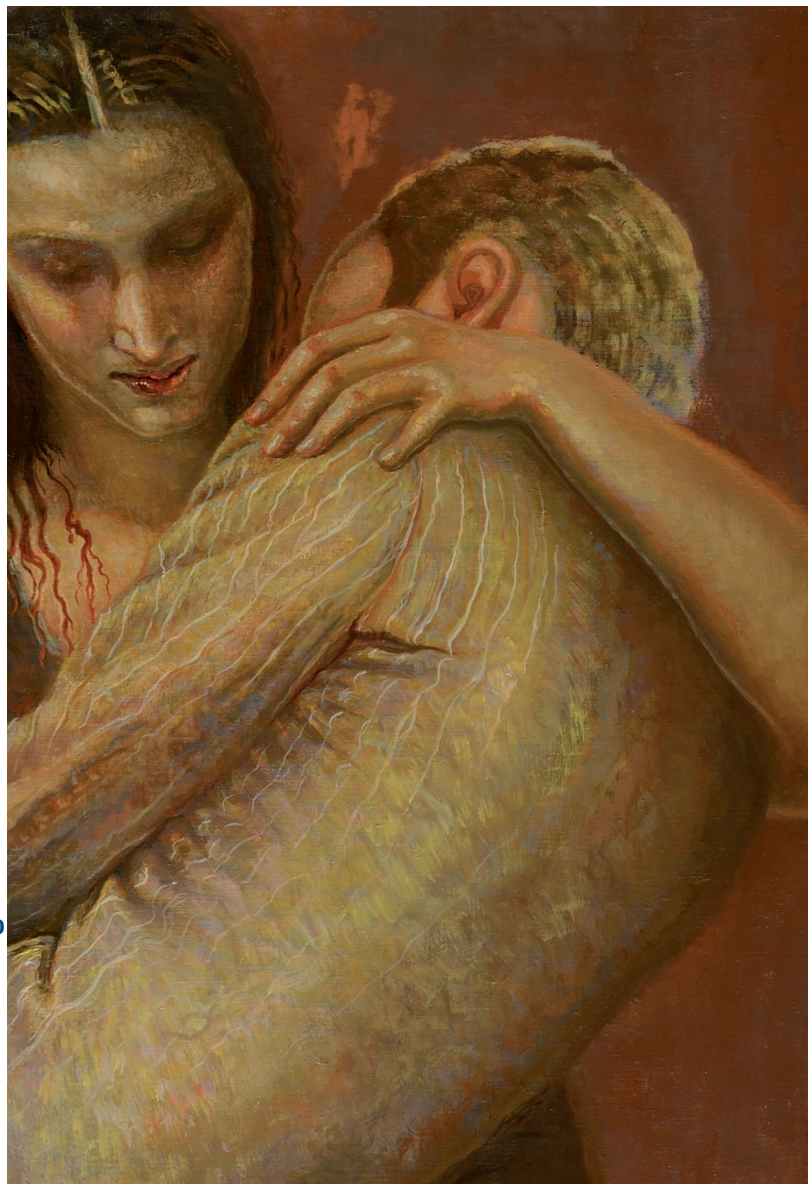
Senato
della Repubblica

Relazione finale sull'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

Documentazione di commissione



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

n. 11
marzo 2013

XVI Legislatura

Senato
della Repubblica

Documentazione di Commissione

n. 11

Senato
della Repubblica

Relazione finale sull'attività della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale

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

n. 11
marzo 2013

XVI Legislatura

La presente pubblicazione è stata curata
dalla Commissione parlamentare di inchiesta
sull'efficacia e l'efficienza
del Servizio sanitario nazionale.

Gli aspetti editoriali sono stati curati
dall'Ufficio delle informazioni parlamentari,
dell'archivio e delle pubblicazioni.

Le pubblicazioni del Senato
possono essere richieste alla Libreria del Senato
- per posta: via della Maddalena 27, 00186 Roma
- per posta elettronica: libreria@senato.it
- per telefono: n. 0667062505
- per fax: n. 0667063398

© 2013 - Senato della Repubblica

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVI LEGISLATURA

Doc. XXII-*bis*
n. 10

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008

RELAZIONE FINALE SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE

Relatore senatore Ignazio MARINO

Approvata dalla Commissione nella seduta del 30 gennaio 2013

INDICE

COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE . . . . . *Pag.* 5

PREMESSA . . . . . » 7

RELAZIONI IN MERITO ALLE RISULTANZE DEI SINGOLI FILONI DI INCHIESTA:

Inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane . . . . . » 13

Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale . . . . . » 18

Inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario . . . . . » 27

Inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura » 30

Inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale . . . . . » 44

Inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi . . . . . » 47

Inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità . . . . . » 48

Inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore . . . . . » 52

Inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani . . . . . » 55

ALLEGATI

Relazioni approvate dalla Commissione in corso di legislatura:

Relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi . . . . . » 63

Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari . . . . . *Pag.* 71

Elenco dei sopralluoghi svolti dalle delegazioni . . . . . » 110

Provvedimenti di sequestro – e atti connessi – adottati dalla Commissione nel corso della legislatura . . . . » 113

Attività della Commissione in sede plenaria . . . . . » 145

Attività della Commissione in sede plenaria, suddivisa per singole inchieste . . . . . » 170

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

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

Presidente

sen. Ignazio MARINO, PD

Vicepresidenti

sen. Alfonso MASCITELLI, IdV [1]
sen. Salvatore MAZZARACCHIO, PdL

Segretari

sen. Franca BIONDELLI, PD
sen. Fabio RIZZI, LNP

Membri

sen. Maria ANTEZZA, PD
sen. Giuseppe ASTORE, Misto, Partecipazione Democratica
sen. Laura BIANCONI, PdL
sen. Daniele BOSONE, PD
sen. Raffaele CALABRÒ, PdL
sen. Carlo CHIURAZZI, PD
sen. Lionello COSENTINO, PD
sen. Luigi D'AMBROSIO LETTIERI, PdL
sen. Stefano DE LILLO, PdL
sen. Vincenzo GALIOTO, UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI
sen. Domenico GRAMAZIO, PdL
sen. Adriana POLI BORTONE, CN:GS-SI-PID-IB-FI
sen. Donatella PORETTI, PD
sen. Michele SACCOMANNO, FDI-CDN
sen. Albertina SOLIANI, PD

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

Premessa

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

In ottemperanza all'articolo 4 della Deliberazione istitutiva, il Presidente del Senato ha nominato il senatore Ignazio R. MARINO a presiedere la Commissione e a farne parte i senatori Maria ANTEZZA, Giuseppe ASTORE, Dorina BIANCHI, Laura BIANCONI, Daniele BOSONE, Raffaele CALABRÒ, Lionello COSENTINO, Luigi D'AMBROSIO LETTIERI, Stefano DE LILLO, Leopoldo DI GIROLAMO, Antonio FOSSON, Vincenzo GALIOTO, Domenico GRAMAZIO, Piergiorgio MASSIDDA, Salvatore MAZZARACCHIO, Giovanni PISTORIO, Donatella PORETTI, Fabio RIZZI, Michele SACCOMANNO e Albertina SOLIANI [2].

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

La Commissione si è avvalsa dei poteri attribuiti dall'articolo 82 della Costituzione non solo ai fini della speditezza e dell'efficacia dell'istruttoria, nei casi in cui ha ritenuto ciò necessario, ma anche, segnando in questo modo una rilevante innovazione nella prassi dell'inchiesta parlamentare, per assicurare la fruttuosità delle indagini e la tutela in via d'urgenza di diritti di rango costituzionale di cui, in alcune situazioni, è parsa probabile la lesione nelle more del superamento delle problematiche riscontrate [3].

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

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

La Commissione, oltre ad esplorare in profondità le potenzialità insite nell'articolo 82 della Costituzione, si è avvalsa nel corso della Legislatura della facoltà, prevista dal Regolamento interno, di riferire al Senato anche prima del termine dei propri lavori, sulle risultanze delle indagini e degli esami svolti. Si è ritenuto di esercitare tale facoltà in relazione a due filoni

---

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

di indagine delle cui risultanze è parso opportuno mettere a parte tempestivamente il Senato della Repubblica: l'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi e l'inchiesta sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Dalla tempestiva presentazione dei risultati dell'inchiesta sugli Ospedali psichiatrici giudiziari [4] è scaturita una specifica attenzione parlamentare al tema, che ha prodotto sia incisivi atti di indirizzo, sia una norma *ad hoc*, inserita nel decreto-legge sull'emergenza carceraria (decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9) e volta al definitivo superamento delle strutture attualmente operative.

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

---

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

RELAZIONI IN MERITO ALLE RISULTANZE DEI SINGOLI FILONI DI INCHIESTA

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

Relatori alla Commissione RIZZI *e* COSENTINO

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

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

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

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

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

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

Tra gli indicatori di qualità dell'assistenza ospedaliera, era stata inserita la percentuale di fratture di femore operate entro due giorni [5]. Ebbene, i risultati del calcolo di questo indicatore confermano l'estrema variabilità, presente sia tra le regioni che a livello infraregionale: tra le regioni, i picchi sono costituiti dalla regione Basilicata e dalla provincia autonoma di Bolzano, nel cui ambito la frattura di femore è operata entro due giorni, rispettivamente, nel 16,23 e nell'83,63 per cento dei casi, con una media interregionale del 35,9 per cento. Come esempio di variabilità infraregionale per tale indicatore, può essere citato il dato degli erogatori della regione Veneto, che oscilla tra il 14,75 e l'85,26 per cento.

---

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

Tra gli indicatori di appropriatezza, era stata inserita la percentuale di pazienti dimessi dai reparti chirurgici con una diagnosi medica, ossia senza essere stati sottoposti ad un intervento chirurgico [6].

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

Il terzo ed ultimo esempio è relativo ad un indicatore che misura la qualità clinica dell'assistenza ospedaliera: la percentuale di parti cesarei [7].

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

Per il Molise il valore è 2.6 per mille. Il dato non è disponibile per la Calabria e l'Umbria.

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

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

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

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

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

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

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

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

Tra gli indicatori del percorso oncologico della mammella si riportano di seguito i risultarti del calcolo relativo alla percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro quattro mesi dall'intervento di chirurgia conservativa per tumore alla mammella [8].

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

Un altro degli indicatori utilizzati in relazione al percorso del tumore della mammella è quello con il quale si misura se le donne con tumore mammario sottoposte ad intervento conservativo iniziano la radioterapia entro sei mesi dall'intervento [9].

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

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

Per il secondo settore di approfondimento nell'ambito dell'oncologia, quello relativo ai pazienti con tumore al retto e al colon retto, sono stati individuati quattro indicatori: in questa sede ci si sofferma su quello relativo alla percentuale di pazienti con tumore al retto trattati con radioterapia preoperatoria [10].

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatori alla Commissione SACCOMANNO *e* BOSONE

INTRODUZIONE

L'inchiesta sui Dipartimenti di salute mentale è stata finalizzata ad una ricognizione sullo stato dei Servizi, mediante sopralluoghi ed audizioni [11].

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

Nel contesto sanitario italiano, le normative vigenti sulla tutela della salute mentale offrirebbero sufficienti possibilità di attuazione ed organizzazione dei servizi, attraverso la filosofia di cura territoriale, individualizzata e centrata sui luoghi di vita delle persone, come delineata già dalla legge 13 maggio 1978, n. 180: dove l'applicazione della normativa vigente è avvenuta senza indugio e i servizi di salute mentale sono stati realizzati in modo efficiente, gli stessi sono stati valutati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come un modello di eccellenza internazionale; ove ciò non è avvenuto, si sono prodotte lacune, anche gravi, nella rete globale dell'assistenza sanitaria, fino a situazioni di franco degrado.

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

---

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

PRINCIPALI CRITICITÀ EMERSE:

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

Ciascuna tipologia di struttura, prevista dalle normative vigenti per tutela della salute mentale, evidenzia, in modo diffuso, alcune specifiche disfunzioni, anche rispetto al processo di differenziazione territoriale, tenuto conto dell'esigenza di economicità e di integrazione tra sanitario e sociale, più facilmente attuabile ove presente la valorizzazione e la cooperazione con le Associazioni di volontariato attive sul territorio.

- I DSM, costituitisi da accorpamento di più aree territoriali (*ex*-USSL) in ragione di principi di efficacia ed efficienza, spesso differiscono molto tra loro per opportunità di cura e, talora, non riescono neppure

ad uniformare l'offerta sanitaria sul loro stesso territorio; ancora pochi, sul territorio nazionale, i programmi sanitari integrati con altre agenzie del settore sociale finalizzati alla prevenzione del disagio psichico nel territorio. Le difficoltà stesse evidenziate nella presa in carico dei pazienti in uscita dagli Ospedali psichiatrici giudiziari (d'ora in poi OPG), ben rappresentano la criticità esistente nei DSM rispetto all'integrazione degli interventi di tutela sanitaria e sociale nella popolazione affetta da disturbi mentali gravi.

- Gli SPDC, uniche strutture presenti dentro l'ospedale, rimangono per la maggior parte luoghi chiusi e con ancora largamente diffuse pratiche di contenzione (talora attuate illegittimamente come se fossero «terapie»), frequentemente privi di possibilità di interventi riabilitativi e sociali, che possano fungere da collegamento con i servizi territoriali come prevenzione della cronicità: molto della cura è affidata alla psicofarmacologia e la qualità della vita dei ricoverati è spesso limitata ai soli bisogni primari (per esempio, frequentemente è fatto divieto, in nome della «sicurezza» del paziente, di quegli effetti personali usati comunemente nella vita quotidiana). I reparti risultano quasi tutti «luoghi chiusi», non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le Associazioni di familiari ed utenti, per il volontariato formalizzato ed informale, a scapito di un «sapere esperienziale» che viene perduto e a scapito di una trasparenza dell'operato sanitario, di cui godono invece tutti quei luoghi sanitari che sono aperti e liberamente frequentati.

- Per quanto attiene i servizi di neuropsichiatria infantile, da sopralluoghi effettuati, emerge una carenza e difformità di presenza dei posti letto ospedalieri e dei servizi territoriali per minori sul territorio, con anche difficoltà di integrazione con i CSM dell'età adulta per il disagio nell'adolescenza; a ciò si aggiunge il dato preoccupante del riscontro di fasce di contenzione già applicate ai letti di alcuni reparti neuropsichiatria, quasi come fosse una pratica di uso ricorrente.

- Ad eccezione di alcune realtà sul territorio nazionale, i CSM sono limitatamente aperti solo in modo diurno e per 5 giorni a settimana, scaricando sul Pronto soccorso dell'Ospedale le funzioni di cura specialistica territoriale nelle rimanenti fasce orarie. Spesso l'esiguità di personale, e la mancanza di figure riabilitative, comporta una scarsa risposta ai bisogni dell'utenza nel contesto individuale di vita, con erogazione di attività sanitarie solo di tipo ambulatoriale; le stesse, peraltro, non sono sempre di facile accessibilità alle diverse tipologie dei pazienti, a causa di un'estensione oraria di apertura inferiore alle 12 ore diurne, per tempi di attesa dilatati e per la scarsa differenziazione delle modalità di assunzione in cura secondo la complessità dei bisogni individuali. Come conseguenza, le tipologie delle prestazioni risultano poco o per nulla declinate sulle necessità della persona, a partire dalla disponibilità all'ascolto, mancano il sostegno integrato

con il sociale presso il domicilio, l'intervento notturno urgente, la mediazione familiare in situazione di crisi. L'esiguità di tali opportunità di intervento, personalizzato e domiciliare, risulta essere tanto più rilevante se a scapito delle famiglie più bisognose per problemi psicopatologici gravi e complessi. Ed anche il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio (d'ora in poi TSO), in alcuni casi, è sintomo di carenza di offerta o di incapacità di intercettare il disagio mentale sul nascere, di assenza di azioni di tipo preventivo dell'acuzie potenzialmente efficaci; analoga considerazione suscita costatazione delle difficoltà dei CSM di occuparsi delle necessità psichiatriche della popolazione detenuta, considerata anche la carenza di idonei reparti di osservazione psichiatrica nelle carceri. A tale riguardo è emblematico il caso di un giovane paziente, autore di reato, che è stato internato in Ospedale psichiatrico giudiziario per l'esecuzione di un TSO.

- Le strutture «intermedie», riassumibili nel termine generico di «comunità riabilitative», rappresentano una criticità importante della situazione della psichiatria italiana territoriale *post* legge 180. Ogni regione, concluso il superamento degli *ex* Ospedali psichiatrici, ha autorizzato molteplici, e diverse tra loro, strutture psichiatriche riabilitative, molto onerose dal punto di vista economico sul bilancio complessivo dei DSM e «non-efficienti» in termini di esito, oltre che di processo. Presentano, per la maggior parte, le seguenti problematiche: in primis, un ridottissimo «*turn-over*» dei ricoveri, con situazioni di istituzionalizzazione sanitaria di seconda generazione, spesso connotate da scarsa consistenza di interventi realmente socio-riabilitativi di reintegro del paziente nel contesto territoriale di vita, a fronte di un dichiarato o reale alto tenore sanitario di attività cliniche interne alle strutture stesse; scarse sono ancora le possibilità di inserimento lavorativo; non così comuni sono le esperienze di gruppi-appartamento in mutuo-aiuto, di natura sociale, che risultano più funzionali solo dove esiste anche un sostegno da parte dei CSM. In conseguenza dell'espansione residenziale sanitaria e di scarse possibilità di dimissione dei pazienti accolti, le ASL e le regioni finiscono per attuare deroghe di fatto alle normative nazionali, nonché regionali, sui tempi di ricovero, sulle dotazioni strutturali e di personale specialistico; e a seguire, anche i controlli su questo ambito sono, in alcuni casi, divenuti superficiali, quando non inesistenti. Ad oggi, molte diventano contenitori di emarginazione sociale della disabilità psichica, contrariamente alle finalità dichiarate, con conseguenti fenomeni di «*wandering*» istituzionale tra luoghi di ricovero; alcune diventano perfino strutture indecenti «per un Paese appena civile». Infine, come situazione paradossale rispetto a quanto sopra evidenziato, vi è una carenza di strutture semiresidenziali e residenziali per la cura dei disturbi psicopatologici più gravi delle fasce adolescenziali, che non possono trovare risposta nelle strutture per gli adulti e che necessitano di ampio approccio multidisciplinare e di

un diretto coinvolgimento familiare nell'assunzione in cura. Il quadro evidenziato impone una profonda riflessione della comunità scientifica sulla situazione dell'assistenza psichiatrica italiana, preferibile a proposte integrative di legge, soprattutto in ragione del fatto che la riabilitazione del malato psichiatrico non possa, in alcun caso, tradursi in un'ospedalizzazione, più spesso realizzata con implementazione del privato convenzionato, per mancanza di servizi idonei sul territorio.

PROPOSTE D'INTERVENTO

Prevenzione

- Il maggiore intervento sanitario deve essere di tipo preventivo del disagio, affidato ai CSM negli aspetti di coordinamento, a cui spetta anche la centralità della cura ove occorra, in quanto strutture territoriali più vicine ai luoghi di vita. È pensiero diffuso in ambito europeo che attraverso il collegamento con i servizi di neuropsichiatria infantile e attraverso politiche sociali si possa concretizzare la capacità di intercettare le problematiche emergenti sul nascere, al fine di ridurre la prevalenza di malattia, disabilità e cronicità, da cui origina anche lo «stigma» di chi è sofferente.

Livelli essenziali di assistenza (LEA) e Diagnosis Related Groups *(Raggruppamenti omogenei di diagnosi - DRG) di percorso – CSM accessibili 24 ore al giorno*

- Gli interventi sanitari e sociali devono essere più integrati e individualizzati per contenuti e risorse, attraverso una revisione dei LEA e l'istituzione di DRG di percorso, in cui l'intervento sanitario e sociale possa non essere più omologato per tipologia di struttura: l'approccio integrato deve tradursi in una valorizzazione e remunerazione economica dell'intero percorso di cura del paziente, superando il concetto di rimborso per singola prestazione o per diagnosi. Programmi di cura psicosociale, in cui possano essere rappresentati e coordinati interventi ambulatoriali, domiciliari, residenziali o ospedalieri secondo le esigenze individuali, consentirebbero di non confinare i diversi problemi psicopatologici, e i pazienti che ne sono affetti, per «singoli luoghi», a scapito degli abituali ambiti territoriali di vita. Tale approccio consentirebbe di riqualificare tutte quelle situazioni di residenzialità «pseudo-riabilitativa», rilevate sul territorio nazionale, che non si pongono obiettivi temporali. Qualora occorresse, potrebbero essere implementati, o istituiti ove non presenti, posti letto accessibili sulle 24 ore nei CSM territoriali, al fine anche di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione in SPDC delle situazioni acute e subacute: a tal fine, nei CSM dovrebbero concentrarsi interventi di

implementazione del coinvolgimento della rete sociale nel contesto di vita del paziente, il supporto dell'associazionismo *no-profit* che opera nella salute mentale, e soprattutto l'offerta di opportunità di inserimento lavorativo nelle forme più idonee ai diversi livelli di disabilità psichica.

Potenziamento delle capacità dell'utente

- La programmazione sanitaria psichiatrica deve essere finalizzata alla valorizzazione delle competenze della persona, attraverso il sostegno di aspettative positive di riorganizzazione della vita dell'individuo, della cultura dell'auto-mutuo-aiuto e della possibilità di guarigione, con rispetto della libertà di scelta del paziente ove possibile; a tal fine, serve un implementazione della partecipazione attiva degli utenti e familiari nei Servizi.
- I TSO non devono sottendere comportamenti di medicina difensiva, al fine di evitare il rischio di un ritorno nascosto del mandato di controllo sociale caratteristico dell'era manicomiale: la psichiatria italiana, per legge, non si occupa della pericolosità sociale, ma le modalità brutali di esecuzione di alcuni TSO rappresentano sicuramente l'immagine di «pensiero custodialistico», che si ripresenta ogni qualvolta un'acuzie psicopatologica viene affrontata più per ridurne i comportamenti devianti che per farsi carico della sofferenza della persona: al fine di evitare ciò, è fondamentale il collegamento con la Medicina di base sul territorio, soprattutto nelle situazioni psicopatologiche critiche quali sono quelle che legittimano un TSO. Appare utile ricordare in questa sede, come esempio di cosa possa accadere se venisse meno questa attenzione, la drammatica vicenda di un paziente che, in stato di scompenso psicopatologico, inseguito dalla Forza pubblica per sfuggire ad un'ordinanza di TSO, ha preferito gettarsi in mare. Parimenti, in difesa dei diritti del paziente anche in situazione di trattamento sanitario coatto, la nomina di un amministratore di sostegno dovrebbe avvenire d'ufficio all'atto della trasmissione degli atti al giudice tutelare (con incarico di supportare le volontà dell'utente durante l'esecuzione del TSO).

Interventi sul Servizio psichiatrico di diagnosi e cura

In sintesi, alcuni interventi «minimi e sufficienti»:

- Obbligo di prestazioni riabilitative psicosociali precoci, già in fase acuta, già durante la degenza; miglioramento delle condizioni ambientali di vita per i degenti, con puntuale verifica attraverso strumenti di «*customer sastisfaction*» di utenti e familiari.
- Contenimento del fenomeno di espansione dei letti ospedalieri, sia pubblici che privati, a favore di una implementazione di posti-letto

nei CSM, aperti nelle 24 ore, anche per interventi territoriali in situazioni d'urgenza.

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

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

Norme per la terapia elettroconvulsivante (ETC)

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

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

INTERVENTI DI RICONVERSIONE DELLA RESIDENZIALITA' RIABILITATIVA, ATTRAVERSO IL FINANZIAMENTO DI DRG DI PERCORSO INDIVIDUALIZZATO A PARTECIPAZIONE MISTA SANITARIA E SOCIALE:

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

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

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

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

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

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

Inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario

Relatori alla Commissione MAZZARACCHIO *e* ASTORE [12]

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

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

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

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

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

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

Sul piano dell'efficacia della normativa attualmente vigente, a fini di contrasto degli sprechi di risorse, è emerso che andrebbe prevista espressamente la utilizzabilità, da parte delle Procure della Corte dei conti, dei

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

dati resi disponibili dagli obblighi di comunicazione e monitoraggio degli incarichi, e dalle altre forme di pubblicità, in quanto allo stato non è possibile instaurare su tali basi giudizi di responsabilità erariale.

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

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

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

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

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

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

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

Altra vicenda riguarda la regione Toscana, in relazione a una consulenza per la «dislocazione dell'edificio azienda». Anche in questo caso non vi è stata una valutazione comparativa delle offerte. Si è poi ri-

tenuto che il compito fosse relativo all'attività tipica delle strutture interne e che, sostanzialmente, fosse una consulenza non utile in quanto la dislocazione era già stata decisa in base al contratto preliminare.

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

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

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

Relatori alla Commissione CALABRÒ *e* BIONDELLI

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

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

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

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

Nel censimento effettuato nel 2001, su circa 1.000 presidi, risultava che circa il 65 per cento era stato costruito prima del 1970 (di cui il 15 per cento prima del 1900 e il 20 per cento tra il 1900 e il 1940), il 20 per cento tra il 1971 e il 1990 e solamente il 15 per cento dopo il 1991.

Solo dal 2008, anno in cui è entrato in vigore il cosiddetto testo unico sulle norme tecniche per le costruzioni, di cui al decreto del Ministro delle infrastrutture del 14 gennaio 2008, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 29 del 4 febbraio 2008, la valutazione progettuale della risposta sismica è stata rapportata alle prestazioni attese, riferita cioè non solo alla capacità di evitare crolli, perdite di equilibrio e dissesti

gravi, ma anche alla capacità di garantire le prestazioni previste nel corso dell'evento sismico.

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

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

Per quanto concerne il tema della vulnerabilità strutturale dei presidi ospedalieri, in relazione al rischio sismico, è emerso quanto segue. Le verifiche per la riduzione del rischio sismico sono state introdotte dall'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 20 marzo 2003, n. 3274, e per esse sono stati assegnati finanziamenti con il decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 (articolo 21-*bis*: Istituzione di un Fondo per interventi straordinari). I finanziamenti sono stati utilizzati secondo le disposizioni dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 luglio 2004, n. 3362, relativa alle regioni, e dell'ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 settembre 2004, n. 3376, relativa alle amministrazioni centrali.

