

SENATO DELLA REPUBBLICA

XII LEGISLATURA

Doc. XXII-bis

n. 2

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

(Istituita con deliberazione del 4 ottobre 1994)

(composta dai senatori: Martelli, Presidente; Binaghi, Di Orio, Vice Presidenti; Lavagnini, Gallotti, Segretari; Brugnattini, Campus, Carella, Carpinelli, Costa, Cozzolino, Dell'Uomo, Dionisi, Gualtieri, Modolo, Monteleone, Parola, Pepe, Serra, Sica, Xiumè)

RELAZIONE CONCLUSIVA

approvata il 13 marzo 1996

COMUNICATA ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 1996

INDICE

1. Ragioni istitutive, composizione, attività	Pag.	5
1.1 Le audizioni	»	6
1.2 I sopralluoghi	»	7
1.3 L'acquisizione dei dati	»	7
2. Le strutture ospedaliere incompiute	»	9
2.1 La base dei dati	»	9
2.2 L'analisi economica	»	12
2.3 Le considerazioni politiche	»	15
3. I policlinici universitari	»	19
4. Il Programma d'interventi «urgenti» per la prevenzione e la lotta all'AIDS	»	25
4.1 Gli interventi di «parte corrente»	»	25
4.2 Gli interventi «in conto capitale»	»	28
4.3 Considerazioni finali	»	35
5. La sicurezza del sangue	»	37
6. La politica del farmaco	»	41
7. Allegati:		
N. 1. - Tabella sui Policlinici a gestione diretta	»	47
N. 2. - Tabella sui Policlinici a gestione indiretta	»	50
N. 3. - Elenco delle strutture ospedaliere incompiute sul territorio nazionale aggiornata al 13 marzo 1996	»	55
N. 4. - La base dei dati delle strutture ospedaliere incompiute	»	61

1. Ragioni istitutive, composizione, attività

La Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie è stata istituita dal Senato della Repubblica con deliberazione dell'Assemblea, adottata il 4 ottobre 1994, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e dell'articolo 162 del Regolamento del Senato.

L'articolo 1 della deliberazione definisce l'ambito dell'inchiesta parlamentare, attribuendo alla Commissione il compito di acquisire tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni sanitarie, organizzative ed economiche delle strutture sanitarie pubbliche e private e per verificare l'attuazione della normativa in materia, al fine di fornire al Parlamento i punti di riferimento in relazione all'applicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ed alla eventuale necessità di modifiche di tale provvedimento.

Il Presidente del Senato - ai sensi dell'articolo 4, comma 2, della deliberazione istitutiva - ha chiamato il senatore Valentino MARTELLI a presiedere la Commissione ed a farne parte i senatori: Giovanni BINAGHI, Ferdinando DI ORIO, Severino LAVAGNINI, Pier Giorgio GALLOTTI, Massimo BRUGNETTINI, Gianvittorio CAMPUS, Francesco CARELLA, Carlo CARPINELLI, Rosario COSTA, Carmine COZZOLINO, Angelo DIONISI, Cesare DUJANY, Libero GUALTIERI, Elia MANARA, Maria Antonietta MODOLO, Antonino MONTELEONE, Vittorio PAROLA, Luigi PEPE, Vincenzo SICA e Giombattista XIUMÈ. Il senatore Manara è stato sostituito il 21 febbraio 1995 dal senatore Biagio Antonio DELL'UOMO, il quale, a sua volta, è stato sostituito dal senatore Enrico SERRA il 28 giugno 1995; il senatore Dujany è stato sostituito il 5 luglio 1995 dal senatore Remo ANDREOLI e quest'ultimo è stato sostituito dal senatore DELL'UOMO che è rientrato a far parte della Commissione il 10 ottobre del 1995.

Per lo svolgimento dei compiti ad essa affidati, la Commissione d'inchiesta ha effettuato un rilevante numero di audizioni e di sopralluoghi e ha proceduto, per i diversi argomenti d'indagine, ad acquisire informazioni mediante l'invio di questionari appositamente predisposti.

La documentazione raccolta è notevole e, sino a questo momento, non è stato ancora possibile esaminarla e verificarla nella sua totalità.

Occorre sottolineare, però, come sia necessario procedere al completamento dell'acquisizione dei documenti, poichè in diversi casi gli interlocutori hanno mancato di fornire la richiesta documentazione.

A questo proposito, la Commissione aveva deciso un più accentuato ricorso all'impiego del Nucleo della Guardia di finanza costituito presso gli organismi parlamentari per l'assolvimento dei compiti di polizia giudiziaria.

Purtroppo, però, ogni attività di indagine è stata interrotta dalla fine anticipata della legislatura.

La Commissione d'inchiesta ha avuto a sua disposizione 16 mesi per lo svolgimento del mandato affidatole dalla deliberazione del 4 ottobre 1994. Un tempo che si è rivelato insufficiente per esaminare tutti i temi previsti. A ciò si aggiunga che solo dopo 8 mesi dalla sua istituzione, la Commissione è riuscita ad ottenere il *budget* richiesto.

La materia è particolarmente articolata e, nonostante il lavoro svolto, molti temi debbono essere ancora affrontati; più di uno dei problemi oggetto d'indagine, poi, meriterebbero di essere completati ed approfonditi.

Si ritiene pertanto opportuno che l'attività d'indagine possa proseguire anche nella XIII legislatura, mediante il rinnovo della Commissione d'inchiesta stessa, ovvero attraverso la istituzione di un apposito organo parlamentare di controllo e di monitoraggio della Sanità in Italia.

1.1 Le audizioni

Nell'ambito dell'indagine sugli ospedali incompiuti, la Commissione ha incontrato il dottor FALCITELLI, direttore del Servizio di programmazione sanitaria del Ministero della sanità, il dottor BORSANI, assessore alla sanità della regione Lombardia, il dottor COSENTINO, assessore alla sanità della regione Lazio, il dottor SACCOMANNO, assessore alla sanità della regione Puglia ed il professor BARRO, dell'assessorato alla sanità della regione Umbria.

Con particolare riferimento alla situazione dell'ospedale Spallanzani di Roma, il dottor BENEDETTO, assessore alla sanità della regione Lazio ed il dottor TOSTI CROCE, direttore generale dell'azienda ospedaliera Spallanzani, Forlanini e San Camillo, nonchè i rappresentanti sindacali della CISL, CGIL, UIL e CISNAL della stessa azienda ospedaliera.

Per l'indagine sui policlinici universitari, invece, la Commissione ha proceduto alle audizioni del professor TECCE, rettore dell'Università «La Sapienza» di Roma, del dottor LONGHI, direttore generale del policlinico «Umberto I» di Roma, del professor MACRÌ, componente del consiglio per la gestione tecnico-amministrativa dell'azienda policlinico «Umberto I» e delle dottoresse DE LUCA e MELAGRANO dell'assessorato alla sanità della regione Lazio, dei rappresentanti sindacali della CISL, della CGIL e dei COBAS nonchè dei medici ospedalieri, in merito alle vicende del policlinico dell'Università degli studi «La Sapienza». Per il problema più generale, sono stati sentiti il rettore della seconda Università di Napoli, professor MANCINO, ed il preside della locale facoltà di medicina e chirurgia, professor GRELLA; il rettore dell'Università di Milano, professor Mantegazza, ed il preside della locale facoltà di medicina e chirurgia, professor Tomasello; il rettore dell'Università «La Sapienza» di Roma ed il preside della locale facoltà di medicina e chirurgia, professor FRATTI; il rettore dell'Università di Messina, professor STAGNO D'ALCONTRES, ed il preside della locale facoltà di medicina e chirurgia, professor TOMASELLO.

