del Paese.

Detto ciò, esprimo anch'io la preoccupazione – la necessità più che altro – di avere una struttura di supporto che possa aiutare nell'elaborazione della massa di documenti, che prevediamo di notevole mole.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Presidente, la conclusione del collega Bodini chiarisce un aspetto che abbiamo prima preso in esame, vale a dire la necessità di potenziare le dotazioni della Commissione, in quanto la mole di lavoro che ci attende è tale da necessitare veramente di un supporto. La proposta avanzata poc'anzi è sicuramente validissima. Ho solo un'obiezione rispetto a quanto detto dal senatore Bodini circa il fatto che il corrispettivo dell'Umberto I sia il Policlinico di Milano. Infatti, se saranno oggetto di visita solo due strutture di grandi dimensioni, una a Roma, l'altra a Milano, visto che si è già preso in considerazione il San Raffaele di Milano, alla fine non si riuscirà ad avere una panoramica generale delle diverse realtà sanitarie presenti sul territorio nazionale. Per questo motivo suggerirei di diversificare optando per una struttura o di Firenze o di Torino.

Da sardo sento di poter affermare che, per facilitare il lavoro, si potrebbe procedere ad estrazione per l'individuazione della struttura della Sardegna. Se il criterio è visitare una struttura pubblica grande e una media, tutto sommato se ci si affidasse un po' al caso, forse si potrebbe raggiungere l'obiettivo in maniera più concreta.

Quanto ha rilevato il collega Bodini è giustissimo, ma se riuscissimo ad avere una fotografia più ampia della situazione della nazione sarebbe

meglio. Quindi, se si ritiene opportuno visitare il Policlinico di Milano, d'accordo; ma, se è possibile, sarebbe preferibile scegliere una struttura di un altro Comune e di un'altra Regione.

PRESIDENTE. Ho apprezzato sia la relazione e la proposta del senatore Cursi sia l'integrazione del senatore Bodini.

In merito ai problemi emersi, concordo sulla modifica del titolo dell'indagine proposta dal senatore Bodini, anche con riferimento alla definizione del campione. Infatti, da un lato vi è un'esigenza urgente dettata dal contingente, dall'altro vi sono anche altre esigenze che non sono meno importanti ma che definirei accessorie. Detto ciò, darei per scontato il campione dei Policlinici di grandi dimensioni di Roma e di Milano, che mi sembrano molto omogenei, e il loro confronto con le due principali strutture accreditate e private. Allo stesso modo condivido il campione degli IRCCS, che seleziona strutture al Nord, al Centro e al Sud. Per quanto concerne le strutture delle isole e quelle di piccole dimensioni, affiderei ai relatori, ovviamente nell'ambito di una riflessione comune con gli altri componenti della Commissione, la scelta di individuare un campione. A tal proposito, secondo la mia personale opinione, è necessario operare una scelta che si basi su un discorso di logica. Fatta questa premessa, darei avvio all'indagine sulla base di quanto è possibile stabilire sin d'ora, riservandoci di definire più in dettaglio il percorso cammin facendo.

Al senatore Cursi faccio poi presente che eventuali collaborazioni a supporto della Commissione erano state previste proprio nell'Ufficio di Presidenza qualora fossero state richieste per inchieste *ad hoc*, ovviamente con la forte raccomandazione che fossero a titolo non oneroso e che si trattasse di consulenti condivisi. In questo senso, prego i senatori Cursi e Bodini di avanzare una specifica richiesta e di presentare i curricula in Ufficio di Presidenza in modo da poter individuare persone qualificate a svolgere gli ulteriori approfondimenti e soprattutto l'*editing* delle documentazioni raccolte.

BODINI (*Ulivo*). Presidente, una brevissima integrazione. Mi sembra che il collega Cursi, nell'elenco delle persone e delle organizzazioni da audire, non abbia citato i sindacati.

CURSI (*AN*). È vero, ma è riportato nel corpo della relazione: eventuali sindacati medici, universitari e altre associazioni.

BODINI (*Ulivo*). Sì, e quando si parla di «altre associazioni», si potrebbe pensare anche alle associazioni dei parenti dei malati e al Tribunale dei diritti del malato.

PRESIDENTE. Di solito, nelle ispezioni effettuate, li abbiamo sempre previsti, quindi laddove esistano in genere sono presenti.

CURSI (*AN*). Signor Presidente, riprendendo le considerazioni avanzate dal collega Bodini, il titolo potrebbe essere quello delle premesse, laddove si parla di aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici ed organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento. Quindi, il titolo potrebbe essere il seguente: «Indagine sugli aspetti strutturali, igienico-sanitari, tecnologici ed organizzativi degli ospedali italiani, con particolare riguardo a quelli di insegnamento». In questo modo contemperemmo tutti.