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

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

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

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

Anche in relazione all'anno di ultimazione dei lavori emerge il lungo lasso di tempo che intercorre tra la progettazione e l'ultimazione dei lavori. Solo nel 2 per cento dei casi intercorrono meno di due anni, ma probabilmente si tratta di epoche lontanissime, quando si costruiva molto più rapidamente che negli ultimi anni. Nel 25 per cento dei casi tra la progettazione e l'ultimazione dei lavori intercorrono invece dai due ai tre anni e nel 31 per cento tra i quattro e i sette anni. Infine, nel 30 per cento dei casi ci sono voluti più di otto anni per riuscire ad ultimare un ospedale che era stato progettato anzitempo.

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

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

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

Ciò significa che l'edificio che ha un valore di adeguatezza pari a 0 è l'edificio più a rischio, mentre l'edificio con un valore di adeguatezza pari a 1 è l'edificio più sicuro. L'indicatore di rischio viene misurato secondo

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

In situazioni di stato limite di danno severo, quindi in caso di terremoto sicuramente severo ma raro con intensità non estremamente forte, è emerso, sulla base delle indagini, che circa il 60 per cento degli edifici presenterebbe un indicatore di rischio di stato limite di danno severo compreso tra lo 0 e lo 0,2 quindi, ancora carenze molto gravi.

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

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

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

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

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

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

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

					Sinistro)	Arezzo" di Ragusa							
23	17	Sicilia	RG	Ragusa	Ospedale Maria Paternò Arezzo (Corpo Centrale)	A. O. "Maria Paternò Arezzo" di Ragusa	1920	1930	D	2		0,24	0,92
24	18	Sicilia	RG	Ragusa	Ospedale Maria Paternò Arezzo (Palazzo Sant'Angelo)	A. O. "Maria Paternò Arezzo" di Ragusa	1975	1981	A	2	0,007	0,017	0,042
25	19	Sicilia	RG	Ragusa	Ospedale Maria Paternò Arezzo (Ala Medicina)	A. O. "Maria Paternò Arezzo" di Ragusa	1964	1965	A	2	0,16	0,16	0,6
26	27	Sicilia	CT	Vizzini	Poliambulatorio di Vizzini	A.U.S.L. n°3 di Catania	1980	1990	A	2	2,553	2,89	0,977
27	29	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 4 - Microbiologia, Centro Prelievi	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1	0,059	0,089	0,316
28	30	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 6 - Astanteria, Chirurgia Vascolare	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1		0,002	0,007
29	31	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 9 - Anatomia Patologica, Laboratorio	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	AF	1		0,001	0
30	32	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 3 - Cardiologia, Utic, Degenze	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1		0,022	0,228
31	33	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 5 - Centro Sangue, 118	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1	0	0,005	0,015
32	34	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 11 - Neurologia, Geriatria	A. O. "Piemonte" di Messina	1961	1963	A	1	0,01	0,011	0,043
33	35	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 16 - Psichiatria	A. O. "Piemonte" di Messina	1961	1963	F	1		0,048	0,09
34	36	Sicilia	ME	Messina	Padiglione 20	A. O. "Piemonte" di Messina	1911	1913	F	1	0,102	0,115	0,479
35	43	Sicilia	CT	Caltagirone	Presidio Ospedaliero Santo Pietro	A. O. "Gravina e Santo Pietro" - Caltagirone	1924	1935	D	2		0,23	0,775
36	44	Sicilia	CT	Caltagirone	Presidio Ospedaliero Gravina	A. O. "Gravina e Santo Pietro" - Caltagirone	1962		A	2	0,036	0,056	0,127
37	45	Sicilia	CL	Gela	Ospedale Vittorio Emanuele Gela	A. O."Vittorio Emanuele" di Gela	1960	1969	A	2	0,012	0,012	0,007
38	49	Sicilia	CT	Adrano	Poliambulatorio di Adrano	A.U.S.L. n°3 di Catania	1967	1979	A	1	0,152	0,036	0,003
39	50	Sicilia	CT	Mirabella Imbaccari	Poliambulatorio di Mirabella Imbaccari	A.U.S.L. n°3 di Catania	1986	1993	A	2	0,996	1,455	1,522
40	51	Sicilia	CT	San Michele di Ganzaria	Poliambulatorio di San Michele di Ganzaria	A.U.S.L. n°3 di Catania			A	2	0,993	1,177	1,142
41	54	Sicilia	PA	Partinico	Ospedale Civile di Partinico	A.U.S.L. n°6 di Palermo	1968	1976	A	2		0,048	0,26
42	56	Sicilia	PA	Palermo	Gian Filippo Ingrassia	A.U.S.L. n°6 di	1960	1960	A	2	0,014	0,022	0,055

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relatori alla Commissione BIANCONI *e* COSENTINO

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

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

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

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

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

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

Nella fase di scelta del contraente, anche quando si rispetti l'obbligo di espletamento di formali gare concorsuali, si pongono talora in essere condotte tese a favorire uno soltanto dei concorrenti, ad esempio rendendo eccessivamente restrittiva l'ammissione alla gara, in modo da rendere possibile la partecipazione solo ad uno o a pochi concorrenti; oppure manipolando ai medesimi fini le parti tecniche del capitolato; oppure formulando il bando concorsuale in modo da rendere soltanto apparente la definizione dei quantitativi e del prezzo di gara, in realtà modificabili, nella sostanza, durante l'esecuzione del contratto; ovvero, ancora, in casi limite, mediante diretta predisposizione del bando di gara da parte dell'imprenditore favorito, il quale, attraverso i suoi tecnici, redige materialmente l'atto per poi

farlo pervenire al funzionario pubblico competente, direttamente o per il tramite di superiori gerarchici o politici interessati.

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

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

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

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

Quanto alle modalità di nomina di direttori e dirigenti sanitari, va preliminarmente osservato che tale tematica costituisce il tratto d'unione delle altre due dianzi evocate, dal momento che la mancanza di autonomia dell'amministrazione sanitaria, a fronte delle spinte che possono talora derivare dalla politica, in un settore dove si spende la gran parte delle risorse pubbliche a livello regionale, è certamente concausa delle cattive gestioni, sia degli acquisti che dei rapporti con gli erogatori del privato accreditato.

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

A tale riguardo, appare opportuno ricordare che, anche nella giurisprudenza della Corte costituzionale, è ormai radicata l'affermazione secondo cui il direttore generale è «figura tecnico-professionale che ha il compito di perseguire nell'adempimento di un'obbligazione di risultato gli obiettivi gestionali e operativi definiti dal piano sanitario regionale

(a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale), dagli indirizzi della Giunta, dal provvedimento di nomina e dal contratto di lavoro con l'amministrazione regionale».

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

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

Inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi

Relatori alla Commissione SACCOMANNO *e* MASCITELLI

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

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

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

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

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

L'età media dei riceventi è di 53,5 anni.

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

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

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

Relatori alla Commissione MASSIDDA [13] *e* BIONDELLI

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

Si tratta di una struttura che, rispondendo ai requisiti previsti dal decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1º febbraio 1992, ospita i pazienti secondo standard elevatissimi: 20 metri quadri per posto letto. Le stanze, tutte da due posti letto, hanno una ampiezza di 46 metri quadri e dispongono del bagno in camera.

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

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

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

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

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

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

Tra le principali criticità emerse è necessario menzionare la decurtazione del *budget* annuo concesso per le prestazioni erogate dal 2008, pari al 16 per cento; la riconversione della presa in carico riabilitativa in tipologia sociosanitaria a basso impegno assistenziale, con grave compromissione della qualità del servizio, della consistenza delle tariffe e dei livelli occupazionali; l'introduzione di una compartecipazione alla spesa a carico di chi fruisce del servizio semiresidenziale nelle modalità assistenziali di mantenimento, così come nelle nuove modalità sociosanitarie, che interesserà prossimamente almeno l'80 per cento della popolazione assistita; l'applicazione di un *ticket* per gli ospiti delle case famiglia.

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

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

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

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

Situazione nazionale delle persone affette da disabilità gravi/gravissime

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

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

Relatore alla Commissione Ignazio MARINO

Nel deliberare l'avvio di un'inchiesta per fare luce sullo stato di attuazione della normativa in materia di terapia del dolore (legge 15 marzo 2010, n. 38), la Commissione ha deciso di attivare i poteri previsti dall'articolo 82 della Costituzione, al fine di delegare ai NAS lo svolgimento di attività di polizia giudiziaria *ad hoc*.

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

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

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

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

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

Il dato nazionale è il seguente: su 244 strutture ospedaliere, in 57 non vi era alcuna presenza del COSD e del Progetto ospedale senza dolore, vale a dire nel 23 per cento dei casi; la presenza del COSD o del Progetto è stata rilevata in 151 strutture, pari a 62 per cento; la presenza del solo COSD è stata rilevata nel 7 per cento delle strutture, mentre la presenza del solo Progetto nell'8 per cento delle strutture; la presenza di Unità operative per cure palliative è stata rilevata nel 63 per cento dei casi, ossia in 154 strutture; la presenza della scala di rilevazione del dolore è stata rilevata nell'81 per cento dei casi; il prontuario terapeutico nazio-

nale era presente nel 91 per cento delle strutture; la continuità terapeutica nel 78 per cento dei casi; la collaborazione con medici di medicina generale nel 76 per cento delle strutture; la formazione del personale era presente nell'82 per cento dei casi e il materiale informativo nel 55 per cento; l'utilizzo di questionari sulla soddisfazione della terapia del dolore avveniva in 143 strutture (59 per cento) e i veicoli di informazione erano presenti nel 69 per cento dei casi.

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

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

Lo stesso dato è stato poi disaggregato per Regioni: il Friuli-Venezia Giulia raggiunge il 76 per cento, ma solo su tre obiettivi (5 punti in più rispetto al dato percentuale medio nazionale); la Liguria si attesta sul 74 per cento su nove obiettivi (3 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); la Lombardia arriva al 91 per cento su 30 obiettivi (20 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); il Piemonte raggiunge il 93 per cento (22 punti in più); il Trentino-Alto Adige registra una percentuale di adeguamento pari al 92 per cento, su due ospedali (21 punti in più rispetto alla percentuale media nazionale); la Valle d'Aosta ha un solo ospedale e quindi è normale registrare una percentuale media di adeguamento del 100 per cento; il Veneto arriva al 91 per cento (20 punti in più); l'Abruzzo si attesta sul 56 per cento (15 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); l'Emilia-Romagna registra il 97 per cento (26 punti in più); il Lazio arriva al 73 per cento (2 punti in più e quindi è quasi nella percentuale media nazionale); la percentuale media delle Marche è pari al 77 per cento (6 punti in più); la Sardegna arriva al 33 per cento su nove ospedali (38 punti in meno); la Toscana raggiunge il 96 per cento (25 per cento in più); il dato dell'Umbria è pari al 40 per cento (31 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); la Basilicata, avendo un solo ospedale, raggiunge l'83 per cento (12 punti in più); la Calabria registra una percentuale del 55 per cento (16 punti in meno); la Campania raggiunge il 50 per cento (21 punti in meno); il Molise si attesta sul 48 per cento (23 punti in meno); la Puglia ha un adeguamento medio pari al 41 per cento (30 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale); la percentuale della Sicilia è del 61 per cento (10 punti in meno rispetto alla percentuale media nazionale).

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

Quanto al consumo di farmaci oppiacei, il dato nazionale evidenzia che nelle 244 strutture poste sotto osservazione, dall'inizio del 2008 al

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

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

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

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

Un caso altrettanto esemplificativo proviene dalla Sicilia, dove 6.502 pazienti si sono rivolti ad altre regioni, su un totale di 56.750 ospedalizzazioni residenti, e in particolare 2.650 (oltre il 40 per cento) pazienti si sono rivolti alla regione Lombardia [14].

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

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

Relatori alla Commissione GRAMAZIO *e* PORETTI

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

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

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

Già sul piano meramente quantitativo, occorre rilevare l'esistenza di una pluralità di dati tra loro discordanti. La fonte alla quale sembra potersi annettere maggiore affidabilità indica l'esistenza di 2.475 Residenze sanitarie assistenziali (d'ora in poi RSA), dotate di 152.745 posti letto per 220.000 utenti [15].

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

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

All'interno delle strutture risultano talora carenti o totalmente assenti le attività sociali, per lo svolgimento delle quali devono essere previsti

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

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

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

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

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

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

A questo riguardo, un primo nucleo problematico risiede nelle modalità di computo del reddito rispetto al quale parametrare la compartecipazione alla spesa per il ricovero in RSA. Mentre la normativa nazionale prevede che si computino i soli redditi dell'assistito, a livello regionale e locale vengono utilizzati criteri diversi, in base ai quali al reddito dell'assistito vengono aggiunti quelli del nucleo familiare di provenienza. Ne consegue che, quando viene effettuata la valutazione sul reddito dell'anziano da parte del Comune, esso risulta molto più elevato di quanto non sia nella realtà dei fatti.

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

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

ALLEGATI

RELAZIONI APPROVATE DALLA COMMISSIONE IN CORSO DI LEGISLATURA

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVI LEGISLATURA

Doc. XXII-*bis*
n. 2

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008

RELAZIONE CONCLUSIVA DELL'INCHIESTA SULL'EFFICACIA, L'EFFICIENZA E L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE PRESTATE AL SIGNOR STEFANO CUCCHI

Relatori sen. Albertina SOLIANI e sen. Vincenzo GALIOTO

Approvata dalla Commissione nella seduta del 17 marzo 2010

Relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi

(approvata dalla Commissione nella seduta n. 65 del 17 marzo 2010)

La Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale approva unanimemente il 4 novembre 2009 il programma d'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi durante il suo periodo di detenzione.

1. Cause della morte

Il signor Stefano Cucchi muore intorno alle ore 3 del 22 ottobre nel reparto protetto dell'ospedale «Sandro Pertini» per arresto cardiorespiratorio come evento finale di un grave squilibrio idroelettrolitico.

La causa della morte è, infatti, secondo la relazione dei consulenti tecnici di cui si è avvalsa la Commissione, l'istaurarsi di una sindrome metabolica iperosmolare di natura prerenale dovuta ad una grave condizione di disidratazione [1].

All'analisi medico-legale il paziente risulta portatore di due patologie: la sindrome traumatica e la sindrome metabolica. Non vi è alcuna relazione eziopatogenetica che collega il trauma alla sindrome metabolica [2]. La sindrome dismetabolica e di squilibrio idroelettrolitico raggiunge un punto di non ritorno a partire dal quale non è più possibile correggere la sindrome attraverso la semplice assunzione di acqua, nella giornata del 21 ottobre.

Il paziente, già alcune ore dopo il ricovero, inizia a manifestare opposizione alla somministrazione di cure e cibo. L'opposizione non è intesa a non curarsi, ma è strumentale ad ottenere contatti con l'avvocato di fiducia.

Il paziente rifiuta la terapia endovenosa e assume acqua e cibo in maniera saltuaria. In seguito a tale astensione, subisce non solo un drastico dimagrimento (10 kg), ma soprattutto un blocco della funzione renale, ca-

---

[1] In particolare, secondo i consulenti, il decesso si deve allo squilibrio metabolico e soprattutto idroelettrolitico conseguente alla mancata assunzione di cibo e di liquidi in modo regolare e sufficiente.

[2] I consulenti tecnici ritengono si possa escludere, senza incertezza, che il decesso si debba alle conseguenze del trauma subito.

ratterizzato da iperazotemia. Questa condizione di iperosmolarità è stata causa dell'aritmia cardiaca mortale.

Non è oggetto di indagine della Commissione stabilire chi abbia provocato i traumi lesivi al viso e alle vertebre, traumi che i consulenti tecnici della Commissione ritengono essere stati probabilmente inferti. Né compete alla Commissione indagare perché nessuno, né i medici del «Sandro Pertini», né gli operatori penitenziari, abbia ritenuto, durante i giorni del ricovero, di comunicare ai soggetti interessati – avvocato, familiare, volontario della comunità terapeutica – la richiesta di aiuto del detenuto. Né, ancora, spetta alla Commissione indagare sui motivi che hanno indotto tutti i medici coinvolti nella vicenda a non segnalare alla magistratura la presenza di lesioni di origine traumatica sul corpo del detenuto.

Tuttavia, è certo che il signor Stefano Cucchi, dopo aver subito le lesioni traumatiche ed essere stato ricoverato nel reparto protetto dell'ospedale «Sandro Pertini» con una procedura del tutto anomala, chiede di parlare con i soggetti sopra citati, ma tale colloquio non avrà mai luogo. Inizia allora per protesta a rifiutare, almeno in parte, le cure mediche e l'assunzione di cibo e liquidi, rifiuto che lo porterà nel volgere di pochi giorni ai gravi squilibri idroelettrolitici responsabili della morte.

Nessun medico, nella giornata antecedente al decesso, si è probabilmente reso conto che la situazione del paziente aveva ormai raggiunto un punto di non ritorno: così si spiega la mancanza di monitoraggio costante delle sue condizioni e l'omissione di informazioni esaustive circa la possibilità di un imminente evento avverso in assenza di efficace terapia endovenosa.

La Commissione pertanto auspica che l'indagine penale in corso possa chiarire:

a) chi, ove si acceda all'ipotesi ritenuta probabile dai consulenti tecnici della Commissione, ha inferto le lesioni al signor Stefano Cucchi;

b) le ragioni di una procedura così anomala per il trasferimento presso la struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini»;

c) chi ha la responsabilità di non aver dato corso alle richieste di colloquio formulate dal detenuto, lasciando così quest'ultimo in una condizione psicologica che ha certamente influito sul rifiuto di cure;

d) chi ha la responsabilità della mancata identificazione prima dell'*exitus* di una condizione clinica così grave da mettere a rischio la vita.

2. La ricostruzione sanitaria

Il signor Stefano Cucchi è arrestato dai Carabinieri il 15 ottobre 2009 alle ore 23,30. Viene prima accompagnato presso la stazione Carabinieri Appia e scortato nella casa di famiglia, poi trasferito presso la stazione Carabinieri Tor Sapienza per essere detenuto nella cella di sicurezza. Alle ore 5,15 del 16 ottobre è soccorso da una squadra delle ambulanze ARES 118 a causa di un malore, presumibilmente una crisi epilettica, ma rifiuta il trasporto in ospedale. Gli operatori dell'ARES 118 riferiscono

che lo stesso era oppositivo alle cure e acquisiscono in modo approssimativo dati sullo stato di salute (frequenza cardiaca, ossigenazione del sangue e pressione, presenza di «eritema» sotto la palpebra destra).

Alle ore 9 il detenuto viene condotto dai Carabinieri presso il tribunale per essere sottoposto al processo per direttissima davanti al giudice e, quindi, viene consegnato al personale della polizia penitenziaria e trasferito in camera di sicurezza. Svolta l'udienza di convalida intorno alle 13, il detenuto è visitato da un medico di ambulatorio della Città giudiziaria, il quale rileva «*lesioni ecchimotiche in regione palpebrale inferiore bilateralmente di lieve entità e colorito purpureo*»; inoltre referta: «*Riferisce dolore e lesioni anche alla regione sacrale e agli arti inferiori ma rifiuta anche l'ispezione. Evasivamente riferisce che le lesioni conseguono ad accidentale caduta dalle scale avvenuta ieri*».

Il signor Cucchi, tradotto nel carcere di Regina Coeli, viene sottoposto a visita medica di primo ingresso intorno alle 16,35. Il medico del carcere rileva in cartella ambulatoriale l'altezza (168 cm), il peso corporeo (52 Kg), i dati anamnestici (abitudini tabagiche, uso di eroina, cocaina, cannabinoidi e metadone) e la sintomatologia accusata, caratterizzata da «*algia alla deambulazione*» e pertanto lo invia con urgenza al Pronto soccorso dell'ospedale «Fatebenefratelli». Nel modulo di richiesta di visita ambulatoriale urgente si segnala: «*caduta accidentale ieri dalle scale. Presenta ecchimosi sacrale coccigea, tumefazione del volto bilaterale periorbitaria, algia alla deambulazione arti inferiori. PA 90/60 FC 60, [...] riferisce senso di nausea ed astenia. Rx cranio (controllo)*».

Il paziente arriva alle 20,01 con diagnosi di «*lesioni ecchimotiche di ndd* (natura da determinare, ndr)», viene sottoposto ad esame radiografico della colonna lombo-sacrale e sacro-coccigea, che evidenzia la presenza di «*frattura corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura I vertebra coccigea*».

L'ortopedico, chiamato telefonicamente per una consulenza specialistica, suggerisce riposo a letto e controllo seriato dell'emocromo. Il neurologo, invece, raccolta la notizia anamnestica di un trauma contusivo del rachide lombo-sacrale occorso la sera precedente (alle ore 23, come precisato dal paziente), obiettiva l'impossibilità a deambulare a motivo della sintomatologia dolorosa accusata e consiglia di eseguire eventualmente un esame elettrofisiologico per la valutazione dell'integrità delle radici lombo-sacrali. Il paziente rifiuta il ricovero e viene dimesso con diagnosi di «*frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura I vertebra coccigea*».

Passata la notte in carcere, la mattina successiva del 17 ottobre viene visitato due volte, alle 11,20 e alle 11,50, dai medici dell'Istituto penitenziario, i quali lo inviano di nuovo al Pronto soccorso dell'ospedale «Fatebenefratelli» per la valutazione dell'emocromo, per l'esecuzione di un'ecografia all'addome e di *videat* neurochirurgico. Presso l'ospedale viene confermata la diagnosi del giorno prima: «*frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura I vertebra coccigea*», e il paziente viene cateterizzato per la comparsa di difficoltà alla minzione. Si dispone,

inoltre, il ricovero presso il reparto di medicina protetta dell'ospedale «Sandro Pertini» di Roma per le cure del caso.

Il ricovero, formalizzato direttamente all'interno della struttura ospedaliera protetta, dopo il nulla osta di un dirigente del Ministero della giustizia che era fuori servizio e si è reso disponibile in via del tutto eccezionale [3], dura quattro giorni. Le prime analisi e radiografie confermano il quadro clinico oggettivato dall'ospedale «Fatebenefratelli», ma a partire da alcune ore dopo il ricovero il paziente si oppone alla somministrazione di cure e cibo come forma di protesta finalizzata ad ottenere contatti con l'avvocato, nonché con un familiare e con un operatore del Ceis (Centro italiano di solidarietà). Rifiuta, in particolare, di alimentarsi e bere acqua regolarmente e di sottoporsi alla terapia endovenosa. Il quadro medico si aggrava e, in seguito all'astensione dal cibo e dalla somministrazione di nutrizione e idratazione per via endovenosa, il paziente dimagrisce drasticamente (al momento dell'arresto pesava 52 kg e il peso al decesso, sei giorni dopo, era di circa 42 kg) e soprattutto sviluppa un blocco della funzione renale per mancanza di idratazione.

Il 21 ottobre il medico di turno avvisa il primario della situazione e questi fa predisporre una relazione clinica sulle condizioni del paziente da inviare al giudice competente. Il signor Stefano Cucchi viene medicato e ispezionato per l'ultima volta da un medico alle ore 22 e a ridosso della mezzanotte chiede una cioccolata al personale paramedico. Alle 6,05 del 22 ottobre viene registrata la sua morte dopo un tentativo di rianimazione durato circa 40 minuti.

Per i consulenti tecnici della Commissione la morte è avvenuta probabilmente due o tre ore prima che il paziente fosse rianimato. Pertanto anche il medico che ha praticato le manovre rianimatorie, notando una rigidità dei muscoli del collo e dell'articolazione temporo-mandibolare, sapeva che il paziente era morto e da tempo.

3. Criticità

1. Nell'opinione dei consulenti tecnici della Commissione, le ecchimosi palpebrali sono state probabilmente prodotte da una succussione diretta delle due orbite; analogamente, le lesioni alla colonna vertebrale sembrano potersi associare ad un trauma recente; sempre ad una lesione traumatica è collegabile la frattura al livello del sacro-coccige;

2. il medico del carcere invia d'urgenza il detenuto al Pronto soccorso dell'ospedale «Fatebenefratelli» sull'Isola Tiberina. Tuttavia, l'accesso all'ospedale avviene dopo quattro ore, alle 20,01;

---

[3] Secondo le risultanze dell'istruttoria svolta dalla Commissione, le modalità procedurali osservate nel caso di specie sono prive di precedenti.

3. l'ortopedico dell'ospedale «Fatebenefratelli» è consultato telefonicamente, non essendo di guardia attiva: ciò non sembra consono per un nosocomio sede di dipartimento di emergenza e accettazione (DEA)[4];

4. la trasmissione della cartella clinica del detenuto appare problematica sia nel trasferimento tra le diverse strutture ospedaliere, sia nel passaggio di consegna tra un medico e l'altro nell'ospedale «Sandro Pertini». Nel primo ricovero all'ospedale «Fatebenefratelli» manca la cartella clinica di accompagnamento dal carcere e mai viene successivamente citata come letta da alcun testimone. La cartella clinica non è ordinata nel diario;

5. alla luce dell'anomala procedura di ricovero presso la struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini», è lecito domandarsi se tale percorso sia stato indotto da motivi sanitari o da esigenze organizzative dell'Amministrazione penitenziaria. Le motivazioni di tale particolare procedura sono apparse comunque alla Commissione lacunose;

6. il primario responsabile della struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini» non ha mai visitato il paziente. In considerazione dell'aggravarsi del quadro clinico del paziente il 21 ottobre 2009, è stato riferito alla Commissione essere stata preparata da un medico una lettera di segnalazione all'autorità giudiziaria, mai inviata in realtà a causa della morte del paziente. Ciò nonostante non viene predisposto un monitoraggio continuo delle condizioni del paziente[5];

7. è da notare la mancanza di qualsiasi supporto *in loco* descritto per la rianimazione. L'*equipe* di rianimatori non viene chiamata. Si riferisce che sarebbe potuta giungere in 5 o 6 minuti.

