

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
MIMMO LUCÀ

La seduta comincia alle 16,15.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche mediante l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del Ministro della salute, Livia Turco, sullo stato della sanità in Calabria, anche con riferimento al recente tragico evento occorso nell'ospedale di Vibo Valentia.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento, l'audizione del Ministro della salute, Livia Turco, sullo stato della sanità in Calabria, anche con riferimento al recente tragico evento occorso nell'ospedale di Vibo Valentia.

Do la parola al Ministro.

LIVIA TURCO, *Ministro della salute*. Non sarò breve, anche se vi lascerò un testo scritto. Ho pensato che potesse interessarvi anche un appunto sulla meningite.

Io ho inteso che il mio compito fosse quello di riferire sull'attività ispettiva del Ministero e dei NAS relativamente a quanto accaduto a Vibo Valentia e sulle iniziative successive che sono state adottate.

Appena appresa la notizia della morte della giovane Eva Ruscio, avvenuta la mattina del 5 dicembre presso l'ospedale di Vibo Valentia, ho immediatamente disposto un'ispezione da parte degli uffici competenti del Ministero della salute, che si è avviata nella stessa giornata del 5 dicembre per concludersi il giorno successivo.

Tale attività è stata condotta assieme ai funzionari della regione Calabria ed è stata seguita dall'intervento sul luogo dei NAS — sempre su mandato del Ministro della salute — che hanno avviato un'ulteriore ispezione nelle giornate del 6 e 7 dicembre, al fine di verificare le caratteristiche igienico-sanitarie, nonché per programmare ulteriori verifiche su apparecchiature e dispositivi presenti nel presidio ospedaliero.

Sono state acquisite agli atti le documentazioni sanitarie relative all'evento in questione ed è stato ascoltato il personale sanitario che ha partecipato, direttamente o indirettamente, al percorso assistenziale di Eva Ruscio, dal momento del suo accesso in pronto soccorso fino al decesso.

Gli avvenimenti hanno messo in evidenza numerose incongruenze, che hanno dato luogo a sviluppi di carattere giudiziario che vanno al di là degli scopi della presente relazione, ma che devono essere tenuti presente, in quanto sono alla base di alcune delle considerazioni di carattere organizzativo che saranno di seguito descritte.

Credo che sia doveroso descrivere, seppur brevemente, gli eventi. La paziente si presenta, il 3 dicembre 2007, ore 10,30, al pronto soccorso del presidio ospedaliero di Vibo Valentia, dove il medico in turno

richiede consulenza specialistica otorinolaringoiatrica, come risulta dal referto del pronto soccorso.

A breve, lo specialista del reparto di otorinolaringoiatria visita la ragazza e rileva ascesso peritonsillare a destra; consiglia il ricovero in reparto, che avviene attorno alle 11. In cartella clinica risulta che all'ingresso viene segnalata difficoltà a deglutire, trisma e rialzo febbrile a 38 gradi; per questo, viene instaurata la terapia antibiotica e cortisonica.

Non risultano segnalati elementi ulteriori sino al giorno successivo, nel quale si riportano in cartella clinica condizioni stabili per la paziente e i risultati degli esami di laboratorio, che indicano leucocitosi neutrofila. Nella notte del 4 dicembre, intorno alle 23, viene segnalata la comparsa di sintomatologia dolorosa. Gli infermieri avvisano il medico reperibile e viene praticata la terapia antiedemigena con cortisone.

Intorno alle ore 23,30 circa, vengono avvisati i genitori della condizione della ragazza ed essi arrivano poco dopo in reparto, come risulta dalla relazione del primario, peraltro non presente in reparto, ma che viene tenuto informato telefonicamente da parte del medico reperibile.

Il giorno 5 dicembre, alle ore 00,15, vengono praticate ulteriori dosi di cortisone e di gastroprotettore, e in aggiunta ossigenoterapia. Poco dopo, intorno alle ore 1,00, viene richiesta consulenza anestesiologicala-rianimatoria, che rilevava discreta condizione respiratoria, come risulta dalla cartella clinica e dalla relazione del primario.

Viene riferito che, la notte del 5 dicembre, la ragazza non presenta peggioramenti, tanto che alle 8,00 circa un controllo evidenzia un quadro clinico stazionario e una funzione respiratoria discreta.

Poco dopo, alle 8,30, viene invece segnalato un brusco peggioramento delle condizioni cliniche e viene contattato l'anestesista-rianimatore di turno.

La visita otorinolaringoiatrica con consulenza anestesiologicala, eseguita alla 8,35, mette in evidenza che la paziente lamenta

difficoltà respiratorie da circa 15 minuti. Per questo si somministra il bolo di adrenalina, cortisone e ossigenoterapia. A seguire, immediatamente dopo, viene deciso, visto il fallimento terapeutico con i farmaci, di eseguire tracheotomia d'urgenza presso la sala operatoria.

Alle 9,00 circa, come risulta dalla relazione dell'anestesista, si procede con intubazione orotracheale, ma con esito negativo. A seguito, viene segnalato l'inizio della riduzione della concentrazione di ossigeno nel sangue da parte della paziente.

Di seguito, si procede in urgenza a tracheotomia percutanea, senza esito positivo, e gli ulteriori e ripetuti tentativi dell'otorino di posizionare lo strumento - cosiddetto «tre quarti» - in trachea non danno esito, secondo quanto risulta dalla relazione dell'anestesista. Per questo, si decide di aprire chirurgicamente la cute e i tessuti sottostanti per la ricerca palpatoria della trachea, che non viene, però, palpata.

Dopo l'apertura dei muscoli prelaringei, si evidenzia trachea completamente spostata a destra. A questo punto, vi è la comparsa, nel campo operatorio, di abbondante sangue per la probabile recisione di una arteriola, secondo quanto descritto dalla relazione dell'anestesista.

La paziente presenta turbe del ritmo cardiaco e viene praticato massaggio cardiaco, come risulta dalla relazione dell'anestesista.

Si inserisce lo strumento della tracheotomia «tre quarti» in trachea, ma la paziente era già in condizione di asistolia e ne viene constatato il decesso, come risulta dalla cartella clinica.

Tenendo conto che la visita di verifica è iniziata poche ore dopo il decesso, quando già l'autorità giudiziaria aveva dato inizio agli accertamenti, ulteriore documentazione dovrà essere acquisita per una più precisa valutazione dell'occorrenza; in particolare, risulterà necessario verificare gli esiti dell'accertamento autoptico.

A seguito di quanto è avvenuto, il commissario straordinario della ASL, an-

che d'intesa con i tecnici del Ministero della salute della regione Calabria, ha disposto, in data 6 dicembre 2007, la sospensione cautelativa dell'attività chirurgica nell'unità operativa di otorinolaringoiatria, con mantenimento dell'attività ambulatoriale. Inoltre, sono stati successivamente sospesi dall'attività clinica i sanitari che hanno avuto un ruolo di primo piano nell'evento occorso.

