



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 13

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

ESAME DELLO SCHEMA DI RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO  
EFFETTUATO IL 12 FEBBRAIO 2007 PRESSO L'OSPEDALE  
DI VIBO VALENTIA

15<sup>a</sup> seduta: martedì 6 marzo 2007

Presidenza del presidente TOMASSINI

**I N D I C E****Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato presso l'ospedale di Vibo Valentia**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 6, 9 e <i>passim</i>
BIANCONI (FI) . . . . .	9
BINETTI (Ulivo) . . . . .	10
BODINI (Ulivo) . . . . .	3, 6, 14
CAFORIO (Misto-IdV) . . . . .	12
CURSI (AN) . . . . .	6
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	8, 14, 16
MONACELLI (UDC) . . . . .	15
TADDEI (FI) . . . . .	12

---

*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-Consumatori: Misto-Consum; 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; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.*

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

*I lavori hanno inizio alle ore 14,10.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 28 febbraio 2007 si intende approvato.

**Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 12 febbraio 2007 presso l'ospedale di Vibo Valentia**

(Esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato presso l'ospedale di Vibo Valentia.

Invito il relatore, senatore Bodini, ad illustrare lo schema di relazione da lui predisposto, che sarà allegato al resoconto della seduta odierna.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, dò lettura dello schema di relazione che ho redatto in merito al sopralluogo svolto dalla Commissione presso l'ospedale di Vibo Valentia: «Una delegazione della Commissione di inchiesta, composta dal presidente Tomassini e dai senatori Bodini, Caforio, Emprin Gilardini e Taddei, si è recata il 12 febbraio u.s. a Vibo Valentia, presso il presidio ospedaliero «G. Jazzolino».

La visita presso il presidio ospedaliero si è articolata in una ispezione dell'ospedale, svolta nella mattinata, durante la quale si sono avuti anche brevi colloqui con alcuni responsabili ed operatori di unità operative e in una serie di audizioni, svoltesi nel pomeriggio, del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, del Direttore sanitario dell'ospedale, di un rappresentante dei medici, del responsabile del personale infermieristico e del Direttore generale dell'Azienda sanitaria in carica nel periodo aprile-agosto 2004.

Il presidio di Vibo Valentia fa parte di una ASL che ha altri due presidi ospedalieri nelle città di Tropea e Serra San Bruno ed un quarto presidio ospedaliero a Soriano Calabro in fase di trasformazione in lungodegenza riabilitativa, oltre ad altri presidi ambulatoriali distribuiti sul territorio.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali, va subito evidenziato come l'ospedale oggetto dell'ispezione presenti una situazione generale abbastanza degradata. Si tratta di una struttura progettata negli anni sessanta e operativa dal 1974, che si potrebbe definire di architettura povera, ma

soprattutto con vincoli strutturali molto evidenti e tali da rendere oggettivamente difficile una ristrutturazione che la porti ad avere *standard* abitativi e operativi in linea con le esigenze attuali della sanità.

Alcune aree sono state ristrutturate in questi ultimi anni. In particolare, il laboratorio analisi appare ben dotato di attrezzature sia analitiche che informatiche ed i locali sono stati tutti rifatti. Gli spazi sono tuttavia piuttosto angusti, specie per quanto riguarda il corridoio di svincolo.

La Unità coronarica ed il reparto di degenza di cardiologia sono pure recenti, ma sono logisticamente separati tra loro e tali da comportare turni di infermieri separati per numeri esigui di pazienti. Soddisfacente appare la dotazione tecnica di controllo remoto dei pazienti ed è in programma la realizzazione della sala di emodinamica. Gli spazi di degenza normale sono però esigui, i bagni assai piccoli, non dotati di doccia e probabilmente non a norma per le dimensioni. Come in altre aree di degenza, si notano corridoi angusti dove l'incrocio tra un carrello di medicazione ed una barella non è possibile.

La Unità di emodialisi, situata sopra gli spazi del Pronto soccorso, appare adeguata e svolge due turni di attività sulle 12 ore. Più problematici appaiono gli spazi di stoccaggio dei materiali per dialisi.

In radiologia si sta provvedendo alla installazione di una TAC di ultima generazione, ma le condizioni operative del servizio, per la presenza del cantiere, sono assai problematiche. Anche qui si rileva come l'accesso alla sala TAC sarà sempre difficoltoso per la ristrettezza degli spazi. Non vi sono peraltro adeguati spazi di attesa per i pazienti che debbono eseguire esami radiologici e si è notato un eccesso di presenza di accompagnatori.

Alcune aree presentano particolari criticità, come il Pronto soccorso, dove risultano inadeguati gli spazi di attesa ed i percorsi alle varie sale. Mancano percorsi separati per le urgenze rispetto all'accesso pedonale normale. Tutti gli ambienti di visita e medicazione sono angusti ed in scadenti condizioni, in particolare la sala dedicata ad eventuali manovre di rianimazione. È peraltro in corso un progetto di completa ristrutturazione.

Nelle sale operatorie è attualmente in funzione una sola sala operatoria (essendo le altre state chiuse per intervento della magistratura) che funziona solo per le urgenze. Gli interventi programmati vengono eseguiti presso l'ospedale di Tropea. Una seconda sala (presso il reparto di ginecologia) è dichiarata utilizzabile «in casi estremi». Entrambe appaiono tuttavia inadeguate e con attrezzature obsolete. L'utilizzo promiscuo per vari tipi di interventi (settici e non) dell'unica sala dichiarata agibile è comunque problematico. La ristrutturazione di un intero nuovo reparto operatorio con tre sale operatorie è in corso ma ancora in fase iniziale, ancorché la consegna lavori sia prevista per il 18 aprile p.v. (100 giorni dopo la consegna lavori).

Il reparto di ostetricia e ginecologia risulta complessivamente scadente sia come situazione di degenza che di sale travaglio e parto. La sala operatoria connessa alla sala parto per cesarei urgenti e contemporanei all'uso dell'altra sala operatoria è in condizioni pessime. Il numero di

parti cesarei è particolarmente alto (50 per cento su circa 1.000 parti all'anno). Il nido è in stato di semiabbandono e non c'è terapia intensiva neonatale.

La struttura dell'obitorio presenta un discreto stato di degrado, inadeguatezza delle attrezzature, in particolare della cella refrigerata.