Sulla facoltà di libera scelta dell'assistito, la Commissione d'inchiesta ha sentito il Ministro della sanità GUZZANTI e il Ministro per la funzione pubblica e gli affari regionali FRATTINI.

Per quanto riguarda l'indagine sulla sicurezza del sangue, la Commissione ha proceduto alle audizioni del Ministro della sanità GUZZANTI, del presidente dell'Associazione volontari italiani del sangue (AVIS), avvocato BELTRAMI, del dottor DE STASIO, presidente della Società italiana di medicina trasfusionale, del professor MANDELLI, ordinario di ematologia presso l'Università «La Sapienza» di Roma, del senatore MULAS, specialista in medicina trasfusionale, del Comandante generale del Nucleo antisofisticazioni e sanità (NAS) dell'Arma dei carabinieri, colonnello PALOMBO.

Infine, in relazione all'indagine sulla politica del farmaco, con particolare riferimento all'epoca della classificazione delle specialità medicinali, la Commissione d'inchiesta, al fine di acquisire informazioni e dettagli circa le procedure utilizzate, ha ritenuto opportuno ascoltare, in libera audizione, il Ministro della sanità GUZZANTI, il presidente dell'Associazione degli industriali farmaceutici, NAZZARI ed i componenti della Commissione unica del farmaco nel biennio 1993-94. A tale ultimo riguardo, lo scioglimento anticipato delle Camere non ha permesso il completamento delle audizioni; sono stati infatti sentiti soltanto il dottor SCIOTTI, direttore generale *pro tempore* del servizio farmaceutico del Ministero della sanità, il professor FEDERSPIL, il professor MANTEGAZZA, il professor FRATI, il professor GARATTINI ed il professor GESSA.

1.2 I sopralluoghi

La Commissione d'inchiesta, costituitasi in apposite delegazioni, con la partecipazione di solo alcuni dei membri e con la presenza costante del Presidente, ha effettuato numerosi sopralluoghi ai fini dell'indagine sugli ospedali incompiuti, per verificare sul posto le denunce e le segnalazioni acquisite agli atti.

In particolare, sono stati visitati gli ospedali di Ferrantazzo, Pizzo, Vibo Valentia, Rosarno, Melito, Scalea e Cassano in Calabria; quelli di Torre Annunziata, Gragnano, Agropoli, Sarno, Pagani, Nocera inferiore, Pogerola di Amalfi, Cerreto sannita e San Bartolomeo in Campania; le strutture ospedaliere di Magliano Sabina, Poggio Mirteto, Viterbo, Civitavecchia, Fondi, Terracina, Sora, Tivoli, Palestrina e Palombara sabina nel Lazio; gli ospedali di Pescara, Chieti e L'Aquila, in Abruzzo; quelli di Velletri sul Mincio, Bassano del Grappa, Vicenza ed Adria, in Veneto; le strutture ospedaliere di Brindisi, Campi Salentina, Casarano, Gallipoli, Poggiardo, Oncologico di Lecce, Ospedale Nord di Taranto, Motola, Castellana Grotte, Monopoli, S. Paolo di Bari, Vico del Gargano e Monte S. Angelo, in Puglia; gli ospedali Cervello e Villa Sofia di Palermo, Cefalù, Ragusa, Catania, Messina, Vittoria e Modica, in Sicilia.

1.3 L'acquisizione dei dati

La Commissione d'inchiesta ha acquisito informazioni anche attraverso specifiche richieste ai vari interlocutori, soprattutto gli assessori regionali alla sanità, e l'invio di questionari appositamente predisposti

per conoscere la situazione dei policlinici universitari, acquisire i dati relativi ai flussi finanziari impiegati dalle aziende farmaceutiche per la ricerca e la sperimentazione presso istituti esterni e reperire, infine, informazioni più dettagliate circa le strutture ospedaliere incomplete.

Per lo studio, poi, delle problematiche concernenti l'accesso alle strutture sanitarie ed ai servizi ed il relativo funzionamento, la Commissione, preso atto della difficoltà di reperire informazioni aggiornate dalle basi di dati in possesso del Ministero della sanità e dell'Istituto superiore di sanità, ha affidato ad un raggruppamento di imprese, costituito dalle società Andersen Consulting, Coopers & Lybrand e IBM - Consulenza sanità e coordinato dal dott. Francesco Taroni dell'Istituto superiore di sanità, il compito di svolgere un'indagine finalizzata a raccogliere ed elaborare un insieme di dati relativo ad alcune patologie di particolare interesse, rilevati in un campione rappresentativo di strutture sanitarie distribuite su tutto il territorio nazionale. Tale indagine, in particolare, è stata indirizzata alla raccolta di informazioni concernenti le liste d'attesa con riferimento alle modalità d'accesso ed ai veri e propri tempi di attesa, nonché di ulteriori dati inerenti ai costi, in modo da poter effettuare analisi del livello di onerosità dei trattamenti e della capacità di copertura delle spese sanitarie.

Purtroppo, questa indagine, la principale tra quelle che la Commissione doveva intraprendere è partita piuttosto in ritardo, rispetto alle aspettative. Ci sono voluti infatti sei mesi per perfezionare gli aspetti contabili e burocratici del suo affidamento al suddetto raggruppamento di imprese.

2. Le strutture ospedaliere incompiute

La Commissione - dovendo acquisire, in base alla delibera istitutiva, tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni sanitarie, organizzative ed economiche delle strutture sanitarie pubbliche e private - ha dedicato particolare attenzione alle «problematiche concernenti il funzionamento», ivi considerate quelle relative alla «riconversione degli ospedali e la riorganizzazione dei servizi territoriali» (artt. 1 e 2 della deliberazione del Senato in data 4 ottobre 1994).

A tal fine, la Commissione ha cercato di attingere un'ampia base conoscitiva, sia mediante l'effettuazione di sopralluoghi sul posto, sia mediante la sollecitazione al Ministero della sanità e alle singole Regioni di tutte le informazioni possibili circa le situazioni a tal proposito anomale, relative alle strutture ospedaliere pubbliche.

La Commissione lamenta, a tale riguardo, l'incompletezza dei dati pervenuti e soprattutto la genericità - più spesso l'assenza totale - delle spiegazioni fornite, che tutte fanno riferimento a fenomeni di sovrapposizione tra normative regionali e statali ovvero a fenomeni più generali relativi alla successione delle leggi nel tempo ed al conseguente sovrapporsi di criteri d'emergenza a criteri di più ordinata amministrazione delle risorse.

