



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 139

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

INCHIESTA SULLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE PER IL
RICOVERO E L'ASSISTENZA DEGLI ANZIANI

145^a seduta: martedì 14 febbraio 2012

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione di rappresentanti dell'Associazione per l'autogestione
dei servizi e la solidarietà – Auser – onlus**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 10 e <i>passim</i>	<i>MANGANO</i>	Pag. 4, 9, 10
BIONDELLI (PD)	8		
D'AMBROSIO LETTIERI (PdL)	10		
GRAMAZIO (PdL)	6, 8		
PORETTI (PD)	7, 12		

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale: Grande Sud-SI-PID-II Buongoverno: CN:GS-SI-PID-IB; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo: ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT: UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I..

Interviene il presidente nazionale dell'Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà – Auser – onlus, dottor Michele Mangano.

I lavori hanno inizio alle ore 14.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta dell'8 febbraio 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Propongo che la pubblicità dei lavori odierni, oltre che attraverso il resoconto stenografico, sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno (è pervenuta una richiesta in tal senso di Radio Radicale).

Non facendosi osservazioni, dispongo l'attivazione di tale ulteriore forma di pubblicità dei nostri lavori.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà – Auser – onlus

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani.

Secondo il programma approvato dalla Commissione, le prime sedute dedicate alle attività istruttorie dell'inchiesta sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza delle persone anziane sono finalizzate all'inquadramento della materia e delle sottese problematiche. In una seconda fase, si effettueranno tutti i necessari approfondimenti, anche attraverso lo svolgimento di visite ispettive.

È prevista quest'oggi l'audizione del presidente nazionale dell'Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà (Auser-onlus), la quale, nell'ambito delle proprie attività statutarie, ha svolto un'indagine sulla realtà delle strutture socio-sanitarie per anziani.

Saluto e ringrazio per la collaborazione il dottor Michele Mangano, presidente dell'Auser, e lo invito ad esporre alla Commissione i risultati delle attività di approfondimento svolte dall'associazione da lui presieduta. Dopo la relazione introduttiva i commissari presenti, a partire dai relatori, senatore Gramazio e senatrice Poretti, potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

Do quindi la parola al dottor Mangano, chiedendogli se può contenere il tempo dell'esposizione in dieci minuti, in modo da poter dedicare

i restanti 30 minuti agli interventi delle senatrici e dei senatori che interverranno intervenire, in quanto dobbiamo concludere i nostri lavori entro le ore 15.

MANGANO. Ringrazio anzitutto il Presidente della Commissione e i componenti tutti.

La nostra associazione di volontariato e di promozione sociale ha avuto la necessità di indagare sul fenomeno delle case di riposo generalmente intese. Abbiamo quindi commissionato una ricerca, che consegnerò al Presidente della Commissione (anche se, per chi fosse interessato, è comunque pubblicata su Internet), al fine di capire la consistenza del fenomeno. Vi sono, infatti, dati molto discordanti: dagli elenchi regionali – che sono parziali e prevalentemente rivolti alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e alle residenze assistenziali (RA) – emerge, almeno sulla base della nostra indagine, l'esistenza di 3.374 strutture. Nel censimento del Ministero dell'interno, datato al 31 dicembre 2008, figurano 5.858 strutture tra pubbliche e private, di cui 3.409 per non autosufficienti (con un numero di posti letto pari a 287.532, di cui 116.087 a gestione pubblica e 171.445 a gestione privata). Vi è altresì un'indagine statistica dell'Age.-Na.S. su dati del Ministero della salute, la quale indica l'esistenza nell'ambito del Paese di 2.475 RSA, con 152.745 posti letto e 220.000 utenti. La situazione è, quindi, molto differenziata.

La nostra indagine richiama questi dati, ma fa anche un *excursus* sulle «Pagine Gialle»: utilizzando la chiave di ricerca «case di riposo» (che comprendono anche RSA e RA) si registra un totale di 6.715 strutture, di cui 3.750 RA (si tratta, quindi, di 857 strutture in più rispetto al dato del Ministero dell'interno). La sensazione è quella di essere in presenza di un fenomeno in forte crescita rispetto al passato, dove tuttavia è presente anche una forte rotazione: strutture che aprono e poi chiudono e altre che aprono o riaprono.