4. Proposte

La Commissione ritiene, nell'ottica di assicurare piena attuazione all'articolo 32 della Costituzione nell'ambito della sanità penitenziaria, di rimettere all'Assemblea del Senato della Repubblica i seguenti spunti di riflessione, al fine di proiettare le risultanze dell'inchiesta, pur condotta su un caso specifico, in un orizzonte propositivo più generale:

a) è necessario rivedere i protocolli organizzativi che presiedono ai rapporti tra Amministrazione penitenziaria e Amministrazione sanitaria, a partire da quello relativo alla struttura protetta dell'ospedale «Sandro Pertini», al fine di rendere più fluido il rapporto e lo scambio di informazioni

---

[4] In base alla normativa vigente in materia, infatti, il dipartimento di emergenza deve assicurare nell'arco delle 24 ore, tra l'altro, interventi diagnostico-terapeutici di emergenza medico-ortopedici, anche attraverso le unità operative specialistiche di cui è dotato l'ospedale (articolo 8, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992).

[5] Secondo i consulenti tecnici della Commissione, raggiunto nella giornata del 21 il punto di massima criticità (punto di non ritorno), il paziente avrebbe dovuto essere monitorato con maggiore intensità nel timore di un evento mortale, attendendo il profilarsi dell'opportunità di intervenire.

tra pazienti, familiari e medico e di garantire l'indipendenza della funzione sanitaria rispetto alle funzioni cautelari;

b) è opportuno approfondire la tematica dei percorsi di emergenza all'interno della sanità penitenziaria, considerato che nel caso di specie è stata necessaria un'attesa di quattro ore per il trasferimento di urgenza del detenuto dalla casa circondariale al più vicino ospedale;

c) appare doveroso l'avvio di una riflessione sulla tematica della *privacy* nel rapporto tra paziente detenuto e medico, al fine di individuare un ragionevole punto di equilibrio tra le esigenze sottese alla qualità dell'approccio terapeutico e quelle relative alla sicurezza;

d) sempre all'insegna del bilanciamento di cui sopra, occorre sottolineare che, nella scelta del percorso sanitario da seguire, la destinazione del detenuto ad una determinata struttura non può essere decisa facendo prevalere sulle necessità cliniche le esigenze dell'Amministrazione penitenziaria legate ad un'eventuale carenza di organico;

e) una specifica e approfondita riflessione va condotta con riferimento all'idoneità del trattamento sanitario che in ambito carcerario è assicurato al detenuto con problemi di dipendenza;

f) appare necessario sottolineare che, anche in caso di detenzione, va garantita cura quotidiana nella redazione delle cartelle cliniche mediche ed infermieristiche;

g) è altresì necessario assicurare che l'informativa ai pazienti detenuti sulle proprie condizioni cliniche (consenso informato) sia più accurata, soprattutto nel caso di pazienti «fragili»;

h) più in generale, deve essere affrontata la problematica del rifiuto di cure opposto da pazienti detenuti, in considerazione della peculiare condizione di debolezza che può talora connotarli.

5. Conclusioni

La vicenda oggetto di inchiesta mette in luce la necessità di considerare con attenzione il rapporto tra la sanità e il carcere – a partire dall'esigenza di una piena, puntuale e completa attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1º aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, su tutto il territorio nazionale – al fine di tutelare e promuovere, nei cittadini posti nella condizione di restrizione personale, il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

SENATO DELLA REPUBBLICA

XVI LEGISLATURA

Doc. XXII-*bis*
n. 4

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA

SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008

RELAZIONE SULLE CONDIZIONI DI VITA E DI CURA ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Relatori sen. Michele SACCOMANNO e sen. Daniele BOSONE

Approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011

Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari

(approvata dalla Commissione nella seduta n. 125 del 20 luglio 2011)

Questa Commissione, nell'ambito di una inchiesta organica sulla salute mentale, ha espletato un'articolata attività istruttoria sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

La presente relazione è intesa a:

a) riferire le risultanze delle attività di indagine compiute dalla Commissione, in merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture;

b) individuare gli interventi da mettere in atto con peculiare urgenza per completare l'attuazione del passaggio di competenza al Servizio sanitario nazionale;

c) fornire una riflessione critica sulla problematica delle contenzioni nell'ambito degli OPG;

d) tracciare le linee per una riforma legislativa del settore.

A) Condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche degli OPG

1. Assetto strutturale e condizioni igienico-sanitarie: gravi e inaccettabili sono le carenze strutturali e igienico-sanitarie rilevate in tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli; tutti gli OPG presentano un assetto strutturale assimilabile al carcere o all'istituzione manicomiale, totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani.

2. Assistenza socio-sanitaria (personale medico, infermieristico, riabilitativo, educativo, ausiliario e sociale): la dotazione numerica del personale sanitario appare carente in tutti gli OPG visitati rispetto alle necessità clinico-terapeutiche dei pazienti affidati a tali istituti; in particolare le competenze mediche specialistiche appaiono globalmente insufficienti in tutti gli OPG rispetto ai numeri dei pazienti in carico, in relazione alla necessità di raggiungere sufficienti prestazioni di finalità riabilitativa per ciascun degente sulla base di un progetto riabilitativo personalizzato. Analoga considerazione può essere effettuata relativamente agli *standard* di personale infermieristico ed ausiliario.

3. Contenzioni fisiche ed ambientali: se, da un punto di vista giuridico, la coercizione o contenzione fisica in psichiatria viene da taluni giu-

stificata da una rigorosa interpretazione dello stato di necessità (articolo 54 del codice penale), le modalità di attuazione osservate negli OPG [1] lasciano intravedere pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesive della dignità della persona, sia per quanto attiene alle azioni meccaniche, sia talora per i presidi psicofarmacologici di uso improprio rispetto alla finalità terapeutica degli stessi e alle norme AIFA di sicurezza d'uso. A ciò si aggiunge, in alcune situazioni osservate, la mancanza di puntuale documentazione degli atti contenitivi, con conseguente impossibilità materiale di controllo e verifica degli stessi.

Quanto precede rappresenta una sintesi delle risultanze delle attività di indagine.

Per una documentazione più ampia si rinvia alla lettura dei rapporti elaborati dagli ufficiali di Polizia giudiziaria al seguito delle delegazioni; nonché alla visione del documentario realizzato con le immagini video riprese nel corso della seconda tornata di ispezioni a sorpresa. I citati documenti costituiscono parte integrante della presente relazione [2].

B) Interventi necessari per la completa attuazione del passaggio di competenza al Servizio sanitario nazionale

Appaiono indifferibili i seguenti interventi di «completa sanitarizzazione» dei luoghi deputati all'internamento dei folli autori di reato:

1. interventi urgenti di revisione e adeguamento dei locali, delle attrezzature, delle apparecchiature e degli arredi sanitari agli *standard* ospedalieri attualmente in vigore a livello nazionale e regionale: la realizzazione di tali interventi deve essere ultimata in un tempo massimo di sei mesi – ricorrendo a strumenti normativi e conseguenti procedure di somma urgenza – decorsi i quali le strutture non adeguate o adeguabili dovranno essere oggetto di provvedimenti autoritativi di chiusura. La chiusura degli OPG per i quali persisterà una condizione di inadeguatezza strutturale, igienico-sanitaria e assistenziale sarà disposta da questa stessa Commissione parlamentare d'inchiesta, la quale si farà carico di adottare provvedimenti di sequestro delle strutture, o delle porzioni di struttura, più macroscopicamente carenti, ove l'inerzia degli altri attori istituzionali dovesse persistere anche a seguito della pubblicazione della presente relazione;

---

[1] Durante i sopralluoghi a sorpresa sono stati riscontrati, mentre erano in corso di svolgimento, atti coercitivi presso gli OPG di Barcellona Pozzo di Gotto e Reggio Emilia, nell'ambito di locali attrezzati per le contenzioni. È stato riferito alle delegazioni, nel corso dei sopralluoghi, che il ricorso alle contenzioni è del tutto superato presso l'OPG di Aversa, mentre sarebbe caduto in sostanziale desuetudine presso gli OPG di Napoli e Montelupo Fiorentino. Presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere è stata osservata la presenza di letti attrezzati con cinghie e dispositivi per la contenzione.

[2] I rapporti sono consultabili tra gli allegati; il documentario sul sito istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione di inchiesta.

2. introduzione di una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria, che sia conforme ai Piani sanitari regionali della salute mentale delle regioni sede di OPG, che andrebbero peraltro formulati in maniera più stringente. Attraverso una nuova articolazione interna, in suddivisioni funzionali in piccole «unità contigue» delle degenze, devono essere raggiunti requisiti di funzionamento e di personale assimilabili alle strutture esterne ospedaliere, residenziali e socioassistenziali dei Dipartimenti di salute mentale territoriali, anche attraverso un diversificato livello sanitario e sociale delle singole unità (a vantaggio di un uso razionale delle risorse). L'intervento è da attuare comunque e parallelamente agli altri eventuali progetti in corso di svolgimento volti al «superamento», come fattore di facilitazione degli stessi (ad esempio il Reparto «Antares» dell'OPG di Reggio Emilia). Allo scopo di sottolineare questa necessità di riorganizzazione sanitaria interna, per consentire un più puntuale adeguamento delle strutture alle rispettive normative regionali, si dovrà fare riferimento, *in primis*, alla legislazione e alle linee guida nazionali in materia di cura e riabilitazione della patologia mentale;

3. per quanto riguarda la tipologia delle categorie giuridiche dei pazienti presenti, in stretto riferimento alle necessità clinico-psichiatriche ipotizzabili, che oggi non possono essere adeguatamente corrisposte nell'ambito degli OPG anche per l'impropria commistione tra profili diversi, si evidenzia la necessità di dare piena attuazione al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, nella parte in cui esso prevede che siano realizzate tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena.

L'attuale popolazione degli OPG, essendo molto eterogenea, necessita di valutazioni e trattamenti sanitari diversificati, non attuabili attraverso le disponibilità strutturali ed organizzative osservate nelle strutture, in quanto diverse e graduate sono le esigenze sia in ordine alla sicurezza, che allo sviluppo di progetti psichiatrici di trattamento riabilitativo. Ad esempio, l'allestimento, con carattere di urgenza, di reparti specifici di osservazione psichiatrica e per minorati psichici, già previsti dalla normativa vigente, potrebbe consentire una migliore tutela della salute mentale nell'ambito degli istituti penitenziari ordinari, decongestionando al contempo il sovraffollamento degli OPG [3].

4. si evidenzia inoltre la necessità di un più stretto raccordo tra magistratura e Servizi psichiatrici territoriali, nonché dell'elaborazione di linee guida funzionali ad agevolare un più frequente ed omogeneo ricorso alle misure alternative all'internamento. Ciò consentirebbe di dare seguito

---

[3] Nell'ambito delle attività istruttorie espletate, si è appreso che allo stato sussiste un unico reparto per minorati psichici sull'intero territorio nazionale, ubicato a Roma presso la Casa di reclusione penale di via Bartolo Longo. Detto reparto è stato oggetto di una ispezione a sorpresa, in esito alla quale gli ufficiali di polizia giudiziaria al seguito hanno redatto un rapporto, consultabile tra gli allegati. Per un elemento di valutazione sulle presenze negli OPG, si rinvia alla consultazione, tra gli allegati, dei prospetti elaborati dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, aggiornati al mese di luglio 2011.

alla giurisprudenza della Corte costituzionale in tema di *favor libertatis*, giurisprudenza che allo stato non sembra essere stata compiutamente valorizzata nella prassi. Inoltre, l'auspicato raccordo permetterebbe probabilmente di porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche della misura di sicurezza, basate su una certa dilatazione del concetto di pericolosità sociale: sovente la proroga risulta disposta non già in ragione di una condizione soggettiva di persistente pericolosità, ma bensì per la carenza di un'adeguata offerta di strutture residenziali e riabilitative esterne, che dovrebbero essere individuate e messe a disposizione dai competenti Dipartimenti di salute mentale. In questo modo, il luogo della cura e dell'esecuzione della misura di sicurezza sembra essere condizionato dell'inefficienza dei servizi psichiatrici, i quali non riescono a provvedere alle necessità più complesse e gravose dei pazienti psichiatrici autori di reato. In una psichiatria coerente con le proprie finalità istituzionali non dovrebbero ricercarsi «recinzioni più forti» nei luoghi di cura e di recupero psicosociale, ma piuttosto maggiore disponibilità e competenza del personale sanitario specialistico che vi opera, assicurando funzioni di «accompagnamento» del paziente all'interno di programmi terapeutici individualizzati;

5. attraverso commissioni specialistiche, incaricate dalle ASL competenti, è necessario dare avvio, al più presto e attraverso strumenti clinici validati di *assessment*, alla rivalutazione sanitaria specialistica dei singoli casi, uno ad uno, finalizzata all'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale di recupero psicosociale, dettagliato per tempi, luoghi, tipologie di intervento e obiettivi perseguibili e soggetto a verifiche periodiche di attuazione e avanzamento, così da agevolare i Dipartimenti di salute mentale di provenienza nell'individuazione delle strutture territoriali psichiatriche idonee al rientro di ciascun paziente.

6. con specifico riguardo alla condizione di persistente, integrale inattuazione della riforma della sanità penitenziaria nell'ambito della Regione siciliana, si rileva come sia improcrastinabile sanare tale *vulnus*, che rende – se possibile – ancora più penosa la situazione di quanti hanno la ventura di essere ricoverati o di lavorare nell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto;

7. più in generale, con riferimento a tutti i profili attuativi del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1º aprile 2008, va sottolineato come sussistano ormai le condizioni per attivare i poteri sostitutivi previsti dall'articolo 120 della Costituzione;

8. è necessaria la creazione di strutture pubbliche di ricovero intermedio, che possano rappresentare una adeguata alternativa alla scelta dilemmatica tra gli estremi dell'internamento in OPG e del ricorso a modalità di libertà vigilata non sufficientemente sicure: in questa ottica, appare meritevole di considerazione il progetto avviato dalla regione Sardegna, nel cui ambito è prevista la creazione di tre strutture di piccole dimensioni – non più di quindici posti letto per ciascuna – divise per distinti gradi di pericolosità sociale, cui corrispondono evidentemente diversi livelli di intensità assistenziale.

C) La problematica delle contenzioni nell'ambito degli OPG

Si ritiene di dover sottolineare in questa sede, dando alla tematica autonoma evidenza, che, indipendentemente dagli effetti lesivi potenziali o reali sul paziente, la contenzione fisica o farmacologica non può trovare legittimazione nell'applicazione della misura di sicurezza, come analogamente non sarebbe giustificata solamente dal trattamento sanitario obbligatorio. Tale pratica appare vieppiù ingiustificata allorquando abbia luogo presso strutture sanitarie istituite proprio allo scopo di far fronte alle situazioni di alterazione psichica e del comportamento (come sono gli OPG), strutture che dovrebbero utilizzare le migliori esperienze psichiatriche, già consolidate, di prevenzione della violenza. La pericolosità di una persona internata è per definizione prevedibile, e quindi «altrimenti evitabile» con un adeguato contesto clinico di tipo preventivo: tale considerazione è volta a mettere in discussione l'applicabilità stessa dell'articolo 54 del codice penale. Del resto, nel corso delle indagini la Commissione ha appreso che alcune strutture, ad esempio l'OPG di Aversa, hanno del tutto accantonato le contenzioni, a riprova del fatto che si tratta di un intervento comunque evitabile.

In tutti gli OPG, pertanto, occorre la messa in opera di strategie sanitarie di prevenzione della violenza e di tutte quelle situazioni «prevedibili» di necessità di contenimento, attraverso *standard* strutturali e di personale adeguati alle eventuali acuzie clinico-comportamentali.

La contenzione, se utilizzata come «scorciatoia gestionale», è antiterapeutica oltre che illegale: serve una strategia di prevenzione del disturbo comportamentale, che affidi la sua efficacia alla gradualità dell'approccio terapeutico nella misura di sicurezza, prevenendo i comportamenti violenti negli ambienti di cura [4].

D) Linee per una riforma legislativa della psichiatria giudiziaria

Per il completo superamento dell'attuale modello di trattamento del folle reo, nell'ottica di una definitiva chiusura degli OPG, appare evidente la necessità di un disegno di legge riguardante la tutela della salute mentale del paziente autore di reato.

Va infatti considerato che la legge di riforma della psichiatria italiana (legge 13 maggio 1978, n. 180) ha lasciato, in una sorta di cono d'ombra, irrisolto l'ambito di cura e tutela del paziente autore di reato.

---

[4] A tal fine si ritiene utile il richiamo al documento della Conferenza delle regioni e delle province autonome (10/081/CR07/C7) su: «Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione» – Roma, 29 luglio 2010.

1. *Finalità delle modifiche alla legislazione vigente*

La finalità di una legge specifica per la tutela della salute mentale del paziente autore di reato, sia esso riconosciuto imputabile con condanna a pena detentiva, sia prosciolto per infermità mentale, dovrebbe essere quella di giungere al superamento del modello attuale che, malgrado gli interventi correttivi e i moniti della Corte costituzionale, continua a fare perno sugli OPG. È necessario, nell'ottica di un approccio riformatore mirato e graduale, individuare modalità alternative di trattamento degli infermi di mente che abbiano commesso reati, garantendo la terapia e la riabilitazione unitamente all'applicazione di misure di sicurezza adeguate alla condizione del soggetto. Come si avrà modo di dire più avanti (vedi *infra*, paragrafo 4), al di là di modificazioni puntuali, che appaiono davvero urgenti e indifferibili, rimane sullo sfondo la prospettiva di addivenire ad un ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità e di tutti i suoi perniciosi corollari.

2. *Disposizioni sui servizi psichiatrici penitenziari*

Nell'ambito della sanità penitenziaria, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale per l'individuo autore di reato, in attesa di giudizio o già riconosciuto imputabile con condanna a pena detentiva, dovrebbero essere attuati dai Centri di salute mentale attraverso iniziative nei luoghi di detenzione, in reparti di osservazione psichiatrica, con utilizzo di tutte le opportunità terapeutiche oggi rese disponibili dalla corretta pratica clinica-psichiatrica. A tal fine dovrebbero essere previsti interventi strutturali e rese disponibili risorse di personale aggiuntive, all'interno e all'esterno degli istituti penitenziari per le necessità riabilitative. Nell'ambito delle competenze dei Dipartimenti di salute mentale, dovrebbero essere evitati comportamenti istituzionali volti al prevalere della penalizzazione del danno, del contenimento della pericolosità e della difesa sociale, attraverso interventi di formazione del personale sanitario e sensibilizzazione ad una cultura di inclusione del disagio.

Qualora esista incompatibilità clinica con il regime carcerario, per soli fini terapeutici di tutela del paziente autore di reato – sia esso in attesa di giudizio o gia condannato a pena detentiva – dovrebbero essere previste piccole comunità protette terapeutiche, a diversificato livello di sicurezza, organicamente distribuite su tutto il territorio nazionale e organizzate secondo un modello di appartamenti socio-sanitari, a diretta gestione del personale dei Centri di salute mentale.

3. *Disposizioni sul prosciolto per infermità mentale con pericolosità sociale*

L'infermità mentale accertata in sede di proscioglimento penale non deve più fare insorgere, come sembra accadere nella prassi, una sorta di presunzione di pericolosità sociale. In tale ottica, la sussistenza della pericolosità sociale deve essere accertata da un collegio medico psichiatrico, con funzione di consulenza tecnica in ambito processuale, composto da almeno tre specialisti, di cui: uno appartenente al Dipartimento di salute mentale di competenza; uno appartenente alla *equipe* psichiatra dell'OPG; un altro non legato da rapporti pregressi al paziente. In altri termini, anche al fine di agevolare l'operato della magistratura, sembra opportuno che l'ultima parola in punto di pericolosità sociale dell'infermo di mente sia pronunciata dal giudice sulla scorta di una valutazione specialistica e plurale.

Con la pronuncia di proscioglimento penale per infermità psichica, deve essere prevista la nomina di un amministratore di sostegno con specifico incarico di provvedere alle necessità di cura del paziente, individuate in un piano di trattamento sanitario, redatto dal suddetto collegio medico psichiatrico. Tale piano deve prevedere anche i termini per la rivalutazione periodica della pericolosità sociale, e quindi della misura di sicurezza. Quest'ultima, eventualmente disposta per contemperare le esigenze di cura e quelle di tutela sociale, va rigorosamente graduata e proporzionata al livello di accertata pericolosità sociale.

Per tale necessità, il giudice deve poter adottare un dispositivo di custodia cautelare analogo a quello previsto dall'articolo 286 del codice di procedura penale (Custodia cautelare in luogo di cura), al fine di evitare pazienti «persi di vista» da parte dei servizi a cui sono affidati. Ciò per permettere l'applicazione di una misura di sicurezza davvero proporzionale e adeguata al livello di pericolosità sociale, ma anche compatibile con il diritto alla cura più adeguata al recupero della sofferenza mentale, che è il primo e più importante obiettivo. Allo scopo, si devono individuare, nell'ambito dei Dipartimenti di salute mentale, idonei servizi territoriali e comunità protette ad elevato tenore sanitario, per l'esecuzione dei piani di trattamento sanitario redatti dai periti e curati dagli amministratori di sostegno per tutta la durata dell'incarico.

Al fine di evitare alcune delle più gravi patologie riscontrate nella prassi (misure di sicurezza provvisorie in atto per svariati anni; proroghe sistematiche che si trasformano in «ergastolo bianco») va poi valutata l'opportunità di mutuare alcuni temperamenti giuridici adottati in altri ordinamenti.

Nel sistema spagnolo, ad esempio, non è consentita l'applicazione di misure di sicurezza a titolo provvisorio; né l'internamento *sine die* dei soggetti ritenuti socialmente pericolosi. Secondo la legge spagnola, infatti, le misure di sicurezza possono essere disposte solo con la sentenza che definisce il procedimento penale. Inoltre, la misura di sicurezza non può

avere una durata superiore a quella della pena che sarebbe stata irrogata all'autore del reato qualora ritenuto imputabile (parallelismo tra durata della pena e durata della misura di sicurezza).

Naturalmente tali innovazioni inciderebbero in profondità sul sistema delineato dal codice penale del 1930, senza peraltro rivoluzionarne l'impostazione a doppio binario, e sposterebbero il bilanciamento tra i diversi beni costituzionali in gioco verso la tutela della libertà individuale e del diritto alla salute.

4. *Abolizione dell'istituto della non imputabilità*

La Commissione ritiene peraltro che le modificazioni dianzi auspicate debbano costituire soltanto il primo passo – da muovere quanto prima, anche con il ricorso a strumenti legislativi di urgenza – verso la successiva abolizione dell'istituto della non imputabilità. Trattandosi di un intervento che inciderebbe sino alle radici l'impostazione del codice penale attualmente vigente, non si può in questa sede che evocarlo, senza comunque rinunciare ad indicarlo quale approdo necessario.

E) Considerazioni conclusive

Nel rassegnare al Senato della Repubblica la presente relazione, ai sensi dell'articolo 20 del regolamento interno, la Commissione formula l'auspicio che le Istituzioni possano conoscere per deliberare: deliberare il superamento di una situazione di fatto e di diritto che, per molti aspetti, è del tutto incompatibile con i dettami della Costituzione. A tale riguardo, una proficua occasione di dibattito e deliberazione potrà essere rappresentata dalla discussione, da parte dell'Assemblea del Senato, del presente documento.

La Commissione si riserva comunque – anche *ad horas,* rispetto alle situazioni che pongono a repentaglio diritti di rango costituzionale – ogni ulteriore iniziativa consentitale dalla deliberazione istitutiva e dalla Costituzione.

RELAZIONE SUI SOPRALLUOGHI EFFETTUATI IN DATA 11 GIUGNO 2010 PRESSO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO (ME) E AVERSA (CE)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino, dalla sen. Donatella Poretti, dal sen. Michele Saccomanno e dal sen. Daniele Bosone, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dal consulente dott. Lorenzo Sommella e dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione marescialli capo Claudio Vuolo e Massimo Tolomeo, in data 11 giugno 2010, alla presenza di personale dei N.A.S. Carabinieri di Catania e Caserta, ha effettuato un sopralluogo presso gli OPG (ospedali psichiatrici giudiziari) di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) e Aversa (CE), nel corso del quale ha constatato quanto segue.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO (ME)

L'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), ha sede in via Vittorio Madia n. 31, all'interno di una struttura la cui costruzione è terminata nell'anno 1914, ed ospita persone di sesso maschile sottoposte a misure di sicurezza. Il direttore dell'ospedale si identifica nel dott. Nunziante Rosania, il quale, contemporaneamente, ricopre la carica di direttore di istituto penitenziario, non essendosi ancora verificato, nella Regione Siciliana, il passaggio delle competenze sanitarie al Servizio sanitario nazionale, così come previsto dalla normativa vigente. L'ospedale consta di 8 sezioni, vari portici antistanti i reparti, diversi viali, una Cappella e circa 145 celle di degenza.

All'atto del sopralluogo il direttore non era presente e la delegazione parlamentare, pertanto, veniva coadiuvata dal vice-direttore della polizia penitenziaria, dott.ssa Giselda Scalera, la quale, a specifica richiesta, asseriva che in quel momento, all'interno della struttura, erano presenti: 329 degenti; circa 45 appartenenti alla polizia penitenziaria, su un organico disponibile di 120 agenti e sottufficiali; un medico; due infermieri professionali; un educatore. In merito, si rileva l'assenza di un responsabile me-

dico, nonché l'assenza di figure sanitarie corrispondenti a psichiatri e psicologi.

Il sopralluogo aveva inizio nel II reparto, nel quale erano ricoverate 54 persone, caratterizzate da peculiare pericolosità sociale. Le stanze/celle di degenza, tutte munite di grate alle finestre ed alle porte di ingresso, spioncini, bagno, etc., contavano ben 9 posti letto. In tutti gli ambienti emergeva una situazione di degrado derivante dalle pessime condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, dovute a: pareti e soffitti con intonaci sporchi e cadenti; porte e finestre con vari vetri incrinati, tali da costituire pericolo per gli ospiti; evidenti macchie di umidità e muffe; presenza di sporcizia dovunque; presenza di letti metallici con spigoli vivi, vernice scrostata e ruggine; pavimenti danneggiati in vari punti, sì da costituire ricettacolo di polveri e batteri; coperte e lenzuola strappate, sporche ed insufficienti. Ovunque si avvertiva un lezzo nauseabondo per la presumibile presenza di urine sia sul pavimento che sugli effetti letterecci. Gli armadietti apparivano talvolta divelti ed arrugginiti. L'unico servizio igienico, di circa 1 mq, risultava privo di impianto doccia.