Nelle sedute del 14 e 20 dicembre 1994 la Commissione parlamentare ha avuto notizia dal Ministero della sanità - rappresentato in quella sede dal dottor Falcitelli, direttore del servizio di programmazione sanitaria - che il numero delle strutture incompiute era di 29 ospedali.

In quella occasione fu già rilevata, da parte dei senatori presenti e sulla base delle sole conoscenze personali, la sottostima della fonte ministeriale. I parlamentari fecero notare per un verso alcune rimarchevoli assenze come quelle relative alla situazione della Sicilia (di cui si dirà subito dopo) o l'ospedale dell'Aquila in costruzione da 26 anni e oggetto di interrogazioni parlamentari nella XII legislatura; gli stessi parlamentari, per altro verso, hanno rilevato la presenza, nell'esposizione di fonte ministeriale, di ospedali ultimati o in fase di ultimazione.

Il primo impegno della Commissione d'inchiesta è stato, pertanto, quello di procedere a definire l'entità del fenomeno che in tutta evidenza sembrava del tutto sottovalutata dal Ministero della sanità.

Successive indagini svolte, in modo particolare, presso le Regioni, che certamente non sono state solerti nell'adempiere alle richieste della Commissione, anch'esse per insufficiente conoscenza del fenomeno, hanno ulteriormente ampliato il numero delle strutture sanitarie incompiute o anormalmente incomplete, tanto che esso può definirsi nell'ordine delle 120 unità.

2.1 La base dei dati

Grazie alle informazioni acquisite mediante i sopralluoghi, alla documentazione inviata dalle Regioni e alla collaborazione dell'Ufficio in-

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

vestimenti del Ministero della sanità, è stato possibile realizzare un archivio di dati che, seppure con molti vuoti, costituisce una base di informazioni importante per avere, nell'immediato, un quadro generale del problema e, in futuro, un vero e proprio strumento per il monitoraggio della situazione.

Si ritiene, infatti, auspicabile l'istituzione di un «Registro nazionale delle strutture ospedaliere», al quale far affluire tutte le informazioni che riguardano le strutture stesse, la loro funzionalizzazione ed attrezzaggio.

Non si tratta di un ulteriore orpello burocratico, ma di una funzione di *intelligence* alimentata per la conoscenza, da un unico obbligo: tutti gli atti delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, che riguardano la progettazione di opere, l'aggiudicazione di gare, l'assegnazione di lavori, l'apertura e la chiusura di cantieri, debbono in copia essere inviati al Registro. A tale struttura non resterà che trasformare tali informazioni elementari, in un quadro il più possibile completo dello stato effettivo delle costruzioni ospedaliere.

La Commissione d'inchiesta ha esaminato circa 170 casi anomali, di questi più di 120 presentano caratteristiche anomale, tali da classificarle come strutture *incompiute o, quanto meno, inaccettabilmente incomplete*.

La tabella che segue riporta sinteticamente il numero di tali strutture ripartito per regione:

Regione	Strutture ospedaliere incompiute o incomplete
Abruzzo	3
Basilicata	3
Calabria	8
Campania	9
Friuli-Venezia Giulia	2
Lazio	11
Liguria	7
Lombardia	4*
Marche	3
Molise	7
Provincia autonoma di Trento	1
Piemonte	1
Puglia	20
Sardegna	3
Sicilia	33
Umbria	1
Veneto	7
Totale . . .	123

* Tra gli incompiuti della regione Lombardia è compreso l'ospedale del carcere di opera che dipende dal Ministero di grazia e giustizia.

È da osservare come, a tale proposito, ci sia discordanza con i dati in possesso del Ministero della sanità, per il quale le strutture incomplete sarebbero soltanto 62. Il Ministero considera infatti non «patologiche» quelle situazioni nelle quali l'ospedale sia in buona parte attivo, ovvero, essendo prevista la realizzazione per lotti funzionali, siano stati conclusi uno o più di questi. La Commissione d'inchiesta, invece, considera «patologici», non solo i casi più eclatanti degli ospedali incompiuti ma anche quelli di strutture ospedaliere i cui lavori non sono stati completati ovvero presentano settori importanti non ancora attivati. Spero di risorse pubbliche c'è infatti anche in situazioni nelle quali un ospedale è in costruzione per lotti funzionali da 10 o 15 anni o come quella dell'ospedale di Civitavecchia che, seppure attivo, presenta ancora un ultimo piano completamente in abbandono.

Dall'esame della base di dati in possesso della Commissione e che costituisce, in allegato, parte integrante di questo documento, possono evidenziarsi alcuni comportamenti che, pur non portando ad una ragionistica valutazione del costo improprio sostenuto dalla collettività, possono dare il segno qualitativo del danno economico.

Danno arrecato da un sistema di strutture ospedaliere pubbliche, dove il tempo di edificazione è rilevantemente lungo, il dimensionamento economico del progetto complessivo non sempre definito secondo fini di fattibilità, la progettazione tiene conto delle sole parti edilizie sottovalutando le necessità derivanti dalla funzionalizzazione dell'immobile.

Si possono rilevare, almeno tre condizioni di costo improprio:

- 1) ospedali completati a livello di cantiere che non risultano attivati;
- 2) ospedali i cui cantieri di costruzione sono stati sospesi;
- 3) trasformazione della destinazione in corso d'opera che comporta rallentamenti ed inattivazioni.

Quanto, in particolare, al secondo punto, diverse possono essere le cause di sospensione dei cantieri ma le più frequenti sono riconducibili a mancanza di finanziamenti. A questo proposito, troppo spesso si innescia il fenomeno di circuiti viziosi per i quali l'insufficienza dei finanziamenti determina, in successione, il blocco del cantiere, la lievitazione dei prezzi, nuovi finanziamenti ormai insufficienti, nuovo blocco del cantiere, nuova lievitazione dei prezzi, nuova e maggiore necessità di finanziamenti.

All'interno, poi, della fattispecie sospensione, si deve rilevare una particolare sottospecie che è rappresentata dalla trasformazione d'uso dell'opera in corso di costruzione, necessitata spesso dalla nuova programmazione sanitaria che le Regioni stanno via via, ma con grande lentezza, adottando.

Le conseguenze della mancata attivazione delle strutture ospedaliere non sono di semplice individuazione, poichè esse possono essere diverse, come diverso può essere l'intervento strutturale. Quest'ultimo, infatti, può essere di costruzione *ex novo*, di ampliamento di struttura esistente, di ristrutturazione di edificio preesistente o di semplice messa a norma di esso.

La mancata attivazione, poi, può essere conseguente al non avvio dei lavori programmati, alla sospensione dei lavori in corso d'opera, al mancato collaudo dei lavori, alla mancata funzionalizzazione dei lavori conclusi e collaudati, all'assenza di personale necessario al funzionamento delle strutture.

Per la facoltà poi, fino ad oggi possibile, di suddivisione dell'intero intervento in lotti ed in stralci funzionali, talvolta le diverse condizioni si sommano creando un groviglio di situazioni dalle quali è difficile districarsi, salvo un'azione di indagine vera e propria per ogni singolo caso.