Si è constatata poi l'assenza di una vera e propria Farmacia in quanto è presente solo un armadio farmaceutico, situato in una struttura prefabbricata di circa trenta anni di età, fortemente degradata e con spazi interni assolutamente inadeguati e con necessità di rifornimento giornaliero da un magazzino centrale. Peraltro, nei limiti evidenziati, il materiale appariva ordinato, con sistema computerizzato di gestione e con presenza di formulario Aziendale adeguato.

Risulta discreta la situazione delle cucine, che sono però separate sia del corpo centrale dell'ospedale che dalla mensa. Una grave criticità si è rilevata nei servizi che danno direttamente sui locali della cucina e non presentano adeguate caratteristiche di spazi e isolamento.

Dalle audizioni del Direttore generale dell'Azienda e del suo predecessore, del Direttore sanitario di presidio, del primario del laboratorio analisi (in rappresentanza, peraltro non ufficiale, del corpo medico) e del dirigente del servizio infermieristico, si possono trarre le seguenti sintetiche conclusioni.

I problemi evidenziati sia strutturali che gestionali sono di lungo periodo e solo da poco si stanno realmente affrontando. Fondi aggiuntivi *ex* articolo 20 della legge n. 67 dell'11 marzo 1988 a suo tempo promessi non sono mai stati erogati e tutto quanto finora fatto per l'adeguamento ha attinto al bilancio corrente Aziendale.

I dati di *performance* dell'ospedale, che pure pare rispondere ai principali bisogni sanitari del territorio, non sono brillanti, ma non ci sono noti nei dettagli. Il «*case mix*» è stato definito dallo stesso Direttore sanitario «ridicolo» con troppi ricoveri di carattere osservazionale. Vi è un eccesso di personale rispetto all'attività svolta, dovuto prevalentemente alla frammentazione delle aree di degenza (426 infermieri sui tre presidi). La divisione della attività su tre piccoli presidi ospedalieri comporta dispersione di risorse e diseconomie. Non si è riusciti a sapere con esattezza quanti posti letto esistano e siano operativi nei vari presidi, avendo ciascuno degli interpellati fornito dati discordanti (da circa 300 a 460).

Non si sono avuti dati sull'indice di saturazione e durata delle degenze, avendo l'impressione di un generale sottoutilizzo dei posti letto; né si sono ottenuti dati precisi sulla consistenza del personale, sui turni di servizio e sulle sedute operatorie medie.

Si è riscontrato per contro una generale affezione all'ospedale e un desiderio di miglioramento, ma anche un senso di «abbandono istituzionale» sebbene tutti concordino sul fatto che qualche miglioramento si è registrato negli ultimi anni.

Le condizioni igieniche generali appaiono discrete e non vengono segnalati particolari problemi di infezioni ospedaliere. Si è appreso che gli

altri due ospedali, che per ragioni di tempo non si sono potuti visitare, sono in condizioni peggiori di quello di Vibo Valentia.

La popolazione servita dall'ASL provinciale è di circa 175.000 abitanti con un incremento di circa 55-60.000 nella stagione turistica, anche se mancano stime precise. L'impressione globale che si è tratta dal sopralluogo e dalle audizioni è che, a fronte di personale numericamente sovradimensionato e sufficientemente motivato, non vi sia una adeguata organizzazione dell'attività legata in parte anche alla situazione logistica.

La struttura visitata appare decisamente degradata nel suo insieme e con limiti strutturali tali da ritenere improbabile una sua «riabilitazione» anche con interventi profondi. La dislocazione stessa degli spazi è irrazionale e difficilmente modificabile. Se a questo si aggiunge la presenza sul territorio (peraltro non vasto) di altri due presidi ancora più piccoli e, a quanto riferito, ancora meno efficienti, si può concludere che la soluzione più razionale, anche dal punto di vista dei costi, non possa essere che quella di un nuovo ospedale (i cui lavori solo iniziali sono stati bloccati) che abbia le dimensioni critiche per offrire servizi centralizzati di qualità e razionalizzazione delle risorse.

Gli interventi sulle strutture attuali andrebbero limitati al minimo indispensabile per evitare dispersione di risorse. Se si accedesse all'ipotesi del nuovo ospedale, varrebbe la pena prendere in esame la sospensione di ogni attività negli attuali presidi comunque non a norma, e l'utilizzo temporaneo» – al limite – «di un ospedale da campo che potrebbe soddisfare i bisogni di assistenza di base con risparmio di risorse».

Questo lo abbiamo aggiunto perché il programma di interventi è, appunto, un programma abbastanza ricco. Alcuni interventi sono stati realizzati mentre per altri resta ancora da fare proprio una valutazione sul rapporto costi-benefici. Aggiungo che è pervenuta una relazione anche da parte del Direttore generale della ASL, che fa una cronistoria abbastanza precisa degli eventi, già a disposizione della Commissione. Comunque, molti dati che non si sono ancora avuti si potranno avere successivamente.

Concludo restando evidentemente a disposizione della Commissione per ulteriori precisazioni.

PRESIDENTE. Senatore Bodini, ha accennato anche agli ultimi documenti pervenuti dalla Direzione generale? Lo chiedo perché non mi era chiara quest'ultima parte del suo intervento.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, se lo ritiene opportuno, possiamo dare lettura della relazione del Direttore generale ma, come ho detto, è già a disposizione della Commissione.

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione.

CURSI (*AN*). Signor Presidente, nel ringraziare anche chi si è recato *in loco* a compiere il sopralluogo, vorrei far presente che, leggendo la relazione, tre aspetti mi lasciano perplesso, per usare un termine generico. Il

primo aspetto riguarda i fondi aggiuntivi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, a suo tempo promessi e mai erogati. Forse sarebbe opportuno – e lo dico al relatore e al Presidente – compiere una verifica con il Ministero della salute per capire la storia di questi fondi. Spesso e volentieri si tratta di affermazioni generiche non rispondenti, per esempio, al fatto che la Regione possa o meno avere perfezionato un contratto di programma. Lo scorso anno, e anche questo in corso, varie regioni hanno perfezionato il contratto di programma e, in virtù di ciò, hanno ricevuto fondi, che sono stati non solo assegnati ma anche erogati. Questo valga per evitare affermazioni di carattere in qualche modo generale.