PRESIDENTE. Poiché non vi sono ulteriori osservazioni, si intende accolto il programma dell'inchiesta il cui titolo risulta modificato nel senso indicato dai senatori Corsi e Bodini.

Esame del programma dell'inchiesta sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS)

PRESIDENTE. Passiamo quindi alla proposta d'inchiesta sul funzionamento del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS).

Do la parola al relatore, vice presidente Caforio.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Nella delibera istitutiva di questa Commissione di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale (articolo 2, comma 6, lettera h) è previsto che la stessa acquisisca elementi conoscitivi sull'attuazione degli adempimenti relativi al predetto SiVeAS.

L'articolo 1, comma 288 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ha previsto la creazione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) presso il Ministero della Salute. L'organo ha lo scopo di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini secondo criteri di efficienza ed appropriatezza. L'accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006 ha istituito il Sistema.

La stessa legge finanziaria 2006 prevedeva per l'attività di supporto che il Ministero è tenuto ad assicurare un finanziamento di 10 milioni di euro per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008. In una relazione tecnica del Governo in carica si è poi proposto di ridurre lo stanziamento per il biennio 2007-2008 da 10 a 7 milioni di euro, fissando contemporaneamente un importo annuo di pari entità a decorrere dall'anno 2009.

Il decreto ministeriale del 17 giugno 2006 (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 16 agosto 2006) ha previsto l'istituzione del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS) di cui all'articolo 1, comma 288 della legge 23 dicembre 2005.

Alla luce di qualche notizia già acquisita, mi sembra non ci sia molto su cui indagare; infatti, non risulta che il SiVeAS abbia mai operato, tant'è che sembra sia stata programmata una riunione di insediamento per il prossimo 1° febbraio.

È doveroso in ogni caso acquisire i documenti e le notizie circa gli eventuali ritardi con i quali tale servizio è stato istituito e comunque tutto

quanto riguarda il SiVeAS dopo il 17 giugno 2006, data in cui il decreto ministeriale del Ministro della Salute ha proceduto all'istituzione dello stesso.

Altre importanti verifiche ritengo siano utili presso il Ministero dell'economia e delle finanze per accertarsi di eventuali stanziamenti, spese e rendicontazione riguardanti il SiVeAS. Ritengo inoltre sia utile, laddove ce ne siano, acquisire eventuali interrogazioni parlamentari inerenti al Servizio stesso. Quindi, come primo passo ritengo essenziale l'acquisizione di ogni tipo di documento.

Successivamente si valuterà, eventualmente, di audire e assistere a testimonianze e confronti su questo tema. In particolare, valuteremo se sia opportuno audire il ministro della salute, Livia Turco, il direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute, dottor Palumbo, il Direttore del nucleo di supporto delle analisi e delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR) e, laddove se ne ravvisi la necessità, anche i dipendenti ministeriali che operano presso il SiVeAS.

Infine, occorrerà conoscere se esistano strutture SiVeAS dislocate sul territorio nazionale e, laddove ve ne siano, si potrebbero ipotizzare anche delle visite o dei sopralluoghi conoscitivi.

PRESIDENTE. Poiché non vi sono osservazioni, il programma dell'inchiesta in titolo si intende accolto.

Esame del programma dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali

PRESIDENTE. Passiamo ora al programma dell'inchiesta sui coma neurovegetativi, sull'assistenza domiciliare ed il Servizio sanitario nazionale nelle diverse realtà regionali, i cui relatori sono la senatrice Monacelli e il senatore Bosone.

Do quindi la parola alla senatrice Monacelli.

MONACELLI (*UDC*). Presidente, colleghi, il tema che viene trattato con questa inchiesta nasce in parte dal clamore suscitato dal caso Welby che, tra tanti interrogativi aperti, in realtà ha riproposto all'attenzione dell'opinione pubblica anche il problema dell'assistenza che viene riservata ai pazienti colpiti da malattie altamente invalidanti, che scaturiscono in coma neurovegetativi e in condizioni di non autosufficienza. All'interno di questa casistica riconduciamo malattie neuromuscolari altamente invalidanti che obbligano al ricovero e all'assistenza continua.