Ulteriori difficoltà sorgono dal tempo di costruzione degli ospedali, talvolta estremamente lunga e dal fatto che i soggetti istituzionali responsabili della realizzazione delle opere ospedaliere nel sistema sanitario italiano hanno subito trasformazioni importanti, in relazione alle quali la responsabilità è passata da un soggetto all'altro.

Fino alla realizzazione degli enti ospedalieri, i soggetti preesistenti, in misura maggiore o minore, provvedevano con proprie fonti finanziarie, con l'avvio del decentramento regionale le Regioni e le provincie autonome hanno assunto l'onere del finanziamento fino al 1988, soprattutto attraverso le quote in conto capitale del fondo sanitario nazionale; poi con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 vengono programmate rilevanti risorse per una pianificazione nazionale delle strutture ospedaliere pubbliche attraverso il coordinamento regionale.

Ricostruire la storia contabile dei diversi finanziamenti è pertanto cosa estremamente ardua, se si considera che ciascun intervento è spesso durato ben oltre le diverse fattispecie di finanziamento che si sono succedute. Difficile è poi esaminare documenti contabili, conti consuntivi delle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB), dei comuni, delle provincie, degli enti ospedalieri e delle USL, che non sempre danno specifica indicazione e, talvolta, sono estremamente lacunosi quando non mancano del tutto.

In qualche modo si può affermare che il primo vero e proprio passo verso la costituzione di un momento di conoscenza comune del problema, nasce con le procedure, peraltro estremamente farraginose, conseguenti all'attivazione del primo triennio del finanziamento ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Per effetto di questo provvedimento il Ministero della sanità è stato in grado di produrre, tra l'altro, un documento relativo allo stato di attuazione del programma straordinario di investimenti, aggiornato al 31 dicembre 1995.

Va quindi sottolineato come manchi in Italia una banca dati che contenga la storia della costruzione e dell'aggiornamento delle strutture edilizie del Servizio sanitario nazionale e, dall'esperienza che sembra seguire dall'indagine svolta dalla Commissione d'inchiesta, le Regioni non sono in grado di fornire sempre un esauriente quadro di ciò che si è verificato e che, a partire dai primi anni settanta, è stato da loro stesse in larga parte guidato.

2.2 L'analisi economica

Purtroppo la base di dati a disposizione, non permette un'analisi esaustiva dei costi e dei danni. Ci sono vuoti d'informazione relativi ai

finanziamenti e non è detto che le cifre riportate siano realmente significative della realtà che rappresentano. Sotto questo profilo, anche i confronti non possono essere esaustivi.

A titolo di mera curiosità si riportano le cifre contenute nella base di dati. Il costo presunto delle opere proposte per il finanziamento *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 ammonta a lire 2.100 miliardi; il CIPE ha approvato, alla data del 31 dicembre 1995, finanziamenti per lire 860 miliardi; sono stati utilizzati altri finanziamenti per un importo di 1.130 miliardi di lire; risultano, infine, necessari per il completamento 1.100 miliardi.

È da sottolineare, ancora una volta, che questi numeri sono solo indicazioni contabili sulle quali non è prudente fare confronti. Ciò non toglie la possibilità di fare considerazioni interessanti dal punto di vista del comportamento nell'allocazione delle risorse.

Occorre precisare come, ai fini dell'indagine della Commissione, il costo del mancato completamento o della mancata attivazione di strutture edilizie completate, non è riconducibile al costo necessario alla costruzione della struttura, bensì al costo che deriva dall'aver impiegato senza risultato risorse pubbliche.

Tale comportamento può essere peraltro la conseguenza di incapacità di definire correttamente le condizioni per la realizzazione dell'obiettivo, anche finanziario; ma anche della incapacità di governare il processo di realizzazione o la contestuale disponibilità finanziaria.

La storia della costruzione infinita di complessi ospedalieri è fatta di opere generali prive di una dimensione finanziaria disponibile coerente, spesso anche per questo neppure complete nella fattibilità progettuale, funzionale ed economica, realizzate per lotti funzionali e, talvolta, per stralci all'interno dei lotti. Una procedura erratica, con ripetute sospensioni e riprese dei lavori, che determina, tra l'altro, in relazione ai poteri presenti nei momenti di riavvio dei lavori, ripetute modifiche del progetto originale i cui oneri di modifica si aggiungono a quelli necessari per riportare al livello di ulteriore edificabilità manufatti incompleti e lasciati privi di protezione dall'azione degli agenti atmosferici e, talvolta, esposti ad atti vandalici.

Esiste infine, il problema di separare, per il diverso loro significato:

- 1) le somme che sono state erogate ed impiegate;
- 2) le somme che sono state stanziolate ma non erogate;
- 3) le somme richieste ma non stanziolate.

Il costo improprio è nettamente più rilevante nel primo caso, in quanto si tratta di somme impiegate per costruire strutture o parti di strutture non operative, in pratica, un inutile impiego di risorse.

Rispetto al secondo caso, dove le risorse sono state rese disponibili ma, non essendo avanzata la costruzione della struttura ospedaliera, le stesse sono rimaste inutilizzate, i costi sono conseguenti alla perdita di valore effettivo conseguente all'inflazione ed agli eventuali costi finanziari, se le risorse provengono da azioni di indebitamento.

Quanto, infine, alla terza ipotesi, pur non trattandosi di costo improprio, essa è la dimostrazione dell'incapacità di realizzare una programmazione immobiliare ospedaliera, talché l'improprietà da censu-

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

rare non è individuabile in un valore quantificabile, bensì nella valutazione qualitativa della capacità o meno di essere, le USL ed i loro dirigenti, capaci della programmazione e della realizzazione degli investimenti.

Un'ultima osservazione di carattere economico scaturisce, infine, dall'esame del costo standard ipotizzabile per la realizzazione di un ospedale nuovo, costruito per una funzionalità media da mantenere per i prossimi venti anni, così come deriva da recentissime valutazioni effettuate nell'area dell'Italia nord-occidentale.

Fatto 100 il costo totale di una struttura ospedaliera da costruire oggi *ex novo*, completa di attrezzature e pronta a funzionare, i pesi delle diverse componenti di costo sono date dalla tabella seguente:

Opere	Specificazione del tipo di opera	Peso percentuale dell'opera specificata	Peso percentuale dell'opera
Lavori	opere edili	46	71
	impianti meccanici	10	
	impianti elettrici	8	
	trasporti automatizzati	7	
Funzionalizzazione	arredi ed attrezzature	9	16,4
	impianti speciali	2	
	spese tecniche correlate	5,4	
Utenze	allacciamenti	0,6	0,6
Opere varie	allacciamento con la viabilità ordinaria	1,8	1,8
Imposte	IVA: 10% sui lavori e 19% sulla funzionalizzazione	10,2	10,2
		100	100

Con riferimento ai dati percentuali riportati nella tabella, sembra interessante evidenziare come, nell'ipotesi che le risorse *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 fossero tutte destinate all'attività di costruzione dell'immobile, ogni 100 lire di finanziamento statale, così come previsto dalla norma citata, determinano la necessità di altre 5 lire di finanziamento regionale, per un totale di 105 lire; a ciò va aggiunto un 29 per cento necessario alla funzionalizzazione dell'immobile, alla realizzazione delle opere viarie e al pagamento delle imposte.