Il secondo motivo di perplessità riguarda la questione del numero dei posti letto, che a mio avviso è allucinante. Non si tratta, infatti, di una differenza da 300 a 310 posti letto ma da 300 a 460. Qualcuno afferma che ci sono 300 posti letto, poi si passa a 460, e peraltro devo capire se di giorno, di notte, di mattina o di pomeriggio. La differenza tra 460 e 300 posti letto è addirittura più della metà; anche questo è un fatto gravissimo, e il perchè lo spiegherò nelle conclusioni.

Uguale perplessità suscita la parte finale in quanto, in base alle considerazioni del relatore, e quindi della Commissione, la soluzione più razionale non può che essere la costruzione di un nuovo ospedale, «i cui lavori solo iniziali sono stati bloccati». Sarebbe opportuno capire da chi e perché questi lavori sono stati bloccati. In base alla relazione, infatti, sembra che ciò sia avvenuto per una sorta di fato. Non si comprendono i motivi del blocco, che potrebbero essere ambientali, igienico-sanitari, o per un diverso progetto. Sarebbe opportuno chiarire questo aspetto.

Nella parte riferita alle conclusioni, si legge: «Se si accedesse all'ipotesi del nuovo ospedale, varrebbe la pena prendere in esame la sospensione di ogni attività negli attuali presidi comunque non a norma». Ciò significa che sono stati riscontrati presidi non a norma. Quindi, non bisogna dire «se si accedesse» ma che sin da adesso è sospesa qualsiasi attività di tipo sanitario nei presidi non a norma da voi riscontrati. Questo è, soprattutto, riferito alle future considerazioni finali della Commissione. Quale uso dovremmo fare di questa relazione e di questo sopralluogo? Comunque, dovremo avvisare l'autorità competente. Sapere che dei cittadini calabresi e di altre regioni possono essere curati in presidi non a norma non ci fornisce motivi di tranquillità. Allo stesso modo, bisogna chiarire perchè i lavori iniziali sono stati bloccati senza che se ne conosca il motivo.

Non solo la relazione va mandata a chi di dovere ma, presumo, anche al Ministero della salute e al Governo perchè si possa poi prendere in esame in quel contesto, rispetto alla Conferenza delle regioni, una serie di provvedimenti. Avere un sovradimensionamento di personale infermieristico e medico senza conoscere il numero dei posti letto, dà la dimensione del modo in cui il problema sanitario è affrontato in quella Regione e diviene motivo di ulteriore preoccupazione in una Regione che ne ha già tante proprio nel campo specifico della sanità.

Anche questo aspetto può divenire motivo di ulteriore riflessione. Il lavoro serio svolto dal relatore e dalla Commissione deve trovare uno sbocco, anche di tipo operativo, che dia a ciascuno di noi la consapevolezza che il lavoro compiuto non resta soltanto sulla carta.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Volevo fare una puntualizzazione sulla relazione per avere anche un chiarimento. Quando abbiamo ascoltato l'esponente del corpo medico, a domanda egli ha esplicitamente risposto di parlare a titolo assolutamente personale, tanto che il Presidente ha dato indicazioni per ascoltare le organizzazioni sindacali, le rappresentanze dei medici e, credo, anche del Tribunale dei diritti del malato non presenti quella mattina. Potremmo integrare le audizioni svolte, come ipotizzato nel corso di quella audizione.

Avendo precisato alcuni dati relativi alle prestazioni rese per quanto riguarda l'elevato numero di tagli cesarei, dovremmo riportare anche il dato positivo riscontrato nel laboratorio di analisi che, con tutti i limiti strutturali evidenziati, è comunque in grado di assicurare una quantità notevole di prestazioni giornaliere di servizi al territorio anche all'esterno. Dobbiamo riconoscere anche di avere trovato, almeno per quanto riguarda il laboratorio, una gestione, a mio parere e nei limiti anzidetti, efficiente e probabilmente efficace.

Quanto all'altra questione relativa alla conclusione e all'ipotesi di un ospedale da campo, io la manterrei come una delle ipotesi in quanto i tre ospedali della provincia (come evidenziato in apertura della relazione) non garantiscono oggi un blocco operatorio adeguato ai bisogni della provincia.

La ristrutturazione del blocco operatorio in corso all'interno di quell'ospedale, pur nei limiti evidenziati e se attuata nei tempi detti, realizzerebbe quel presidio operatorio del quale, in caso contrario, la provincia resterebbe sprovvista.

Provarei ad articolare diverse proposte, perché quella dell'ospedale da campo è stata giustamente definita come un'opzione «al limite» dal senatore Bodini; laddove non venisse realizzato il blocco operatorio e, intorno ad esso, il presidio operatorio di quella provincia, si potrebbe cioè ipotizzare un'altra struttura.

Rispetto alle domande del senatore Cursi, vorrei ricordare che il Direttore generale, il dottor Talarico, nel corso della sua audizione ha precisato che i fondi per la ristrutturazione dell'ospedale – cito quasi testualmente – erano stati promessi (ha usato questa espressione o un'altra analoga) dall'allora ministro della salute Sirchia, ma non erano mai stati stanziati. Vale a dire che ci è stato dichiarato che tutte le opere che abbiamo visto sono state realizzate solo con i fondi Aziendali. Pertanto, vale la pena approfondire per quali ragioni non sia stato possibile accedere ai fondi aggiuntivi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, prendendo atto di questa dichiarazione.

Infine, in merito al blocco dei lavori, per quanto mi sembra ci sia stato dichiarato, forse varrebbe la pena di indicare le ragioni per cui,

per quanto ci è stato riferito sempre dal Direttore generale, tali lavori sono stati fermati per ragioni giudiziarie, cioè a causa di un contenzioso giudiziario in atto.

PRESIDENTE. Esprimerò anche io qualche considerazione in merito, volevo però avvertirla che rispetto a quanto aveva chiesto circa il personale sanitario e sulle organizzazioni rappresentative, noi abbiamo mandato la nostra richiesta ma per ora non ci è pervenuta risposta.

BIANCONI (FI). Signor Presidente, ringrazio il senatore Bodini perché con la sua relazione ha richiamato alla mente molto bene la realtà di questo ospedale e quali sono le difficoltà della sanità calabrese, che – non possiamo nascondercelo – versa in una situazione di vera emergenza.