Il lavoro viene proposto con un'articolazione che riguarda l'invio agli assessorati alla sanità o alle Direzioni generali della sanità di ciascuna Regione e Provincia autonoma di una scheda con la richiesta di risposte analitiche per quanto concerne le conoscenze e la quantificazione di casi simili con notizie riguardanti: la situazione delle strutture di ricovero presenti o nelle Regioni o nelle Province di cui abbiamo fatto prima menzione; i costi annuali di trattamento e le eventuali partecipazioni di

spesa da parte delle famiglie; le richieste specifiche al riguardo da parte dei parenti di questi pazienti; le eventuali ulteriori iniziative regionali; i dati o i rapporti da parte del Ministero della salute-ASSR riguardo l'entità del fenomeno, le modalità di assistenza e i costi; i dati o i rapporti da parte degli assessorati regionali alla sanità circa l'entità del fenomeno, le modalità di assistenza e i costi.

Sono previste anche una serie di audizioni con testimonianze e confronti. All'interno di queste audizioni si fa riferimento, ad esempio, al dottor Enrico Rossi, coordinatore degli assessori regionali alla sanità per la Conferenza dei Presidenti delle Regioni, e alle associazioni di pazienti. Accanto a questi soggetti, ci tenevo a richiedere che venissero inseriti in modo particolare coloro che si prendono positivamente cura ogni giorno di questo tipo di malati, dunque, responsabili di reparti presso istituti particolari in cui si trovano soggetti che vivono in stati vegetativi e persone che operano direttamente a contatto con questo tipo di patologie.

Ovviamente si prevedono visite e sopralluoghi fuori sede e visite a campioni rappresentativi di strutture specifiche.

Questa è la bozza articolata e condivisa insieme al collega Bosone.

BOSONE (*Aut*). Signor Presidente, il tema è tutto da inventare, attesa la notevole disomogeneità con cui vengono trattate queste patologie in Italia. Il compito, quindi, sarà sistematizzare le modalità con cui vengono assistiti i pazienti terminali o gravemente invalidi e capire se il nostro Sistema sanitario oggi è adeguato a fronteggiare questa emergenza sanitaria sempre più importante.

Il tema è sanitario ma interseca fortemente l'ambito socio-assistenziale, quindi le tematiche relative alle famiglie. A tal fine, sarebbe opportuno interpellare a livello regionale anche gli assessorati all'assistenza alle famiglie che si occupano direttamente di questo problema. Allo stesso modo, si dovrà interpellare anche il Ministero della famiglia per capire se sta adoperandosi per interagire con questo problema e che sensibilità sta maturando al riguardo.

Ritengo che il tema sia estremamente importante. Infine, in merito alle visite alle strutture a campione, dopo aver acquisito i primi dati che ci permetteranno di individuare le esperienze più significative da valutare, bisognerà individuare le località in cui appare constatata l'assenza di strutture deputate a questo scopo.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, desidero chiedere ai due relatori se non ritengono di acquisire la documentazione relativa non solo sulle persone non autosufficienti ricoverate in strutture, ma soprattutto a quelle che vivono a casa e che sono totalmente a carico dei familiari. Da notizie giornalistiche, quindi da verificare, risulta infatti che circa 10.000 persone versano in questa condizione e che gran parte di queste sono totalmente a carico della famiglia, che viene completamente stravolta dalla loro presenza. Molte di loro non dispongono neanche dei supporti minimi vitali, come, ad esempio, i respiratori.

Oltre all'analisi delle strutture, forse varrebbe la pena fotografare bene la situazione, segnatamente nelle Regioni del Sud dove sicuramente si registrano le maggiori difficoltà nell'ottenere una risposta di assistenza.

Credo si debba far riferimento ai costi annuali di trattamento e ad eventuali compartecipazioni di spesa da parte delle famiglie. Probabilmente valuteremo questi aspetti in relazione soprattutto ai pazienti ricoverati nelle strutture; vi è però un altro versante, quello delle persone con queste patologie a carico delle famiglie che, secondo me, apre una voragine molto più grave sulla mancata presa in carico del paziente da parte del nostro sistema sanitario.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, desidero chiedere ai relatori una precisazione. Mi sembra di capire che l'ambito di intervento sia stato focalizzato sulle malattie neurovegetative e neuromuscolari e sui loro esiti. Con riferimento all'acquisizione di informazioni sulle eventuali compartecipazioni alla spesa e alle audizioni da svolgere, mi interessa sottolineare alla vostra attenzione che questo tipo di patologie esistano in una condizione dal mio punto di vista ascrivibile a quella che il decreto legislativo Bindi (scusate l'abbreviazione, mi riferisco al decreto legislativo n. 229 del 1999), tra le tante modifiche del decreto legislativo n. 502 del 1992, definiva alta integrazione sociosanitaria.