Questo significa che se si investono i fondi statali e regionali (105 lire), completamente nei lavori necessari alla sola costruzione dell'immobile, posto che il peso di questi è pari al 71 per cento, il costo globale dell'ospedale chiavi in mano ammonterà a circa 150 lire; sarà quindi necessario rinvenire da altre fonti ulteriori risorse pari a circa 45 lire.

È evidente come la Regione che intenda avvalersi dei finanziamenti previsti dal programma straordinario di edilizia sanitaria per la costruzione di un nuovo ospedale, debba mettere in conto la necessità di reperire, con altre forme, il 50 per cento del finanziamento ottenuto dallo Stato. Ciò potrebbe, peraltro, spiegare alcune condizioni di sospensione dell'attività di costruzione o completamento delle opere per carenza di fondi; ogni sospensione, infatti, avvia ineluttabilmente il circuito perverso dell'indebitamento che porta alla lievitazione dei costi e, talvolta, all'impossibilità di concludere la costruzione dell'edificio.

2.3 *Le considerazioni politiche*

Si rendono a questo punto necessarie alcune considerazioni finali.

La maggior parte delle strutture incompiute risale al periodo di tempo che corre dal 1970 al 1978, data di istituzione del Servizio sanitario nazionale. È evidente che il riconoscimento di funzioni legislative programmatiche affidate alle Regioni, invece di inserirsi positivamente sul livello di competenza spettante costituzionalmente allo Stato - in nome del principio di uguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del Servizio sanitario - ha prodotto contraddizioni e vuoti di potere all'interno dei quali - anche per responsabilità della classe politica centrale e periferica - si è dilatato in maniera abnorme il problema delle strutture incompiute.

Nè gli interventi più recenti, sia pure ispirati al meritorio intento di impostare soluzioni costruttive, hanno sortito effetti positivi anzi sono serviti ad accrescere la dimensione dei problemi e moltiplicare il numero delle strutture incompiute.

In particolare l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, la legge finanziaria del 1988, autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, da finanziarsi mediante operazioni di mutuo a carico del bilancio dello Stato, per l'importo complessivo di 30.000 miliardi. L'articolo predetto prevede inoltre che le Regioni sono autorizzate a contrarre tali mutui nel limite del 95% della spesa risultante dal progetto; la parte rimanente deve essere attivata con risorse proprie.

Su uno stanziamento globale di 9.400 miliardi, al 31 dicembre 1995, cioè sette anni dopo, risultano approvati con delibere CIPE finanziamenti per appena 3.182 miliardi e 999 milioni, pari al 33,9 per cento del totale. Sono stati però effettivamente autorizzati mutui per lire 2.727 miliardi e 588 milioni pari al 29 per cento del totale delle assegnazioni previste.

Oltre 6000 miliardi di lire, quindi, sono in attesa di essere utilizzati.

Con questa scelta il legislatore ha cercato di far reagire sul sistema delle competenze regionali un forte elemento di correzione, con la volontà di modificare dal centro quelle tendenze regionali che avevano condotto ad uno sviluppo delle strutture sanitarie fortemente asimmetrico, concentrando geograficamente l'offerta intorno ai nuclei esistenti e più efficienti.

La concentrazione dell'offerta, soprattutto di quella più altamente qualificata in alcune regioni del centro-nord, aveva creato un sistema inadeguato e costoso, i cui tratti salienti sono così riassumibili:

- a) incongruo utilizzo di strutture ben attrezzate al nord;
- b) sovrappollamento di strutture vecchie e carenti al sud e moltiplicazione del fenomeno degli ospedali incompiuti che assume una dimensione prettamente meridionalistica.

Tuttavia, quali che fossero le intenzioni del legislatore - peraltro basate su una valutazione ottimistica sullo stato della programmazione del settore e, in particolare, sulla possibilità che il sistema potesse convergere spontaneamente verso una riduzione dei posti-letto complessivi (sposando le misure tecnico programmatiche con quelle meramente finanziarie) - si è venuta oggettivamente a creare una commistione, ed un conflitto, tra due opposti meccanismi decisionali, quello straordinario e quello ordinario, che ha poi portato al blocco pressochè totale dei finanziamenti.

In questa situazione sono intervenuti negativamente il decreto ministeriale n. 321 del 1989 e le linee guida ad esso collegate, perchè, invece di riconoscere priorità ai problemi inerenti le strutture incompiute, hanno dato del concetto di ristrutturazione edilizia un'interpretazione talmente estesa da ricomprendere qualsiasi tipologia edilizia, comprese le nuove edificazioni e le acquisizioni di strutture esistenti.

Una successiva nota del Ministero della sanità, diramata alle Regioni nel 1990, correggeva le precedenti linee guida, chiarendo come l'orientamento in materia fosse quello di «recuperare al massimo il patrimonio esistente» e di considerare «l'edificazione *ex novo* come soluzione residuale, in assenza di alternative (inesistenza di patrimoni riutilizzabili)».

Le linee guida adottate dal Ministero della sanità nel 1990 hanno stabilito successivamente, quando però buona parte dei «giochi» da parte delle Regioni erano già «consumati», che «per evitare il ricostituirsi di opere incompiute» è vietato procedere per stralci o per lotti funzionali, essendo necessaria una delibera approvativa dell'intera opera anche se essa travalica il triennio del piano.

In questo quadro, il completamento dell'opera sarebbe stato assicurato dalle risorse dei trienni successivi, impiegate prioritariamente a questo fine.

Il meccanismo previsto dalle linee guida del 1990 non ha assicurato - in mancanza di manovre restrittive negli esercizi futuri per il contenimento delle altre spese in conto capitale (diverse dal completamento degli ospedali) - una reale priorità al completamento delle strutture; anzi ha incentivato l'avvio di un ampio numero di iniziative del primo triennio, eccessivamente frazionate ed artificiosamente programmate su un arco temporale di più trienni.

Si è così innescata una nuova spinta all'allargamento del fenomeno degli ospedali incompiuti, peraltro arginata dal comportamento di alcune Regioni, come la regione Lombardia (piano decennale), che hanno agito in difformità dalle direttive ministeriali ed hanno rilevato invece la «necessità di finanziare soltanto lotti funzionanti e funzionali proprio al fine di non originare opere incompiute».

In conclusione la Commissione parlamentare d'inchiesta rileva, con riferimento agli aspetti più recenti e preoccupanti del fenomeno oggetto di indagine, come sia mancata nel legislatore la consapevolezza che le misure di riorganizzazione della rete ospedaliera rappresentavano, come sottolineato dalla stessa amministrazione sanitaria, una misura antecedente «in senso logico e cronologico» al programma straordinario di investimenti (atto parlamentare Senato della Repubblica n. 470/B della X legislatura). In altre parole è mancata la consapevolezza del nesso indispensabile tra programmazione ordinaria e straordinaria, come si rileva dalla mancata approvazione dell'articolo 12 del capo VII (disposizioni in materia sanitaria) del disegno di legge, che conteneva una serie di misure tese alla riorganizzazione delle strutture ed alla preventiva riduzione dei posti-letto ospedalieri.