La domanda che vorrei rivolgerle, signor Presidente, è cosa pensa di fare, perché Vibo Valentia era nota in precedenza e lo è anche adesso per fatti di sanità. Nella passata legislatura la Calabria è stata mappata completamente e quindi conosciamo molto bene quali sono le difficoltà, le problematicità e le deficienze del sistema regionale. Quando il senatore Bodini ricordava che i dati della *performance* dell'ospedale – che pure pare rispondere ai bisogni sanitari del territorio – non sono brillanti, anche se non ci sono noti i dettagli, mi sembra di ricordare le domande che abbiamo posto nella passata legislatura a Direttori sanitari e ad Assessori, i quali hanno risposto con altrettanta poca chiarezza e non precisione.

Quello che le chiedo, signor Presidente, è sapere se Vibo Valentia resterà, all'indomani della visita che avete effettuato, un'esperienza a sé stante, se continueremo a seguire questa situazione in modo particolare, oppure se lei ritiene di poterla allargare nuovamente a tutta la problematica della sanità in Calabria. Vorrei inoltre capire se questa relazione diventerà – come dire – motivo di discussione vincolante, in qualche misura, nel rispetto della completa autonomia, anche per l'Assessore regionale della Calabria. Insomma, gradirei sapere che fine fa tutto questo nostro lavoro, dal momento che – lo ripeto – la mappatura della Calabria è stata svolta per intero, documenti sono stati predisposti per gli organi competenti a cominciare dal Ministero fino ad arrivare a quelli regionali.

A distanza di altri due anni ho l'impressione che la fotografia sia esattamente quella che avevamo visto noi, con un'unica nota positiva concernente il livello igienico che, almeno stando alla relazione letta dal senatore Bodini, mi sembra di potere sostenere sia accettabile; dunque, sicuramente da questo punto di vista si è registrato un miglioramento.

In conclusione, chiedo a lei, signor Presidente, di sapere come procederemo su questo tema e se rimarrà un problema a sé stante.

PRESIDENTE. La domanda rivolta dalla senatrice Bianconi mi sembra opportuna al fine di dare un indirizzo. Infatti, mi complimento anche io con il senatore Bodini per la relazione che ha svolto puntualmente e che, essendo stato anche testimone di quanto abbiamo visto, ritengo molto equilibrata. Come rilevava la senatrice Emprin Gilardini, reputo altresì che

si pongano problemi importanti per quanto riguarda il territorio servito da quelle strutture (un territorio che non ne ha altre), anche se, per quanto concerne l'efficacia, ho qualche elemento di giudizio diverso che esprimerò nel mio intervento specifico al riguardo.

La senatrice Bianconi chiede cosa intendiamo fare; ritengo che, conclusa la discussione, qualora la relazione del senatore Bodini fosse approvata a seguito delle integrazioni necessarie, la stessa debba essere immediatamente comunicata al Ministro, al Presidente della Regione e alle autorità giudiziarie che ne hanno competenza. È di tutta evidenza che non interrompiamo a questo punto la nostra sorveglianza, per migliorare la quale acquisiremo ulteriori elementi per quanto riguarda la volontà in merito ai fondi per l'edilizia nonché ai tempi, perché non sarebbe credibile interessarsi solo dei fondi senza pensare ai tempi comunque necessari.

Reputo che sia necessario capire qual è il tipo di integrazione che si intende realizzare nel medio periodo anche in merito all'emergenza-urgenza: queste realtà, infatti, vanno valutate perché, se da un lato c'è il problema della popolazione rispetto alle strutture, dall'altro c'è la prospettiva di un presidio nuovo, ma vi è comunque un percorso da compiere con dei requisiti minimi di sicurezza che, stando alla relazione del collega Bodini, non sembrano rispettati.

Comunque, in ogni caso, fatte queste due operazioni, affiderei tale tipo di inchiesta nuovamente ai senatori Corsi e Bodini, nell'ambito dell'indagine che stanno svolgendo sui policlinici universitari, sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ma che prevede anche la campioratura di altri ospedali. In questo caso abbiamo seguito un altro percorso sulla base di un'altra esigenza, tuttavia, fatta questa istruttoria, tali tematiche meritano di entrare nell'ambito di quel filone di inchiesta.

Propongo di giungere all'approvazione di questa relazione alla fine della discussione, di dare informazioni a chi ne ha fatto richiesta, di acquisire nel frattempo e completare gli elementi di sviluppo e anche di procedere a un ricontrollo *in loco*. Giustamente, infatti, la senatrice Emprin Giliardini ha ricordato che ci è stato riferito che, con la buona volontà espressa nei programmi e con un finanziamento avanzato, tra un mese sostanzialmente saranno aperte nuove sale operatorie, pertanto dovremo andare a verificare il loro completamento.

Ritengo che questi siano i filoni da seguire, ma la Commissione è libera di decidere come ritiene più opportuno.

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, anche io desidero ringraziare il senatore Bodini per la sua relazione. Non sono stata presente alla visita, ma devo dire che la sua «radiografia» è molto importante per la situazione di criticità che presenta. Per essere una struttura che ha poco più di trent'anni (è operativa dal 1974), ritengo che le condizioni di degrado siano particolarmente gravi.

Tuttavia, rispetto alla situazione descritta nella relazione, quello che richiama in particolare la mia attenzione è il fatto che anche nelle unità di nuova generazione – penso ad esempio al rapporto tra l'unità coronarica

ed il reparto di degenza di cardiologia – non ci si sia richiamati a criteri di efficacia sotto il profilo clinico e di efficienza dal punto di vista organizzativo. Lo stesso discorso vale per il reparto di radiologia, a proposito del quale si segnala che a breve sarà attivata un'apparecchiatura per la TAC di nuovissima generazione, ma anche che già si evidenziano forti elementi di criticità, considerata la ristrettezza degli spazi e le carenze dei modelli organizzativi. Un altro riferimento importante della relazione è poi quello riguardante il Pronto soccorso.

In questo contesto credo pertanto che l'analisi delle cause che hanno portato ad una tale situazione diventi assolutamente fondamentale al fine di capire che cosa si può fare per ovviare alla stessa. Colpiscono al riguardo due dati. Mi riferisco in primo luogo alla sovrabbondanza di personale rispetto alla quale ci si chiede ad esempio se risponda a bisogni di impiego locale e quindi alla necessità di creare opportunità di lavoro sul territorio o ad effettive esigenze dell'ospedale.