Passo agli elementi di criticità. Il quadro che è emerso dalla verifica effettuata *in loco* può consentire di mettere in evidenza i seguenti elementi di criticità, che vengono descritti in relazione sia al contesto dell'unità operativa di otorinolaringoiatria sia al contesto generale del presidio ospedaliero.

Fra gli elementi di criticità nel contesto dell'unità operativa di otorinolaringoiatria, gli aspetti che devono essere sottolineati sono i seguenti.

La ragazza è stata ricoverata il giorno 4 dicembre ma, al di là della esecuzione di un elettrocardiogramma e degli esami di laboratorio di *routine*, non risulta che siano state effettuate ulteriori indagini, quali tamponi faringei, emocolture, RX del torace o altre indagini diagnostiche; né risultano essere state richieste consulenze di altro tipo, anche in altre strutture ospedaliere a maggior carico assistenziale, che avrebbero potuto fornire ulteriori indicazioni.

Il personale dell'unità operativa risulta composto da quattro medici, il primario e tre dirigenti medici. Questi ultimi, a contratto a tempo determinato compreso tra sei e otto mesi, in scadenza, rispettivamente, il 10 dicembre 2007, il 10 dicembre 2007 e, il terzo, il 28 maggio 2008. È presente, inoltre, un'altra unità di personale medico con contratto SUMAI (Sindacato unico medicina ambulatoriale italiana), che svolge la propria attività in ambulatorio di otorinolaringoiatria.

Si segnala che il primario dell'unità operativa aveva comunicato al commissario straordinario dell'azienda che, a partire dal giorno 10 dicembre, avrebbe interrotto gli interventi chirurgici, causa la situazione del personale.

Il terzo elemento critico riguarda i turni dei medici. Per la dotazione di personale medico, viene assicurata la presenza di un solo sanitario per turno, mentre di notte è garantita solo la reperibilità. A causa della residenza in altre città, i sanitari effettuano la reperibilità direttamente in ospedale, di fatto con un prolungamento del turno sino alle 24 ore.

Quanto ai protocolli diagnostico-terapeutici, non risultano essere presenti protocolli in reparto per la gestione clinica ordinaria ovvero in emergenza, ma è stato riferito che i comportamenti professionali appartengono alla consuetudine e alla prassi.

Dagli atti risulta che, almeno nel *curriculum* dei tre medici a contratto dell'unità operativa, non c'è indicazione di una diretta esecuzione di tracheotomie.

Venendo agli elementi di criticità di carattere organizzativo nel contesto generale del presidio ospedaliero, in generale, l'analisi del contesto generale del presidio ospedaliero consente di affermare come non sia presente un approccio di governo clinico integrato, come indicato dai seguenti punti.

I posti letto. L'unità operativa di otorinolaringoiatria è composta da tre posti letto per ricovero ordinario e sei posti letto per *day surgery*. Si tratta di una dimensione operativa insufficiente per lo svolgimento di attività cliniche integrate.

I dati di attività. Dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera risultano, per l'anno 2007 – dati forniti dall'azienda –, 230 dimessi in regime ordinario, di cui solo il 21 per cento di casi chirurgici. Lo stesso si riscontra nel *day surgery*, con 83 casi e solo il 13 per cento di casi chirurgici. Tali dati, quindi, sottolineano una scarsa percentuale di attività chirurgica.

Protocolli diagnostico-terapeutici. Non risulta agli atti la presenza di interventi di indirizzo della direzione aziendale volti a promuovere l'adozione di tali comportamenti organizzativi. Ciò vale per l'unità operativa di otorino, ma sarà necessario verificare nelle altre unità operative se e quali di tali strumenti fossero stati disponibili.

Verifica della formazione professionale. Si è in attesa di una relazione in tal senso da parte dell'ufficio formazione.

Non è presente, infine, una indicazione scritta da parte della direzione sanitaria di presidio rispetto alla presenza di una funzione di gestione del rischio clinico, né vi è indicazione, anche informale, ovvero non vi è una previsione in tal senso. In altre parole, non c'è e non è prevista la dotazione di una funzione di gestione del rischio clinico. Questo, peraltro, non accade soltanto nella ASL di Vibo Valentia.

Le indagini condotte dai NAS hanno evidenziato la presenza di numerose irregolarità nelle unità operative di Vibo Valentia e, in particolare, nelle unità operative di nefrologia e dialisi, chirurgia d'urgenza, chirurgia generale e blocco operatorio, malattie infettive, ginecologia e ostetricia, rianimazione terapia intensiva, neurologia, endoscopia, otorino, pediatria, medicina generale, cardiologia e farmacia.

Anche la mensa presenta numerosi deficit; risultano, invece, nella norma le unità operative di oculistica e diagnostica.

Dall'analisi ispettiva sono risultate, inoltre, numerose inadempienze alle normative sul lavoro nonché rispetto alle norme in materia di requisiti e procedure in materia di accreditamento, come da normativa regionale di recepimento del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997.

L'edificio oggetto della verifica presenta un grave stato di abbandono delle strutture e delle parti tecnologiche, e non risulta idoneo a contenere tutti i servizi che sono stati realizzati negli anni, che hanno portato alla definizione di spazi e percorsi non in linea con le previsioni normative.

È stato riscontrato il non mantenimento a norma degli impianti elettrici, con i rischi conseguenti, tra i quali la possibilità di incendio, carenza di porte REI, mancati collegamenti delle manichette antincendio alla rete idrica, presenza di materiale di varia natura accatastato in locali non idonei e a volte nelle adiacenze delle vie di fuga.

Come indicato dalla relazione del 7 dicembre del dipartimento provinciale dell'ARPACAL di Cosenza, la struttura non riunisce requisiti essenziali di sicurezza per evidenti situazioni che possono pregiudicare lo svolgimento della normale attività sanitaria, sussistendo ragioni di concreto pericolo per l'incolumità del personale e degli utenti.

L'ispezione dei NAS ha quindi consentito di riscontrare numerosi illeciti, tra i quali mancanza di pulizia, omessa manutenzione alle attrezzature e alle installazioni, impraticabilità delle vie di fuga, omessa installazione della segnaletica di sicurezza, impianti e installazioni elettriche non a norma, irregolare modalità di stoccaggio dei rifiuti sanitari, pavimentazione con soluzioni di continui e conseguente rischio di cadute, omessa revisione periodica degli estintori, irregolare tenuta del registro di reparto di carico e scarico delle sostanze stupefacenti.

Le attività di verifica sull'evento e sulle condizioni generali del presidio ospedaliero, sulla base sia delle ispezioni del Ministero della salute, sia delle verifiche dei NAS, consentono di affermare la presenza di un quadro generale e specifico che presenta numerosi aspetti di criticità.