All'interno della stanza contraddistinta dal n. 4, munita di letti particolari che presentavano un foro in corrispondenza del bacino, veniva rinvenuto il sig. S. C.. Questi era nudo; coperto da un lenzuolo; in regime di contenzione attuata mediante costrizione a letto con una stretta legatura con garza, sia alle mani che ai piedi, che gli impediva qualsiasi movimento. L'internato presentava, altresì, un vistoso ematoma alla zona cranica parietale. In merito, si prendeva visione del registro dei trattamenti di contenzione dal quale emergeva che questi non era indicato.

L'ispezione si estendeva ad altri reparti, in particolare al III, di recente ristrutturazione, che presentava pavimenti, rivestimenti, intonaci, etc. in buone condizioni, anche se si notava qualche vetro incrinato ed un impianto antincendio di dubbia funzionalità. Il IV reparto risultava in disuso e quindi non erano presenti degenti, mentre veniva rilevata l'esistenza di un'infermeria il cui accesso era impedito da una porta chiusa a chiave; di detta infermeria, all'interno della quale vi era un vetusto apparecchio radiografico, nessuno è risultato avere la gestione.

Da una simulazione eseguita sul posto, emergeva che non era possibile effettuare un elettrocardiogramma d'urgenza e, al riguardo, gli astanti riferivano che gli ospiti in preda a crisi cardio-respiratorie venivano inviati al pronto soccorso del vicino ospedale civile di Barcellona Pozzo di Gotto. Nel V reparto, verosimilmente ristrutturato, trovavano sede anche di 2 ambulatori. Nell'VIII reparto, in condizioni generali leggermente migliori, vi era la mensa.

Il servizio delle pulizie, apparso manchevole nel corso dell'intero sopralluogo, sarebbe demandato agli stessi ospiti; il cambio delle lenzuola sarebbe settimanale ed il vitto assicurato da una ditta esterna. Per quanto attiene alla sicurezza degli ambienti di lavoro, ad eccezione del III reparto di recente ristrutturazione, la stessa è da ritenersi assolutamente carente e precaria.

In generale, durante il sopralluogo emergeva il sovraffollamento degli ambienti, l'assenza di cure specifiche, l'inesistenza di qualsiasi attività educativa o ricreativa e la sensazione di completo e disumano abbandono del quale gli stessi degenti si lamentavano. I degenti, nella assoluta indifferenza, oltre ad indossare abiti vecchi e sudici, loro malgrado, si presentavano sporchi e maleodoranti.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI AVERSA (CE)

L'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (CE), ha sede in via San Francesco snc, all'interno di una struttura la cui costruzione è terminata nell'anno 1898, ed ospita persone di sesso maschile sottoposte a misure di sicurezza.

La struttura consta di vari padiglioni, corridoi, viali e spazi aperti. La direttrice è la dott.ssa Carlotta Giaquinto, la quale riferiva che erano presenti 320 degenti, 1 medico e 2 infermieri.

Durante il sopralluogo, veniva ispezionato il padiglione che ospita le sezioni A - B - C - D, dislocate su due piani. Si notava che le celle/stanze, munite di 6 posti letto ed un servizio igienico, versavano tutte in pessime condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, con: pavimenti danneggiati in vari punti; soffitti e pareti con intonaco scrostato ed estese macchie di umidità; ovunque cumuli di sporcizia e residui alimentari; letti metallici con vernice scrostata e ruggine; sgradevoli esalazioni di urina; armadietti vetusti; effetti letterecci sporchi, strappati ed evidentemente insufficienti; finestre, anche in corrispondenza di letti, divelte o con vetri rotti: il tutto in condizioni tali da rendere disumana la permanenza di qualsiasi-individuo.

In un sottoscala del medesimo padiglione si notava un'area delimitata da armadietti metallici disposti in circolo che, a detta degli astanti, costituiva lo spogliatoio degli infermieri (in assoluta assenza di *privacy* e riservatezza). Inoltre, all'ingresso del padiglione si notava un quadro elettrico danneggiato, verosimilmente pericoloso per l'incolumità degli ospiti: i presenti riferivano come fosse necessario evitare accuratamente di toccare, in quanto si sarebbe potuto causare un corto circuito e privare l'edificio dell'energia elettrica. Nel contempo non veniva rilevata l'esistenza di idoneo impianto antincendio.

Si constatava, altresì, che i padiglioni 8 e 9, sebbene completamente ristrutturati e presumibilmente corrispondenti ai dettami di cui alla normativa vigente, risultavano inutilizzati e, a tale riguardo, veniva rappresentata la mancanza del prescritto certificato di agibilità e del parere tecnico della ASL per il relativo nulla-osta.

In generale, anche in questa circostanza emergeva: il sovraffollamento degli ambienti; l'assenza di cure specifiche; l'inesistenza di qualsiasi attività; la sensazione di completo e disumano abbandono del quale gli stessi degenti si lamentavano. I degenti, nella assoluta indifferenza, ol-

tre ad indossare abiti vecchi e sudici, loro malgrado, si presentavano sporchi e maleodoranti.

Dalle informazioni rese da alcuni ospiti emergevano casi di misure di sicurezza scadute da oltre 10 anni; oppure di cure mediche negate: come il caso del sig. F., il quale riferiva di aver chiesto invano da mesi di essere trasferito all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, presso il quale avrebbe potuto ricevere cure mediche specifiche relative anche ad alcune patologie di cui soffre.

Inoltre, durante il sopralluogo venivano rinvenuti buoni di richiesta farmaci a base di sostanze stupefacenti privi del timbro della farmacia, e ricette relative a stupefacenti non regolarmente trascritte sul registro di carico e scarico, in violazione degli artt. 60 e ss. del D.P.R. 309/1990.

Conclusivamente, va evidenziato che:

le carenze e le pessime condizioni strutturali ed igienico-sanitarie, riscontrate in entrambe le strutture, unitamente al sovraffollamento ed alla assenza, pressoché totale, di attività di recupero e cure specifiche, oltre ad essere fortemente lesive della dignità personale, appaiono, in alcuni casi, rivestire rilevanza penale.

RELAZIONE SUI SOPRALLUOGHI EFFETTUATI IN DATA 22 LUGLIO 2010 PRESSO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI DI NAPOLI E MONTELUPO FIORENTINO (FI)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino, dalla sen. Donatella Poretti, dal sen. Daniele Bosone e dal sen. Michele Saccomanno, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dall'assistente dott.ssa Francesca Iachetti, dai consulenti dott. Lorenzo Sommella e dott. Luca Tarantola, dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione Lgt. Gaetano Caggiano, Mar.Ca. Claudio Vuolo e Mar.Ca. Massimo Tolomeo, in data 22 luglio 2010, con la collaborazione di personale del N.A.S. Carabinieri di Napoli e Firenze, ha effettuato un sopralluogo presso gli OOPPGG di Napoli e di Montelupo Fiorentino (FI).

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI NAPOLI

L'OPG di Napoli è ubicato in corso Secondigliano, all'interno della Casa circondariale ed occupa un edificio di tre livelli, con ampi spazi esterni, costruito negli anni '80.

Il direttore dell'OPG è il dott. Stefano Martone che, unitamente al direttore sanitario dott. Michele Pennino, accompagna la delegazione durante il sopralluogo.

Il personale sanitario é gestito dalla ASL NA/1.

AI momento del controllo sono ospitate 119 persone di sesso maschile (più uno momentaneamente assente per permesso).

La struttura consta di quattro sezioni ove si trovano 40 stanze da un posto letto, 20 stanze da quattro posti letto ed alcune, malgrado la ristrettezza degli spazi, con addirittura 5 posti letto.

Le camere/celle, tutte dotate di cancello blindato e grate alle finestre, si presentano piccole, anguste e sovraffollate; l'arredamento è quello povero tipico di un carcere con letti metallici ed armadietti; molto piccoli anche gli spazi comuni presenti in ogni sezione.

In generale, gli ambienti si presentano in discrete condizioni igienico-sanitarie e strutturali, ad eccezione di alcune celle il cui pavimento è ricoperto da cicche di sigarette e sporcizia diffusa; diversi servizi in cattive

condizioni igieniche per presenza di sporcizia non rimossa da tempo, incrostazioni e biancheria sporca sul pavimento.

Gli ospiti, salvo qualche eccezione, si presentano con abiti puliti e aspetto dignitoso.

Al piano terra trovano sede tutti i servizi: una sala per i colloqui, una piccola Cappella, vari spogliatoi distinti per uomini, donne e personale OTA, una stanza per il ricovero delle persone in regime di contenzione, vari ambulatori e la farmacia. In quest'ultima venivano rinvenuti i farmaci regolarmente custoditi così come quelli a base di sostanze stupefacenti, detenuti in cassaforte e regolarmente registrati.

Il direttore dell'OPG dott. Stefano Martone, riferiva che il 40 per cento degli internati è detenuto «in proroga» ed all'uopo riportava il caso eclatante del sig. M. L., il quale a fronte di una misura detentiva di 2 anni, risulta internato da ben 25 anni.

Inoltre, durante la perlustrazione si constatava:

– la presenza del sig. N. D. P., internato da circa 3 anni nonostante abbia ottenuto dal magistrato di sorveglianza il «parere favorevole» al trasferimento in comunità terapeutica (in merito veniva rappresentata l'inesistenza di una struttura idonea sul territorio);

– la presenza del sig. E. V. che presentava un vistoso livido ad un'orbita oculare che non era riportato nel diario sanitario e che in data 16 luglio c.a. era stato sottoposto ad un periodo di contenzione;

– la presenza del sig. M. D. F. che presentava ustioni alle mani ma che nulla era riportato nella documentazione sanitaria;

– la presenza del sig. A. G. con un'evidente gangrena agli arti inferiori (dovuta ad una grave patologia di diabete).

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI MONTELUPO FIORENTINO (FI)

Successivamente, la delegazione della Commissione si è recata presso l'OPG di Montelupo Fiorentino (FI) con sede in viale Umberto I n. 64 il cui direttore risulta essere la dott.ssa Maria Grazia Grazioso ed il direttore sanitario dott. Franco Scarpa, entrambi presenti all'ispezione. L'OPG occupa la Villa Ambrogiana, costituita da tre strutture: Villa Medicea, adibita a direzione, servizi ed alloggi per la polizia penitenziaria e due padiglioni per la detenzione dei malati psichiatrici, denominati «Seconda sezione» e «Terza sezione».

Al momento del controllo sono ospitati circa 170 pazienti. I due padiglioni che ospitano gli internati si presentano con evidenti carenze strutturali, documentate anche con riprese fotografiche e filmati, dovute anche alla vetustà degli edifici. Sono state notate estese macchie di umidità a soffitti e pareti, intonaci scrostati e cadenti in vari punti; le celle anguste ed in alcuni casi fatiscenti; i servizi igienici di alcune celle sono risultati

luridi, con urine sul pavimento, il cattivo odore si avverte in molti ambienti.

L'arredamento é quello carcerario con letti e armadietti metallici e in alcuni casi con materiale di risulta sono state costruite mensole per il deposito di oggetti vari.

L'edificio denominato «Terza sezione» è parzialmente agibile per lavori in corso di ristrutturazione e le stanze, poiché vi alloggiano anche 7 persone, appaiono sovraffollate. Al piano terra, nel reparto denominato «La Pesa», sono attive tre celle con 11 internati in osservazione, considerati casi più problematici: 6 nella prima cella ed altri 5 divisi nelle altre due celle.

Al primo ed al secondo piano, rispettivamente denominati reparto «Arno» e reparto «Torre», sono presenti camere/celle fino a 9 posti letto, con un sovraffollamento che impedisce ogni movimento alle persone ospitate. Il regime di apertura dalle 8,15 alle 18 con chiusura temporanea prevista alle ore 15,30-16,15.

La seconda sezione denominata reparto «Ambrogiana», costituito da celle doppie ed una singola – occupata da un transessuale – é caratterizzata da un regime a celle aperte dalle ore 8,30 alle 21 ininterrottamente. Gli internati nel suddetto arco temporale, godono della massima libertà di movimento all'interno, ivi compresa la sala ritrovo e il cortile interno. Anche detto padiglione è in fase di ristrutturazione con alcune celle già ultimate. All'interno dell'Istituto sono presenti numerosi spazi all'aperto: un campo da calcio, un'area verde.

Durante il sopralluogo sono stati controllati gli armadietti farmaceutici compresi i farmaci a base di sostanze stupefacenti e il relativo carico sul registro: in merito non sono state riscontrate violazioni.

Nel corso dell'ispezione è stato accertato che:

– gli internati S. R. ed A. H., erano stati contenuti nella giornata del 21 luglio 2010 e ciò non risultava registrato nel diario clinico.

RELAZIONE SUI SOPRALLUOGHI EFFETTUATI IN DATA 23 LUGLIO 2010 PRESSO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI DI REGGIO EMILIA E CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino, dalla sen. Albertina Soliani, dalla sen. Donatella Poretti, dal sen. Daniele Bosone e dal sen. Michele Saccomanno, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dall'assistente dott.ssa Francesca Iachetti, dai consulenti dott. Lorenzo Sommella e dott. Luca Tarantola, dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione Lgt. Gaetano Caggiano, Mar. Ca. Claudio Vuolo e Mar. Ca. Massimo Tolomeo, in data 23 luglio 2010, con la collaborazione di personale dei Nuclei Antisofisticazione e Sanità di Parma e Cremona, ha effettuato un sopralluogo presso gli OOPPGG di Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere (MN).

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI REGGIO EMILIA

L'OPG di Reggio Emilia ha sede nella periferia della città, in via Settembrini n. 8.

Il direttore dell'OPG si identifica nella dott.ssa Anna Paola De Filippo.

Il direttore sanitario è la dott.ssa Valeria Calevro.

La struttura, vista dall'esterno, appare di recente realizzazione ed è disposta su vari livelli collegati tra loro sia da scale che da ascensore, mentre all'interno si presenta in scadenti condizioni strutturali a causa di copiose infiltrazioni e segni di umidità, servizi igienici vecchi ed in cattivo stato di manutenzione, locali doccia sudici, con pavimenti e pareti costantemente bagnati a causa, verosimilmente, della scarsa areazione.

L'ospedale consta di 7 sezioni dotate di celle concepite per una, massimo due persone, ma che in alcuni casi, malgrado l'esiguità degli spazi (circa 9 mq.), previa adozione di letti a castello, ospitano anche tre persone. Allo stato, malgrado una capienza ufficiale di 132 persone ed una capienza cd. «tollerabile» di 254 persone, ospita ben 274 pazienti.

Dapprima veniva visitato il secondo piano dove ha sede il reparto denominato «Antares» munito di camere/celle a due o tre posti letto con servizio igienico e dove veniva notata l'esistenza di un locale doccia in di-

suso a causa delle forti infiltrazioni che avevano causato una presenza massiva di macchie e muffe, sia alle pareti che al soffitto; nel medesimo reparto si nota una sala per la lettura; una operatrice intenta ad assistere un paziente per l'igiene personale, riferisce che a fronte di 58 ospiti (su quel piano) sono funzionanti soltanto tre impianti doccia; ad una parete del corridoio si nota un cartello riproducente i turni di gioco a carte ed altro.

Il sopralluogo veniva esteso al primo piano ove si accertava la presenza di un ufficio di immatricolazione, uno studio per il medico di guardia, un'infermeria, una sala per i medici ed il reparto denominato «Orione» munito di camere con uno o due posti letto e servizio igienico.

Sia nell'uno che nell'altro reparto visitati, all'esterno delle camere/celle è riportato il nominativo degli ospiti e costoro partecipano all'esecuzione delle attività di pulizia degli ambienti.

Nel corso della verifica è stata inoltre accertata la presenza di un paziente in regime di contenzione previa adozione di letto metallico fissato al pavimento ed apposite fasce: quella addominale e quelle atte a tenere pressoché immobili gli arti: in merito si è presa visione del registro delle contenzioni ed è stato accertato trattarsi del sig. R. G., sottoposto a tale regime da 5 giorni essendo autore di atti di violenza che avevano messo a rischio sia esso stesso che operatori della polizia penitenziaria e sanitari. Nella circostanza, è stata accertata l'assenza di un campanello per richiamare l'attenzione degli operatori sanitari che si trovano in una stanza attigua e l'impossibilità di regolare l'inclinazione della testiera del letto.

Il controllo veniva esteso ai farmaci che risultavano collocati in appositi armadietti muniti di serratura. I farmaci a base di sostanze stupefacenti, custoditi in cassaforte, risultavano regolarmente registrati.

Al termine dell'ispezione, la Commissione interloquiva con i responsabili della struttura e dal colloquio emergeva che la contenzione dei pazienti era ormai una pratica in estinzione, cui si faceva ricorso soltanto nei casi di impossibilità ad intervenire diversamente. L'abbandono quasi totale della pratica di contenzione, a dire degli operatori, è stata possibile soltanto a seguito dell'apertura delle camere/celle, di alcuni reparti, per gran parte della giornata. Inoltre, emergeva che a fronte di 274 pazienti, vi sono 75 tra medici ed infermieri ed 80 appartenenti alla polizia penitenziaria. Nella circostanza, è stata evidenziata l'esistenza di vari spazi che previa autorizzazione potrebbero essere utilizzati per gli ospiti in modo da evitare che alcuni di essi alloggino in tre, in camere di soli 9 mq. All'uopo, il direttore ha riferito che il sovraffollamento della struttura è causato anche dall'assenza di strutture alternative sul territorio.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)

L'OPG di Castiglione delle Stiviere è ubicato alla periferia del paese, all'interno di un parco in collina, l'ingresso è recintato e la stazione ferroviaria più vicina è Desenzano sul Garda.

La struttura che dal 1990 ospita pazienti donne e dal 1998 anche uomini, risulta essere frutto di una convenzione stipulata tra l'azienda ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova ed il Ministero della giustizia e, pertanto, si configura come struttura essenzialmente sanitaria, senza la presenza costante di personale della polizia penitenziaria.

Il direttore dell'OPG si identifica nel dott. Antonino Calogero.

L'Ospedale consta di vari edifici, in condizioni strutturali verosimilmente buone, dislocati in un ampio parco verde recintato, all'interno del quale vi sono alberi ad alto fusto, una piscina ed alcune zone attrezzate con tavoli, sedie, panche, etc..

All'ingresso si nota un grande spazio aerato ed illuminato, con un tavolo ove alcune impiegate svolgono attività di *reception* e segreteria. I reparti di degenza, denominati «Virgilio», «Aquarius», «Morelli» ed «Arcobaleno», sia per quanto riguarda l'aspetto strutturale che per ciò che attiene a quello igienico-sanitario, sono da ritenersi idonei essendo dotati di pareti, soffitti, pavimentazione, infissi ed impianti in buono stato. Sullo stesso piano si trova l'infermeria nella quale sono regolarmente custoditi i farmaci, tutti in corso di validità ed in particolare, quelli a base di sostanze stupefacenti, in cassaforte e corrispondenti ai quantitativi riportati in apposito registro. Il controllo esteso al primo piano presso il reparto denominato «Virgilio» confermava la validità della struttura e la presenza di stanze in ordine con biancheria nuova e pulita (le lenzuola vengono sostituite, a seconda delle esigenze, una volta al giorno oppure due volte alla settimana). All'esterno di tutte le camere si nota un cartellino sul quale sono riportati i nominativi degli ospiti i quali possono spostarsi anche nel corso della notte avendo le porte sempre aperte. Ai degenti non è consentito fumare negli spazi chiusi e comuni ma esiste una stanza apposita dotata di aspiratore. Le camere, tutte con buono *standard* alberghiero, hanno due o tre posti letto ma, da qualche giorno, in alcune stanze è stato aggiunto un altro posto letto; le porte sono di tipo normale e le uniche grate metalliche sono apposte alle finestre; i degenti possono personalizzare gli arredi della propria stanza.

Il personale infermieristico appare motivato e curato sia nella persona che nell'uniforme.

In ogni reparto insiste una stanza per l'eventuale contenzione ed all'uopo il direttore riferiva che vi veniva fatto ricorso soltanto sporadicamente, per brevissimi periodi di tempo e solo in caso di mancanza di alternativa.

La struttura è dotata, altresì, di porte antincendio dotate di un particolare sistema di sicurezza: sono costantemente chiuse e non possono essere aperte dai degenti ma, in caso di urgenza, vengono tutte automaticamente sbloccate.

I pazienti hanno a disposizione la scuola elementare e media, una piscina, una palestra ed una sala per la pittura e possono imparare a rilegare volumi ed a fare il pane.

Inoltre, unico caso in Italia, vi è un reparto femminile formato da due sezioni denominate «Rosa» e «Mimosa». Questa parte della struttura, pur

essendo alquanto vetusta, si presenta pulita e decorosa; le pazienti possono usufruire di un piccolo bar; gli impianti doccia sono aperti dalle ore 7 alle 9 e dalle ore 14 alle 15 di tutti i giorni (alcune pazienti riferivano di aver bisogno di usufruire delle docce anche in altre ore della giornata).

RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO EFFETTUATO IN DATA 2 NOVEMBRE 2010 DALLE ORE 15 ALLE ORE 17 PRESSO L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI AVERSA (CE)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino, dalla sen. Franca Biondelli, dal sen. Daniele Bosone e dal sen. Michele Saccomanno, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dall'assistente dott.ssa Francesca Iachetti e dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione Lgt. Gaetano Caggiano, Mar.Ca. Claudio Vuolo e Mar.Ca. Massimo Tolomeo, in data 2 novembre 2010, con la collaborazione di personale del Nucleo Antisofisticazioni e Sanità di Caserta, ha effettuato un sopralluogo presso l'OPG di Aversa, al fine di verificare gli eventuali miglioramenti apportati a seguito di precedente sopralluogo effettuato in data 11 giugno 2010.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI AVERSA (CE)

L'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (CE), ha sede in via San Francesco snc, all'interno di una struttura la cui costruzione è terminata nell'anno 1898, ed ospita persone di sesso maschile sottoposte a misure di sicurezza.

La struttura consta di vari padiglioni, corridoi, viali e spazi aperti. La direttrice è la dott.ssa Carlotta Giaquinto.

Durante il sopralluogo, si accertava che l'unica modifica apportata dopo la precedente visita, consisteva nello spostamento dello spogliatoio per il personale infermieristico, dal vano sottoscala ad una stanza allo stato grezzo, priva di finestre, servizi igienici, lavabi, etc., sita al primo piano, di recente realizzazione.

Sono stati ispezionati due padiglioni e precisamente, il reparto nuovo sezione A costituito da 11 celle di cui 3 in ristrutturazione ed il reparto 8 bis con celle che contengono fino a 10 internati in spazi molto angusti. In generale, anche in questa circostanza emergevano le medesime carenze già riscontrate, consistenti in: sovraffollamento degli ambienti, assenza di cure sanitarie specifiche, inesistenza di qualsiasi attività per i pazienti, sensazione di completo e disumano abbandono. I degenti, nella assoluta indifferenza, oltre ad indossare abiti vecchi e sudici, loro malgrado, si presentavano sporchi e maleodoranti. Gli ambienti versavano tutti in cattive condizioni igienico-sanitarie. Inoltre, all'interno di una «turca» di un servizio

igienico, si constatava che era stata introdotta una bottiglia in merito alla quale i pazienti riferivano trattarsi di un ostacolo all'invasione di ratti dalle fognature.

Il controllo è stato esteso alla farmacia interna dell'OPG la cui gestione era affidata ad un'infermiera, dipendente del Ssn, la quale provvedeva all'erogazione dei farmaci anche a base di sostanze stupefacenti con buoni di richiesta privi della firma del medico, in violazione del D.P.R. 309/1990 e art. 348 C.P.. Ciò premesso, si provvedeva a contattare il pubblico ministero di turno dott. Giordano, con il quale si concordava di procedere al sequestro della farmacia, dei buoni di richiesta farmaci e del registro di carico/scarico, affidandone la custodia giudiziaria ad un farmacista della ASL in grado di garantire la somministrazione dei farmaci indispensabile ai pazienti detenuti.

RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO EFFETTUATO IN DATA 21 NOVEMBRE 2010 PRESSO L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI BARCELLONA POZZO DI GOTTO (ME)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino e dalla sen. Donatella Poretti, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini e dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione luogotenente Caggiano Gaetano e marescialli capo Claudio Vuolo e Massimo Tolomeo, nonché dai collaboratori tecnici Francesco Cordio e Mario Pantoni, in data 21 novembre 2010, con l'ausilio del personale del N.A.S. Carabinieri di Catania, ha effettuato un sopralluogo presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), nel corso del quale ha constatato quanto segue.

All'atto dell'ingresso nella struttura, avvenuto alle ore 10,30, era presente l'ispettore superiore della polizia penitenziaria Benedetto Visalli, al quale veniva consegnata copia del provvedimento a firma del Presidente sen. Ignazio R.Marino, con il quale si disponeva l'esecuzione di un'ispezione da parte della delegazione con l'ausilio di tecnici per la ripresa video e fotografica.

Il direttore dell'Ospedale si identifica nel dott. Nunziante Rosania, il quale ricopre anche la carica di direttore dell'Istituto penitenziario, non avendo la Regione Siciliana recepito la normativa nazionale con cui le competenze sanitarie passano al Servizio sanitario nazionale.

L'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (ME), ha sede in via Vittorio Madia n. 31, all'interno di una struttura la cui costruzione risale all'anno 1914, ed ospita persone di sesso maschile sottoposte a misure di sicurezza.

La struttura, in data 11 giugno 2010, è già stata ispezionata da una analoga delegazione di questa Commissione d'inchiesta, costatando nella circostanza ambienti vetusti, in cattive condizioni igieniche e strutturali.