Il secondo aspetto, che pure mi sembra importante sul piano conoscitivo, è la discordanza dei dati forniti dagli interpellati a proposito del numero dei posti letto esistenti, che oscilla tra i 300 e i 460, una discordanza e un errore sistematico certo non da poco visto che si tratta di circa un terzo in più, non è quindi come dire che l'oscillazione varia tra 105, 108 o 110 posti letto, tra tecnici e non. Siamo perciò di fronte ai due terzi di un dato cui poi sfugge però una parte assai significativa.

Ciò premesso, mi chiedo anche quanto noi siamo in grado di identificare le cause del modello organizzativo adottato in tale ospedale ed anche l'impostazione concettuale che c'è dietro tutto questo, posto che non si comprende perché l'unità coronarica ed il reparto di degenza di cardiologia debbano essere nella situazione che abbiamo constatato.

Altrettanto interessante sarebbe conoscere le ragioni sotto il profilo medico legale che hanno indotto la magistratura a disporre la chiusura di due sale operatorie. Non credo che una problematica di questo genere si possa oggi risolvere soltanto pensando di costruire un nuovo ospedale, un ospedale migliore. Ritengo, infatti, che tale difficile situazione non sia solo di carattere sanitario, ma che derivi anche da gravi disfunzioni di impiego *in loco*, nonché da seri problemi in termini sia di conoscenza reale, e quindi di assunzione personale di responsabilità rispetto alla situazione stessa, sia di competenza clinica specifica, visto che ci troviamo di fronte a sale operatorie chiuse per intervento della magistratura.

Quello che intendo dire è che, nel momento in cui esaminiamo una relazione quale quella al nostro esame, immaginare di poter risolvere la situazione con un miracolo, ovvero con la realizzazione di un nuovo ospedale, oltre a rappresentare una grave ingenuità, pone anche il probabile rischio di riconsegnare ancora una volta struttura, fondi e modelli all'inefficienza, se non addirittura a gravi forme di compromesso con ambiti che sono tutt'altro rispetto a quello ospedaliero.

PRESIDENTE. Senatrice Binetti, alla luce delle sue considerazioni, mi corre l'obbligo di sottolineare che ufficio di questa Commissione è co-

munque analizzare e fotografare le situazioni, perché ciò rientra nel suo primo compito ispettivo. Per carità, sarebbe bello avere la potestà di sostituirci a certe regole, a certi metodi, che – tengo ad evidenziarlo – spettano istituzionalmente ad altri soggetti.

Detto questo, la funzione di proposta rientra sicuramente nelle nostre mansioni e personalmente è anche quella che sento più vicina, posto che tendo ad avere una visione positiva nella vita e in tutto quello che faccio, tuttavia, non dobbiamo dimenticare che i motivi istituzionali, con i mezzi necessari, alla base della costituzione della nostra Commissione sono proprio quelli di analizzare le situazioni e di descriverle.

TADDEI (*FI*). Ringrazio anch'io il senatore Bodini per avere fotografato in maniera puntuale nella sua relazione la situazione che abbiamo trovato nell'ospedale di Vibo Valentia.

Come la senatrice Bianconi, ai cui quesiti il Presidente ha già esaurientemente risposto, desidero anch'io porre una serie di domande al fine di capire in che modo si orienterà il nostro lavoro dopo avere effettuato l'analisi della situazione. Mi chiedo, ad esempio, se non sia opportuno convocare in questa sede anche l'Assessore regionale alla sanità della Regione Calabria. Infatti, bisogna tenere presente che in questo caso le risorse ci sono, posto che si è stabilito di realizzare un nuovo ospedale per il quale è stata già effettuata la gara d'appalto. Si tratta quindi di capire nel medio termine che cosa si intende fare per consentire comunque alla popolazione interessata di usufruire di un servizio sanitario accettabile anche in questa fase di transizione e quindi che cosa ha fatto e come, rispetto a questo specifico problema, da anni evidenziato, intende procedere la Regione, che è poi l'organo competente in tale ambito, considerato che per il 90 per cento quella sanitaria è materia delegata.

Ritengo importante dare un significato ulteriore a questo passaggio, pur sapendo che la funzione specifica della nostra Commissione è comunque quella di andare a verificare le situazioni ed evidenziarle.

Sarebbe a mio avviso altresì opportuno se, anche a seguito della nota inviata al Ministro della salute ed al Presidente della regione Calabria, andassimo a verificare da qui a qualche mese se effettivamente qualcosa si è mosso; in caso contrario, la nostra si limiterebbe ad essere solo una verifica puntuale. Sarebbe invece importante poter dare anche il nostro contributo per risolvere alcuni dei problemi che di volta in volta vengono evidenziati.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Ringrazio anch'io il senatore Bodini per la fotografia, forse anche un po' troppo buona, della situazione descritta nella relazione. Tale situazione risulta essere infatti assai più seria e, quando nella relazione si accenna alle oggettive difficoltà di una ristrutturazione dell'ospedale di Vibo Valentia, si dice proprio il vero. Ne consegue che ogni centesimo che si pensa di spendere in quella struttura diventa uno sperpero, equivale a buttare via i soldi. Non a caso ebbi a dire giorni fa che sarebbe utile chiudere quella struttura anche se è chiaro che occorre

parallelamente salvaguardare il diritto alla salute dei cittadini di quella provincia. Da questo punto di vista, oltre ad informare, sarebbe bene che la Commissione formulasse delle raccomandazioni, ovviamente se ciò rientra nei suoi specifici compiti istituzionali. Rispetto a certe situazioni c'è veramente da sedersi e fare il punto della situazione e quindi interrogarsi su come sia possibile che esistano mondi così diversi. Non è infatti pensabile che, a fronte di una situazione di tale obsolescenza, ci si trovi invece davanti a realtà come quella dell'Istituto clinico «Mater Domini» di Castellanza che, per meritevole iniziativa del Presidente, abbiamo visitato nei giorni scorsi e che, nonostante sia stata realizzata nel 1962, è comunque attualissima e rappresenta un fiore all'occhiello della sanità. Rispetto alla situazione in cui versa l'ospedale di Vibo Valentia, non si può quindi sostenere che questo debba essere semplicemente ristrutturato, e lo affermo perché quell'ospedale, in termini di servizi prestati, praticamente non esiste, e quindi non vi sarebbe niente di più dannoso che pensare di mantenerlo in piedi. Aggiungo anche che, se la Commissione ritenesse invece di farlo, si renderebbe a mio avviso complice dei gravi eventi che, nell'ambito di tale ospedale, si sono verificati. Ricordo che in quel nosocomio è morta una ragazza di 16 anni e questo anche per negligenza, posto che non si era provveduto a realizzare i lavori che pure erano stati prescritti due anni prima, credo su impulso di questa stessa Commissione anche se nella legislatura precedente. Mi chiedo allora se non sia veramente il caso di raccomandare di chiudere con urgenza quella struttura ed eventualmente di attivare un ospedale da campo che possa fare fronte alle esigenze più urgenti.