Abbiamo anche fatto riferimento alla normativa nazionale in materia, che è molto articolata. Non intendo richiamarla nello specifico, però è importante sapere che, almeno per noi, esiste una normativa nazionale a cui le strutture che intendono aprire possono fare riferimento, per quanto riguarda i criteri per le autorizzazioni e gli accreditamenti, nonché gli *standard* (ci tengo a dirlo, perché spesso si sente affermare che non ci sono riferimenti in questa materia). Mi riferisco alla legge 11 marzo 1988, n. 67, al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 dicembre 1989, alle linee guida del Ministero della sanità del 1° gennaio 1994 e, infine, alle due leggi finanziarie del 2007 e del 2010 sul sistema di accreditamento. Stiamo parlando di norme in tema di autorizzazione (che è il provvedimento che consente l'esercizio di attività sanitarie pubbliche e private) e l'accreditamento (che riconosce lo *status* di erogatore dei servizi sanitari). Inoltre, vi è la definizione delle RSA e delle RA.

La cosa importante è che questa normativa contiene i criteri per definire le RSA in termini di fruibilità degli spazi: è infatti prevista l'assenza di barriere architettoniche per rendere fruibili gli spazi disponibili in modo

pieno. La concezione architettonica degli spazi è tale da puntare a creare all'interno delle strutture, per quanto possibile, condizioni di vita ispirate a quelle godute dagli ospiti nel proprio domicilio. È inoltre presente l'indicazione di organizzazione per nuclei, tale da permettere di mettere assieme persone non autosufficienti e autosufficienti senza sovrapposizioni, in modo che possano anche socializzare tra loro. Lo ripeto: questa organizzazione permette una grande forma di socializzazione. Vengono inoltre definite le aree residenziali all'interno di queste strutture: come devono essere le camere, gli alloggi per coloro che vi lavorano e i piani cottura. Vi risparmio questi riferimenti in dettaglio, anche se sono importanti ai fini dall'articolazione della struttura e indicano le tipologie e le dimensioni. In materia esistono, quindi, dei riferimenti molto precisi che dovrebbero essere seguiti quando si chiede l'autorizzazione per l'apertura di strutture socio-assistenziali, socio-sanitarie o case di riposo.

Oltre alla normativa, che regola anche le competenze (che sono statali, regionali e comunali), abbiamo analizzato i punti di maggiore criticità che sono emersi. Una cosa deve essere chiara: manca completamente il sistema dei controlli. Questi vengono prevalentemente effettuati dai NAS, che nel 2010, ad esempio, hanno fatto 863 controlli nel corso dei quali hanno riscontrato circa il 27,5 per cento di irregolarità ed elevato 371 infrazioni. Ma cosa emerge con molta chiarezza, oltre all'assenza dei controlli previsti dalla normativa? Innanzitutto, la mancanza di autorizzazioni di accreditamento; la carenza di disposizioni regolamentari a causa del mancato recepimento delle indicazioni dettate da leggi nazionali; elenchi comunali delle case di riposo non aggiornati rispetto alle presenze certificate e conseguente mancanza di disposizioni regolamentari. Si rileva, 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 autosufficienti che potrebbero deambulare ma non possono farlo. Le case di riposo, inoltre, ospitano spesso utenti che non sono in condizione di stare in quella tipologia di strutture (perché sono assenti i requisiti minimi richiesti) e, in molti casi, il numero degli ospiti è assai superiore alla capacità della struttura. Non vi è inoltre una corrispondenza tra il costo, cioè le tariffe indicate o che si pagano (che variano da un minimo di 1.200 fino, addirittura, a 4.200 euro mensili), e le prestazioni indicate nella carta dei servizi che ogni struttura deve avere.