Accompagnati dal citato ispettore, dal direttore dell'istituto dott. Nunziante Rosania, e dal comandante della polizia penitenziaria vice commissario Michela Morello, questi ultimi due giunti sul posto poco dopo l'inizio dell'ispezione, venivano ispezionati i seguenti reparti: III reparto, costituito da 30 stanze, da uno e da due posti letto, dislocate su due piani per un totale di 37 ricoverati. V reparto, ove risultano ricoverate 108 persone all'interno di 14 stanze e da sette e otto posti letto, dislocate su due piani. Reparto denominato «Padiglione D'Amico» costituito da 27 stanze per un

totale di 106 ricoverati. I e II reparto, quest'ultimo reparto non più occupato perché prossimamente dovranno iniziare lavori di ristrutturazione.

Gli ambienti dei reparti ispezionati, alcuni dei quali di recente ristrutturazione, si presentano in cattive condizioni igienico-sanitarie e strutturali dovute a: pavimenti e pareti sporchi e con evidenti macchie di umidità e muffe ai soffitti; letti metallici con spigoli vivi. Ovunque si avvertiva un lezzo nauseabondo per la presumibile presenza di urine sia sul pavimento che sugli effetti letterecci. In generale, durante il sopralluogo emergeva il sovraffollamento dei ricoverati in piccole stanze fino a 8 persone, l'inesistenza di qualsiasi attività educativa o ricreativa e la sensazione di abbandono del quale gli stessi degenti si lamentavano.

Durante il sopralluogo sono stati intervistati vari ricoverati che rappresentavano, quasi tutti, la loro lunga permanenza negli OPG con detenzione in proroghe, alcuni la mancanza di diete differenziate per problemi di salute, uno di essere stato costretto a costruirsi una protesi artigianale ad una gamba.

Le carenze rilevate sono state filmate e fotografate da personale tecnico.

RELAZIONE SUl SOPRALLUOGO EFFETTUATO IN DATA 21 NOVEMBRE 2010 PRESSO L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI MONTELUPO FIORENTINO (FI)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino e dalla sen. Donatella Poretti, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione luogotenente Gaetano Caggiano, marescialli capo Claudio Vuolo e Massimo Tolomeo, nonché dai collaboratori tecnici Francesco Cordio e Mario Pantoni, in data 21 novembre 2010, con l'ausilio del personale del N.A.S. Carabinieri di Firenze, ha effettuato un sopralluogo presso l'OPG di Montelupo Fiorentino (FI).

L'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino (FI), con sede in viale Umberto I n. 64 occupa la Villa Ambrogiana, costituita da tre strutture: Villa Medicea, adibita a direzione, servizi ed alloggi per la polizia penitenziaria e due padiglioni per la detenzione dei malati psichiatrici, denominati «Seconda sezione» e «Terza sezione», già ispezionati da una analoga delegazione di questa Commissione d'inchiesta, in data 22 luglio 2010, costatando nella circostanza ambienti vetusti, in cattive condizioni igieniche e strutturali.

All'atto dell'ingresso nella struttura, avvenuto alle ore 16,30, era presente il vice sovrintendente della polizia penitenziaria Domenico Iannaccone, al quale veniva consegnata copia del provvedimento a firma del Presidente sen. Ignazio R. Marino, con il quale si disponeva l'esecuzione di un'ispezione da parte della delegazione con l'ausilio di tecnici per la ripresa video e fotografica.

Accompagnati dal citato sovrintendente e dal comandante della polizia penitenziaria commissario della polizia penitenziaria Massimo Mencari, giunto sul posto poco dopo l'inizio dell'ispezione, venivano ispezionate le due sezioni di ricovero degli internati.

Gli ambienti ispezionati si presentano in una situazione di degrado derivante dalle pessime condizioni igienico-sanitarie e strutturali dovute a: pavimenti e pareti sporchi e con avanzi di cibo sparsi ovunque, con evidenti infiltrazioni di acqua in alcune celle, macchie di umidità e muffe alle pareti e ai soffitti, intonaci scrostati e cadenti in vari punti; letti metallici con spigoli vivi. Ovunque si avvertiva un lezzo nauseabondo per la presumibile presenza di urine sia sul pavimento che sugli effetti letterecci.

In generale, durante il sopralluogo emergeva il sovraffollamento dei ricoverati in molte stanze con poco spazio tra i letti, l'inesistenza di qual-

siasi attività educativa o ricreativa e la sensazione di completo abbandono del quale gli stessi degenti si lamentavano.

Durante il sopralluogo sono stati intervistati vari ricoverati che rappresentavano, quasi tutti, la loro lunga permanenza negli OPG con detenzione in proroghe.

Le carenze rilevate sono state filmate e fotografate da personale tecnico.

RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO EFFETTUATO IN DATA 1º DICEMBRE 2010 PRESSO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI DI AVERSA (CE) E CASTIIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R. Marino e dalla sen. Donatella Poretti, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dall'assistente dott.ssa Chiara Romanello, dai cineoperatori Francesco Cordio e Mario Pantoni e dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione Mar.Ca. Claudio Vuolo e Mar.Ca. Massimo Tolomeo, in data 1º dicembre 2010, con la collaborazione di personale del Nucleo Antisofisticazioni e Sanità di Caserta e Brescia, ha effettuato un ulteriore sopralluogo presso gli OOPPGG di Aversa e Castiglione delle Stiviere, al fine di verificare nuovamente gli eventuali miglioramenti apportati e per eseguire riprese video e fotografiche.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI AVERSA (CE)

L'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (CE), come già riportato in precedente relazione, ha sede in via San Francesco snc, all'interno di una struttura la cui costruzione è terminata nell'anno 1898, ed ospita persone di sesso maschile sottoposte a misure di sicurezza.

La struttura consta di vari padiglioni, corridoi, viali e spazi aperti. La direttrice è la dott.ssa Carlotta Giaquinto.

Prima di iniziare il sopralluogo, veniva notificato apposito decreto di ispezione con contestuali riprese video e fotografiche, emesso dalla Commissione nella persona del Presidente.

Durante il sopralluogo, la delegazione effettuava delle brevi interviste agli internati ed i cineoperatori al seguito della delegazione, procedevano ad effettuare riprese video e fotografiche, in merito alle quali si facevano preliminarmente autorizzare dalle persone riprese.

Dall'ultimo sopralluogo effettuato presso la struttura, si nota che i reparti 8 ed 8 bis sono stati collegati e quindi resi comunicanti, costituendo un unico reparto 8 con le sezioni A e B. La sezione A si presenta in condizioni migliori essendo stati eseguiti lavori di ristrutturazione dei servizi igienici, degli intonaci e della relativa pittura; il controllo esteso ai farmaci giacenti presso l'infermeria, alla presenza di un infermiere, consentiva di accertarne la validità e la corretta conservazione, in apposito arma-

dietto munito di serratura e, laddove richiesto, in apposito frigo. Sempre grave il problema del sovraffollamento in camere da 6 posti letto ed oltre.

Nella circostanza, venivano eseguite varie interviste; in particolare veniva intervistato l'internato in regime di isolamento sig. M. B. che, solo qualche giorno prima aveva subito una crisi nervosa a seguito della quale si era avventato su alcuni agenti della polizia penitenziaria che avevano dovuto fare ricorso a cure sanitarie; in particolare si prendeva visione della sua cartella clinica. Successivamente, veniva intervistato il sig. M. M. in piena crisi nervosa e veniva visionata la sua cartella clinica.

Era già stata riportata, in precedente relazione, lo spostamento dello spogliatoio per il personale infermieristico, dal vano sottoscala ad una stanza allo stato grezzo, priva di finestre, servizi igienici, lavabi, etc., sita al primo piano, di recente realizzazione. Anche in questa circostanza veniva accertata una pressoché nulla assistenza sanitaria.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)

L'OPG di Castiglione delle Stiviere, come già indicato in precedente relazione, è ubicato alla periferia del paese, all'interno di un parco in collina, l'ingresso è recintato e la stazione ferroviaria più vicina è Desenzano sul Garda.

La struttura che dal 1990 ospita pazienti donne e dal 1998 anche uomini, risulta essere frutto di una convenzione stipulata tra l'azienda ospedaliera «Carlo Poma» di Mantova ed il Ministero della giustizia e, pertanto, si configura come struttura essenzialmente sanitaria, senza la presenza costante di personale della polizia penitenziaria.

Il direttore dell'OPG si identifica nel dott. Antonino Calogero, al quale è stato notificato il decreto di ispezione con contestuali riprese video e fotografiche, emesso dalla Commissione nella persona del Presidente.

Il sopralluogo ha consentito di confermare quanto già rilevato nella precedente ispezione.

Anche presso questo OPG sono state effettuate riprese video e fotografiche in merito alle quali il direttore consegnava le relative autorizzazioni.

RELAZIONE SUI SOPRALLUOGHI EFFETTUATI IN DATA 6 DICEMBRE 2010 PRESSO GLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI DI NAPOLI E DI REGGIO EMILIA

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dalla sen. Donatella Poretti, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dall'assistente dott.ssa Francesca lachetti, dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione Lgt. Gaetano Caggiano e Mar.Ca. Claudio Vuolo, dai cineoperatori Francesco Cordio e Mario Pantoni, in data 6 dicembre 2010, con la collaborazione di personale del N.A.S. Carabinieri di Napoli e Parma, ha effettuato un sopralluogo presso gli OOPPGG di Napoli e di Reggio Emilia.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI NAPOLI

L'OPG, come già indicato in precedente relazione, è ubicato in corso Secondigliano del comune di Napoli, ed occupa un edificio di tre livelli all'interno dell'area della Casa circondariale, con ampi spazi esterni.

La delegazione della Commissione viene ricevuta inizialmente dall'ispettore della polizia carceraria Ciro Auricchio e poco dopo dal dott. Stefano Martone, direttore dell'OPG e dal dott. Michele Pennino, direttore sanitario.

Il personale sanitario é gestito dalla ASL NA/1, come pure il personale O.S.A. addetto alle pulizie, in atto al momento del sopralluogo.

Al momento del controllo sono ospitate 118 persone di sesso maschile suddiviso su 4 sezioni e 40 stanze da un posto letto, 20 stanze da quattro posti letto ed alcune, malgrado la ristrettezza degli spazi, con addirittura 5 posti letto.

Le camere/celle, tutte dotate di cancello blindato e grate alle finestre, si presentano piccole, anguste e sovraffollate; l'arredamento è quello povero tipico di un carcere con letti metallici ed armadietti; molto piccoli anche gli spazi comuni presenti in ogni sezione.

In generale, gli ambienti si presentano in discrete condizioni igienico-sanitarie e strutturali.

Gli ospiti, salvo qualche eccezione, si presentano con abiti puliti e aspetto dignitoso come nella precedente ispezione.

Durante il sopralluogo vengono eseguite riprese audiovisive ed effettuate interviste con gli internati.

Si è potuto constatare che tra la polizia carceraria e gli internati esiste un ottimo rapporto.

OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI REGGIO EMILIA

L'OPG di Reggio Emilia si presenta nelle stesse condizioni strutturali ed igienico sanitarie del precedente sopralluogo, effettuato da una delegazione di questa Commissione, in data 23 luglio 2010.

Al momento del controllo alcuni internati sono intenti a svolgere le pulizie dei spazi comuni.

Nel corso della verifica nessun paziente si trova in regime di contenzione anche se si nota il letto pronto fissato al pavimento con cinghie e pannolone. Gli operatori dell'OPG riferiscono, dopo che la sen. Poretti fa notare una padella piena di urine, che il mattino il letto era occupato da un internato. Tale particolare è stato riscontrato dalla visione del registro delle contenzioni.

La delegazione della Commissione ha ricevuto varie lamentele sul mancato funzionamento di alcuni scarichi dei bagni e dalla mancata erogazione di acqua calda.

Durante il sopralluogo anche in questo caso vengono eseguite riprese audiovisive e interviste con gli internati.

RELAZIONE SUL SOPRALLUOGO EFFETTUATO IN DATA 17 MARZO 2011

Una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, composta dal Presidente sen. Ignazio R.Marino e dal sen. Vincenzo Galioto, assistita dal consigliere parlamentare dott. Silvio Biancolatte, dal coadiutore parlamentare sig. Giampiero Bistoncini, dalle assistenti dott.ssa Chiara Romanello e dott.ssa Silvia Pelliccia, dai componenti il nucleo di polizia giudiziaria della Commissione Lgt. Gaetano Caggiano, Mar.Ca. Claudio Vuolo e Mar.Ca. Massimo Tolomeo, con la collaborazione dell'app.sc. Sandro Piras del NRM Carabinieri della 3ª sezione Radiomobile di Roma, in data 17 marzo 2011, ha effettuato un sopralluogo presso le sottoindicate strutture carcerarie al fine di ispezionare i settori dedicati alla detenzione delle persone affette da patologia psichica.

CASA DI RECLUSIONE PENALE – VIA BARTOLO LONGO N. 72 ROMA

La Casa di reclusione penale conta circa 370 detenuti con pena definitiva. Il sopralluogo ha avuto inizio alle ore 11 circa. L'ispettore superiore Salvatore Triolo ha accompagnato la delegazione della Commissione al primo piano dell'edificio, ove si trova il cd. «reparto minorati psichici». Il reparto è costituito da un ampio corridoio dal quale è possibile accedere a circa 20 celle/camere da un posto letto ove, al momento, sono custoditi 14 pazienti/detenuti. All'interno di ogni cella si nota il servizio igienico privo di pareti, un televisore, un letto ed un armadietto alquanto vetusti; in alcune celle si notano copiose macchie di umidità al soffitto ed alle pareti. Dal corridoio è possibile accedere altresì al servizio munito di docce, abbisognevole di ristrutturazione e ad una piccola infermeria dotata di armadietto farmaceutico con specialità medicinali in corso di validità. Durante il sopralluogo è intervenuto dapprima il medico di guardia dott. Ermanno Tommasini, e poi il direttore della Casa di reclusione, dott. Stefano Ricca, i quali hanno fornito delucidazioni circa i rapporti tra amministrazione penitenziaria e Servizio sanitario nazionale, non ancora ben definiti. Successivamente, è stata ispezionata la farmacia, ove è stata riscontrata la giacenza di farmaci in corso di validità custoditi in appositi armadietti.

In generale, i pazienti/detenuti interpellati hanno riferito di ricevere un buon trattamento e cure appropriate, con la visita di un medico specia-

lista tre volte a settimana, anche se nel corso dell'ispezione si è riscontrata l'assenza di medici specializzati in psichiatria.

NUOVO COMPLESSO REBIBBIA – VIA RAFFAELE MAJETTI N. 70 ROMA

All'interno del Nuovo Complesso Rebibbia, che ospita circa 1700 detenuti, è stato ispezionato il reparto di detenzione per l'osservazione di malati psichici, presso il quale la delegazione è stata accompagnata dall'ispettore Luca Angelo e dal medico di guardia dott. Giulio Gentili.

Il reparto è dotato di 6 posti letto dislocati in tre celle/camere e, al momento del sopralluogo, erano presenti 4 pazienti/detenuti.

I pazienti interpellati hanno riferito, anche in questa circostanza, di ricevere un buon trattamento e cure adeguate; anche in questo caso, nel corso dell'ispezione si è riscontrata l'assenza di medici specializzati in psichiatria.

In particolare, si è appreso che il reparto costituisce un luogo di osservazione per valutare la gravità della malattia psichica per le eventuali successive decisioni. Inoltre, all'interno della medesima struttura esiste un Ser.T. (Servizio Tossicodipendenze), non operativo nell'orario di svolgimento del sopralluogo.

Rilevazione Presenze Detenuti

Dati trasmessi dagli Istituti

Istituto : OP - CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (BB41)

Direttore : CALOGERO ANTONINO
** rilevato da utenze AFIS **

Sezione IP3: BB41 OP -

Situazione Aggiornata al: 06/07/2010 ora: 10.42.22

SEZIONE	Capienza						Presenza			Note	Data
	Regolamentare			Tollerabile							
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot		
DETENUTI - MINORATI PSICHICI	2	2	4	2	2	4	0	0	0		5/7/2011
OSSERVANDI COMUNI	1	10	11	1	15	16	0	2	2		5/7/2011
INTERNATI OPG - PROSCIOLTI	96	42	138	100	55	155	75	38	113		5/7/2011
DETENUTI - ART.148 C.P.	2	8	10	2	8	10	0	7	7		5/7/2011
INTERNATI OPG - MIS.SIC.PROVV.	10	12	22	12	15	27	77	27	104		5/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA	5	3	8	6	5	11	55	8	63		5/7/2011
Totale Sezione	**116**	**77**	**193**	**123**	**100**	**223**	**207**	**82**	**289**		

Descrizione note:
(1) Non funzionante
(2) Chiusura temporanea
(3) Assegnazioni limitate
(4) Assegnazioni sospese

Rilevazione Presenze Detenuti

Dati trasmessi dagli Istituti

Istituto : OP - REGGIO NELL'EMILIA (BB12)

Direttore : MADONNA PAOLO
** rilevato da utenze AFIS **

Sezione IP3: BB12 OP -

Situazione Aggiornata al: 06/07/2011 ora: 10.37.48

SEZIONE	Capienza						Presenza			Note	Data
	Regolamentare			Tollerabile							
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot		
SEMILIBERI/SEMIDETENUTI	2	0	2	4	0	4	3	0	3	(3)	6/7/2011
DETENUTI - MINORATI PSICHICI	10	0	10	20	0	20	10	0	10		6/7/2011
OSSERVANDI COMUNI	10	0	10	20	0	20	7	0	7		6/7/2011
INTERNATI OPG - PROSCIOLTI	64	0	64	128	0	128	126	0	126		6/7/2011
DETENUTI - ART.148 C.P.	15	0	15	25	0	25	20	0	20		6/7/2011
INTERNATI OPG - MIS.SIC.PROVV.	25	0	25	50	0	50	25	0	25		6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA	6	0	6	9	0	9	54	0	54	(3)	6/7/2011
Totale Sezione	**132**	**0**	**132**	**256**	**0**	**256**	**245**	**0**	**245**		

Descrizione note:
(1) Non funzionante
(2) Chiusura temporanea
(3) Assegnazioni limitate
(4) Assegnazioni sospese

Rilevazione Presenze Detenuti

Dati trasmessi dagli Istituti

Istituto : OP - MONTELUPO FIORENTINO (DD10)

Direttore : GRAZIOSO MARIA GRAZIA

** rilevato da utenze AFIS **

Sezione IP3: DD10 OP -

Situazione Aggiornata al: 06/07/2011 ora: 10.38.56

SEZIONE	Capienza						Presenza			Note	Data
	Regolamentare			Tollerabile							
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot		
OSSERVANDI COMUNI	4	0	4	5	0	5	0	0	0		6/7/2011
INTERNATI OPG - PROSCIOLTI	39	0	39	51	0	51	65	0	65		6/7/2011
DETENUTI - ART.148 C.P.	10	0	10	10	0	10	6	0	6		6/7/2011
INTERNATI OPG - MIS.SIC.PROVV.	17	0	17	17	0	17	20	0	20		6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA	63	0	63	68	0	68	34	0	34	(3)	6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA PROVVISORIA	68	0	68	70	0	70	16	0	16	(3)	6/7/2011
Totale Sezione	**201**	**0**	**201**	**221**	**0**	**221**	**141**	**0**	**141**		

Descrizione note:
(1) Non funzionante
(2) Chiusura temporanea
(3) Assegnazioni limitate
(4) Assegnazioni sospese

Rilevazione Presenze Detenuti

Dati trasmessi dagli Istituti

Istituto : OP "F. SAPORITO" AVERSA (FF03)

Direttore : GIAQUINTO CARLOTTA
** rilevato da utenze AFIS **

Sezione IP3: FF03 OP "F. SAPORITO"

Situazione Aggiornata al: 06/07/2011 ora: 10.39.26

SEZIONE	Capienza						Presenza			Note	Data
	Regolamentare			Tollerabile							
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot		
OSSERVANDI COMUNI	28	0	28	28	0	28	0	0	0		6/7/2011
INTERNATI OPG - PROSCIOLTI	106	0	106	130	0	130	60	0	60		6/7/2011
DETENUTI - ART.148 C.P.	8	0	8	8	0	8	7	0	7		6/7/2011
INTERNATI OPG - MIS.SIC.PROVV.	45	0	45	50	0	50	108	0	108		6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA	72	0	72	90	0	90	46	0	46		6/7/2011
Totale Sezione	**259**	**0**	**259**	**306**	**0**	**306**	**221**	**0**	**221**		

Descrizione note:
(1) Non funzionante
(2) Chiusura temporanea
(3) Assegnazioni limitate
(4) Assegnazioni sospese

Rilevazione Presenze Detenuti

Dati trasmessi dagli Istituti

Istituto : OP "SANT'EFRAMO" (C/O C.C.SECONDIGLIANO REP.VERDE) NAPOLI (FF09)

Direttore : MARTONE STEFANO
** rilevato da utenze AFIS **

Sezione IP3: FF09 OP "SANT'EFRAMO"

Situazione Aggiornata al: 06/07/2011 ora: 10.39.45

SEZIONE	Capienza						Presenza			Note	Data
	Regolamentare			Tollerabile							
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot		
DETENUTI - MINORATI PSICHICI	15	0	15	18	0	18	10	0	10		6/7/2011
OSSERVANDI COMUNI	7	0	7	8	0	8	2	0	2		6/7/2011
INTERNATI OPG - PROSCIOLTI	25	0	25	30	0	30	46	0	46		6/7/2011
DETENUTI - ART.148 C.P.	10	0	10	12	0	12	3	0	3		6/7/2011
INTERNATI OPG - MIS.SIC.PROVV.	25	0	25	30	0	30	24	0	24		6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA	18	0	18	22	0	22	30	0	30		6/7/2011
Totale Sezione	**100**	**0**	**100**	**120**	**0**	**120**	**115**	**0**	**115**		

Descrizione note:
(1) Non funzionante
(2) Chiusura temporanea
(3) Assegnazioni limitate
(4) Assegnazioni sospese

Rilevazione Presenze Detenuti

Dati trasmessi dagli Istituti

Istituto : OP - BARCELLONA POZZO DI GOTTO (HH08)

Direttore : ROSANIA NUNZIANTE
** rilevato da utenze AFIS **

Sezione IP3: HH08 OP -

Situazione Aggiornata al: 06/07/2011 ora: 10.40.12

SEZIONE	Capienza						Presenza			Note	Data
	Regolamentare			Tollerabile							
	U	D	Tot	U	D	Tot	U	D	Tot		
RECLUSIONE - ORDINARIA	28	0	28	32	0	32	17	0	17		6/7/2011
CUSTODIA - ATTENUATA	15	0	15	18	0	18	11	0	11		6/7/2011
DETENUTI - MINORATI PSICHICI	33	0	33	64	0	64	25	0	25		6/7/2011
OSSERVANDI COMUNI	64	0	64	84	0	84	7	0	7		6/7/2011
INTERNATI OPG - PROSCIOLTI	171	0	171	200	0	200	104	0	104	(3)	6/7/2011
DETENUTI - ART.148 C.P.	42	0	42	48	0	48	25	0	25		6/7/2011
INTERNATI OPG - MIS.SIC.PROVV.	32	0	32	39	0	39	57	0	57		6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA	19	0	19	31	0	31	62	0	62		6/7/2011
INTERNATI - CASA CURA E CUSTODIA PROVVISORIA	48	0	48	60	0	60	59	0	59		6/7/2011
Totale Sezione	**452**	**0**	**452**	**576**	**0**	**576**	**367**	**0**	**367**		

Descrizione note:
(1) Non funzionante
(2) Chiusura temporanea
(3) Assegnazioni limitate
(4) Assegnazioni sospese

Elenco dei sopralluoghi svolti dalle delegazioni

10 febbraio 2009	Sopralluogo presso il Policlinico Umberto I di Roma.
25 luglio 2009	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nella provincia di Chieti.
7 e 8 settembre 2009	Sopralluogo a Bari presso l'Azienda ospedaliero-universitaria consorziale Policlinico con audizioni presso la sede della Prefettura.
5 novembre 2009	Sopralluogo presso la Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.
18 novembre 2009	Sopralluogo presso l'ospedale «Sandro Pertini» di Roma.
30 novembre 2009	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nella provincia di Chieti con audizioni presso la sede della Prefettura.
15 gennaio 2010	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nella provincia di Chieti con audizioni presso la sede della Prefettura.
18 e 19 febbraio 2010	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie di Trieste con audizioni presso la sede della Prefettura.
25 febbraio 2010	Sopralluogo presso l'ospedale «Piemonte» di Messina con audizioni presso la sede della Prefettura.
13 e 14 maggio 2010	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie di Brindisi con audizioni presso la sede della Prefettura.
11 giugno 2010	Sopralluoghi nelle province di Messina e Caserta.
24 giugno 2010	Sopralluoghi nelle regioni Lombardia e Piemonte.
22 luglio 2010	Sopralluoghi nelle province di Napoli e Firenze.
23 luglio 2010	Sopralluoghi nelle province di Mantova e Reggio Emilia.

2 novembre 2010	Sopralluoghi presso alcune strutture sanitarie delle province di Perugia, Caserta e Napoli
21 novembre 2010	Sopralluoghi nelle province di Messina e Firenze.
25 novembre 2010	Sopralluogo presso alcune aziende sanitarie locali di Roma.
1° dicembre 2010	Sopralluoghi nelle province di Caserta e Mantova.
6 dicembre 2010	Sopralluoghi nelle province di Napoli e Reggio Emilia.
16 dicembre 2010	Sopralluoghi nelle regioni Sardegna e Calabria.
9 e 10 marzo 2011	Sopralluoghi nella provincia e nel comune di Campobasso.
17 marzo 2011	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nel comune di Roma.
31 marzo 2011	Sopralluogo nella regione Lombardia.
22 aprile 2011	Sopralluoghi nelle regioni Emilia Romagna e Lombardia.
10 giugno 2011	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nella provincia di Chieti.
7 luglio 2011	Sopralluoghi effettuati presso alcune strutture nella provincia di Roma.
8 luglio 2011	Sopralluogo presso una struttura penitenziaria nella Regione Siciliana.
21 luglio 2011	Sopralluoghi nelle province di Firenze e Reggio Emilia.
22 luglio 2011	Sopralluoghi nelle province di Messina e Caserta.
27 luglio 2011	Sopralluogo nella provincia di Caserta.
1° agosto 2011	Sopralluogo presso il Policlinico Umberto I di Roma.
30 settembre 2011	Sopralluoghi nelle province di Firenze e Messina.
23 novembre 2011	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nella provincia di Roma.
15 marzo 2012	Sopralluogo e audizioni presso l'ospedale «San Salvatore» di L'Aquila.