D'altra parte c'è anche da interrogarsi circa l'opportunità di entrare nel merito di quanto il ministro della salute Turco è venuto a dirci a proposito di questa materia; nello specifico mi riferisco alla messa a punto di *tutor* provenienti da strutture ospedaliere del Nord da applicare presso analoghe strutture meridionali, ciò al fine di fare emergere un po' di buona sanità anche nel Sud del Paese.

Ritengo che effettivamente, laddove ci trovassimo anche in futuro di fronte a situazioni di questo genere, rispetto alle quali non è possibile transigere, sarebbe bene mostrare quello che definirei il lato forte di questa Commissione.

**PRESIDENTE.** Il senatore Bodini provvederà dunque ad integrare la relazione sulla base delle osservazioni emerse dal dibattito, che mi sembrano inerenti principalmente ai fondi e ai tempi.

Inoltre, essendo state avanzate richieste di audizioni, in particolare, di un Assessore regionale, provvederemo ad inserirle nel nostro calendario.

La relazione, oltre che integrata con ulteriori specifiche, potrebbe poi contenere anche delle proposte, così come suggerito da qualcuno nel corso del dibattito. Naturalmente, su tale relazione la Commissione potrà poi esprimersi attraverso un voto finale. Ritengo poi che la relazione vada ricollocata nell'ambito di quella più generale degli ospedali.

BODINI (*Ulivo*). Dovendo esaminare meglio il materiale a nostra disposizione e con riferimento al discorso conclusivo relativo al rapporto costi-benefici da me ricordato, sarebbe interessante avere notizie di tutti i blocchi di lavoro non ancora assegnati per sapere a quanto ammontano i relativi importi. Questo è un dato che non abbiamo; abbiamo la descrizione di ciò che si intende realizzare, ma non sappiamo quale sia l'entità della spesa.

PRESIDENTE. Credo che questi elementi possano essere acquisiti dagli uffici della nostra Commissione, magari affiancati dai consulenti. Appena la documentazione sarà disponibile e lei, senatore Bodini, sarà in grado di riferire in via definitiva, mi farà poi sapere la sua disponibilità.

A proposito dell'ispezione, vorrei fare una precisazione. Poiché ritengo che l'ispezione diretta abbia offerto molti spunti a coloro che vi hanno preso parte e dal momento che è stato girato anche un breve filmato di quella ispezione, custodito dagli uffici e disponibile, chiunque voglia visionarlo potrà farlo liberamente. In termini di tempo non è troppo impegnativo – mi sembra sia contenuto in 15-20 minuti – tuttavia mostra sufficientemente tutti i principali elementi. Dunque, i senatori che non avessero partecipato all'ispezione, possono chiedere di vederlo presso gli uffici.

Propongo quindi di rinviare il seguito dell'esame dello schema di relazione per consentire al relatore di integrare la relazione sulla base delle osservazioni e dei suggerimenti avanzati dai senatori intervenuti.

Se non vi sono osservazioni, così resta stabilito.

Rinvio il seguito dell'esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato presso l'ospedale di Vibo Valentia ad altra seduta.

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Informo la Commissione che è stata richiesta ed acquisita in data odierna copia degli atti di indagine compiuti dalla Procura della Repubblica di Sassari in ordine alla vicenda del signor Giovanni Nuvoli.

Ricordo inoltre che è in preparazione un sopralluogo ispettivo, programmato per venerdì prossimo, 9 marzo, nella provincia di Sassari, sulla base della richiesta avanzata dalla senatrice Monacelli e dal senatore Bosone, sottoscritta peraltro da tutti i Capigruppo in Commissione, in relazione all'inchiesta sui coma neorovegetativi, in particolare in riferimento alla vicenda del signor Giovanni Nuvoli. Nel corso di tale sopralluogo potremo osservare da vicino la situazione relativa a questo caso, di cui parlerò più diffusamente in sede di Ufficio di Presidenza. Anche in questo caso, può presenziare, oltre ai relatori, un rappresentante per Gruppo.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Signor Presidente, vorrei fare una precisazione.

Non ho firmato la richiesta relativa all'ispezione prevista per venerdì prossimo. Non voglio soffermarmi troppo su questo particolare di cui avremo modo di discutere più ampiamente a seguito della decisione che verrà assunta a maggioranza, tuttavia voglio precisare che non l'ho firmata perché ritengo che per l'inchiesta (nel cui ambito viene svolta questa ispezione) dovremmo stabilire un percorso, dal mio punto di vista, più autonomo dalle sollecitazioni che continuamente arrivano dalla stampa.

Avevo evidenziato che a mio giudizio, essendo in corso di predisposizione un questionario da diffondere a livello nazionale, una volta ottenute le relative risposte, su quella base avremmo dovuto operare ed eseguire poi le ispezioni.

Avverto, quindi, un senso di disagio rispetto alla mole di segnalazioni che arrivano dai territori, anche al fine di un regolare svolgimento dei lavori che ci consenta di intervenire non solo sulle emergenze, ma in un contesto più generale.

PRESIDENTE. Senatrice Emprin Gilardini, la sua dichiarazione sarà parte integrante dei resoconti odierni.

Mi permetto di aggiungere che sicuramente quello della rincorsa dell'emergenza è un rischio da evitare. Tuttavia, mi corre anche la necessità di sottolineare che l'inchiesta su questi casi è stata avviata da tempo e, se la maggioranza della Commissione lo ritiene opportuno, si potrebbe addirittura compiere un lavoro istruttorio che – voglio ricordarlo a tutti i senatori – è ben altra cosa rispetto all'analisi e alle relazioni che vengono redatte a conclusione di un ciclo lavorativo.