L'amministrazione sanitaria peraltro ha utilizzato le norme esistenti con scarso senso di discernimento della realtà dei problemi, tanto è vero che ha fatto seguire decreti attuativi e linee guida non del tutto coerenti alle posizioni conclamate, determinando rapide e dannose inversioni nei criteri di indirizzo.

L'aspetto più grave riguarda però il tema della programmazione regionale.

Dall'esame di 14 piani di investimento che è stato possibile confrontare sono emersi i seguenti elementi:

- 1) frequente sovrastima della domanda di ricoveri e quindi una previsione di capacità di offerta in eccesso;
- 2) preferenza accordata alle nuove edificazioni, anche a costo di rinviare alcuni completamenti di opere già avviate in passato;
- 3) rinvio degli studi di fattibilità ad una fase successiva, con l'effetto di conferire un carattere provvisorio e transeunte ai piani stessi.

Le pressioni locali e la ricerca del consenso hanno agito come alternativa alla programmazione anche perchè chi non rispetta le regole nel campo della programmazione economica non subisce sanzioni. Nessuna regione ha subito conseguenze per il fatto di non disporre di un piano sanitario aggiornato o per non aver predisposto gli studi di fattibilità nei tempi previsti originariamente. Nessuna USL è stata privata dei finanziamenti per non aver completato il censimento del patrimonio sanitario. E così via continuando.

Accanto all'azione sanzionatoria sarebbe stato opportuno sviluppare la funzione valutativa e di assistenza, che, con particolare riguardo al piano straordinario per la ristrutturazione ed il completamento delle opere, non solo ha avuto un ruolo marginale ma soprattutto è stata imposta dopo la conclusione dei processi decisionali effettivi, rappresentando così una causa di conflitto tra le amministrazioni centrali e quelli regionali.

Ma il nodo vero riguarda la programmazione, il suo impianto ed il carattere decisionale che ad essa è possibile anettere, non solo per la parte che riguarda la limitazione delle spese ma soprattutto per la parte che riguarda una diversa dislocazione ed impiego delle risorse.

In definitiva si ritiene che il metodo della programmazione onnicomprensiva sia sbagliato perchè assolutamente ininfluente, e vada

sostituito da un metodo meno ambizioso e con carattere sperimentale come è la *programmazione per progetti*.

Da un punto di vista più generale la Commissione d'inchiesta non può che denunciare come il fenomeno degli ospedali incompiuti abbia comportato un costo sociale gravissimo per la collettività. Questa ha subito per decenni distrazione dei fondi per opere mai rese funzionali e un costo sul piano della risposta ai bisogni di salute dei cittadini che nell'attesa della ultimazione delle strutture sanitarie sono costretti a rivolgersi a strutture sanitarie inadeguate.

Si pone inoltre l'esigenza per le Regioni di procedere a verifica delle opere in costruzione per stabilire se - essendo cambiate nell'arco di due decenni le condizioni demografiche, tecnologiche, e di tipologia delle costruzioni - intendono o meno ultimare le opere o procedere ad una loro riconversione.

Non si può tuttavia sottacere che, stando ad una valutazione approssimativa, risulterà estremamente difficile per gran parte delle opere incompiute indicare una utilizzazione che risponda alle esigenze per le quali sono poste in essere o per scopi analoghi.

Questa ultima drammatica constatazione vale a dimostrare, ove ce ne fosse ancora bisogno, quanto siano rilevanti i costi per la collettività, che un fenomeno che meglio di qualsiasi altro esprime la mancanza di criteri di programmazione o, più semplicemente di un razionale impiego ed applicazione delle risorse pubbliche.

Per il futuro, la Commissione auspica che nella realizzazione di nuove strutture l'Amministratore pubblico tenga presente alcune regole essenziali, prima di avviare qualsiasi iniziativa di edilizia ospedaliera:

- 1) la Regione deve avere le idee ben chiare quanto al proprio piano di programmazione sanitaria;
- 2) il progetto deve essere chiavi in mano, deve cioè prevedere tutte le fasi di realizzazione dell'opera e definire chiaramente i tempi di consegna;
- 3) deve essere ben definito il piano di finanziamento e disponibili le relative risorse.

Solo se si seguiranno queste regole si potrà evitare di ripetere gli errori del passato ed impedire che il denaro dei cittadini venga sperperato!

3. I policlinici universitari

La Commissione d'inchiesta ha ritenuto opportuno verificare la situazione dei policlinici universitari, sia di quelli a gestione diretta delle Università che di quelli, la maggiorparte, a gestione indiretta.

Sono state acquisite informazioni di dettaglio direttamente presso le Università, mediante l'invio di questionari appositamente predisposti.

La materia dei policlinici universitari costituisce il luogo dove sono chiamate a confrontarsi esigenze di ordine diverso (vuoi pubbliche, vuoi private) e rappresenta un evidente punto di snodo e quindi di verifica «in relazione all'applicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ed all'eventuale necessità di modifiche di tale provvedimento»: il che costituisce, ai sensi dell'articolo 1 della deliberazione del Senato del 4 ottobre 1994, il compito e la ragione d'essere della Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie.

L'articolo 4, comma 5, del decreto legislativo n. 502 del 1992, statuisce che «i policlinici universitari sono aziende dell'università dotate di autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale e contabile».

Lo stesso articolo 4, al comma 4 (come modificato dal decreto legislativo n. 517 del 1993), prevede che «le Regioni possono altresì costituire in azienda i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia» e così pure «i presidi ospedalieri che operano in strutture di pertinenza dell'università».

L'articolo 6, comma 1, sempre del predetto decreto, prevede ancora la possibilità che le università e le Regioni costituiscano policlinici universitari, «mediante scorporo e trasferimento da singoli stabilimenti ospedalieri di strutture universitarie od ospedaliere, accorpandole in stabilimenti omogenei tenendo conto delle esigenze della programmazione regionale». Il comma 2 dell'articolo 6 prescrive dettagliatamente che «i rapporti in attuazione delle predette intese siano regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico».

Il quadro multiforme delle possibilità di gestione della Sanità collegate con l'insegnamento universitario (riassumibili nella triplice categoria della gestione diretta, indiretta o mista) lascia intendere quanto siano numerosi i punti di confusione e di contrasto tra le varie realtà operanti in questo settore; si è concretamente verificata l'ipotesi di strutture sanitarie convenzionate con più di una facoltà universitaria.

La Commissione parlamentare d'inchiesta ritiene tuttavia che il ventaglio delle nuove possibilità aperto dalla riforma non possa costituire valida ragione per indebolire il criterio di massima - che invece abbraccia ora un campo di applicazione più ampio - per cui «la gestione delle aziende ospedaliere è informata al principio dell'autonomia economica finanziaria e dei preventivi e consuntivi per centri di costo, basati sulle

prestazioni effettuate». Principi e criteri direttivi già costituzionalmente propri della legge di delega, e successivamente ribaditi dai decreti legislativi con riferimento a qualsivoglia ipotesi di «azienda ospedaliera» (articolo 4, comma 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992), e - ove ce ne fosse ancora bisogno - specificamente per quel gruppo di norme che disciplinano «la gestione dei policlinici universitari» (articolo 4, comma 5) e il «modello gestionale» cui debbono uniformarsi «i presidi in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina» (articolo 4, comma 6).