All'interno delle strutture poi sono carenti o totalmente assenti le attività sociali, per lo svolgimento delle quali devono essere previsti spazi adatti, e scarsi sono i rapporti con l'esterno. L'unica eccezione, se si può dire, si fa in riferimento al servizio religioso che nel 45 per cento dei casi è presente. Inoltre, la carta dei servizi è spesso generica e non ben articolata; si riscontrano parecchie 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 insistono diverse attività

(l'inserviente che svolge mansioni da infermiere); spesso manca l'assistente sociale, lo psicologo, l'animatore, mentre è molto più presente il medico di medicina generale (almeno una volta la settimana). Come già ricordato, scarsa è la presenza di infermieri e spesso quelli indicati come tali svolgono attività abusive. C'è inoltre una scarsa propensione ad assicurare la presenza di associazioni che non solo svolgono attività di socializzazione e animazione, ma anche un ruolo di deterrente nei confronti di eventuali abusi che si possono determinare all'interno delle strutture. Questo è il quadro che emerge dalla ricerca condotta.

Mi preme sottolineare che non abbiamo voluto svolgere una ricerca solo di denuncia, anche perché ci sono anche casi di eccellenza che è bene evidenziare perché non si deve fare di tutta un fascio. Abbiamo condotto questa ricerca in quanto il nostro obiettivo, come associazione, è quello di chiedere che ci siano maggiori controlli nella direzione delle attività che si svolgono per le persone istituzionalizzate, che ci sia la possibilità per le associazioni di volontariato in generale di poter entrare nelle case di riposo per svolgere la loro attività. Infatti questo rappresenta un elemento che scoraggia gli abusi che si possono registrare dedicando maggiore attenzione ad un problema in costante crescita e sul quale credo sia opportuno che la Commissione svolga un controllo, di denuncia ma anche propositivo per assicurare un clima accettabile alle persone istituzionalizzate ed evitare quei casi che vengono evidenziati sui giornali.

Infine, se ritenete possa risultare utile, ho stilato una sorta di decalogo per consigliare le famiglie.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Mangano. Acquisiamo volentieri il materiale che ha portato con sé e che sarà oggetto di studio da parte dei commissari, in particolare dei due relatori, senatori Gramazio e Poretti.

GRAMAZIO (*PdL*). Vorrei soffermarmi sulla confusione che emerge dalla relazione appena illustrata, in cui sono state mescolate le RSA, le case di cura e le case di riposo. Vorrei ricordare che la nostra Commissione ha una competenza specifica sulle RSA e non sulle altre strutture. Come lei certamente ricorderà, signor Presidente, a tale riguardo abbiamo esaminato il Regolamento istitutivo della Commissione.

Dunque, ci sono state presentate tre opzioni completamente differenti. Il presidente nazionale dell'Auser ha svolto un'ottima relazione sotto tutti i punti di vista, ma noi – lo sottolineo ancora una volta – siamo competenti solo per le RSA. Le case di riposo e le case di cura sono altra cosa. Noi abbiamo una competenza specifica rispetto alle RSA che partecipano e fanno parte integrale dei piani regionali sanitari. In tal senso ritengo che, in seno all'Ufficio di Presidenza ed insieme ai relatori, dobbiamo riflettere per evitare di entrare in campi che non ci appartengono creando ulteriore confusione rispetto alle rilevanti problematiche che presentano le RSA.

PRESIDENTE. Come è stato ben sottolineato dal senatore Gramazio, rientra nella missione della Commissione d'inchiesta tutto quello che ri-

guarda l'assistenza e gli aspetti igienico-sanitari, ma questa inchiesta è stata approvata dall'Ufficio di Presidenza specificamente per condurre un'indagine sulle strutture socio-sanitarie per il ricovero e l'assistenza degli anziani.

PORETTI (PD). La competenza della Commissione è limitata, ma credo non sia limitato il raggio d'azione e c'è già molto materiale su cui lavorare per cercare da approfondire le questioni. A tal fine abbiamo incaricato il Servizio studi del Senato di raccogliere la normativa nazionale di riferimento, oltre che quella regionale, perché – come accennava il presidente Mangano – effettivamente abbiamo a che fare anche con delle leggi regionali molto diverse, che danno origine ad una difformità nell'erogazione dei servizi destinati agli utenti che cercheremo di capire meglio.