Per quanto attiene alla valutazione complessiva dei profili gestionali di governo clinico, questi devono essere verificati in tutto il presidio ospedaliero, per valutarne in modo omogeneo il grado di attuazione.

Si può rilevare, peraltro, che in occasione del precedente tristissimo evento, che aveva provocato la morte di Federica Monteleone nel mese di gennaio 2007, il Ministero della salute aveva indicato la necessità di attuare raccomandazioni specifiche e generali. In particolare, le raccomandazioni specifiche indicavano che, viste le condizioni generali, impiantistiche, strumentali e la carenza grave di locali e accessori, quali filtri di accesso e locali di preparazione per il personale, per i pazienti e per i materiali, la sala operatoria del presidio ospedaliero di Vibo Valentia non può ritenersi idonea per lo svolgimento di attività chirurgica continuativa

(interventi che sono stati programmati). In secondo luogo, potrebbe essere utilizzata solo in casi di urgenza e per pazienti, in particolare adulti, non trasferibili per qualsiasi valido motivo presso altri presidi ospedalieri.

Il ventilatore polmonare deve essere sostituito con un nuovo apparecchio.

L'impianto elettrico deve urgentemente essere adeguato alla norma CEI, facendo sì che le prese del sistema non siano intercambiabili con le altre presenti nella sala e che gli apparecchi che possono entrare in contatto, anche indiretto, con il paziente possano essere connessi solo a queste.

Allo stato attuale, tali raccomandazioni sembrano essere state in parte seguite, visto anche quanto emerge dalla relazione dei NAS, sebbene taluni profili di verifica e controllo del blocco operatorio siano risultati carenti. Per quanto riguarda le raccomandazioni generali, era stato suggerito che devono essere rese disponibili, per gli operatori sanitari, linee guida e protocolli.

Deve essere previsto un protocollo per la corretta identificazione del paziente e del lato chirurgico da operare, per il conteggio delle garze e strumenti operatori, e per la corretta identificazione del sangue da trasfondere, anche sulla base delle raccomandazioni sulla prevenzione degli eventi sentinella prodotte dal Ministero della salute.

Deve essere possibile la ricostruzione sequenziale del percorso clinico assistenziale del paziente in camera operatoria, attraverso la documentazione clinica.

Deve essere previsto un protocollo di allerta tra direzione aziendale e assessorato alla sanità, che consenta l'attivazione di un sistema rapido di comunicazione in casi analoghi.

Tali raccomandazioni non risultano essere state implementate, a meno di impegni formali presenti in atti di programmazione sanitaria regionale, ma non ancora trasferiti nella pratica.

Per questo, si ritiene necessario che la regione istituisca un organismo centrale regionale che affronti in modo sistematico

le problematiche inerenti la gestione del rischio clinico e della sicurezza delle cure. Tale azione potrà ricevere anche il supporto del Ministero della salute, come anche da parte di altre regioni.

Allo stato attuale, appare opportuno che, sulla base sia delle carenze igienico-sanitarie, sia delle carenze organizzative aziendali, sia dato rapidamente inizio a un'azione di bonifica igienico-sanitaria, nonché alla definizione di comportamenti organizzativi e professionali che convenzionalmente vanno a ricadere sotto la dizione del governo clinico, per mettere in atto modalità corrette di gestione, inserite in modo stabile nel patrimonio ordinario della gestione delle attività assistenziali del presidio.

Sulla base del bacino di utenza di circa 180.000 abitanti a cui va garantito il diritto alla salute e una risposta efficace ai bisogni, un'azione concreta e un impegno sarà quello di garantire l'adeguatezza di risorse professionali in forma stabile e appropriata alle esigenze dei cittadini.

È necessario, dunque, che su questi punti vi sia un impegno preciso, per consentire di superare la fase attuale di emergenza, anche tramite una verifica rispetto alla possibilità di utilizzare i servizi attualmente presenti nel territorio, nell'attesa che tali impegni vengano concretizzati.

Sulla base di questa situazione, avevo scritto al presidente della Regione, Agazio Loiero, in merito all'assoluta necessità di valutare l'adozione di misure cautelari in grado di escludere il ripetersi di casi che mettano in pericolo l'incolumità e la salute dei pazienti afferenti all'ospedale di Vibo Valentia.

A seguito di ciò, il commissario straordinario dell'azienda sanitaria provinciale di Vibo Valentia ha deliberato la sospensione temporanea dell'attività e la riduzione di posti letto di alcune unità operative, secondo un calendario che, da un lato, dia immediata attuazione alle azioni concrete per rimuovere le criticità evidenziate e, dall'altro, consenta il mantenimento di una presenza, seppur ridotta, della struttura sanitaria che possa garan-

tire l'erogazione delle prestazioni per i cittadini senza pregiudicarne la sicurezza.

Inoltre, il dipartimento tutela della salute della regione Calabria si è impegnato a vigilare sui tempi di attuazione delle misure previste, dandone puntuale informazione al Ministero della salute. È del tutto evidente, infatti, che lo stesso mantenimento in attività dell'ospedale, senza i necessari interventi di riorganizzazione, potrebbe, anziché giovare alla popolazione locale, incidere negativamente sul quadro complessivo dell'assistenza sanitaria fornita a livello regionale, minando la stessa possibilità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali che devono essere garantiti uniformemente sullo stesso territorio nazionale.

Circa il tema della discussione che abbiamo avuto con la regione, non si può discutere astrattamente se tenere aperto o chiudere l'ospedale, perché vanno garantiti i livelli essenziali di assistenza. Quindi, si è ritenuto di procedere prevedendo la sospensione cautelare ai fini della riorganizzazione di tutte quelle unità che sono state indicate dai NAS e dall'attività ispettiva.

L'impegno del commissario della regione, quindi, è stato quello di assumere l'azione ispettiva che è stata posta in essere e le carenze che gli sono state indicate come quelle sulle quali realizzare gli interventi più urgenti. Inoltre, è stato anche indicato un tempo entro il quale realizzare questi interventi urgenti.

Ritengo che sia compito del Ministero della salute seguire questa fase delicata, che è, appunto, quella della « bonifica » e della risposta che, in termini di emergenza, va data per la ristrutturazione delle situazioni di maggiore degrado, e fare in modo che questo avvenga nei tempi stabiliti.

Abbiamo siglato un nuovo accordo di programma per la costruzione di quattro nuovi ospedali. Vi assicuro che è stato davvero molto amaro dover firmare quell'accordo di programma il giorno stesso in cui è avvenuta un'altra morte. All'accordo di programma abbiamo lavorato intensamente per un anno; prevede la costruzione

di quattro nuovi ospedali a Vibo Valentia, la Sibaritide, Catanzaro e nella piana di Gioia Tauro. Rinvio al riguardo al testo scritto.