9 e 10 maggio 2012	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie del comune di Brunico (BZ).
26 luglio 2012	Sopralluoghi nelle province di Messina e Firenze.
10 dicembre 2012	Sopralluogo presso alcune strutture sanitarie nella provincia di L'Aquila.
17 e 18 dicembre 2012	Sopralluoghi nelle province di Firenze e Messina.

PROVVEDIMENTI DI SEQUESTRO – E ATTI CONNESSI – ADOTTATI DALLA COMMISSIONE NEL CORSO DELLA LEGISLATURA

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che è in corso di svolgimento un'inchiesta sul funzionamento delle strutture sanitarie deputate alla cura dei disturbi mentali;

viste le risultanze delle articolate attività istruttorie già svolte, in tale ambito, in relazione agli Ospedali psichiatrici giudiziari, tra cui quello di Barcellona Pozzo di Gotto;

valutate, in particolare, le risultanze dei più recenti controlli igienico-sanitari svolti presso il predetto OPG dalla Azienda sanitaria di Messina, la cui documentazione, acquisita agli atti dell'inchiesta, evidenzia "*come la combinazione di due condizioni già di per se autonomamente pericolose, quali il sovraffollamento e la presenza di carenze igieniche in un ambiente confinato, determina grande preoccupazione sulla possibilità di garantire un livello minimo di tutela della salute e di salubrità dell'ambiente* ";

considerate, altresì, le risultanze delle tre visite ispettive a sorpresa svolte, tra l'11 giugno 2010 e il 22 luglio 2011, presso il predetto OPG da parte di delegazioni della Commissione;

ritenuto che le condizioni strutturali ed igienico-sanitarie riscontrate, nelle porzioni di struttura più avanti specificate, sono tali da recare pregiudizio a diversi diritti costituzionalmente garantiti dei pazienti ricoverati: segnatamente il diritto a modalità di privazione della libertà non contrarie al senso di umanità; il diritto fondamentale alla salute; il diritto all'incolumità;

considerato che la descritta situazione vanifica, almeno in parte, la fruttuosità dell'inchiesta parlamentare, in quanto, con ragionevole grado di certezza, a causa della stessa si determineranno, si protrarranno, o si aggraveranno, lesioni a diritti costituzionalmente garantiti, e ciò prima ancora che il Senato della Repubblica sia in condizione di intervenire con gli atti legislativi o di indirizzo indicati in sede di relazione conclusiva dalla Commissione;

preso atto del *dictum* della Corte Costituzionale, che in epoca oramai risalente ha chiarito che "*le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze*";

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

considerato altresì che, a fronte della rilevata sussistenza di un grave *periculum in mora*, che involge posizioni giuridiche incomprimibili, non è ravvisabile la necessità di soffermarsi sui profili del *fumus delicti*, essendo peraltro estranea alla missione istituzionale della Commissione l'attività di accertamento dei reati, spettante ad altro Potere dello Stato;

ritenuto che, nella fattispecie, deve essere disposto un provvedimento di sequestro con sotteso ordine di sgombero delle porzioni di struttura più avanti specificate, dalla cui libera disponibilità e perdurante operatività deriverebbe causazione, aggravamento o protrazione delle suddette lesioni a diritti costituzionalmente garantiti;

ritenuto, altresì, che il termine per lo sgombero vada fissato, in esito alla comparazione di tutti gli interessi coinvolti, con prevalenza del profilo di tutela della salute, dell'incolumità e della dignità dei pazienti, in maniera diversificata e gradata in relazione alla gravità delle deficienze sussistenti nelle varie porzioni di struttura;

considerato che gravi ed estremamente preoccupanti sono le carenze riscontrate nella sala adibita alle contenzioni, che è priva di idonei strumenti di monitoraggio a distanza e di segnalazione delle emergenze da parte del soggetto coercito; nonché irraggiungibile in maniera sollecita ed autonoma dal personale sanitario, essendo le chiavi di accesso nella esclusiva disponibilità del personale penitenziario; nonché provvista di un letto di contenzione in ferro, con rete rigida e non articolabile, ancorato al suolo, tale da rendere impossibile l'assunzione di una posizione seduta o semi-seduta da parte del coercito; nonché adibita a prassi di contenzione che, secondo evidenze documentali, sono ricondotte a "trattamento sanitario obbligatorio", in assenza degli atti presupposti previsti dalla legge;

considerato che particolarmente gravi ed estremamente preoccupanti sono le condizioni di degrado del I reparto, per la simultanea sussistenza di deficienze strutturali, igienico-sanitarie e clinico-assistenziali, analiticamente descritte nella relazione elaborata dagli Ufficiali di Polizia giudiziaria al seguito della delegazione, in occasione del sopralluogo a sorpresa effettuato in data 22 luglio 2011;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

considerato, in particolare, il brano di seguito trascritto della suddetta relazione: "*è stato ispezionato il I reparto, ove sono ospitati 37 internati dislocati in 28 stanze su due livelli. Nel reparto è stato notato un degrado generale, pessime condizioni igienico-sanitarie, infiltrazioni di umidità ed intonaci ammuffiti e cadenti, effetti letterecci luridi, pareti annerite ed acqua sul pavimento, mancanza di erogazione di acqua sia nei bagni che nelle docce; in alcune stanze, letti a castello; nella stanza n.5 è ospitato un internato in condizioni tanto gravi da non essere in grado di provvedere alla propria igiene che, suo malgrado, emana un lezzo nauseabondo*";

considerato, peraltro, che gravi e preoccupanti sono le condizioni di degrado di tutti gli altri reparti attualmente operativi, patentemente sprovvisti dei requisiti minimi previsti dalla normativa vigente per le strutture psichiatriche;

valutata la radicale inottemperanza, estesa a tutti i locali dell'OPG, alla normativa vigente in materia di prevenzione dei rischi di incendio;

ritenuto, pertanto, che vadano altresì impartite disposizioni cautelari per una sollecita conformazione alla normativa vigente, rispettivamente, in materia di requisiti minimi e prevenzione dei rischi di incendio;

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visti gli articoli 328, 437 e 591 del Codice penale;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

vista la deliberazione adottata dalla Commissione nella seduta plenaria del 5 ottobre 2010;

udito l'avviso dei relatori dell'inchiesta sulla salute mentale e il conforme parere dei rappresentanti dei Gruppi parlamentari nel corso della riunione dell'Ufficio di Presidenza del 28 giugno 2011;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

vista la relazione conclusiva delle indagini sugli Ospedali psichiatrici giudiziari, approvata in data 20 luglio 2011 e da intendersi qui integralmente trascritta;

DISPONE

il sequestro dei seguenti locali dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto:

- sala contenzioni (sita nel III reparto), con immediato sgombero e ridislocazione delle persone eventualmente colà coercite, che dovrà avvenire con modalità tali da preservare l'incolumità dei coerciti e degli astanti;
- reparto I, che dovrà essere sgomberato nel termine perentorio di 30 giorni dall'emissione del presente provvedimento;

DISPONE

che in esito agli sgomberi la Commissione sia informata senza indugio in merito alla destinazione dei singoli pazienti ricoverati;

DISPONE

l'effettuazione di immediati interventi per conformare tutti i reparti alla normativa vigente in materia di prevenzione dei rischi da incendio, interventi da completarsi comunque entro e non oltre il termine perentorio di 15 giorni dall'emissione del presente provvedimento;

DISPONE

l'effettuazione, da completarsi entro e non oltre 180 giorni dall'emissione del presente provvedimento, di interventi per conformare tutti i reparti alla normativa nazionale e regionale in merito di requisiti minimi per le strutture riabilitative psichiatriche;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

AVVERTE

che ogni inottemperanza alle disposizioni testé date sarà denunciata all'Autorità giudiziaria, quale violazione degli articoli 328, 437, 591 e 650 C.P.;

AVVERTE

che decorsi infruttuosamente i termini per gli interventi conformativi sarà adottato un provvedimento di sequestro esteso all'intera struttura;

NOMINA

quale custode il Direttore penitenziario *pro tempore* dell'Ospedale psichiatrico giudiziario;

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani del Direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario; nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della Giustizia; al Ministro della salute; all'Assessore della Salute della Regione Siciliana; al Prefetto di Messina; al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Barcellona Pozzo di Gotto e al Presidente del Tribunale di sorveglianza di Messina;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

DISPONE

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Il Presidente della Commissione

Roma, 26 luglio 2011

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che è in corso di svolgimento un'inchiesta sul funzionamento delle strutture sanitarie deputate alla cura dei disturbi mentali;

viste le risultanze delle articolate attività istruttorie svolte, in tale ambito, in relazione agli Ospedali psichiatrici giudiziari, tra cui quello di Montelupo Fiorentino;

valutate, in particolare, le motivazioni dell'ordinanza adottata dal Sindaco di Montelupo Fiorentino in data 11 marzo 2009 ed acquisita agli atti di inchiesta, in relazione alla condizione di sovraffollamento e degrado igienico sanitario dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino;

considerate, altresì, le risultanze delle tre visite ispettive a sorpresa svolte, tra il 22 luglio 2010 e il 21 luglio 2011, presso il predetto OPG da parte di delegazioni della Commissione;

valutate, inoltre, le risultanze della documentazione, acquisita agli atti di inchiesta, relativa ai più recenti controlli igienico-sanitari svolti presso il suddetto OPG dalla competente Azienda sanitaria locale;

ritenuto che, in base ad approfondita valutazione di tutto il concordante materiale istruttorio precedentemente citato, le condizioni igienico-sanitarie, clinico-assistenziali e strutturali, nelle porzioni di struttura più avanti specificate, sono tali da recare pregiudizio a diversi diritti costituzionalmente garantiti dei pazienti ricoverati: segnatamente il diritto a modalità di privazione della libertà non contrarie al senso di umanità; il diritto fondamentale alla salute; il diritto all'incolumità;

considerato che la descritta situazione è tale da vanificare, almeno in parte, la fruttuosità dell'inchiesta parlamentare, in quanto, con ragionevole grado di certezza, a causa della stessa si determineranno, si protrarranno, o si aggraveranno, lesioni a diritti costituzionalmente garantiti, e ciò prima ancora che il Senato della Repubblica sia in condizione di intervenire con gli atti legislativi o di indirizzo indicati in sede di relazione conclusiva dalla Commissione;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

preso atto del *dictum* della Corte Costituzionale, che in epoca oramai risalente ha chiarito che "*le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze*";

considerato altresì che, a fronte della rilevata sussistenza di un grave *periculum in mora*, che involge posizioni giuridiche incomprimibili, non è ravvisabile la necessità di soffermarsi sui profili del *fumus delicti*, essendo peraltro estranea alla missione istituzionale della Commissione l'attività di accertamento dei reati, spettante ad altro Potere dello Stato;

ritenuto che, nella fattispecie, deve essere disposto un provvedimento di sequestro con sotteso ordine di sgombero delle porzioni di struttura più avanti specificate, dalla cui libera disponibilità e perdurante operatività deriverebbe causazione, aggravamento o protrazione delle suddette lesioni a diritti costituzionalmente garantiti;

ritenuto, altresì, che il termine per lo sgombero vada fissato, in esito alla comparazione di tutti gli interessi coinvolti, con prevalenza del profilo di tutela della salute, dell'incolumità e della dignità dei pazienti, in maniera diversificata e gradata in relazione alla gravità delle deficienze sussistenti nelle varie porzioni di struttura;

considerato che gravi ed estremamente preoccupanti sono le carenze riscontrate nella sala adibita alle contenzioni, che è priva di idonei strumenti di monitoraggio a distanza e di segnalazione delle emergenze da parte del soggetto coercito; nonché irraggiungibile in maniera sollecita ed autonoma dal personale sanitario, essendo le chiavi di accesso nella esclusiva disponibilità del personale penitenziario;

considerato che gravi ed estremamente preoccupanti sono le condizioni di degrado di larga parte della sezione "Ambrogiana", per la simultanea sussistenza di deficienze strutturali, igienico-sanitarie e clinico-assistenziali, che hanno indotto la stessa Amministrazione penitenziaria a talune dichiarazioni di inagibilità, che tuttavia appaiono del tutto insufficienti, per quantità e qualità dei provvedimenti adottati, a garantire la tutela dei succitati diritti delle persone ristrette;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

considerato che gravi e preoccupanti sono le condizioni di degrado di tutte le altre sezioni attualmente operative, patentemente sprovviste dei requisiti minimi previsti dalla normativa vigente per le strutture psichiatriche;

valutata la radicale inottemperanza, estesa a tutti i locali dell'OPG, alla normativa vigente in materia di prevenzione dei rischi di incendio;

ritenuto, pertanto, che vadano altresì impartite disposizioni cautelari per una sollecita conformazione alla normativa vigente in materia, rispettivamente, di requisiti minimi e prevenzione dei rischi di incendio;

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visti gli articoli 328, 437 e 591 del Codice penale;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

vista la deliberazione adottata dalla Commissione nella seduta plenaria del 5 ottobre 2010;

udito l'avviso dei relatori dell'inchiesta sulla salute mentale e il conforme parere dei rappresentanti dei Gruppi parlamentari nel corso della riunione dell'Ufficio di Presidenza del 28 giugno 2011;

vista la relazione conclusiva delle indagini sugli Ospedali psichiatrici giudiziari, approvata in data 20 luglio 2011 e da intendersi qui integralmente trascritta;

DISPONE

il sequestro dei seguenti locali dell'OPG di Montelupo Fiorentino:

- sala contenzioni (III^ Sezione, piano terra, Padiglione "Pesa"), con immediato sgombero e ridislocazione delle persone eventualmente colà coercite, che dovrà avvenire con modalità tali da preservare l'incolumità dei coerciti e degli astanti;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

- sezione "Ambrogiana", limitatamente alle celle n. 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17 e 19, ubicate al piano terra, e alle celle n. 26, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38 e 42, ubicate al primo piano; dette celle dovranno essere sgomberate nel termine perentorio di 30 giorni dall'emissione del presente provvedimento;

DISPONE

che in esito agli sgomberi la Commissione sia informata senza indugio in merito alla destinazione dei singoli pazienti ricoverati;

DISPONE

l'effettuazione di immediati interventi per conformare tutte le sezioni alla normativa vigente in materia di prevenzione dei rischi da incendio, interventi da completarsi comunque entro e non oltre il termine perentorio di 15 giorni dall'emissione del presente provvedimento;

DISPONE

l'effettuazione, da completarsi entro e non oltre 180 giorni dall'emissione del presente provvedimento, di interventi per conformare tutte le sezioni alla normativa nazionale e regionale in merito di requisiti minimi per le strutture riabilitative psichiatriche;

AVVERTE

che ogni inottemperanza alle disposizioni testé date sarà denunciata all'Autorità giudiziaria, quale violazione degli articoli 328, 437, 591 e 650 C.P.;

AVVERTE

che decorsi infruttuosamente i termini per gli interventi conformativi sarà adottato un provvedimento di sequestro esteso all'intera struttura;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

NOMINA

quale custode il Direttore penitenziario *pro tempore* dell'Ospedale psichiatrico giudiziario;

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani del Direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario; nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della Giustizia; al Ministro della salute; all'Assessore al diritto alla salute della Regione Toscana; al Prefetto di Firenze; al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Firenze e al Presidente del Tribunale di sorveglianza di Firenze;

DISPONE

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Ignazio R. Marino

Il Presidente della Commissione

Roma, 26 luglio 2011

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che è in corso di svolgimento un'inchiesta sul funzionamento delle strutture sanitarie deputate alla cura dei disturbi mentali;

viste le risultanze delle articolate attività istruttorie già svolte, in tale ambito, in relazione ad una struttura del Dipartimento di salute mentale della ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila: il Centro diurno psichiatrico, sito in località Collemaggio (d'ora in poi "il Centro");

viste, in particolare, le risultanze dell'ispezione a sorpresa svolta presso il Centro in data 10 dicembre 2012;

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visto l'articolo 328 del Codice penale;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

vista la deliberazione unanime assunta dall'Ufficio di Presidenza della Commissione nella riunione dell'11 dicembre 2012;

preso atto delle risultanze della interlocuzione istituzionale svolta, in ossequio al principio di leale collaborazione, con la competente Procura della Repubblica;

OSSERVA CHE

le condizioni strutturali ed igienico-sanitarie del Centro, già verificate nel corso del precedente sopralluogo svolto in data 15 marzo 2012, continuano ad essere così critiche da porre a rischio l'incolumità degli utenti e la stessa efficacia dell'attività sanitaria: ciò si desume chiaramente dalla relazione di servizio estesa dal NAS di Pescara in esito all'ispezione svolta in data 10 dicembre 2012, acquisita agli atti dell'inchiesta parlamentare e da intendersi qui integralmente trascritta;

appare evidente l'esistenza di un gravissimo pericolo in mora, che involge sia i diritti costituzionali dei pazienti, all'incolumità e alla salute, sia la fruttuosità dell'inchiesta in corso sulla salute mentale, la quale deve ancora esitare in una relazione conclusiva al Senato della Repubblica;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

quanto al *fumus delicti*, pur dovendosi rilevare che è estranea alla missione istituzionale della Commissione l'attività di accertamento dei reati, non può essere sottaciuta la configurabilità di almeno una ipotesi di reato: il rifiuto di atti di ufficio, che si concreta nell'omessa adozione di iniziative urgenti da parte delle competenti Autorità sanitarie per reperire idonee strutture sostitutive, malgrado in esito al sopralluogo dello scorso 15 marzo la situazione di criticità si fosse già palesata in tutta la sua gravità e fosse stata riconosciuta la necessità di intervento;

è necessario, allora, che il Centro, quale *res* pertinente alla violazione *de qua*, sia sottratto alla disponibilità dell'Amministrazione sanitaria, dalla quale discenderebbe, al di là di ogni ragionevole dubbio, un serio rischio di conseguenze pregiudizievoli per i pazienti;

PQM

DISPONE

il sequestro del Centro, con sgombero, ove necessario, dei locali, nel termine perentorio di sette giorni dalla notifica del presente provvedimento;

DISPONE

che in esito all'esecuzione del presente provvedimento la Commissione sia informata senza indugio in merito alle soluzioni che verranno individuate onde assicurare continuità assistenziale ai singoli pazienti in carico al Centro;

AVVERTE

che ogni inottemperanza alle disposizioni testé date sarà denunciata all'Autorità giudiziaria, quale violazione degli articoli 328 e 650 C.P.;

AVVERTE

che avverso il presente provvedimento potrà essere avanzata richiesta di riesame: nel corso della presente Legislatura, alla Presidenza della Commissione di inchiesta; a decorrere dalla data di prima riunione delle Camere della XVII Legislatura, alla Presidenza del Senato della Repubblica;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

NOMINA

quale custode il responsabile del Centro di salute mentale della ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila, sede di L'Aquila (Collemaggio);

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani del responsabile del Centro di salute mentale della ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila, sede di L'Aquila (Collemaggio); nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della salute, al Presidente della Regione Abruzzo, al Prefetto di L'Aquila e al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di L'Aquila;

DISPONE

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Ignazio R. Marino

Il Presidente della Commissione

Roma, 19 dicembre 2012

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che è in corso di svolgimento un'inchiesta sul funzionamento delle strutture sanitarie deputate alla cura dei disturbi mentali;

viste le risultanze delle articolate attività istruttorie già svolte, in tale ambito, in relazione agli Ospedali psichiatrici giudiziari, tra cui quello di Barcellona Pozzo di Gotto (d'ora in poi "OPG");

viste, in particolare, le risultanze dell'ispezione a sorpresa svolta presso l'OPG in data 18 dicembre 2012;

richiamato il provvedimento di sequestro parziale dell'OPG adottato in data 26 luglio 2011, da intendersi qui integralmente riportato;

verificata la non completa ottemperanza agli obblighi conformativi discendenti dal provvedimento testé citato;

preso atto della intervenuta evoluzione normativa, *ex* articolo 3-*ter* del D.L. n. 211 del 2011, convertito con modificazioni dalla L. n. 9 del 2012;

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visti gli articoli 328 e 591 del Codice penale;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

vista la deliberazione unanime assunta dall'Ufficio di Presidenza della Commissione nella riunione dell'11 dicembre 2012;

preso atto delle risultanze della interlocuzione istituzionale assiduamente coltivata, in ossequio al principio di leale collaborazione, con i Ministri della Giustizia e della Salute, con la Regione Siciliana e con la competente Procura della Repubblica;

preso atto del mancato recepimento della legge di riforma della sanità penitenziaria nell'ambito della Regione Siciliana;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

OSSERVA CHE

pur dovendosi dare atto delle migliorie apportate a diverse aree della struttura, le condizioni strutturali ed igienico-sanitarie di uno dei reparti dell'OPG - l'VIII, sito al piano terra - continuano ad essere così radicalmente deficitarie da recare certo pregiudizio ai seguenti diritti costituzionalmente garantiti dei pazienti ricoverati: diritto a modalità di privazione della libertà non contraria al senso di umanità; diritto fondamentale alla salute; diritto all'incolumità;

i reparti oggetto di ristrutturazione - pur essendo ora in condizioni igienico-sanitarie decorose - mantengono una conformazione del tutto inidonea per una struttura che dovrebbe garantire *standard* da residenza psichiatrica, e soffrono di una condizione di intollerabile sovraffollamento (fino a 12 pazienti per cella);

alle predette lacune strutturali ed igienico-sanitarie si aggiungono criticità di carattere clinico assistenziale, chiaramente individuate anche dal Garante per la tutela dei diritti dei detenuti della Regione Siciliana, il quale, nell'ambito di una relazione acquisita agli atti dell'inchiesta parlamentare, ha posto in rilievo come i dati sulle dimissioni siano "sconfortanti" e "significativi", nel loro riassumere il risultato prodotto dal trattamento e dalla cura cui sono sottoposti i ristretti presso l'OPG;

lo stesso Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, nell'ambito di un documento ufficiale del 2011 e del pari acquisto agli atti dell'inchiesta parlamentare, nel descrivere la situazione all'interno dell'OPG, fa riferimento ad una "*vita asilare improduttiva, ottusamente coartata, lontanissima da ogni possibilità di risalita che rivesta valenza autenticamente rigenerativa del dato esistenziale dei tanti soggetti affidati all'istituto barcellonese*";

il direttore dell'OPG ha confermato, nel corso della visita ispettiva svolta lo scorso 18 dicembre, la pressoché totale assenza di figure specialistiche che possano, all'interno dell'OPG, farsi carico dell'offerta di supporto psicologico e psicoterapia ai pazienti ristretti, anche in ragione della sempre più scarsa assegnazione di risorse alla struttura;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

la concomitante e perdurante presenza delle sopraesposte criticità - accertata dalla Commissione nel corso della visita ispettiva appena svolta - riduce a mero *flatus vocis* l'ammonimento della Corte Costituzionale, secondo cui "*le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze*";

la pendenza di un termine legislativamente dato per la creazione di strutture sanitarie sostitutive degli OPG non può in alcun modo giustificare la sussistenza di siffatte criticità all'interno degli Istituti attualmente operativi, criticità che all'interno dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto raggiungono un livello massimo, anche in ottica comparativa con le altre strutture OPG;

appare evidente l'esistenza di un gravissimo pericolo in mora, che involge sia i succitati diritti costituzionali dei pazienti ristretti, sia la fruttuosità dell'iniziativa legislativa che ha avuto origine nell'inchiesta parlamentare ed esito nel citato articolo 3-*ter* del D.L. 211/2011;

quanto al *fumus delicti*, pur dovendosi ribadire che è estranea alla missione istituzionale della Commissione l'attività di accertamento dei reati, non può essere sottaciuta la configurabilità di almeno due distinte ipotesi di reato, serialmente ravvisabili: l'abbandono di persone incapaci, in relazione alla grave situazione di degrado in cui versa da lungo tempo l'OPG (Cass. pen., Sez. V, sent. n. 491 del 1991); il rifiuto di atti di ufficio, con riferimento ai diversi casi in cui i ricoverati risultano privati della libertà a causa di una proroga della misura di sicurezza, disposta in ragione della mancata presa in carico da parte del competente Dipartimento di salute mentale, malgrado la riconosciuta diminuzione della pericolosità sociale;

appare pertanto configurabile, in base agli elementi istruttori in possesso della Commissione, una vera e propria responsabilità di apparato che, a prescindere dall'individuazione delle singole responsabilità individuali, ha determinato e continua a determinare in maniera massiva la violazione di diritti costituzionalmente garantiti e di disposizioni del Codice penale;

è necessario, allora, che l'OPG, quale *res* pertinente alle violazioni, sia sottratto alla disponibilità dell'apparato, dalla quale discenderebbe, al di là di ogni ragionevole dubbio, un aggravamento o una protrazione dei pregiudizi ai pazienti;

PQM

DISPONE

il sequestro integrale dei locali dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, con assorbimento del provvedimento di sequestro parziale precedentemente adottato, e lo sgombero della struttura nel termine perentorio di trenta giorni dalla notifica del presente provvedimento;

DISPONE

che in esito agli sgomberi la Commissione sia informata senza indugio in merito alla destinazione dei singoli pazienti ricoverati;

AVVERTE

che ogni inottemperanza alle disposizioni testé date sarà denunciata all'Autorità giudiziaria, quale violazione degli articoli 328, 591 e 650 C.P.;

AVVERTE

che avverso il presente provvedimento potrà essere avanzata richiesta di riesame: nel corso della presente Legislatura, alla Presidenza della Commissione di inchiesta; a decorrere dalla data di prima riunione delle Camere della XVII Legislatura, alla Presidenza del Senato della Repubblica;