Lo spirito della riforma, in altre parole, è quello di aprire una competizione amministrativa tra pubblico e privato finalizzata ad una efficiente erogazione dei servizi sanitari. In questa prospettiva - la difficile transizione verso un nuovo regime - l'autonomia didattica e scientifica dell'Università è chiamata a svolgere un ruolo propulsivo, se non addirittura di guida verso un sistema che, nell'interesse dei cittadini, spinga ad un punto alto e risolutivo (vale a dire efficiente) il rapporto tra didattica e ricerca scientifica da un lato, ed assistenza sanitaria dall'altro.

Espressioni come quelle contenute nel decreto legislativo, - a proposito del fatto che «la gestione dell'azienda deve essere informata anche all'esigenza di garantire le funzioni istituzionali delle strutture universitarie che vi operano» (quindi tali funzioni non sono l'attività prevalente), ovvero la esplicita previsione del «commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale» per tutte «le aziende ospedaliere, inclusi «i policlinici universitari», che incorrano in «ingiustificati disavanzi di gestione», - lasciano intendere un indirizzo di fondo, che cioè l'efficienza non costituisce un limite, una esigenza di ordine aggregato destinata a soccombere tutte le volte che ricorrano esigenze di natura specifica (per esempio l'autonomia universitaria), bensì parte costitutiva del nuovo sistema di rapporti e di regole che la riforma intende promuovere.

In particolare il commissariamento di azienda ospedaliera universitaria, da questa Commissione proposto per il policlinico «Umberto I», merita comunque un'interpretazione approfondita su quale sia l'organo competente ad adottare tale provvedimento.

In altre parole, l'esigenza di «fare salva» comunque «l'autonomia dell'Università» (articolo 4, comma 8), non può essere surrettiziamente invocata - secondo il parere autorevole espresso dalla stessa Avvocatura di Stato - per giustificare l'inosservanza dei principi e criteri desumibili dalle nuove disposizioni in materia di policlinici universitari, ponendoli cioè al riparo da qualsiasi sanzione amministrativa; ma al contrario vale a rafforzare la predetta disciplina, ricordando che accanto alle ipotesi di sanzioni ascrivibili alla iniziativa delle Regioni - si tratta comunque di una ipotesi da verificare alla luce soprattutto del fatto che le Regioni finanziano solo in parte i policlinici universitari - esiste anche la possibilità concorrente di provvedimenti sostitutivi da parte dello Stato e per esso del Ministero competente, tutte le volte che i comportamenti si discostino dalla normativa vigente e dalle regole contabili.

Alla luce di queste considerazioni, merita un approfondimento la questione se le disposizioni di cui all'articolo 6, commi 1 e 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992 - relative all'ipotesi che le Università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero a ca-

rattere scientifico, costituiscano *ex novo* policlinici universitari - debbano intendersi quale regime a sè stante, svincolato dalle norme che comportano per i policlinici azienda l'obbligo della gestione in pareggio ovvero invece, come propende la Commissione d'inchiesta (anche per non dare adito ad interpretazioni che disincentivino la costituzione diretta dei policlinici in azienda), che la materia dei policlinici costituisca un tutto sufficientemente omogeneo, con diversi modelli di gestione che non intaccano i principi di fondo della riforma.

A questo proposito la Commissione d'inchiesta, che ha esaminato in bozza alcuni schemi di protocollo d'intesa tra le Regioni e le Università, ritiene che si debba trovare un punto di equilibrio e di uniformità che valga a superare l'attuale situazione di notevole differenziazione tra le varie realtà regionali.

La Commissione d'inchiesta, al fine di verificare, policlinico per policlinico, lo stato di attuazione della nuova normativa, ha provveduto in più riprese a trasmettere a tutte le Università un questionario molto dettagliato, al fine di attingere adeguata base conoscitiva.

Un primo giudizio d'insieme consente di ricavare contemporaneamente informazioni relative allo stato di difficoltà e di ritardo, ma anche di forti differenziazioni all'interno di situazioni appartenenti al medesimo gruppo e quindi allo stesso stato giuridico.

Le aziende universitarie, per fare l'esempio principale, risultano costituite in numero limitato e prevalentemente nel centro (ad eccezione di Udine), con notevoli differenze da ateneo ad ateneo, sia per quanto concerne la data di costituzione che per quel che riguarda il regolamento interno. Non è possibile analizzare e confrontare con sufficiente attendibilità i vari regolamenti, perchè non completi ed impostati in modo sensibilmente differente. A ciò si aggiunga che gli organi direttivi in moltissimi casi non sono stati ancora nominati o nominati solo parzialmente.

Diverso da struttura a struttura è il numero di funzioni assistenziali primariali, si va dai 6,8 posti letto medi per primario al policlinico «Umberto I» di Roma ai 68 posti letto medi di Brescia; diversa è anche l'incidenza del personale rispetto ai posti letto con valori medi intorno alle 2,5 unità per posto letto (costituiscono eccezione rilevante Perugia e L'Aquila con, rispettivamente 7,6 e 5,7 unità per posto letto); varia risulta anche la presenza di personale medico con compiti puramente assistenziali o con compiti misti, mentre il personale infermieristico è quasi sempre dipendente dalle strutture ospedaliere e quindi legato alle USL di appartenenza.

Quanto al rapporto posti letto per specializzando, esso ha un andamento omogeneo nei policlinici a gestione diretta, in media pari a 2 tranne Udine che ne ha 9,4, che evidenzia però una situazione che è ben lontana da quanto auspicato in proposito dalla legge. Per quanto riguarda i policlinici a gestione indiretta essi mostrano un andamento non omogeneo ma variabile da Università ad Università, con una media pari a 3,26 posti letto per specializzando, che deriva da dati che possono non essere attendibili tenuto conto che molte scuole di specializzazione usufruiscono di posti letto convenzionati in strutture non universitarie.

Pressochè simile è, invece, stata l'interpretazione delle modalità di corresponsione della cosiddetta «indennità De Maria» al personale uni-

versitario; 19 su 25 strutture si sono attenute ai pareri espressi dal Consiglio di Stato circa le modalità di calcolo di tale indennità.

Molto diverse e quindi difficilmente confrontabili sono le percentuali di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi. A questo proposito, è da sottolineare, però, come in molti casi, soprattutto per quanto riguarda i policlinici a gestione indiretta, tale informazione non sia stata fornita. Peraltro, ciò può essere spiegato dal fatto che, verosimilmente, i compiti amministrativi sono normalmente di competenza della parte ospedaliera piuttosto che di quella universitaria.