Questo accordo di programma è molto importante, perché non soltanto costruisce quattro nuovi ospedali, ma la costruzione degli stessi è l'occasione per ripensare l'insieme della rete ospedaliera e sanitaria della regione. Perché la costruzione di questi quattro nuovi presidi ospedalieri coincide con la riconversione di altri, o attraverso case della salute o attraverso il potenziamento dell'assistenza distrettuale. Anche su questo, però, rinvio al testo scritto, perché rischerei di essere imprecisa e anche di tediarvi.

Nel testo che consegno alla Commissione è descritto l'accordo di programma. Vedo l'onorevole Napoli, che conosce bene la zona, quindi sarò contenta di avere anche il suo parere. Oltre alla sintesi che qui è contenuta, possiamo fare avere alla Commissione anche il testo integrale dell'accordo di programma, che contiene in modo dettagliato le misure che verranno adottate.

L'accordo mette a disposizione 196 milioni di euro da parte dello Stato, sulla base dell'ex articolo 20; a questi si aggiungeranno le risorse della legge finanziaria per il 2007, che sono state ripartite tra le regioni e che prevedono, per la regione Calabria, altri 160 milioni. Inoltre, ci saranno le risorse del 2008.

A fronte dell'impegno dello Stato, c'è anche l'impegno da parte delle regioni, che non vi so riferire in termini esatti. Tuttavia, ovviamente, l'accordo di programma prevede, insieme all'impegno statale, una compartecipazione da parte della regione.

Abbiamo ritenuto di accompagnare l'adozione e la stipula dell'accordo di programma con una misura straordinaria, che abbiamo adottato d'intesa con la regione, perché credo sia fondamentale da parte dello Stato esercitare al massimo la sua funzione, che però deve essere svolta nell'ambito costituzionale, quindi costruita d'intesa con la regione.

D'intesa con la regione, il Presidente del Consiglio, in data 11 dicembre, ha

dichiarato con proprio decreto lo stato di emergenza socio-economico-sanitaria nel territorio della regione Calabria.

Il Ministero della salute sta collaborando con la Presidenza del Consiglio dei ministri ai fini della predisposizione di un nuovo decreto per la nomina di un commissario delegato alla realizzazione degli interventi urgenti per il superamento della situazione di emergenza determinatasi nella regione Calabria, attraverso la predisposizione di un apposito programma di interventi.

Il provvedimento in corso di adozione, nel rispetto della direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 ottobre 2004, recante indirizzi in materia di protezione civile riguardante gli aspetti pubblici di lavori, di servizi e di forniture di rilievo comunitario — quindi si tratta di un'ordinanza della Protezione civile —, consentirà la realizzazione delle strutture ospedaliere previste dall'accordo di programma integrativo sottoscritto da me e dal presidente della regione Calabria in data 6 dicembre; la riorganizzazione, l'adeguamento e il potenziamento delle dotazioni tecnologiche della rete ospedaliera esistente; l'adeguamento degli impianti delle strutture sanitarie alla vigente normativa in materia di misure di sicurezza; l'adozione delle altre iniziative comunque necessarie al superamento dell'emergenza.

È un provvedimento in via di adozione, che prevede una strumentazione, una cabina di regia, al fine di avere una verifica e mantenere un monitoraggio costante da parte del Governo nazionale, e in particolare del Ministero della salute, rispetto ai tempi di realizzazione degli ospedali stessi. Soprattutto, a noi sta molto a cuore che venga rispettato l'accordo di programma anche nei suoi aspetti qualitativi, oltre che tali ospedali siano realizzati in tempi rapidi.

Queste procedure d'urgenza — è inutile che ci sia tanta diplomazia — sono sollecitate soprattutto per fare in modo che gli appalti e la realizzazione avvengano rapidamente e nella massima trasparenza, perché vogliamo avere la certezza che le

risorse stanziare siano utilizzate in tempi brevi e in modo pertinente. Parallelamente, ho ritenuto indispensabile costituire, sulla base dei poteri conferiti al Ministero della salute, un'apposita commissione per lo svolgimento di un'indagine conoscitiva finalizzata a verificare la qualità dell'assistenza prestata dal servizio sanitario della regione Calabria, con riferimento anche alle condizioni strutturali, tecnologiche e amministrative del medesimo servizio, nonché l'effettiva erogazione dei sistemi essenziali di assistenza secondo i criteri di efficienza e appropriatezza.

Alla commissione, i cui lavori dovranno concludersi entro tre mesi a decorrere dalla data di insediamento, ho anche conferito il compito di formulare proposte di interventi diretti ad assicurare che il sistema sanitario infrastrutturale della regione Calabria sia posto in grado di garantire adeguati livelli di assistenza. Ho ritenuto di affidare la presidenza della commissione al dottor Achille Serra, prefetto, che attualmente svolge il ruolo di alto commissario per la prevenzione e il contrasto della corruzione e delle altre forme di illecito nella Pubblica amministrazione, il quale, per la sua grande professionalità e alta esperienza maturata in una lunga carriera prefettizia, offre le maggiori garanzie per un buon esito dei lavori della commissione, che sarà ristrettissima: la stiamo perfezionando e la decideremo entro la settimana.

Con l'ultima considerazione — mi rendo conto di avervi già rubato molto tempo, ma ritengo di doverla fare — rinvio anche al testo scritto. Il Ministero della salute ha lavorato intensamente anche sulla base di un lavoro già avviato precedentemente, soprattutto dalla direzione della programmazione.

Noi abbiamo lavorato con grande impegno sui temi della prevenzione del rischio clinico e della sicurezza delle strutture sanitarie. Un punto fondamentale era costituire una *governance* delle politiche di prevenzione e di messa in sicurezza delle strutture sanitarie. Come voi ben capite, infatti, potrebbe esserci un conflitto di competenze tra Governo e regioni, essendo

questa una materia propriamente regionale. Esiste il rischio, dunque, che le iniziative da parte governativa possano essere improntate alla buona volontà, ma essere poi inefficaci, perché non riconosciute da parte delle regioni.

In questo senso, è stato importantissimo definire una cabina di regia per la promozione, il monitoraggio e l'accelerazione della dotazione di una strumentazione adeguata per la prevenzione del rischio clinico da parte di tutte le ASL e di tutte le regioni. Questa cabina di regia, che abbiamo chiamato Comitato strategico nazionale, unisce l'attività del Ministero, dell'Agenzia nazionale dei servizi regionali, che abbiamo fortemente investito nella funzione, oltre a quella dell'Istituto superiore di sanità, dell'AIFA e dell'ISPESL. È importantissimo, perché dobbiamo fare in modo che ci sia una forte sinergia, un lavoro di squadra; si tratta di coinvolgere e sollecitare l'insieme delle ASL del nostro Paese a dotarsi di una strumentazione adeguata per prevenire il più possibile le situazioni di rischio e di errore.