Propongo dunque di limitarci alle RSA, che sono di nostra competenza e che si muovono su un doppio binario, rispetto al quale dovremmo cercare di muoverci con delicatezza. Mi riferisco alla doppia funzione, sanitaria e sociale, che forse rende ancor più difficile cercare di capire quali siano le competenze, a chi spettino i controlli, chi li esegue e chi no. Se una persona non è autosufficiente a causa di una patologia l'assistenza sanitaria, che in Italia viene fornita gratuitamente e che è un diritto dei cittadini italiani (e un dovere dello Stato fornire), dovrebbe essere gratuita; non si capisce perché l'utente o i familiari debbano pagare delle rette, che fra l'altro oscillano fra i 1.000 e i 4.000 euro mensili, se il tipo di assistenza necessaria è sanitaria.

Come dicevo, il problema è rappresentato dal doppio binario, cioè dall'aspetto sociale, per i cui costi i Comuni cercano di chiedere la partecipazione degli utenti. Al riguardo le sarei grata se potesse riferirci, in base alla ricerca che è stata condotta, se c'è difformità tra i servizi e l'assistenza offerti a livello regionale. La non autosufficienza è un termine molto generico: non si capisce se si tratti di una non autosufficienza di tipo sanitario, quindi di una patologia che richiede un'assistenza simile a quella di un ospedale, luogo in cui non verrebbe in mente a nessuno di far pagare il catetere al paziente; nelle RSA, invece, stando ad esempio a ciò che risulta da recenti notizie su Villa Tuscolana, i parenti degli anziani pagavano perfino i pannoloni. Avete svolto delle indagini sul tipo di patologie presenti nelle RSA? La maggior parte dei pazienti di una RSA arriva dagli ospedali o dalle famiglie? Quando si esce da una RSA è più frequente il ricovero in ospedale o il ritorno nella propria abitazione? Lei ha inoltre dichiarato che gli operatori religiosi riescono ad accedere molto bene a tali strutture, come peraltro avviene anche negli ospedali, dove vengono pagati con i soldi dei contribuenti.

La domanda successiva è la seguente. Siccome la persona non autosufficiente diventa spesso tale anche per quanto concerne la gestione dei propri beni, della pensione e quant'altro, disponete di un quadro sul tipo di amministratori di sostegno, tutori e assistenti sociali, che si occupano di tali aspetti? Avete individuato una tipologia di assistenza oppure

ci sono differenze tra una Regione e l'altra e tra le stesse RSA? Le differenze spesso notevoli tra le rette delle RSA è dovuta alla differenza tra le patologie oppure al tipo di struttura e ai diversi servizi di assistenza?

BIONDELLI (*PD*). Signor Presidente, ringrazio il dottor Mangano per la sua esposizione. Sono emersi alcuni punti di criticità che sono sotto gli occhi di tutti, o almeno di chi, come noi, visita le RSA. Il dottor Mangano ha evidenziato una carenza di personale, ad esempio di infermieri; peraltro, gli operatori OSS (operatore sanitario specializzato) e OTA (operatore tecnico addetto all'assistenza) spesso non sono adeguatamente formati. Inoltre, non riesco a capire come sia organizzata la presenza dei medici nelle varie RSA, se siano presenti a giorni alterni o sulla base di altri criteri, laddove persone anziane o con disabilità necessiterebbero di essere seguite con molta attenzione nella loro terapia.

Le tariffe sono molto alte: di solito, si uniscono più membri di una famiglia per pagare il costo dei trattamenti. Mi risulta che per le RSA vi siano liste d'attesa molto lunghe, con grande difficoltà di accesso per i pazienti che arrivano dagli ospedali. Le associazioni di volontariato svolgono un ruolo importante in tali strutture e spesso non sono ben viste perché esercitano, in un certo senso, una funzione di controllo. Io ho esortato le associazioni, comprese quelle composte da persone anziane (che però si dimostrano molto attive), ad essere presenti in modo da segnalare eventuali criticità.

In sintesi, richiamo l'attenzione sulle seguenti problematiche: liste d'attesa molto lunghe, costi elevati, scarsa presenza di personale infermieristico e medico (solitamente, si tratta di medici di base presenti solo qualche ora in tali strutture, svolgendo peraltro diversi tipi di attività).