MONACELLI (*UDC*). Signor Presidente, voglio precisare il perché siamo arrivati a questo tipo di richiesta.

So bene che la procedura dovrebbe essere altra, e infatti l'indicazione di conoscere e avere una documentazione adeguata sui casi di coma neurovegetativi, di tutte quelle situazioni che presentano questo tipo di criticità sparse sul territorio nazionale si sta muovendo con un suo percorso. Non appartengo, però, nemmeno a coloro che vogliono impiccarsi all'albero dei formalismi, come in questo caso. Mi pare di constatare (e cinque minuti fa ne abbiamo avuto la riprova), che pure nell'arco di un procedimento che vuole individuare un percorso, cioè quale sia la situazione dei policlinici presenti sul territorio nazionale, ci siamo mossi inseguendo il caso di cronaca relativo, nello specifico, ad una ragazzina di 14 anni deceduta nell'ospedale di Vibo Valentia. Ci siamo recati sul posto per accertare quale fosse la situazione di quell'ospedale.

Un giorno sì e l'altro pure, che lo vogliamo oppure no, è all'attenzione di tutti, della cronaca nazionale, la vicenda di un altro uomo che si chiama Nuvoli che, per certi versi, ci ripropone una certa inquietudine legata però all'argomento che stiamo trattando.

Moralmente dissento dal fare finta che questo problema non esista, mi dispiace. Cercare di capire come mai questa persona da oltre un anno è ricoverata nelle sue condizioni in un reparto di rianimazione credo

faccia parte di uno dei doveri primi ai quali anche questa Commissione, in qualche maniera, deve rispondere.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Chiedo scusa, mi sono espressa in maniera forse troppo sintetica.

L'osservazione che ho fatto anche al senatore Bosone rispetto alla proposta di ispezione non è stata quella di soprassedere a qualunque forma di conoscenza, né tanto meno rispecchia un formalismo; se così fosse, allora c'è un equivoco e mi corre la necessità di chiarirlo.

Ho chiesto che la Commissione acquisisse in forma scritta le informazioni che il senatore Bosone riteneva opportune attraverso l'ispezione, quindi ho proposto un'alternativa di percorso riservando l'ispezione ad un momento successivo. Questo è lo stato dell'arte.

PRESIDENTE. Tanto per concludere con chiarezza, voglio solo sottolineare che il senso della richiesta avanzata dai Capigruppo mirava ad unire queste due esigenze. L'ispezione (questo non mi è stato dato modo di dirlo qui ma lo avrei detto nell'Ufficio di Presidenza) conterà di un sopralluogo diretto al Centro di rianimazione e alla casa di Nuvoli per analizzare la possibilità di prevedere, eventualmente, una assistenza domiciliare e di audizioni che si svolgeranno presso la prefettura di Sassari.

Se non si fanno osservazioni, la Commissione procederà dunque alla svolgimento del sopra menzionato sopralluogo.

*I lavori terminano alle ore 14,55.*

ALLEGATO

## SCHEMA DI RELAZIONE PREDISPOSTO DAL RELATORE SUL SOPRALLUOGO SVOLTO PRESSO L'OSPEDALE DI VIBO VALENTIA

Una delegazione della Commissione di inchiesta, composta dal Presidente Tomassini e dai senatori Bodini, Caforio, Emprin Gilardini e Taddei si è recata il 12 febbraio u.s. a Vibo Valentia, presso il presidio ospedaliero «G. Jazzolino».

La visita presso il presidio ospedaliero si è articolata in una ispezione dell'ospedale, svolta nella mattinata, durante la quale si sono avuti anche brevi colloqui con alcuni responsabili ed operatori di unità operative e in una serie di audizioni, svoltesi nel pomeriggio, del Direttore generale dell'Azienda sanitaria, del Direttore sanitario dell'ospedale, di un rappresentante dei medici, del responsabile del personale infermieristico e del Direttore generale dell'Azienda sanitaria nel periodo aprile-agosto 2004.

Il presidio di Vibo Valentia fa parte di una ASL che ha altri due presidi ospedalieri nelle città di Tropea e Serra San Bruno ed un quarto presidio ospedaliero a Soriano Calabro in fase di trasformazione in lungodegenza riabilitativa, oltre ad altri presidi ambulatoriali distribuiti sul territorio.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali va subito evidenziato come l'ospedale oggetto della ispezione presenti una situazione generale abbastanza degradata. Si tratta di una struttura progettata negli anni sessanta e operativa dal 1974, che si potrebbe definire di architettura povera, ma soprattutto con vincoli strutturali molto evidenti e tali da rendere oggettivamente difficile una ristrutturazione che la porti ad avere *standard* abitativi e operativi in linea con le esigenze attuali della sanità.

Alcune aree sono state ristrutturate in questi ultimi anni. In particolare, il laboratorio analisi appare ben dotato di attrezzature sia analitiche che informatiche ed i locali sono stati tutti rifatti. Gli spazi sono tuttavia piuttosto angusti specie per quanto riguarda il corridoio di svincolo.

La Unità coronarica ed il reparto di degenza di cardiologia sono pure recenti, ma sono logisticamente separati tra loro e tali da comportare turni di infermieri separati per numeri esigui di pazienti. Soddisfacente appare la dotazione tecnica di controllo remoto dei pazienti ed è in programma la realizzazione della sala di emodinamica. Gli spazi di degenza normale sono però esigui, i bagni assai piccoli, non dotati di doccia e probabilmente non a norma per le dimensioni. Come in altre aree di degenza si notano corridoi angusti dove l'incrocio tra un carrello di medicazione ed una barella non è possibile.

La Unità di emodialisi, situata sopra gli spazi del Pronto soccorso, appare adeguata e svolge due turni di attività sulle 12 ore. Più problematici appaiono gli spazi di stoccaggio dei materiali per dialisi.

In radiologia si sta provvedendo alla installazione di una TAC di ultima generazione, ma le condizioni operative del servizio, per la presenza del cantiere, sono assai problematiche. Anche qui si rileva come l'accesso alla sala TAC sarà sempre difficoltoso per la ristrettezza degli spazi. Non vi sono peraltro adeguati spazi di attesa per i pazienti che debbono eseguire esami radiologici e si è notato un eccesso di presenza di accompagnatori.