Nel lavoro che abbiamo fatto ci sono molte attività che qui vi segnalo. Soprattutto, è stata molto importante l'emana- zione di una serie di raccomandazioni per gli operatori sanitari ed è stata molto importante la formazione degli operatori. In particolare, vi segnalo un corso di formazione a distanza rivolto a tutti gli operatori che è stato realizzato con la FNOMCeO e con l'IPASVI, e che adesso verrà messo on *on-line* e utilizzato il più possibile dagli operatori.

Oltre all'attività di formazione, ricordo l'attività di raccomandazione e, assieme a questo, il protocollo nazionale sperimentale per il monitoraggio degli eventi sentinella e il relativo rapporto sui primi diciotto mesi di attività. Mi permetto di segnalare l'importanza di questo rapporto che potete trovare sul sito del Ministero, perché questa attività di monitoraggio degli eventi sentinella, in pratica, consente di mettere in campo un'azione formativa e un'azione anche di definizione di linee guida, oltre che di tipo preventivo.

Insieme a questo, l'11 maggio 2007 il Consiglio dei Ministri ha approvato il disegno di legge sulla sicurezza delle cure, su proposta del Ministero della salute, che prevede l'adozione da parte delle regioni e province autonome di un sistema per la gestione del rischio clinico finalizzato alla sicurezza dei pazienti, attivando una specifica funzione aziendale in ogni ASL e in ogni ospedale. È ciò che ci sembra fondamentale da realizzare.

Si prevede, inoltre, l'istituzione di un servizio di ingegneria clinica, che garantisca l'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici costituiti da apparecchi e impianti sanitari, prevedendo procedure specifiche e più stringenti per il collaudo, la manutenzione e le verifiche periodiche di sicurezza.

Infine, sono previste norme per facilitare la soluzione stragiudiziale delle vertenze per danni derivanti da prestazioni fornite dagli operatori sanitari, in linea con quanto già sperimentato positivamente in alcune ASL e anche in altri Paesi europei; ciò per consentire al cittadino forme più celeri di risarcimento e maggior tutela nei confronti dei medici.

Queste tre norme sono state recuperate nel disegno di legge sull'ammodernamento del sistema sanitario, cui attribuisco molta importanza per tante ragioni: perché costituisce uno strumento che affronta i temi più ampi dell'ammodernamento, della qualificazione del nostro sistema sanitario. Ha iniziato il suo iter al Senato, così come presso la Camera ha iniziato il suo iter l'altro collegato della legge finanziaria — sono entrambi collegati della legge finanziaria — che, mi auguro, possa arricchirsi del dibattito parlamentare ed essere rapidamente approvato.

Troverete allegato anche quanto riferiti dalla nostra ispezione svolta a Pistoia, ma di questo non parlo. Mi sembra giusto, in questa occasione di rapporto col Parlamento accludervi anche l'atto ispettivo che abbiamo svolto a Pistoia; è un caso completamente diverso, ma rientra comunque nel tema che stiamo trattando.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro per questa relazione, credo molto seria, molto di merito.

Do la parola ai colleghi che intendono porre quesiti o formulare osservazioni.

MARCO CALGARO. Cercherò di essere più rapido possibile.

Questa è una sede politica, quindi lascio il problema tecnico; credo che su quanto è successo in quella sede solo la Procura della Repubblica possa intervenire e nessun'altro, perché c'è una serie di errori medici che si vengono a sommare.

Per questo motivo, credo che la situazione sia molto più grave di come viene descritta e, a mio parere, richiederebbe anche il coinvolgimento del Ministro dell'università e della ricerca. Io credo, infatti, signor ministro, che non sia possibile in Italia, nel 2007, che uno specialista in otorinolaringoiatria non sappia praticare una tracheostomia e chiunque si muove nell'ambiente medico sa bene che nel corso della formazione di un medico, e soprattutto di un chirurgo, spesso avviene che la legge italiana prevede che venga eseguito un certo numero di interventi nel corso della formazione professionale e che questi siano garantiti, nonostante non siano mai stati eseguiti dallo specialista suddetto.

A me capita normalmente — sono chirurgo in un grande ospedale italiano — che arrivino specialisti, soprattutto da alcune parti d'Italia, che non hanno mai toccato un paziente. Nel corso della formazione specialistica ormai ci si è adeguati a degli standard che prevedono, fra l'altro, un certo numero di interventi effettuati. Questo è un elemento assolutamente essenziale.

Questo tema non viene neanche scalfito di striscio, se non lo si affronta anche dal punto di vista di chi pratica la formazione dei medici. Questi, o trovano sul campo qualcuno che insegna loro la professione, oppure arrivano totalmente impreparati a rivestire posti di responsabilità. È evidente che in nessun Paese al mondo che non sia il Katanga del sud, uno specialista in

otorinolaringoiatria non può non saper eseguire una tracheostomia d'urgenza, intervento che oggi si sta cercando di insegnare anche ai medici non chirurghi, ma delle urgenze.

Questo è un problema, quindi, per il quale la pregherei di interessare il Ministro dell'università e della ricerca, perché è un dato gravissimo, al di là del caso specifico, sul quale non intendo entrare in merito, perché, appunto, non è questa la sede.

Un'altra osservazione è che penso che la prima bonifica da fare in quell'ospedale sia quella di rimuovere il direttore generale o il commissario e il direttore sanitario, perché mi pare evidente che non hanno fatto il loro dovere; non tanto nell'emergenza, ma nell'azione minima quotidiana di amministrazione sana di un ente di questo genere. Credo che questo sia un problema serio.

Credo, dunque, che questa sia la prima bonifica che una regione seria dovrebbe fare in un caso di questo genere, perché non si tratta di un'emergenza ma, per come è descritta, di una situazione quotidiana di assoluta minorità sanitaria; non so come descriverla in altro modo.

Pur condividendo l'accordo di programma, dunque, probabilmente la soluzione di questo tema non è neanche la costruzione di quattro nuovi ospedali. Per carità, voglio premettere che condivido appieno questa iniziativa, però è del tutto evidente che vi sono ospedali, in Italia, purtroppo fatiscenti e che andrebbero ammodernati, in cui tutto funziona benissimo. Quindi stiamo attenti ad attribuire, come si fa spesso in Italia, alla mancanza di una struttura moderna la malasania, che è totalmente altra circostanza.

Io mi lamento molto per la mancanza di strutture moderne, ma questo non c'entra quasi nulla con la malasania. Questo è un altro tema che mi sembra di poter focalizzare, perché credo che una cosa è costruire nuovi ospedali e un'altra è formare le persone che vi lavorano e fornire normalmente quelle prestazioni sanitarie

che un reparto di quel tipo dovrebbe essere tenuto a fornire per lo stesso fatto che si nomina in quel modo.