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Presidente, vorrei aggiungere qualche altra considerazione. Ho ascoltato gli interventi delle colleghe e desidero evidenziare un aspetto sollevato dalla senatrice Poretti. Se non abbiamo ben presenti le disposizioni regionali, che sono differenti l'una dall'altra, non possiamo inquadrare in modo opportuno il sistema. Ricordo che la relazione del rappresentante dell'associazione che stiamo audendo è impostata su un'analisi a livello nazionale e complessivo. Non so se i dati esposti siano stati estrapolati dalla situazione di una singola Regione o se illustrino la situazione nazionale. Le differenze però esistono: ad esempio, nel Lazio, delle liste d'attesa per le RSA si occupano le Unità sanitarie locali, che gestiscono la catena di richieste.

Un altro aspetto da evidenziare, già richiamato dalla senatrice Biondelli, concerne il personale. Se è vero che a seguito di un'ispezione improvvisa, che ho eseguito qualche giorno fa, la struttura interessata non ha evidenziato problematiche, sarebbe tuttavia opportuno presentarsi di notte in qualche struttura per verificare, ad esempio, se il guardiano svolga anche mansioni da assistente e se i pazienti vengano sedati.

MANGANO. Signor Presidente, è evidente che noi non siamo dei ricercatori, bensì un'associazione di volontariato e di promozione sociale che non intende sostituirsi agli studiosi.

Prendo atto del richiamo iniziale del senatore Gramazio, ma vorrei specificare che nella nostra ricerca sono rientrate anche le RSA, quindi era necessario che esponessi il nucleo della ricerca facendo riferimento anche alla normativa nazionale, la cui chiarezza per tutte le strutture non è affatto scontata. È altresì vero che molti provvedimenti regionali integrano, e modificano in qualche caso, la normativa nazionale. La ricerca è articolata Regione per Regione e al suo interno troverete riferimenti alle diverse situazioni regionali. Vi ho già consegnato il testo scritto della mia relazione ed aggiungo che essa è pubblicata anche sul sito Internet della nostra associazione. Ciò sempre tenendo conto dei nostri limiti, dal momento che non abbiamo la pretesa di andare oltre l'attività che spetta ad un'associazione di volontariato. La relazione quindi non fa alcuna confusione, ma semplicemente espone la situazione nelle varie articolazioni. Sappiamo cosa sono le RSA, cosa sono le residenze assistenziali e cosa sono le case di riposo: tutte – e non semplicemente alcune – presentano delle criticità. Da questo punto di vista, il dato è per noi abbastanza chiaro. Vogliamo fare tesoro anche di questa conoscenza, così da poter agire ed intervenire, ovviamente per quanto è di nostra competenza.

Conoscete meglio di me il tema della non autosufficienza. Peraltro, questo Governo ha annunciato un piano sulla non autosufficienza per gli anziani e un piano sulla disabilità, di cui non conosciamo i contenuti. Il fatto vero è che le famiglie si trovano oggi di fronte ad una situazione molto grave: non esiste più un fondo nazionale per la non autosufficienza e non c'è una legge quadro nazionale in materia. Le famiglie, quando possono, fanno ricorso alle assistenti familiari, il cui numero è ormai esorbitante, aggirandosi intorno al milione. Non so se i dati a nostra disposizione siano realistici, ma quelli che abbiamo parlano – lo ripeto – di almeno un milione di assistenti familiari nel nostro Paese, di cui solo la metà regolarizzate. Ripeto, però, che questo è un dato che sento riportare e sul quale non posso avere un riscontro scientifico. Ad ogni modo, è vero che le famiglie si sobbarcano del problema.