Quando parlo di alta integrazione sociosanitaria alludo ad una prescrizione di legge che, per l'appunto, poneva in carico alla sanità – e quindi dovrebbe far rientrare nei livelli essenziali di assistenza (LEA) – l'assistenza a queste persone. Si dovrebbe, quindi, escludere l'ambito sociosanitario e la compartecipazione alla spesa.

Quando sono stati adottati i LEA e, in particolare, è stato dato agli stessi valore di legge con l'articolo 54 della legge finanziaria 2003, questa categoria è scomparsa. Vorrei che provassimo ad indagare, rispetto alla normativa vigente, se si tratti di una competenza sociosanitaria o di alta integrazione sociosanitaria e quindi tale da richiedere la non compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie. Non alludo evidentemente ad un'idea di medicalizzazione intera dell'assistenza ma al diritto alla salute e quindi alla non previsione di compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie.

PRESIDENTE. Mi permetto di riprendere quanto affermato dal senatore Bosone, sul fatto che il tema è tutto da inventare: è proprio questo il compito. Più che da inventare è da portare alla luce la verità che trova tante difformità. Vi sono, ad esempio, difformità nei numeri e ne ho sentite di diverse. Adesso la senatrice Bianconi ne ha citato uno di probabilità, ma ne abbiamo sentiti di più svariati. Vi è difformità di assistenza proprio tra i tempi di ospedalizzazione, di istituzionalizzazione e domiciliari. Vi è diversità di trattamento economico. Vi è una diversa modulazione dell'assistenza domiciliare, visto che alcune Regioni hanno raggiunto i tre gradi di assistenza domiciliare, mentre altre non sono ancora partite con il primo grado.

È questo il tema di inchiesta da svolgere al fine di portare alla luce una verità più obiettiva di quella che finora è stata oggetto di una comunicazione, magari urlata, sulla quale, però, non riusciamo a prendere coscienza di quanto occorre fare e proporre. Credo che l'urgenza e l'importanza sia proprio quella di consegnare dati più concreti al decisore legislativo e politico, cioè al Parlamento.

MONACELLI (*UDC*). Signor Presidente, ritengo estremamente importanti e utili alcune precisazioni intervenute nel corso del dibattito, in modo particolare quelle della senatrice Bianconi, che faceva riferimento allo stato conoscitivo di alcune realtà interamente a carico, come drammi, delle famiglie di coloro che vivono tali condizioni. Infatti, tra i tanti interrogativi suscitati dal caso Welby vi era proprio quello del senso di abbandono che molto spesso si trovano a dover vivere e sopportare coloro che soffrono di queste patologie e i pochi familiari che hanno accanto.

Pertanto, un'indagine condotta davvero a 360 gradi e non limitata soltanto al versante pubblico può essere lo strumento che ci consente di avere un quadro chiaro, di dare suggerimenti e indicare modalità d'intervento per avvicinare queste disparità che esistono in alcune parti del Paese rispetto ad altre e per favorire una risposta in termini assistenziali, oltre che sanitari, più omogenea a tutti i cittadini.

BOSONE (*Aut*). La senatrice Emprin Gilardini citava per esempio le malattie neuromuscolari. Penso sia difficile escludere le patologie di tipo neurodegenerative, vale per tutte l'Alzheimer. Oggi abbiamo una difficoltà a sistematizzare a livello italiano una modalità di trattamento univoco per questo tipo di pazienti: alcuni sono veramente a carico della famiglia o magari non si sa nulla della loro esistenza; altri sono assistiti in strutture per le cure palliative e altri ancora sono in lungodegenza o in Residenza sanitaria assistenziale (RSA), vale a dire in strutture puramente di tipo assistenziale anche dette case di riposo. Esiste dunque una vera disparità di trattamento. Quindi, quando invitavo ad inventare, ha ragione il Presidente a specificare che bisogna indagare, vedere e conoscere sostanzialmente per avere un quadro d'insieme, in base al quale eventualmente prevedere un intervento legislativo più puntuale che distingua nettamente i confini dell'aspetto sanitario e di quello assistenziale per stabilire dove lo Stato debba subentrare per aiutare le famiglie con dei livelli minimi di assistenza. Ciò potrebbe portare all'elaborazione di un provvedimento legislativo *ad hoc*, che potrebbe rappresentare un punto di arrivo per questa nostra inchiesta.

PRESIDENTE. Poiché non vi sono ulteriori osservazioni, il programma dell'inchiesta in titolo si intende accolto.

I lavori terminano alle ore 15.