Vorrei sottoporre alla vostra attenzione un'ultima riflessione. Mi interrogo spesso sul fatto che da dopo che la sanità è stata devoluta totalmente alle regioni, la mia sensazione è che il *gap* tra le regioni, per così dire, virtuose, e quelle non virtuose sia aumentato e non diminuito. Questa è una riflessione che, credo, dovremmo fare, dovrebbe fare un Parlamento serio e un Governo che vuole affrontare questi temi.

Riconosco il fatto che tutte le azioni da lei approntate siano assolutamente quelle necessarie in questi casi; tuttavia, è molto difficile, da parte di un ministero che non ha più nessuna competenza diretta in campo sanitario, affrontare il tema con il dovuto vigore.

Credo che uno dei compiti della commissione d'inchiesta, che ritengo per altri versi inutile, sia proprio verificare il fatto di come, negli ultimi anni, sia andato aumentando, e non diminuendo, il *gap* tra le regioni virtuose e quelle non virtuose. Questo richiede delle misure legislative, io credo; posso sbagliarmi, ma credo che sia così e proporrei una riflessione approfondita, anche in questa Commissione, su queste tematiche.

Non vado oltre, perché mi pare di aver affrontato già tutta una serie di temi; credo che ci voglia più tempo, ma penso di poter chiedere al presidente della Commissione di affrontare queste tematiche in modo, direi, *bipartisan*, sereno ma vigoroso. Secondo me, questi sono i temi che stanno dietro al verificarsi di determinati casi, dei quali non voglio neanche parlare, perché è inutile soffermarsi sul caso singolo; quello che sta dietro, dunque, è questa situazione che io ritengo molto grave.

DOMENICO DI VIRGILIO. Ringraziamo il signor ministro che è venuta qui anche lasciando da parte le peripezie, condividendo gli aspetti umani e la sua commozione, a cui ci uniamo, per un episodio grave, doloroso e raccapricciante che rischia di far vacillare la fiducia dei

cittadini italiani verso il Servizio sanitario nazionale.

Io non farò polemiche dall'opposizione e cercherò di essere costruttivo sottoponendole alcune domande e alcune considerazioni, le più rapide possibili.

Questo episodio si verifica a distanza di quasi un anno da un precedente episodio in questo stesso ospedale. In altri ospedali italiani vengono citati episodi di malasanità. Non so se questo, lo dico obiettivamente, sia la base per cui nell'indagine annuale sull'assistenza sanitaria dell'Unione europea, l'Euro Health Consumer Index, ci ha declassato, come lei sai, dall'undicesimo al diciottesimo posto in Europa; questo non ci fa piacere né onore. Tuttavia, ci sono degli aspetti sanitari e politici che non possono essere assolutamente taciuti. Per questo, pongo prima alcune domande.

Lei ci ha presentato una relazione obiettiva, sulla base di quello che le è stato riferito e che è stato verificato. Logicamente, noi rispettiamo questa fase di indagini giudiziarie che dovrà accertare responsabilità; non è nostro compito. Lei oggi è andata presso la Commissione di inchiesta, che ha compiti anche diversi dai nostri.

Mi unisco ad alcune considerazioni fatte dall'onorevole Calgaro per quanto riguarda, per esempio, la formazione. Desidero domandarle: può emergere dalla documentazione finora esaminata se anche in passato si sia verificata la necessità di tracheotomie e queste non siano state effettuate?

Esiste o no — non ho compreso — una terapia intensiva in quell'ospedale? Perché, se esiste, la paziente non è stata trasferita in terapia intensiva?

Perché non è stato preso in considerazione il trasferimento in terapia intensiva in un ospedale vicino?

Qual è il reperto autoptico, se non è sotto il segreto istruttorio, per verificare se ci siano state delle anomalie? Mi riferisco, per esempio, nel decorso della trachea, alla presenza di un gozzo, che non va a giustificare l'inesperienza, l'inefficienza, la

negligenza dei medici che devono attuare la tracheotomia o la tracheostomia e che non sono stati in grado di eseguirla.

Questo rientra anche in ciò che diceva l'onorevole Calgaro sulla formazione dei nostri specializzandi. Troppe volte dalle nostre università escono specialisti che hanno imparato a conoscere, ma non hanno eseguito materialmente gli interventi: *teaching by doing*, dicono gli inglesi, e lo fanno.

I nostri specializzandi devono sapere, terminato il loro percorso formativo e di fronte ai cittadini italiani che affidano la loro salute ai medici, di essere tranquilli per aver ricevuto dallo Stato una formazione pratica, e non soltanto teorica, in tutte le branche previste dal nostro ordinamento.

Questo è un problema che va rivisto, signor ministro, insieme a quello del MIUR, sulla formazione degli specializzandi.

In questo anno di transito tra il primo episodio grave e il secondo — dopo il primo episodio era stata istituita la Commissione di inchiesta del Senato che ha svolto un'inchiesta in quella struttura — il Ministero come ha agito? Quali provvedimenti ha attuato nei confronti sia dei medici, se hanno responsabilità, sia del direttore generale e del direttore sanitario?

Perché si è fatto passare un anno, tanto che, purtroppo, si è verificato ancora un nuovo episodio? Lei ha dato un quadro devastante della sanità in Calabria, come probabilmente esiste in qualche altra regione.

È vero o no che in seguito a questo episodio, in precedenza, il presidente della regione aveva avocato a sé anche il compito di assessore alla salute? Perché questo? Per sfiducia o per incapacità dell'assessore precedente?

Questi medici, tre dei quattro, erano in situazione di precarietà; addirittura il contratto di questi, ho ascoltato ora, scadeva dopo pochi giorni, il 10 o il 12 dicembre. Questo aspetto della precarietà sicuramente è uno dei cofattori di questa insicurezza dei medici.

Siamo in una situazione in cui, come nella regione Lazio, si tagliano i posti letto, non si sostituiscono le figure che vanno in pensione, si sostituisce un medico ogni tre che va in pensione; è questo che aspettano i cittadini italiani?

La meritocrazia deve prevalere; è ora di finirla con questa situazione in cui la politica invade un compito non suo, in cui i direttori generali hanno un potere indefinito, per cui scelgono uno qualsiasi tra una lista infinita di concorrenti che sono trovati idonei. Bisogna rivedere il progetto del governo clinico, signor ministro.

Noi abbiamo presentato già da un anno — a prima firma onorevole Palumbo e seconda firma mia personale — una proposta di revisione, per esempio, dei concorsi per i primari, per cui bisogna scegliere persone con le competenze giuste, al massimo fra i primi tre o, meglio, dichiarare il vincitore, quello che è più capace, in base alla sua capacità professionale e non alla sua appartenenza politica.