Un altro problema che notiamo nei nostri interventi come associazione di volontariato è legato alla presa in carico. Spesso, infatti, la presa in carico non tiene conto di un progetto personalizzato, di cui invece si avrebbe bisogno, a seconda delle patologie della non autosufficienza che sono state qui richiamate (un paziente oligofrenico è infatti diverso da uno affetto da Alzheimer). La situazione è quindi oggettivamente difficile. Ci dovrebbe essere un progetto personalizzato: mi riferisco alla famosa *équipe* multidimensionale, che permette di dare risposte in questa direzione. Il punto vero, però, è che spesso si approda all'istituzionalizzazione perché la famiglia non ce la fa. Le liste di attesa sono notevoli e differenziate da Regione a Regione e per tale motivo non è possibile avere una percentuale chiara e delineata.

I costi sono rilevanti. Come sapete meglio di me, esiste una forma di compartecipazione, che però rischia di essere messa in discussione attraverso la riforma dell'ISEE, di cui si sente parlare (vedremo cosa significherà e quali effetti potrà avere). Il tutto è legato, non solo alla patologia, ma anche alle condizioni e alle forme di compartecipazione sulla base della consistenza del patrimonio delle famiglie. Insisto: le liste di attesa sono lunghe.

Per quanto riguarda la carenza di personale, esiste una confusione di ruoli, funzioni e compiti: ad esempio, il portantino svolge anche le funzioni di infermiere e viceversa. Si tratta – quindi – di una situazione su cui occorre fare chiarezza a vantaggio di tutti, ma soprattutto delle famiglie che hanno bisogno. Questa indagine (al di là della questione se la competenza sia legata soltanto alle RSA) può avere delle ripercussioni e funzionare da deterrente anche nei confronti di quelle case di riposo che spesso diventano sostitutive all'istituzionalizzazione del cosiddetto pubblico. Credo che ciò, al di là dei compiti e dei ruoli, possa servire ed aiutare.

PRESIDENTE. Dottor Mangano, la ringraziamo per le precisazioni che ci ha fornito e per il materiale che vorrà gentilmente lasciare alla Commissione. Qualora ci fossero ulteriori quesiti da parte dei due relatori – senatore Gramazio e senatrice Poretti – glieli faremo pervenire di modo che lei possa rispondere.

MANGANO. Senz'altro. Sono a disposizione della Commissione anche i ricercatori, che oggi non hanno potuto essere presenti.

PRESIDENTE. Dottor Mangano, la ringrazio per il contributo che ci ha offerto.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

D'AMBROSIO LETTIERI (PdL). Signor Presidente, vorrei porre all'attenzione sua e della Commissione il problema, noto probabilmente a tutto il Parlamento, del blocco del *turn over*, che è stato oggetto di approfondimento e di tenace attività emendativa in Aula e nelle Commissioni di merito, per tentare di superare una norma che, per un verso, è finalizzata a governare la spesa ma, per altro verso, si traduce in ambito sanitario in un pregiudizio gravissimo per i livelli di efficienza delle prestazioni, con particolare riferimento alla garanzia dei LEA e a quelle aree dell'assistenza che vanno dai servizi di emergenza-urgenza, alle *stroke unit*, ai servizi di neochirurgia.

I quotidiani di oggi nella mia Regione, la Puglia, riferiscono di due vicende particolarmente inquietanti e preoccupanti. La prima è relativa all'attività che, con i consueti elevati livelli di competenza e rigore profes-

sionale, i Carabinieri dei NAS stanno svolgendo presso gli ospedali per indagare sul numero elevato e sospetto dei parti cesarei. So che alla Camera della vicenda si sta occupando la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, ma meriterebbe di essere approfondita anche da noi; pertanto, vorrei che lei valutasse, signor Presidente, le eventuali iniziative da adottare.

Segnalo inoltre un caso ancora più preoccupante: la morte di una ragazza di 28 anni, la quale, dopo avere dato alla luce qualche giorno fa un feto morto, è spirata per una serie di sintomatologie, ma senza che si potesse dare una spiegazione, come sarebbe stato auspicabile. È vero che dell'accertamento delle responsabilità nei casi di imperizia e negligenza si occuperanno gli organi di polizia giudiziaria e la magistratura inquirente, ma a me interessa puntare l'attenzione sul collasso che sta vivendo la Regione Puglia, considerata l'ormai cronica inadeguatezza degli organici dell'area sanitaria, che si trasforma in una grande esposizione al rischio per i medici e il personale sanitario, che nella stragrande maggioranza operano con livelli di responsabilità che considero stoici, diventando una sorta di parafulmini delle inefficienze.