DISPONE

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

che il presente provvedimento cessi di spiegare efficacia, con conseguente reimmissione nel possesso dell'immobile dell'Amministrazione proprietaria, a far data dal decorso del termine previsto dall'art. 3-*ter*, co. 4 del D.L. 211/2011 (in caso di proroga o differimento di tale termine, s'intenderà correlativamente prorogata l'efficacia del presente provvedimento);

CONCEDE

l'utilizzo dell'immobile ai limitati fini della sua ristrutturazione e sanificazione nell'ottica di una futura diversa destinazione d'uso ai sensi dall'art. 3-*ter*, co. 10 del D.L. 211/2011;

NOMINA

quale custode il Direttore penitenziario *pro tempore* dell'Ospedale psichiatrico giudiziario;

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani del Direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario; nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della Giustizia; al Ministro della salute; all'Assessore della Salute della Regione Siciliana; al Prefetto di Messina; al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Barcellona Pozzo di Gotto e al Presidente del Tribunale di sorveglianza di Messina;

DISPONE

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Il Presidente della Commissione

Roma, 19 dicembre 2012

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che è in corso di svolgimento un'inchiesta sul funzionamento delle strutture sanitarie deputate alla cura dei disturbi mentali;

viste le risultanze delle articolate attività istruttorie già svolte, in tale ambito, in relazione agli Ospedali psichiatrici giudiziari, tra cui quello di Montelupo Fiorentino (d'ora in poi "OPG");

viste, in particolare, le risultanze dell'ispezione a sorpresa svolta presso l'OPG in data 17 dicembre 2012;

richiamato il provvedimento di sequestro parziale dell'OPG adottato in data 26 luglio 2011, da intendersi qui integralmente riportato;

verificata la non completa ottemperanza agli obblighi conformativi discendenti dal provvedimento testé citato;

preso atto della intervenuta evoluzione normativa, *ex* articolo 3-*ter* del D.L. n. 211 del 2011, convertito con modificazioni dalla L. n. 9 del 2012;

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visti gli articoli 328 e 591 del Codice penale;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

vista la deliberazione unanime assunta dall'Ufficio di Presidenza della Commissione nella riunione dell'11 dicembre 2012;

preso atto delle risultanze della interlocuzione istituzionale assiduamente coltivata, in ossequio al principio di leale collaborazione, con i Ministri della Giustizia e della Salute, con la Regione Toscana e con la competente Procura della Repubblica;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

OSSERVA CHE

le condizioni strutturali ed igienico-sanitarie di uno dei reparti dell'OPG - quello denominato "Pesa" e ubicato al piano terra - continuano ad essere così radicalmente deficitarie da recare certo pregiudizio ai seguenti diritti costituzionalmente garantiti dei pazienti ricoverati: diritto a modalità di privazione della libertà non contraria al senso di umanità; diritto fondamentale alla salute; diritto all'incolumità;

la concomitante e perdurante presenza delle sopraesposte criticità - accertata dalla Commissione nel corso della visita ispettiva appena svolta - riduce a mero *flatus vocis* l'ammonimento della Corte Costituzionale, secondo cui "*le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente: e pertanto, ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze*";

la pendenza di un termine legislativamente dato per la creazione di strutture sanitarie sostitutive degli OPG non può in alcun modo giustificare la sussistenza di siffatte criticità all'interno degli Istituti attualmente operativi;

appare evidente l'esistenza di un gravissimo pericolo in mora, che involge sia i succitati diritti costituzionali dei pazienti ristretti, sia la fruttuosità dell'iniziativa legislativa che ha avuto origine nell'inchiesta parlamentare ed esito nel citato articolo 3-*ter* del D.L. 211/2011;

quanto al *fumus delicti*, pur dovendosi ribadire che è estranea alla missione istituzionale della Commissione l'attività di accertamento dei reati, non può essere sottaciuta la configurabilità di almeno una ipotesi di reato, serialmente ravvisabile: l'abbandono di persone incapaci, in relazione alla grave situazione di degrado in cui versa la predetta porzione di OPG (Cass. pen., Sez. V, sent. n. 491 del 1991);

è necessario, allora, che la suddetta porzione di OPG, quale *res* pertinente alle violazioni, sia sottratta alla disponibilità dell'apparato, dalla quale discenderebbe, al di là di ogni ragionevole dubbio, un aggravamento o una protrazione dei pregiudizi ai pazienti;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

PQM

DISPONE

il sequestro del suddetto reparto dell'OPG di Montelupo Fiorentino, con sgombero delle celle colà presenti nel termine perentorio di sette giorni dalla notifica del presente provvedimento;

DISPONE

che in esito agli sgomberi la Commissione sia informata senza indugio in merito alla destinazione dei singoli pazienti ricoverati;

AVVERTE

che ogni inottemperanza alle disposizioni testé date sarà denunciata all'Autorità giudiziaria, quale violazione degli articoli 328, 591 e 650 C.P.;

AVVERTE

che avverso il presente provvedimento - così come avverso quello del 26 luglio 2011 - potrà essere avanzata richiesta di riesame: nel corso della presente Legislatura, alla Presidenza della Commissione di inchiesta; a decorrere dalla data di prima riunione delle Camere della XVII Legislatura, alla Presidenza del Senato della Repubblica;

DISPONE

che il presente provvedimento - così come quello del 26 luglio 2011 - cessi di spiegare efficacia, con conseguente reimmissione nel pieno possesso dell'immobile dell'Amministrazione proprietaria, a far data dal decorso del termine previsto dall'art. 3-*ter*, co. 4 del D.L. 211/2011 (in caso di proroga o differimento di tale termine, s'intenderà correlativamente prorogata l'efficacia del presente disposto);

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

CONCEDE

l'utilizzo delle porzioni di immobile sequestrate ai limitati fini della loro ristrutturazione e sanificazione nell'ottica di una futura diversa destinazione d'uso ai sensi dall'art. 3-*ter*, co. 10 del D.L. 211/2011;

NOMINA

quale custode il Direttore penitenziario *pro tempore* dell'Ospedale psichiatrico giudiziario;

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani del Direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario; nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della Giustizia; al Ministro della salute; all'Assessore della Salute della Regione Toscana; al Prefetto di Firenze; al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Firenze e al Presidente del Tribunale di sorveglianza di Firenze;

DISPONE

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Ignazio R. Marino

Il Presidente della Commissione

Roma, 19 dicembre 2012

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che in data 19 dicembre 2012, nell'ambito di un'inchiesta sul funzionamento delle strutture sanitarie deputate alla cura dei disturbi mentali, la Commissione ha adottato e notificato un decreto di sequestro integrale dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, provvedimento da intendersi in questa sede integralmente trascritto;

considerato, in particolare, che il succitato decreto reca un ordine di sgombero, da eseguirsi entro trenta giorni dalla data di notifica del provvedimento;

letta la motivata istanza di proroga del termine impartito per lo sgombero, formulata lo scorso 9 gennaio dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria ed acquisita in data 10 gennaio agli atti dell'inchiesta parlamentare;

preso atto delle iniziative adottate dalla Regione Siciliana a seguito della notifica del decreto di sequestro integrale: deliberazione di Giunta recante atto di impulso al trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria di cui al D.P.C.M. 1° aprile 2008; manifestazione di disponibilità all'individuazione di luoghi idonei ad ospitare gli internati dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto;

valutate le risultanze dell'interlocuzione istituzionale ulteriormente coltivata, a seguito dell'adozione del provvedimento di sequestro integrale, con il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e con le competenti Autorità giudiziarie;

OSSERVA CHE

effettuati una ponderazione ed un bilanciamento dei diversi beni giuridici in gioco, appare opportuno aderire alla istanza formulata dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, così da consentire che l'attività sinergica e concertata delle diverse Istituzioni, avviatasi a seguito dell'adozione del provvedimento di sequestro integrale, possa esitare in una serie ordinata di dimissioni nell'interesse dei pazienti attualmente internati;

sembra pertanto congruo concedere, per il completamento delle operazioni di sgombero, un tempo supplementare di venticinque giorni, aggiuntivi rispetto al termine di trenta giorni impartito in origine, così da mantenere in capo a questa Commissione uno spazio ulteriore di controllo e valutazione, prima dell'avvio formale della nuova Legislatura;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

PQM

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

sulla scorta dell'avviso unanime manifestato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari;

DISPONE

che, ferme restando le altre disposizioni, concessioni ed avvertenze recate dal decreto notificato in data 19 dicembre u.s., le operazioni di sgombero dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto siano completate entro e non oltre il 12 febbraio 2013;

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani del Direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario; nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della Giustizia; al Ministro della salute; all'Assessore della Salute della Regione Siciliana; al Prefetto di Messina; al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Barcellona Pozzo di Gotto e al Presidente del Tribunale di sorveglianza di Messina;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

DISPONE

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Il Presidente della Commissione

Roma, 17 gennaio 2013

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

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

premesso che in data 19 dicembre 2012 la Commissione ha adottato, nell'ambito di indagini sul funzionamento delle strutture deputate alla cura dei disturbi mentali, un decreto di sequestro preventivo dei locali prefabbricati siti in località Collemaggio (AQ) che ospitavano il Centro diurno psichiatrico dipendente dal Dipartimento di salute menatale della ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila;

considerato che dal rapporto trasmesso dal Comando NAS di Pescara in epoca successiva all'esecuzione del provvedimento di sequestro risulta che: a decorrere dal 27 dicembre 2012 l'attività del Centro diurno si svolge presso una nuova sede, in località Civita di Bagno (AQ); tale nuova sede rappresenta, nella valutazione del competente Centro di salute mentale, una sistemazione idonea, ancorché provvisoria; i prefabbricati oggetto di sequestro, ormai non più adibiti a sede sanitaria, sono di proprietà di una società privata e vennero a suo tempo locati alla Protezione civile per le esigenze *post*-sisma della ASL di L'Aquila; il Sindaco di L'Aquila ha effettuato un monitoraggio sulle attività di trasferimento del Centro diurno per assicurare che "tutto avvenga nei modi di legge a tutela della salute pubblica"; la sede alternativa del Centro diurno individuata in località Civita di Bagno è, secondo quanto attestato anche dal responsabile del Dipartimento di salute mentale competente, capace di "garantire la continuità assistenziale degli utenti in attesa di una soluzione definitiva", nonché agevolmente raggiungibile grazie a "frequenti mezzi pubblici" e "pulmini messi a disposizione dalla ASL";

OSSERVA CHE

a seguito della sottrazione dei beni sequestrati all'Amministrazione locataria sono venute meno le esigenze di prevenzione, in quanto i pazienti risultano attualmente assistiti nell'ambito di una nuova sede del Centro diurno che, sebbene ancora provvisoria, risulta costituire una sistemazione adeguata secondo le valutazioni concordanti di diverse Autorità pubbliche;

non sussiste più pertanto il pericolo che a suo tempo indusse all'adozione del decreto di sequestro preventivo, né sovvengono ragioni di carattere istruttorio, inerenti all'inchiesta parlamentare, che possano costituire base giuridica per il mantenimento a diverso titolo del provvedimento di coercizione reale;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

PQM

visto l'articolo 82 della Costituzione;
visto l'articolo 1 della Deliberazione istitutiva della Commissione;
visto l'articolo 162, comma 5, del Regolamento del Senato della Repubblica;
visti gli articoli 11 e 15 del Regolamento della Commissione;
visti gli articoli 259 e 321 del Codice di procedura penale;

sulla scorta dell'avviso unanime manifestato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari;

DISPONE

la revoca del sequestro preventivo dei locali *de quibus* e la loro restituzione all'Amministrazione locataria, con conseguente revoca dell'incarico di custodia già attribuito al responsabile del Centro di salute mentale della ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila, sede di L'Aquila;

MANDA

per l'esecuzione del presente provvedimento Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute;

DISPONE

che copia del presente provvedimento venga notificata, a cura di Ufficiali di Polizia giudiziaria del Comando Carabinieri per la Tutela della salute, nelle mani dei responsabili del Dipartimento e del Centro di salute mentale della ASL Avezzano - Sulmona - L'Aquila, sede di L'Aquila; nonché, anche mediante *fax*, al Ministro della salute, al Presidente della Regione Abruzzo, al Prefetto di L'Aquila e al Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di L'Aquila;

Senato della Repubblica

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

Il Presidente

DISPONE

che il presente provvedimento sia pubblicato sul sito *web* istituzionale del Senato della Repubblica, nella sezione dedicata alla Commissione.

Il Presidente della Commissione

Roma, 17 gennaio 2013

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE IN SEDE PLENARIA

18 novembre 2008	Elezione dei Vice Presidenti e dei Segretari.
19 novembre 2009	Esame del Regolamento interno.
3 dicembre 2008	Comunicazioni del Presidente.
20 gennaio 2009	Audizione del direttore generale della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei princìpi etici di sistema del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dottor Filippo Palumbo.
27 gennaio 2009	Audizione dell'ispettore generale capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dottor Francesco Massicci.
29 gennaio 2009	Seguito dell'audizione del direttore generale della Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dottor Filippo Palumbo.
4 febbraio 2009	Comunicazioni del Presidente su sopralluoghi da effettuare.
11 febbraio 2009	Comunicazioni del Presidente.
18 febbraio 2009	Esame del programma dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane.
24 febbraio 2009	Audizione dei rappresentanti della Corte dei conti, consigliere Rita Arrigoni e consigliere Carlo Chiappinelli.
10 marzo 2009	Seguito dell'audizione dei rappresentanti della Corte dei conti, consigliere Rita Arrigoni e consigliere Carlo Chiappinelli.
19 marzo 2009	Comunicazioni del Presidente.

24 marzo 2009	Seguito dell'audizione dell'ispettore generale capo dell'Ispettorato generale per la spesa sociale della Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dottor Francesco Massicci.
1° aprile 2009	Esame del programma dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario. Seguito dell'esame del programma dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane. Esame del programma dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale.
21 aprile 2009	Audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute, Generale di brigata Cosimo Piccinno.
28 aprile 2009	Audizione del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di L'Aquila, dottor Alfredo Rossini. Seguito dell'audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute, Generale di brigata Cosimo Piccinno.
29 aprile 2009	Audizione del Direttore generale dell'AUSL di L'Aquila, dottor Roberto Marzetti. Audizione del Direttore sanitario dell'Ospedale da campo di L'Aquila, dottor Marco Esposito.
30 aprile 2009	Esame del programma dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura.
6 maggio 2009	Inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del Procuratore generale della Corte dei conti, dottor Furio Pasqualucci e dei vice Procuratori generali, dottor Roberto Benedetti e dottor Antonio Galeota.

19 maggio 2009	Inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio.
20 maggio 2009	Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: seguito dell'audizione del Procuratore generale della Corte dei conti, dottor Furio Pasqualucci e del vice Procuratore generale dottor Antonio Galeota; audizione del consigliere della Corte dei conti, dottoressa Gemma Tramonte.
9 giugno 2009	Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione del Capo del Dipartimento della Protezione civile, dottor Guido Bertolaso.
10 giugno 2009	Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: seguito dell'audizione del vice Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, professor Ferruccio Fazio. Audizione del vice Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, professor Ferruccio Fazio, sul fenomeno della contraffazione nel settore farmaceutico.
23 giugno 2009	Audizione del direttore generale dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, dottor Ubaldo Montaguti.
24 giugno 2009	Audizione del Rettore dell'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», professor Luigi Frati.
30 giugno 2009	Seguito dell'audizione del direttore generale dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, dottor Ubaldo Montaguti.

8 luglio 2009	Audizione del direttore del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia presso l'Università degli Studi di Roma «La Sapienza», professor Pierluigi Benedetti Panici.
15 luglio 2009	Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: seguito dell'audizione del Capo del Dipartimento della Protezione civile, dottor Guido Bertolaso.
22 luglio 2009	Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione dell'ispettore generale capo dell'Ispettorato generale di finanza della Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dottor Domenico Mastroianni.
29 luglio 2009	Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 25 luglio 2009 presso alcune strutture sanitarie ubicate nella Regione Abruzzo. Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 10 febbraio 2009 presso l'Azienda Policlinico Umberto I di Roma. Esame del programma dell'inchiesta sulla gestione della sanità nella Regione Puglia.
31 luglio 2009	Esame del programma dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.
23 settembre 2009 (antimeridiana)	Inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 7 e 8 settembre 2009 a Bari e comunicazioni dei relatori.
23 settembre 2009 (pomeridiana)	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore generale della ASL di Chieti, ingegnere Mario Maresca, e del responsabile del Dipartimento di salute mentale della ASL di Chieti, dottor Fiore Di Donato.

29 settembre 2009	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni, e del Commissario ad acta per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, dottor Gino Redigolo.
30 settembre 2009	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Sindaco di Chieti, dottor Francesco Ricci.
6 ottobre 2009	Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del Ministro per la Pubblica amministrazione e l'innovazione.
15 ottobre 2009	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni. Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni.
21 ottobre 2009	Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: comunicazioni dei relatori.

	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori.
4 novembre 2009	Comunicazioni del Presidente.
6 novembre 2009	Inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del dottor Mauro Mariani, direttore della Casa circondariale «Regina Coeli». Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del dottor Andrea Franceschini, dirigente sanitario della UOC medicina penitenziaria della Casa circondariale «Regina Coeli», e dei dottori Rolando Degli Angioli, Pellegrino Petillo e Gianluca Piccirillo, medici presso la medesima UOC.
10 novembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione dei familiari e dell'avvocato di fiducia del signor Stefano Cucchi.
11 novembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale dei medici che hanno prestato cure al signor Stefano Cucchi presso l'ospedale «Fatebenefratelli» di Roma.
12 novembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale dei medici che hanno prestato cure al signor Stefano Cucchi presso l'UOC di medicina penitenziaria dell'ospedale «Sandro Pertini» di Roma.
17 novembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un medico operante presso l'ambulatorio della «Città giudiziaria» di Roma.
18 novembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di una infermiera operante presso la UOC di medicina penitenziaria e patologie da dipendenza della Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.

1º dicembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del direttore generale e del direttore sanitario dell'Azienda USL Roma B.
2 dicembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del direttore della Casa circondariale Rebibbia N.C. di Roma.
15 dicembre 2009	Comunicazioni del Presidente. Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un medico operante presso la UOC di medicina penitenziaria della Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.
16 dicembre 2009	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di alcuni operatori dell'Ares 118 di Roma.
22 dicembre 2009	Comunicazioni del Presidente.
12 gennaio 2010	Comunicazioni del Presidente. Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un medico operante presso la UOC di medicina penitenziaria della Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.
13 gennaio 2010 (antimeridiana)	Integrazione dell'Ufficio di Presidenza: elezione di un Vice Presidente.
13 gennaio 2010 (pomeridiana)	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un'assistente volontaria della Caritas operante presso l'ospedale «Sandro Pertini» di Roma.
19 gennaio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio.

21 gennaio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione del direttore della UOC Qualità aziendale e *Risk Management* dell'Azienda USL Roma B.
27 gennaio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di due dirigenti del Ministero della giustizia.
2 febbraio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del subcommissario governativo per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, dottoressa Giovanna Baraldi.
3 febbraio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione del professor Vincenzo Pascali e del professor Rodolfo Proietti.
9 febbraio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: seguito dell'audizione del professor Vincenzo Pascali e del professor Rodolfo Proietti.
10 febbraio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: seguito dell'audizione del professor Vincenzo Pascali e del professor Rodolfo Proietti.
16 febbraio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente della Regione Abruzzo, dottor Giovanni Chiodi.

23 febbraio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore responsabile della U.O. di Clinica psichiatrica dell'ospedale Maria SS. Immacolata di Guardiagrele (Chieti), professor Filippo Maria Ferro.
2 marzo 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Presidente della Regione Abruzzo, dottor Giovanni Chiodi.
10 marzo 2010	Esame dello schema della relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.
17 marzo 2010	Seguito dell'esame dello schema della relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.
21 aprile 2010	Comunicazioni del Presidente sul regime di pubblicità di atti e documenti dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi. Esame dello schema di delibera sulla pubblicazione di atti e documenti dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.
28 aprile 2010	Seguito dell'esame dello schema di delibera sulla pubblicazione di atti e documenti dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.
4 maggio 2010	Inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione della professoressa Sabina Nuti.

5 maggio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di rappresentanti dell'Unione nazionale delle Associazioni per la salute mentale (U.N.A.SA.M.).
11 maggio 2010	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: comunicazioni dei relatori.
18 maggio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Salerno, dottor Luigi Pizza.
9 giugno 2010	Comunicazioni del Presidente.
16 giugno 2010	Comunicazioni del Presidente. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), dottor Nunziante Rosania.
22 giugno 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore e del referente sanitario dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (Caserta).
6 luglio 2010	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori.

	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), dottor Nunziante Rosania.
7 luglio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del presidente del Tribunale di sorveglianza di Napoli, dottoressa Angelica Di Giovanni.
14 luglio 2010	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Procuratore regionale della Corte dei conti per la Puglia, dottor Francesco Lorusso.
21 luglio 2010	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente e dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Puglia.
27 luglio 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente e dei relatori. Esame del programma dell'inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi. Esame del programma dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità.
16 settembre 2010	Comunicazioni del Presidente.
21 settembre 2010	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione della dottoressa Lea Cosentino.
22 settembre 2010	Inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione del professor Paolo Zamboni e del dottor Fabrizio Salvi.

28 settembre 2010	Seguito dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione della dottoressa Letizia Mazzini.
29 settembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Franco Ionta.
5 ottobre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, dottor Antonio Laudati.
6 ottobre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Franco Ionta.
13 ottobre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore generale e del direttore sanitario dell'Azienda USL 11 Empoli.
19 ottobre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del dottor Luca Bigalli.

27 ottobre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente e dell'Assessore della salute della Regione Siciliana.
9 novembre 2010	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute.
16 novembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale di rappresentanti della ASL Napoli 1 Centro.
17 novembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore alla sanità della Regione Veneto.
23 novembre 2010	Audizione di esperti sulle tematiche della odontoiatria.
24 novembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente del Tribunale di sorveglianza di Roma.
7 dicembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Presidente del Tribunale di sorveglianza di Roma.
15 dicembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sulla situazione delle strutture psicoriabilitative del Gruppo Villa Pini d'Abruzzo S.r.l..

20 dicembre 2010	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere (MN).
21 dicembre 2010	Comunicazioni del Presidente.
18 gennaio 2011	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: comunicazioni dei relatori.
19 gennaio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del subcommissario governativo per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, dottoressa Giovanna Baraldi.
26 gennaio 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni del Presidente sul regime di pubblicità di atti e documenti depositati dal Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, dottor Antonio Laudati.
1° febbraio 2011	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione di persone informate sul coordinamento, la gestione e lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).
2 febbraio 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente della Regione Abruzzo, dottor Giovanni Chiodi.
8 febbraio 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del dottor Salvatore Sansò.

9 febbraio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di rappresentanti dell'Associazione sarda per l'attuazione della riforma psichiatrica (A.S.A.R.P.).
23 febbraio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sulle problematiche dei Dipartimenti di salute mentale.
2 marzo 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'*ex* Presidente della Regione Abruzzo.
8 marzo 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.
15 marzo 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente sulle modalità di pubblicazione di un documento. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sulle problematiche dei Dipartimenti di salute mentale.
22 marzo 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Puglia.

23 marzo 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna.
29 marzo 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di magistrati.
6 aprile 2011	Comunicazioni del Presidente in merito a una richiesta di accesso a documentazione segreta.
12 aprile 2011	Esame di una richiesta di accesso a documentazione segreta.
19 aprile 2011	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione di rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.).
4 maggio 2011	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione del Presidente dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.
17 maggio 2011	Seguito dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione di rappresentanti dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Fondazione Santa Lucia (Roma).
18 maggio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica.
7 giugno 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Coordinatore della Conferenza nazionale dei Garanti dei detenuti.

14 giugno 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del vice presidente Mascitelli in esito ad un sopralluogo svolto nella regione Abruzzo.
21 giugno 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale di persone informate sul progetto terapeutico di un malato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario.
28 giugno 2011	Esame del programma dell'inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore.
6 luglio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame dello schema della relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.
14 luglio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'esame dello schema della relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.
20 luglio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'esame dello schema della relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.
28 luglio 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.
13 settembre 2011	Inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore: audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute.

21 settembre 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore al diritto alla salute della Regione Toscana e del Sindaco del Comune di Montelupo Fiorentino (FI).
19 ottobre 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.
25 ottobre 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Pescara.
26 ottobre 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente della Commissione paritetica prevista dall'articolo 43 dello Statuto della Regione Siciliana.
8 novembre 2011	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di un magistrato della Direzione distrettuale antimafia di Bari.
15 novembre 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di un magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli.
22 novembre 2011	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione della professoressa Sabina Nuti.

30 novembre 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente in esito ad un sopralluogo effettuato il 23 novembre 2011 presso un centro di riabilitazione nella provincia di Roma.
6 dicembre 2011	Inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi: esame testimoniale del direttore generale del Policlinico di Bari, dottor Vitangelo Dattoli.
14 dicembre 2011	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: seguito dell'audizione di rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S.).
20 dicembre 2011	Audizione del vice direttore generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dottoressa Flavia Bustreo.
21 dicembre 2011	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente. Audizione del Presidente nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), avvocato Enzo Paolini.
17 gennaio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.
25 gennaio 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'*ex* Assessore alla sanità della Regione Abruzzo.
1° febbraio 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo, dottor Luigi Pierangeli.

7 febbraio 2012	Esame del programma dell'inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani.
8 febbraio 2012	Audizione del responsabile del reparto di medicina protetta dell'ospedale Belcolle (VT), dottor Giulio Starnini.
14 febbraio 2012	Inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani: audizione di rappresentanti dell'Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà – Auser – onlus.
21 febbraio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del primario del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'ospedale di Merano (BZ), dottor Lorenzo Toresini.
28 febbraio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del responsabile dell'unità operativa di neuropsichiatria infantile dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma.
29 febbraio 2012	Seguito dell'inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani: audizione di rappresentanti dell'Associazione per i diritti degli utenti e consumatori (ADUC).
7 marzo 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Giovanni Tamburino.
13 marzo 2012	Audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute.
20 marzo 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Torino.