La nomina dei direttori generali non può essere stabilita su una scelta di persone che non hanno mai, nella loro vita, avvicinato il problema della sanità; deve essere stabilita su persone che hanno una formazione nel settore, anche se non necessariamente da medici; il direttore generale deve essere una persona capace e che si sia occupata in qualche modo di sanità, nella sua vita professionale.

Non sarà la definizione delle responsabilità, purtroppo, a ridare serenità alla famiglia della persona deceduta, come alle altre famiglie colpite da episodi simili. Tuttavia, ripeto, gli italiani hanno diritto di conoscere, di avere risposte rapide, precise e trasparenti; devono essere individuate le vere responsabilità, qualunque esse siano.

Onestamente, signor Ministro, noi accogliamo con favore i provvedimenti che lei ha annunciato, come l'Osservatorio nazionale sugli errori medici; perché la medicina — e dobbiamo farlo sapere ai cittadini — non è una scienza esatta. Si possono commettere degli errori non colpevoli, ma non errori gravi determinati da

una scarsa formazione; non parlo di negligenza, perché questa è sempre colpevole.

Non può un primario essere tale se non è in grado di conoscere perfettamente la sua disciplina, la sua branca. Non abbiamo difficoltà a scegliere fra 360.000 medici coloro che sono capaci; gli altri aspettino, si mettano in coda, si preparino, facciano i master, scrivano pubblicazioni, vadano all'estero a qualificarsi. Perché il cittadino italiano che entra in un ospedale e non conosce i medici — questa è la medicina socializzata — si affida a quell'*équipe*, a quel reparto, perché pensa che lo Stato abbia dato l'incarico, in quel luogo, a persone competenti. I cittadini italiani, purtroppo, vacillano, ormai, in questa situazione, sono insicuri.

Non voglio parlare a lungo, anche se potrei dire molto, signor Ministro; le rivolgo solo un appello, da parte di Forza Italia, a portare avanti quanto prima l'inchiesta, a prendere delle decisioni responsabili, a non guardare in faccia nessuno nella ricerca dei veri responsabili, a controllare anche altre regioni prima che avvengano fatti analoghi; inoltre, a portare avanti la riforma della specializzazione, insieme al Ministero dell'università e della ricerca, con criteri nuovi, affinché non si verificino più quegli scontri nei concorsi, per cui concorrono persone che conoscono il risultato in precedenza.

Dobbiamo restituire fiducia ai cittadini e dobbiamo ridare un'immagine positiva al sistema sanitario nazionale, in cui noi crediamo, poiché esso è fondato sulla universalità, sulla solidarietà, ma anche sull'efficienza e sull'efficacia dei professionisti: parlo dei medici, degli infermieri, di qualunque altro operatore sanitario e di tutti coloro che sono attorno all'ammalato, perché l'ammalato è al centro e non ci sono interessi personali.

Chi non sposa questo modo di vedere, signor Ministro, non è degno di occuparsi dei cittadini malati; poiché, quando siamo malati, siamo nel momento più fragile della nostra esistenza e abbiamo necessità

di avere attorno a noi un cordone che operi per ristabilire la salute, se possibile, o comunque per migliorarla.

ANGELA NAPOLI. Onorevole Ministro, credo che la drammaticità della sua relazione abbia fatto capire al presidente e ai colleghi anche l'irruenza con la quale ho atteso il suo arrivo in questa Commissione. Naturalmente, chiedo scusa al presidente e ai colleghi per la mia irruenza, però credo che adesso abbiano capito il motivo di questa esigenza.

Lei sa anche, onorevole Ministro, qual è la stima che nutro nei suoi confronti, che prevale sull'appartenenza politica. Abbiamo lavorato insieme in altri momenti e, pur se con appartenenza diverse, abbiamo cercato di lavorare per un unico fine, quello del rispetto dell'attività che svolgevamo.

In tal senso, mi ero posta nei suoi confronti proprio con tale rispetto, in questa sede, in occasione delle sue dichiarazioni programmatiche iniziali. Le avevo consigliato, proprio nel momento in cui lei aveva toccato il tema della legalità nel settore sanitario, di rivolgere un occhio particolare alla Calabria, rileggendo innanzitutto la relazione che ha portato al commissariamento dell'ASL di Locri. La invitavo a rileggere quella relazione, predisposta dalla commissione d'accesso, perché ero consapevole, vivendo in Calabria, del fatto che la situazione delle ASL calabresi fosse pressoché identica. Non credo che ci siano ASL che possano definirsi oasi di tranquillità, dal punto di vista sanitario, in tutta la Calabria.

È successo, purtroppo, il primo dramma, quello della morte di Federica Monteleone, e a distanza di qualche mese, il 2 agosto, le ho indirizzato una interrogazione parlamentare. Ne ho presentate altre dopo, l'ultima delle quali dopo la dichiarazione dello stato di emergenza socio-sanitaria in Calabria da parte del Consiglio dei ministri.

Vorrei pregarla di leggere le mie interrogazioni. Non pretendo risposte, Ministro, ma voglio dirle che in quegli atti, soprattutto nelle premesse, ci sono denunce che

io tengo a portare a sua conoscenza, in qualità di Ministro, perché vorrei evitare — come vuole lei, di questo sono convinta, e come vogliamo tutti noi — che accadano ulteriori tragedie.

Se quanto è avvenuto adesso in occasione della morte della giovane Eva fosse accaduto a gennaio, dopo la morte di Federica Monteleone, forse avremmo evitato questa morte e anche quella del giovane dodicenne Flavio Scutellà. In quella interrogazione, infatti, le puntualizzavo determinate circostanze.

Non è una questione di appartenenza politica; la sanità in Calabria è stata sempre retta all'insegna del favoritismo e della spartizione. Non è un discorso di coalizione, di appartenenza; ripeto, è sempre stato così. Sono denunce che ho fatto anche quando la Calabria era guidata dalla coalizione di centro-destra alla quale appartengo.

Le nomine dei direttori generali, dei direttori sanitari, dei direttori amministrativi sono sempre avvenute per spartizione politica, non per competenza, e se scelte del genere possono essere accettabili politicamente in alcuni settori, personalmente non mi sento di accettare un comportamento di questo genere quando c'è di mezzo la vita umana.

Per esempio, a tutt'oggi, non è dato conoscere l'esito dell'autopsia della prima sedicenne morta, Federica Monteleone. Inoltre, in quell'occasione, il procuratore della Repubblica — il collega, giustamente, si chiedeva cosa succedrebbe se ci fosse un altro procuratore della Repubblica — non ha nemmeno immediatamente sigillato e bloccato la sala operatoria; inoltre, pur sapendo che all'interno c'erano dei guasti elettrici, è stato consentito, durante la notte successiva al trasporto della giovane Federica a Cosenza, di rimuovere tutto e, a tutt'oggi, non c'è una sola persona che sia stata rinviata a giudizio per quella morte.