Alcune aree presentano particolari criticità come il Pronto soccorso dove risultano inadeguati gli spazi di attesa ed i percorsi alle varie sale. Mancano percorsi separati per le urgenze rispetto all'accesso pedonale normale. Tutti gli ambienti di visita e medicazione sono angusti ed in scadenti condizioni, in particolare la sala dedicata ad eventuali manovre di rianimazione. E' peraltro in corso un progetto di completa ristrutturazione.

Nelle sale operatorie è attualmente in funzione una sola sala operatoria (essendo le altre state chiuse per intervento della magistratura) che funziona solo per le urgenze. Gli interventi programmati vengono eseguiti presso l'ospedale di Tropea. Una seconda sala (presso il reparto di ginecologia) è dichiarata utilizzabile «in casi estremi». Entrambe appaiono tuttavia inadeguate e con attrezzature obsolete. L'utilizzo promiscuo per vari tipi di interventi (settici e non) dell'unica sala dichiarata agibile è comunque problematico. La ristrutturazione di un intero nuovo reparto operatorio con tre sale operatorie è in corso ma ancora in fase iniziale, ancorché la consegna lavori sia prevista per il 18 aprile p.v (100 giorni dopo la consegna lavori).

Il reparto di ostetricia e ginecologia risulta complessivamente scadente sia come situazione di degenza, che di sale travaglio e parto. La sala operatoria connessa alla sala parto per cesarei urgenti e contemporanei all'uso dell'altra sala operatoria è in condizioni pessime. Il numero di parti cesarei è particolarmente alto (50% su circa 1000 parti all'anno). Il nido è in stato di semiabbandono e non c'è terapia intensiva neonatale.

La struttura dell'obitorio presenta un discreto stato di degrado, inadeguatezza delle attrezzature, in particolare della cella refrigerata.

Si è constatata poi l'assenza di una vera e propria Farmacia in quanto è presente solo un armadio farmaceutico, situato in una struttura prefabbricata di circa trenta anni di età, fortemente degradata e con spazi interni assolutamente inadeguati e con necessità di rifornimento giornaliero da un magazzino centrale. Peraltro, nei limiti evidenziati, il materiale appariva ordinato, con sistema computerizzato di gestione e con presenza di formulario Aziendale adeguato.

Risulta discreta la situazione delle cucine, che sono però separate sia del corpo centrale dell'ospedale che dalla mensa. Una grave criticità si è rilevata nei servizi che danno direttamente sui locali della cucina e non presentano adeguate caratteristiche di spazi e isolamento.

Dalle audizioni del Direttore generale dell'Azienda e del suo predecessore, del Direttore sanitario di presidio, del primario del laboratorio analisi (in rappresentanza, peraltro non ufficiale, del corpo medico) e del dirigente del servizio infermieristico, si possono trarre le seguenti sintetiche conclusioni.

I problemi evidenziati sia strutturali che gestionali sono di lungo periodo e solo da poco si stanno realmente affrontando. Fondi aggiuntivi ex art. 20 della legge n. 67 dell'11 marzo 1988 a suo tempo promessi non sono mai stati erogati e tutto quanto finora fatto per l'adeguamento ha attinto al bilancio corrente Aziendale.

I dati di *performance* dell'ospedale, che pure pare rispondere ai principali bisogni sanitari del territorio, non sono brillanti, ma non ci sono noti nei dettagli. Il «*case mix*» è stato definito dal Direttore sanitario «ridicolo» con troppi ricoveri di carattere osservazionale. Vi è un eccesso di personale rispetto alla attività svolta, dovuto prevalentemente alla frammentazione delle aree di degenza (426 infermieri sui tre presidi). La divisione della attività su tre piccoli presidi ospedalieri comporta dispersione di risorse e diseconomie. Non si è riusciti a sapere con esattezza quanti posti letto esistano e siano operativi nei vari presidi, avendo ciascuno degli interpellati fornito dati discordanti (da circa 300 a 460).

Non si sono avuti dati sull'indice di saturazione e durata delle degenze, avendo l'impressione di un generale sottoutilizzo dei posti letto; né si sono ottenuti dati precisi sulla consistenza del personale, sui turni di servizio e sulle sedute operatorie medie.

Si è riscontrato per contro una generale affezione all'ospedale e un desiderio di miglioramento, ma anche un senso di «abbandono istituzionale» sebbene tutti concordino sul fatto che qualche miglioramento si è registrato negli ultimi anni.

Le condizioni igieniche generali appaiono discrete e non vengono segnalati particolari problemi di infezioni ospedaliere. Si è appreso che gli altri due ospedali, che per ragioni di tempo non si sono potuti visitare, sono in condizioni peggiori di quello di Vibo Valentia.

La popolazione servita dall'ASL provinciale è di circa 175.000 abitanti con un incremento di circa 55-60.000 nella stagione turistica, anche se mancano stime precise.

L'impressione globale che si è tratta dal sopralluogo e dalle audizioni è che, a fronte di personale numericamente sovradimensionato e sufficientemente motivato, non vi sia una adeguata organizzazione dell'attività legata in parte anche alla situazione logistica.

La struttura visitata appare decisamente degradata nel suo insieme e con limiti strutturali tali da ritenere improbabile una sua «riabilitazione» anche con interventi profondi. La dislocazione stessa degli spazi è irrazionale e difficilmente modificabile. Se a questo si aggiunge la presenza sul territorio (peraltro non vasto) di altri due presidi ancora più piccoli e, a quanto riferito, ancora meno efficienti, si può concludere che la soluzione più razionale, anche dal punto di vista dei costi, non possa essere che quella di un nuovo ospedale (i cui lavori solo iniziali sono stati bloccati)

che abbia le dimensioni critiche per offrire servizi centralizzati di qualità e razionalizzazione delle risorse.

Gli interventi sulle strutture attuali andrebbero limitati al minimo indispensabile per evitare dispersione di risorse. Se si accedesse all'ipotesi del nuovo ospedale, varrebbe la pena prendere in esame la sospensione di ogni attività negli attuali presidi comunque non a norma, e l'utilizzo temporaneo di un ospedale da campo che potrebbe soddisfare i bisogni di assistenza di base con risparmio di risorse.