Signor Presidente, per evitare che ci si ritrovi a leggere notizie del genere sui giornali e che il Parlamento avvii discussioni e dibattiti solo dopo che le morti si sono già verificate, affido il mio appello alla sua valutazione e al buonsenso e alla responsabilità dei colleghi, nel rinnovato clima politico che spero ci dia forze ed energie sufficienti ad anteporre ai personalismi gli interessi realmente centrali, che – ne sono sicuro – rappresentano una priorità per lei e per tutti noi.

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, i temi da lei sollevati sono estremamente importanti. Come ricorderà, qualche settimana fa abbiamo audito la vice direttrice generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, la quale ci ha ricordato i dati agghiaccianti della mortalità al momento del parto in alcune zone del mondo. In particolare, ci ha spiegato che nel pianeta muore di parto una donna ogni minuto. Ascoltare e leggere che simili eventi avversi, forse in circostanze prevenibili, non accadono soltanto nell'Africa subsahariana ma anche in importanti città del nostro Paese, è motivo di grande preoccupazione. Ritengo che si tratti di un tema che deve essere collegato con la questione del numero di posti letto, delle risorse e del blocco del *turn over* nei nostri ospedali.

La settimana prossima sottoporro all'Ufficio di Presidenza un quesito molto chiaro, ovvero se non sia opportuno ascoltare il Ministro della salute, dal momento che, avendo egli dichiarato pubblicamente di voler sollevare le Regioni dal blocco delle assunzioni, dovremmo comprendere qual è il percorso che intende seguire, in particolare per Regioni come la Puglia dove la problematica sembra essere un elemento di sofferenza e di criticità importante nel garantire la qualità delle cure ai nostri cittadini.

Accogliamo pertanto con molta attenzione la sua richiesta, senatore D'Ambrosio Lettieri, e la sottoporremo all'Ufficio di Presidenza per stabilire se ascoltare il Ministro o procedere in altro modo.

PORETTI (PD). Signor Presidente, intervengo per aggiungere che su questo tipo di problematiche spesso i Governi e i Ministri che si sono succeduti – ricordo anche il Presidente della Regione Puglia quando venne audito in questa Commissione – hanno preso degli impegni per una maggiore trasparenza. Occorrerebbe agire sulla struttura sanitaria per trasformarla in un soggetto meno passivo e dare contemporaneamente agli utenti la possibilità di migliorare la loro conoscenza del mondo della sanità, facilitando altresì l'accesso e le scelte nei confronti del sistema sanitario.

Signor Presidente, è necessaria maggiore trasparenza, anche per meglio comprendere le nomine fatte nelle dirigenze delle ASL, degli ospedali e quant'altro. Avere delle dirigenze nominate con criteri più politici che di tipo manageriale può comportare ulteriori problemi o aumentare quelli che già esistono. L'esigenza di pareggiare i bilanci sappiamo quanto può essere rischiosa nella sanità. Da una parte bisogna garantire una gestione più manageriale della sanità, che faccia pareggiare i bilanci, e dall'altra occorre fornire dei buoni servizi.

Faccio un appunto non polemico, ma in molte Regioni – la Puglia è fra queste – si sono addirittura fatti accordi con le Conferenze episcopali locali per fornire assistenza religiosa ai malati: preti e suore sono pagati con soldi pubblici per fare assistenza religiosa e vengono inquadrati, dal punto di vista dell'assunzione di personale, come infermieri – credo – di quarto livello. Sarebbe utile avere queste informazioni. Infatti, mancano gli infermieri, però ci sono le suore che fanno assistenza religiosa venendo pagate come fossero infermieri. Il mio vuole essere spunto in più per dire che la trasparenza e la selezione manageriale sarebbero utili anche per affrontare le segnalazioni che avete fatto.

PRESIDENTE. Confermo che di tali questioni sarà tempestivamente investito l'Ufficio di Presidenza.

I lavori terminano alle ore 14,50.