Lei capirà che, senza quegli interventi, nonostante le raccomandazioni che lei, come Ministero, aveva inteso produrre, è tutto rimasto come prima.

Il fatto che all'intervento sulla giovane Eva non sia stato nemmeno presente il primario di otorinolaringoiatria le fa capire come si lavora in quell'ospedale e come si lavora anche in altri ospedali. Perché chi è diventato primario in Calabria, lo è diventato non per meriti professionali, ma perché tutti i concorsi — e anche su questo dovrebbe richiedere un monitoraggio — sono stati gestiti all'insegna degli interessi. Metto anche da parte gli interessi della 'ndrangheta, che pure sono primari e che emergono, sia dalla relazione dell'ASL di Locri sia da quella del commissario anticorruzione di Vibo Valentia. I colleghi che fanno parte della Commissione antimafia fanno da quanto tempo chiedo il commissariamento di quella ASL.

Ministro, lei ci ha messo tutta l'anima, però è giusto che io le sottoponga queste osservazioni. Lei sa che il suo ispettore ministeriale è stato affiancato, in Calabria, durante l'ultima visita ispettiva, da un dirigente della stessa regione, la cui posizione è stata archiviata, ma che è stato commissario di alcune ASL della Calabria ed è stato costretto a dimettersi, perché implicato nell'operazione « ricatto » per la costruzione del nuovo ospedale proprio a Vibo Valentia.

Cerchi di capire, Ministro: per quanto questa persona possa essere al di sopra di ogni sospetto, ha comunque automaticamente interesse a coprire eventuali irregolarità. Le dico questo per farle capire che anche chi viene inviato da lei, e che certamente è persona affidabile, non è aiutato, perché la situazione della sanità in Calabria è tale da comportare la copertura generale, *in primis* da parte dei vertici regionali.

Lei ha ragione, Ministro, quando afferma che bisogna trovare la cooperazione, definiamola così, con la regione Calabria per evitare un'implicazione di troppo; tuttavia, lei sa che il presidente di tale regione ha allontanato un assessore alla sanità che godeva della mia stima, ovvero la dottoressa Lo Moro, la quale ha fatto l'impossibile in una realtà di questo genere, glielo garantisco. Io sono di Al-

leanza nazionale e lei ha un'appartenenza diversa, però è giusto che dica che ha cercato di fare tanto per rompere in questo sistema ed è stata bloccata proprio dal presidente Loiero il quale l'ha mandata via e si è tenuto la delega alla sanità. Tuttavia, il 14 gennaio prossimo, verrà discussa una richiesta di rinvio a giudizio dello stesso presidente Loiero per associazione a delinquere e turbativa d'asta nel settore della sanità calabrese.

Cerchi di capire, Ministro: le dico questo per farle capire che gli interessi sono questi. Lei ha parlato - e con commozione - della convenzione per la costruzione dei quattro nuovi presidi ospedalieri. Si figuri se i cittadini calabresi non hanno voglia di vedere realizzate strutture adeguate!

Ma lei sa che, a Vibo, è in corso il processo per quella che ho chiamato « operazione ricatto », che l'altro giorno ha portato alla condanna di alcuni responsabili, per la costruzione del nuovo ospedale, per il quale erano arrivati un sacco di miliardi - e non si sa che fine abbiano fatto -, su un terreno che, dal punto di vista idrogeologico, è stato la causa dei danni che hanno provocato la morte di quattro persone durante l'alluvione del 3 luglio dello scorso anno a Vibo Valentia?

C'è tutta la buona volontà di costruire il nuovo ospedale, ma il sito potrà mai continuare ad essere quello, dove c'è solo una prima pietra? Non si deve intervenire solo con la costruzione di ospedali, ma anche sul personale che c'è al loro interno, dal personale parasanitario a quello sanitario.

Il direttore sanitario di Vibo, che ricopre quella carica esattamente da quindici anni, onorevole Ministro, si chiama Pietro Schirripa ed è il presidente delle cooperative Valle del Bonamico di Platì e San Luca. Il commissario attuale ha istituito, l'altro giorno - e questo è contenuto nella mia ultima interpellanza -, un gruppo di lavoro, in cui figura anche questo direttore sanitario, che dovrebbe monitorare tutte le carenze evidenziate dai NAS, che lei conosce benissimo.

Perché, per esempio, sono stati rimossi solo il primario di otorinolaringoiatria e

qualche altro responsabile? Ho letto che sono stati sospesi anche gli operatori del 118 per la morte di Flavio Scutellà. Perché, invece, l'attuale commissario dell'ASL Bono, che era un funzionario dell'amministrazione provinciale di Vibo e che è stato nominato da Loiero, è rimasto al suo posto? Perché il direttore sanitario, che è responsabile di tutto questo, è rimasto al suo posto? Perché l'anestesista è lo stesso che era presente nella sala operatoria quando è morta Federica Monteleone?

Bisogna avere il coraggio di essere più forti, senza guardare in faccia ad alcuno.

Inoltre, le nomine di alcuni direttori sanitari in Calabria - anche questo è scritto nella mia ultima interpellanza - fatte durante questa legislatura regionale hanno un raccordo con la sanità del Lazio. Lei sa che il dottor Antonio Palumbo è stato nominato, dal governatore Loiero, direttore della principale azienda sanitaria, la Ciaccio di Catanzaro, l'azienda sanitaria del capoluogo, dopodiché, è stato arrestato per fatti collegati con la sanità del Lazio avvenuti durante la presidenza Storace? È stato arrestato per questi fatti.

Come mai questo signor Palumbo è stato nominato da Loiero, il quale, lo ribadisco, è implicato per i problemi della sanità proprio in Calabria? Non pensa che ci siano dei collegamenti tra interessi della sanità del Lazio e interessi della sanità calabrese?

Capisco che non può essere lei a colpire questi interessi, Ministro, ma vorrei che si acquisisse consapevolezza e che l'intero Governo capisse queste difficoltà. Noi, infatti, dobbiamo fare di tutto per lavorare in maniera unitaria, anche essendo disponibili ad accettare delle soluzioni forti, ma che impediscano davvero di vedere morire altre giovani vite.

So che lei è andata dai familiari di questi poveri ragazzi; ci sono andata anch'io, ma ogni volta, Ministro, noi ce ne andiamo con le lacrime agli occhi, ma senza parole, e sentiamo di avere delle responsabilità, perché potrebbero essere i nostri figli. Quando mi sento dire dal padre del giovane Flavio che, se fosse stato mio figlio, l'ambulanza l'avrebbero trovata,