21 marzo 2012	Comunicazioni del Presidente in esito ad un sopralluogo effettuato il 15 marzo 2012 presso l'ospedale San Salvatore di L'Aquila. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: seguito dell'audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo, dottor Luigi Pierangeli.
27 marzo 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'*ex* Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni.
28 marzo 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Commissario straordinario dell'Agenzia sanitaria regionale della Regione Abruzzo, dottor Angelo Muraglia.
3 aprile 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica.
11 aprile 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'*ex* Assessore alle politiche della salute della Regione Puglia, senatore Alberto Tedesco.
17 aprile 2012	Seguito dell'audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute.
24 aprile 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di dirigenti della Regione Lazio sulle tematiche dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private.
8 maggio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di rappresentanti del Comitato nazionale StopOPG.

15 maggio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente in esito ad un sopralluogo effettuato il 10 maggio 2012 presso alcuni servizi psichiatrici di Brunico (BZ).
17 maggio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Ministro della salute.
23 maggio 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di dirigenti della Regione Emilia-Romagna sulle tematiche dell'acquisto centralizzato di beni e servizi.
31 maggio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Ministro della salute.
6 giugno 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di rappresentanti della Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO).
7 giugno 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Giovanni Tamburino.
13 giugno 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di rappresentanti dell'Assobiomedica.

20 giugno 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di esponenti della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.
26 giugno 2012	Seguito dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione di rappresentanti del Comitato «Forum *ex* articolo 26».
4 luglio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.
10 luglio 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.
11 luglio 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del senatore Giuseppe Caforio.
17 luglio 2012	Audizione del Ministro della salute.
18 luglio 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore della sezione dipartimentale di Foggia del Dipartimento delle dipendenze patologiche della ASL FG, professore Giuseppe Mammana, e del fondatore della comunità terapeutica «Casa dei giovani», padre Salvatore Lo Bue.
25 luglio 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente della Regione Lombardia, dottor Roberto Formigoni.
1° agosto 2012	Seguito dell'audizione del Ministro della salute.
2 agosto 2012	Audizione di esperti sulle modalità di accesso al test per l'HIV.

19 settembre 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente in esito ai sopralluoghi effettuati il 26 luglio 2012 presso gli Ospedali psichiatrici giudiziari di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) e Montelupo Fiorentino (FI).
25 settembre 2012	Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione della professoressa Sabina Nuti.
2 ottobre 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano.
3 ottobre 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sui programmi innovativi del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como.
9 ottobre 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sui programmi innovativi del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento.
17 ottobre 2012	Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni del Presidente sul regime di pubblicità di atti e documenti.
24 ottobre 2012	Audizione del presidente dell'Istituto Dermopatico dell'Immacolata (IDI) di Roma, dottor Vincenzo Boncoraglio.

8 novembre 2012	Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Giovanni Tamburino.
21 novembre 2012	Audizione del commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario nella Regione Lazio, dottor Enrico Bondi. Audizione del direttore amministrativo della ASL Roma E, avvocato Edoardo Polacco.
22 novembre 2012	Audizione di persone informate su un evento avverso occorso presso il presidio ospedaliero «Versilia» di Lido di Camaiore (LU).
28 novembre 2012	Audizione del giudice del Tribunale di Roma – Sezione Fallimentare, dottoressa Lucia Caterina Odello.
29 novembre 2012	Audizione del direttore generale della ASL Roma E, dottoressa Maria Sabia.
5 dicembre 2012	Audizione del procuratore aggiunto della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Roma, dottor Nello Rossi.
20 dicembre 2012	Audizione di rappresentanti della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione.
30 gennaio 2013	Esame dello schema di relazione finale sull'attività della Commissione. Esame dello schema di delibera sulla pubblicazione degli atti.

ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE IN SEDE PLENARIA, SUDDIVISA PER SINGOLE INCHIESTE

INCHIESTA SULL'ANALISI COMPARATIVA DELL'EFFICIENZA, DELLA QUALITÀ E DELL'APPROPRIATEZZA DELLE AZIENDE SANITARIE ITALIANE

1 – Seduta n. 9

18/02/2009

Esame del programma dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane.

2 – Seduta n. 14

01/04/2009

Seguito dell'esame del programma dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane. Esame del programma dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale. Esame del programma dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario.

3 – Seduta n. 68

04/05/2010

Inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione della professoressa Sabina Nuti.

4 – Seduta n. 70

11/05/2010

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: comunicazioni dei relatori.

5 – Seduta n. 99

18/01/2011

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: comunicazioni dei relatori.

6 – Seduta n. 102
01/02/2011

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione di persone informate sul coordinamento, la gestione e lo sviluppo del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS).

7 – Seduta n. 115
19/04/2011

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione di rappresenanti dell'Agenzia nazionale per i servizi regionali (Age.Na.S.).

8 – Seduta n. 116
04/05/2011

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione del Presidente dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

9 – Seduta n. 134
22/11/2011

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione della professoressa Sabina Nuti.

10 – Seduta n. 137
14/12/2011

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: seguito dell'audizione di rappresentanti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.Na.S).

11 – Seduta n. 178
25/9/2012

Seguito dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane: audizione della professoressa Sabina Nuti.

INCHIESTA SU ALCUNI ASPETTI DELLA MEDICINA TERRITORIALE, CON PARTICOLARE RIGUARDO AL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE TOSSICODIPENDENZE E DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

1 – Seduta n. 14
01/04/2009

Seguito dell'esame del programma dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane. Esame del programma dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale. Esame del programma dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario.

2 – Seduta n. 33
23/09/2009

Inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore generale della ASL di Chieti, ingegnere Mario Maresca, e del responsabile del Dipartimento di salute mentale della ASL di Chieti, dottor Fiore Di Donato.

3 – Seduta n. 34
29/09/2009

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni, e del Commissario ad acta per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, dottor Gino Redigolo.

4 – Seduta n. 35
30/09/2009

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Sindaco di Chieti, dottor Francesco Ricci.

5 – Seduta n. 37
15/10/2009

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni. Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni.

6 – Seduta n. 57
02/02/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del subcommissario governativo per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, dottoressa Giovanna Baraldi.

7 – Seduta n. 61
16/02/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente della Regione Abruzzo, dottor Giovanni Chiodi.

8 – Seduta n. 62
23/02/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore responsabile della U.O. di Clinica psichiatrica dell'ospedale Maria SS. Immacolata di Guardiagrele (Chieti), professor Filippo Maria Ferro.

9 – Seduta n. 63
02/03/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Presidente della Regione Abruzzo, dottor Giovanni Chiodi.

10 – Seduta n. 69
05/05/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di

rappresentanti dell'Unione nazionale delle Associazioni per la salute mentale (U.N.A.SA.M.).

11 – Seduta n. 71
18/05/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore del Dipartimento di salute mentale della ASL Salerno, dottor Luigi Pizza.

12 – Seduta n. 73
16/06/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), dottor Nunziante Rosania.

13 – Seduta n. 74
22/06/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore e del referente sanitario dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (Caserta).

14 – Seduta n. 75
06/07/2010

I. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori. II. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), dottor Nunziante Rosania

15 – Seduta n. 76
07/07/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del presidente del Tribunale di sorveglianza di Napoli, dottoressa Angelica Di Giovanni.

16 – Seduta n. 79
27/07/2010

I. Esame del programma dell'inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi. II. Esame del programma dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabi-

lit. III. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente e dei relatori.

17 – Seduta n. 84
29/09/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Franco Ionta.

18 – Seduta n. 85
05/10/2010

I. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente. II. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, dottor Antonio Laudati.

19 – Seduta n. 86
06/10/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Franco Ionta.

20 – Seduta n. 87
13/10/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore generale e del direttore sanitario dell'Azienda USL 11 Empoli.

21 – Seduta n. 88
19/10/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del dottor Luca Bigalli.

22 – Seduta n. 89
27/10/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tos-

sicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente e dell'Assessore della salute della Regione Siciliana.

23 – Seduta n. 91

16/11/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale di rappresentanti della ASL Napoli 1 Centro.

24 – Seduta n. 92

17/11/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore alla sanità della Regione Veneto.

25 – Seduta n. 94

24/11/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Roma.

26 – Seduta n. 95

07/12/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Roma.

27 – Seduta n. 96

15/12/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sulla situazione delle strutture psicoriabilitative del Gruppo Villa Pini d'Abruzzo S.r.l..

28 – Seduta n. 97

20/12/2010

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere (MN).

29 – Seduta n. 100
19/01/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del subcommissario governativo per il piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, dottoressa Giovanna Baraldi.

30 – Seduta n. 105
09/02/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di rappresentanti dell'Associazione sarda per l'attuazione della riforma psichiatrica (A.S.A.R.P.)

31 – Seduta n. 106
23/02/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sulle problematiche dei Dipartimenti di salute mentale.

32 – Seduta n. 109
15/03/2011

I. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente sulle modalità di pubblicazione di un documento.
II. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sulle problematiche dei Dipartimenti di salute mentale.

33 – Seduta n. 110
22/03/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Puglia.

34 – Seduta n. 111
23/03/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimo-

niale dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna.

35 – Seduta n. 112

29/03/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di magistrati.

36 – Seduta n. 118

18/05/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di esponenti della Societa' italiana di Psichiatria democratica.

37 – Seduta n. 119

07/06/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Coordinatore della Conferenza nazionale dei Garanti dei detenuti.

38 – Seduta n. 120

14/06/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del vice presidente Mascitelli in esito ad un sopralluogo svolto nella regione Abruzzo.

39 – Seduta n. 121

21/06/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame testimoniale di persone informate sul progetto terapeutico di un malato ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario.

40 – Seduta n. 123

06/07/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: esame dello schema della relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.

41 – Seduta n. 124
14/07/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'esame dello schema della relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.

42 – Seduta n. 125
20/07/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'esame dello schema della relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.

43 – Seduta n. 126
28/07/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.

44 – Seduta n. 128
21/09/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione dell'Assessore al diritto alla salute della Regione Toscana e del Sindaco del Comune di Montelupo Fiorentino (FI).

45 – Seduta n. 129
19/10/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.

46 – Seduta n. 131
26/10/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Presidente della Commissione paritetica prevista dall'articolo 43 dello Statuto della Regione Siciliana.

47 – Seduta n. 133
15/11/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tos-

sicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di un magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli.

48 – Seduta n. 135
30/11/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente in esito ad un sopralluogo effettuato il 23 novembre 2011 presso un centro di riabilitazione nella provincia di Roma.

49 – Seduta n. 139
21/12/2011

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.

50 – Seduta n. 140
17/01/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente.

51 – Seduta n. 146
21/02/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del primario del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'ospedale di Merano (BZ), dottor Lorenzo Toresini.

52 – Seduta n. 147
28/02/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del responsabile dell'unità operativa di neuropsichiatria infantile dell'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma.

53 – Seduta n. 149
07/03/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Giovanni Tamburino.

54 – Seduta n. 155
03/04/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di esponenti della Societ italiana di Psichiatria democratica.

55 – Seduta n. 159
08/05/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di rappresentanti del Comitato nazionale StopOPG.

56 – Seduta n. 160
15/05/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente in esito ad un sopralluogo effettuato il 10 maggio 2012 presso alcuni servizi psichiatrici di Brunico (BZ).

57 – Seduta n. 161
17/05/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Ministro della salute.

58 – Seduta n. 163
31/05/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Ministro della salute.

59 – Seduta n. 165
07/06/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, dottor Giovanni Tamburino.

60 – Seduta n. 169
04/07/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di

rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

61 – Seduta n. 173
18/07/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del direttore della sezione dipartimentale di Foggia del Dipartimento delle dipendenze patologiche della ASL FG, professore Giuseppe Mammana, e del fondatore della comunità terapeutica «Casa dei giovani», padre Salvatore Lo Bue.

62 – Seduta n. 177
19/09/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente in esito ai sopralluoghi effettuati il 26 luglio 2012 presso gli Ospedali psichiatrici giudiziari di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) e Montelupo Fiorentino (FI).

63 – Seduta n. 180
3/10/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sui programmi innovativi del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como.

64 – Seduta n. 181
9/10/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione di persone informate sui programmi innovativi del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento.

65 – Seduta n. 184
8/11/2012

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria del Ministero della Giustizia, dottor Giovanni Tamburino.

INCHIESTA SUL RICORSO ALLE CONSULENZE ESTERNE NEL SETTORE SANITARIO

1 – Seduta n. 14
01/04/2009

Seguito dell'esame del programma dell'inchiesta sull'analisi comparativa dell'efficienza, della qualità e dell'appropriatezza delle Aziende sanitarie italiane. Esame del programma dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale. Esame del programma dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario.

2 – Seduta n. 19
06/05/2009

Inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del Procuratore generale della Corte dei conti, dottor Furio Pasqualucci e dei vice Procuratori generali, dottor Roberto Benedetti e dottor Antonio Galeota.

3 – Seduta n. 20
19/05/2009

Inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio.

4 – Seduta n. 21
20/05/2009

Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: seguito dell'audizione del Procuratore generale della Corte dei conti, dottor Furio Pasqualucci e del vice Procuratore generale dottor Antonio Galeota; audizione del consigliere della Corte dei conti, dottoressa Gemma Tramonte.

5 – Seduta n. 29
22/07/2009

Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione dell'ispettore generale capo dell'Ispettorato generale di finanza della Ragioneria Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dottor Domenico Mastroianni.

6 – Seduta n. 36
06/10/2009

Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del Ministro per la Pubblica amministrazione e l'innovazione.

7 – Seduta n. 38
21/10/2009

Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori.

INCHIESTA SULLE CONDIZIONI STRUTTURALI DEGLI OSPEDALI COLLOCATI IN ZONE A RISCHIO SISMICO O DI DIVERSA NATURA

1 – Seduta n. 18
30/04/2009

Esame del programma dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura.

2 – Seduta n. 20
19/05/2009

Inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: audizione del sottosegretario di Stato per il lavoro, la salute e le politiche sociali, professor Ferruccio Fazio.

3 – Seduta n. 22
09/06/2009

Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione del Capo del Dipartimento della Protezione civile, dottor Guido Bertolaso.

4 – Seduta n. 23
10/06/2009

Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: seguito dell'audizione del vice Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, professor Ferruccio Fazio. Audizione del vice Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, professor Ferruccio Fazio, sul fenomeno della contraffazione nel settore farmaceutico.

5 – Seduta n. 28
15/07/2009

Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: seguito dell'audizione del Capo del Dipartimento della Protezione civile, dottor Guido Bertolaso.

6 – Seduta n. 37
15/10/2009

Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: audizione del-

l'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni. Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: audizione dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni.

7 – Seduta n. 38
21/10/2009

Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori.

INCHIESTA SUI FENOMENI DI CORRUZIONE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

1 – Seduta n. 30

29/07/2009

Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 25 luglio 2009 presso alcune strutture sanitarie ubicate nella Regione Abruzzo. Esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 10 febbraio 2009 presso l'Azienda Policlinico Umberto I di Roma. Esame del programma dell'inchiesta sulla gestione della sanità nella Regione Puglia.

2 – Seduta n. 31

31/07/2009

Esame del programma dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

3 – Seduta n. 32

23/09/2009

Inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: esame dello schema di relazione sul sopralluogo effettuato il 7 e 8 settembre 2009 a Bari e comunicazioni dei relatori.

4 – Seduta n. 38

21/10/2009

Seguito dell'inchiesta sulle condizioni strutturali degli ospedali collocati in zone a rischio sismico o di diversa natura: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sul ricorso alle consulenze esterne nel settore sanitario: comunicazioni dei relatori. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori.

5 – Seduta n. 75

06/07/2010

I. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni dei relatori. II. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: seguito dell'audizione del direttore dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), dottor Nunziante Rosania

6 – Seduta n. 77
14/07/2010

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Procuratore regionale della Corte dei conti per la Puglia, dottor Francesco Lorusso.

7 – Seduta n. 78
21/07/2010

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente e dell'Assessore alle politiche della salute della Regione Puglia.

8 – Seduta n. 81
21/09/2010

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'avvocato Lea Cosentino.

9 – Seduta n. 85
05/10/2010

I. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente. II. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, dottor Antonio Laudati.

10 – Seduta n. 90
09/11/2010

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute.

11 – Seduta n. 101

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni del Presidente sul regime di pubblicità di atti e documenti depositati dal Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Bari, dottor Antonio Laudati.

12 – Seduta n. 103
02/02/2011

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente della Regione Abruzzo, dottor Giovanni Chiodi.

13 – Seduta n. 104
08/02/2011

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del dottor Salvatore Sansò.

14 – Seduta n. 107
02/03/2011

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'ex Presidente della Regione Abruzzo.

15 – Seduta n. 108
08/03/2011

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

16 – Seduta n. 130
25/10/2011

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Pescara.

17 – Seduta n. 132
08/11/2011

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di un magistrato della Direzione distrettuale antimafia di Bari.

18 – Seduta n. 141
25/01/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'ex Assessore alla sanità della Regione Abruzzo.

19 – Seduta n. 142
01/02/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo, dottor Luigi Pierangeli.

20 – Seduta n. 151
20/03/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di magistrati della Procura della Republica presso il Tribunale di Torino.

21 – Seduta n. 152
21/03/2012

I. Comunicazioni del Presidente in esito ad un sopralluogo effettuato il 15 marzo 2012 presso l'ospedale San Salvatore di L'Aquila

II. Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: seguito dell'audizione del Presidente dell'AIOP Abruzzo, dottor Luigi Pierangeli.

22 – Seduta n. 153
27/03/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'ex Assessore alle politiche della salute della Regione Abruzzo, dottor Lanfranco Venturoni.

23 – Seduta n. 154
28/03/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Commissario straordinario dell'Agenzia sanitaria regionale della Regione Abruzzo, dottor Angelo Muraglia.

24 – Seduta n. 156
11/04/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione dell'ex Assessore alle politiche della salute della Regione Puglia, senatore Alberto Tedesco.

25 – Seduta n. 158
24/04/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di dirigenti della Regione Lazio sulle tematiche dell'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private.

26 – Seduta n. 162
23/05/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di dirigenti della Regione Emilia-Romagna sulle tematiche dell'acquisto centralizzato di beni e servizi.

27 – Seduta n. 164
06/06/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di rappresentanti della Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO).

27 – Seduta n. 166
13/06/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di rappresentanti dell'Assobiomedica.

29 – Seduta n. 167
20/06/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di esponenti della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

30 – Seduta n. 170
10/07/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

31 – Seduta n. 171
11/07/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del senatore Giuseppe Caforio.

32 – Seduta n. 174
25/07/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione del Presidente della Regione Lombardia, dottor Roberto Formigoni.

33 – Seduta n. 179
02/10/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: audizione di magistrati della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Milano.

34 – Seduta n. 182
17/10/2012

Seguito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: comunicazioni del Presidente sul regime di pubblicità di atti e documenti.

INCHIESTA SULL'EFFICACIA, L'EFFICIENZA E L'APPROPRIATEZZA DELLE CURE PRESTATE AL SIGNOR STEFANO CUCCHI

1 – Seduta n. 40
06/11/2009

Inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del dottor Mauro Mariani, direttore della Casa circondariale «Regina Coeli». Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del dottor Andrea Franceschini, dirigente sanitario della UOC medicina penitenziaria della Casa circondariale «Regina Coeli», e dei dottori Rolando Degli Angioli, Pellegrino Petillo e Gianluca Piccirillo, medici presso la medesima UOC.

2 – Seduta n. 41
10/11/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione dei familiari e dell'avvocato di fiducia del signor Stefano Cucchi.

3 – Seduta n. 42
11/11/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale dei medici che hanno prestato cure al signor Stefano Cucchi presso l'ospedale «Fatebenefratelli» di Roma.

4 – Seduta n. 43
12/11/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale dei medici che hanno prestato cure al signor Stefano Cucchi presso l'UOC di medicina penitenziaria dell'ospedale «Sandro Pertini» di Roma.

5 – Seduta n. 44
17/11/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un medico operante presso l'ambulatorio della «Città giudiziaria» di Roma.

6 – Seduta n. 45
18/11/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di una infermiera operante presso la UOC di medicina penitenziaria e patologie da dipendenza della Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.

7 – Seduta n. 46
01/12/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del direttore generale e del direttore sanitario dell'Azienda USL Roma B.

8 – Seduta n. 47
02/12/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale del direttore della Casa circondariale Rebibbia N.C. di Roma.

9 – Seduta n. 48
15/12/2009

Comunicazioni del Presidente. Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un medico operante presso la UOC di medicina penitenziaria della Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.

10 – Seduta n. 49
16/12/2009

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di alcuni operatori dell'Ares 118 di Roma.

11 – Seduta n. 51
12/01/2010

Comunicazioni del Presidente. Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un medico operante presso la UOC di medicina penitenziaria della Casa circondariale «Regina Coeli» di Roma.

12 – Seduta n. 53
13/01/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di un'assistente volontaria della Caritas operante presso l'ospedale «Sandro Pertini» di Roma.

13 – Seduta n. 54
19/01/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione del Garante dei diritti dei detenuti della Regione Lazio.

14 – Seduta n. 55
21/01/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione del direttore della UOC Qualità aziendale e Risk Management dell'Azienda USL Roma B.

15 – Seduta n. 56
27/01/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: esame testimoniale di due dirigenti del Ministero della giustizia.

16 – Seduta n. 58
03/02/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: audizione del professor Vincenzo Pascali e del professor Rodolfo Proietti.

17 – Seduta n. 59
09/02/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: seguito dell'audizione del professor Vincenzo Pascali e del professor Rodolfo Proietti.

18 – Seduta n. 60
10/02/2010

Seguito dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi: seguito dell'audizione del professor Vincenzo Pascali e del professor Rodolfo Proietti.

19 – Seduta n. 64
10/03/2010

Esame dello schema della relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

20 – Seduta n. 65
17/03/2010

Seguito dell'esame dello schema della relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

21 – Seduta n. 66
21/04/2010

I.Comunicazioni del Presidente sul regime di pubblicità di atti e documenti dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

II. Esame dello schema di delibera sulla pubblicazione di atti e documenti dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

22 – Seduta n. 67
28/04/2010

Seguito dell'esame dello schema di delibera sulla pubblicazione di atti e documenti dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

INCHIESTA SULL'ORGANIZZAZIONE DEI PRELIEVI E DEI TRAPIANTI DI ORGANI

1 – Seduta n. 79
27/07/2010

I.Esame del programma dell'inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi. II.Esame del programma dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità. III. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente e dei relatori.

2 – Seduta n. 136
06/12/2011

Inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi: esame testimoniale del direttore generale del Policlinico di Bari, dottor Vitangelo Dattoli.

INCHIESTA SULL'ASSISTENZA SANITARIA ALLE PERSONE AFFETTE DA GRAVI FORME DI DISABILITÀ

1 – Seduta n. 79
27/07/2010

I.Esame del programma dell'inchiesta sull'organizzazione dei prelievi e dei trapianti di organi. II.Esame del programma dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità. III. Seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale: comunicazioni del Presidente e dei relatori.

2 – Seduta n. 82
22/09/2010

Inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione del professor Paolo Zamboni e del dottor Fabrizio Salvi.

3 – Seduta n. 83
28/09/2010

Seguito dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione della dottoressa Letizia Mazzini.

4 – Seduta n. 117
17/05/2011

Seguito dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione di rappresentanti dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Fondazione Santa Lucia (Roma).

5 – Seduta n. 168
26/06/2012

Seguito dell'inchiesta sull'assistenza sanitaria alle persone affette da gravi forme di disabilità: audizione di rappresentanti del Comitato «Forum ex articolo 26».

INCHIESTA SULL'ATTUAZIONE DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI TERAPIA DEL DOLORE

1 – Seduta n. 122
28/06/2011

Esame del programma dell'inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore.

2 – Seduta n. 127
13/09/2011

Inchiesta sull'attuazione della normativa in materia di terapia del dolore: audizione del Comandante dei Carabinieri per la tutela della salute.

INCHIESTA SULLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PER IL RICOVERO E L'ASSISTENZA DEGLI ANZIANI

1 – Seduta n. 143
07/02/2012

Esame del programma dell'inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani.

2 – Seduta n. 145
14/02/2012

Inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani: audizione di rappresentanti dell'Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarieta' – Auser – onlus.

3 – Seduta n. 148
29/02/2012

Seguito dell'inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani: audizione di rappresentanti dell'Associazione per i diritti degli utenti e consumatori (ADUC).

Tip. Print Company S.r.l.
Via T. Edison, 20 - Monterotondo (Roma)
Tel. 06 9060642 r.a.
www.printcompany.it

Senato della Repubblica www.senato.it

Ultime pubblicazioni che raccolgono documentazione di Commissione

1. Commissione speciale in materia di infanzia e minori. La figura istituzionale del difensore del minore. Atti dell'incontro con i garanti dell'infanzia di Irlanda del Nord e Danimarca e con il Comitato Unicef-Italia, 6 luglio 2004
2. Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani. Relazione sull'attività svolta nella XIV Legislatura, gennaio 2006
3. Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, aprile 2006
4. Il sistema penitenziario italiano Relazioni dei sopralluoghi svolti dalla Commissione giustizia in merito al funzionamento del sistema penitenziario nazionale, aprile 2006
5. Dichiarazioni anticipate di volontà sui trattamenti sanitari. Raccolta di contributi forniti dalla commissione igiene e sanità, marzo 2007
6. Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale: Relazioni conclusive sull'attività e sulle inchieste svolte, aprile 2008
7. Rapporto conclusivo dell'indagine sulla condizione di Rom, Sinti e Caminanti in Italia, maggio 2011
8. Rapporto sullo stato dei diritti umani negli istituti penitenziari e nei centri di accoglienza e trattenimento per migranti in Italia, marzo 2012
9. Diritti umani e politiche estere tra princìpi e *realpolitik*, luglio 2012
10. Semplificazione normativa e "taglia-leggi". Le Relazioni della Commissione parlamentare per la semplificazione nella XVI legislatura, gennaio 2013

euro 8,00