Relativamente, invece, al costo per posto letto, si è notato come esso sia mediamente (lire 440.667) più basso nei policlinici a gestione diretta rispetto a quelli a gestione indiretta (lire 543.444). Tra quelli che mostrano le anomalie più significative, sono da segnalare i casi di Udine, di Verona, del «Gemelli» e di «Tor Vergata» a Roma, per il superiore costo per posto letto e i casi di Messina, Sassari e Cagliari, per un costo letto piuttosto basso rispetto alla media.

Le tabelle che riportano le risposte dell'Università costituiscono in allegato parte integrante di questo documento.

Questa situazione ha creato contenziosi tra la regione, cui spetta l'onere economico della assistenza sanitaria, e l'Università che nell'ambito della propria autonomia programma l'assistenza ai fini delle necessità didattiche: l'esempio più significativo al riguardo è quello del policlinico «Umberto I» di Roma, già oggetto di una relazione preliminare approvata dalla Commissione d'inchiesta in data 28 giugno 1995.

La maggior parte delle Università del nostro paese ha fatto ricorso, per organizzare l'attività del secondo triennio rivolta prevalentemente verso l'assistenza, a convenzioni con le strutture sanitarie esistenti (ospedali pubblici e privati, aziende, USL, enti scientifici di ricovero e cura).

Sovente le predette convenzioni hanno un campo di applicazione ridotto e ubbidiscono a linee guida piuttosto generiche, con il vantaggio per le Università di poter gestire un limitato carico di personale assistenziale, solo in parte equiparato ai trattamenti previsti dal Servizio sanitario nazionali. Nell'ambito di questo comparto emergono sensibili scarti ed asimmetrie per quanto riguarda la possibilità di dotare di assistenza tutte le strutture didattiche cliniche, verificandosi quindi la situazione di attività didattiche prive di strutture di assistenza e così pure la situazione di strutture cliniche ospedaliere sdoppiate per venire incontro a necessità didattiche, con conseguente difficoltà nella gestione tecnica e per quanto riguarda il coinvolgimento nella didattica del personale ospedaliero, troppo spesso circoscritto alle figure apicali.

I rapporti tra Università ed ospedali pubblici ubbidiscono a schemi di comportamento assai diversificati, sensibili alla dimensione, al genere di attività ed ai livelli culturali del personale ospedaliero, ma anche alla formazione (in città di medie dimensioni) di nuove facoltà, relativamente affrancate dalle tradizioni accademiche più resistenti.

Più semplice la situazione dei rapporti con gli ospedali privati non vincolati a schemi pubblici di funzionamento e quindi inclini a favorire l'osmosi del personale dall'una all'altra categoria di trattamento giuridico. Tuttavia, tali situazioni si presentano come poco significative perchè numericamente assai marginali.

Gli esempi, che pure esistono, di un'utile sinergia tra università ed ospedali, lasciano intravedere come fattibile la costituzione di ospedali d'insegnamento, secondo una ipotesi non nuova in questo Parlamento, ma che finora non ha mai percorso interamente l'iter legislativo.

Le ipotesi di lavoro che traspaiono da questa analisi sono principalmente due:

- 1) azienda ospedaliera universitaria a tutti gli effetti;
- 2) ospedale d'insegnamento.

Non è compito di questa relazione indicare nei particolari la costituzione, la tecnica legislativa di queste entità, ma è compito solo di proporre delle indicazioni di massima su cui lavorare.

Dall'analisi delle varie situazioni emerge il convincimento che questo stato di cose possa trovare soluzione solo in una netta separazione dei compiti: aziende universitarie con tutto il personale amministrativo, medico, tecnico ed infermieristico a carico dell'Università e gestione dell'assistenza secondo le regole di un ospedale privato che metta a disposizione le proprie prestazioni in base a quanto previsto dal decreto legislativo n. 502 del 1992. In questo modo sarebbe possibile responsabilizzare l'Università per la gestione dell'assistenza e verrebbero a cadere i contenziosi sul numero di soggetti che devono fare assistenza, e sulla collocazione giuridica del personale, nonchè per quel che riguarda i vari tipi di convenzione. Tanto più che le Università sono tenute a rispettare, al pari di tutte le strutture, i criteri di accreditamento e controllo di qualità previsti dalla nuova normativa, come recentemente ribadito dalla sentenza n. 416 della Corte costituzionale, in data 28 luglio 1995.

A questo proposito si ritiene legittimo prospettare un consiglio di gestione dell'azienda ospedaliera universitaria in analogia con quanto previsto già per gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS). Va cioè previsto un presidente di nomina rettorale ed un Consiglio di amministrazione che abbia rappresentanti che esprimono gli interessi originari. Nell'ambito di questo tipo di azienda andrà inoltre verificata la possibilità di istituire una pianta organica tipo per i diversi settori, che tenga conto sia dell'assistenza che della didattica e ricerca scientifica, momenti assolutamente inscindibili nel quadro di un servizio sanitario qualificato ed efficiente.

L'ospedale di insegnamento, che potrà trovare una precisa soluzione in un progetto di legge apposito, viene concepito come una struttura ospedaliera nella quale tutto il personale medico di provenienza ospedaliera e/o universitaria possa trovare posto in un unico contenitore con competenze prevalenti nella didattica, ricerca ed assistenza a seconda delle proprie peculiarità, senza prevaricazione di un indirizzo sull'altro, in quanto con l'evoluzione della medicina moderna queste tre componenti del sapere medico sono assolutamente inscindibili; non può esistere assistenza qualificata senza ricerca e didattica necessari per la creazione di nuove figure professionali nè vi può essere ricerca e didattica senza il supporto pratico delle attività tecniche e assistenziali.

Questa ipotesi legislativa è necessaria in quanto attualmente il processo formativo sanitario in Italia si articola principalmente su unico livello, quello universitario cui è demandata la formazione del medico (corso di laurea in medicina), dello specialista (corso di specializza-

zione), del neolaureato con finalità esclusivamente di ricerca (dottorato), del tecnico e dell'infermiere professionale (diplomi universitari). A questa si aggiungono in parte anche altre istituzioni (ordine dei medici, ospedali) che svolgono un ruolo formativo spesso limitato alla formazione biennale in medicina generale, a cui però l'articolo 6 del decreto legislativo n. 502 attribuisce uno specifico ambito per la formazione specialistica. È evidente che le disposizioni menzionate sono vincolate all'ipotesi di integrazione tra università ed ospedale, che tuttavia può costituire il nucleo di un più ampio progetto che preveda l'istituzione di un sistema formativo permanente per tutto il personale afferente al sistema sanitario.

Si vuole dire che il rapporto tra le due strutture, fonte in passato di ampia conflittualità, è superabile solo in una nuova ottica - quella appunto ricalcata dall'ospedale di insegnamento - imposta dalla logica del controllo dei costi, di concorrenzialità reale nell'ambito dello specifico delle competenze e potenziando al massimo le sinergie possibili in modo da offrire il massimo della qualificazione dell'offerta sanitaria.

Questa prospettiva richiede per realizzarsi la rottura di rigidi schemi che da ambo le parti hanno caratterizzato l'organizzazione del lavoro, la selezione e la carriera dei quadri, perpetuando demarcazioni che, ostacolando processi di reciproca osmosi del personale e delle conoscenze, hanno indotto e mantenuto il conflitto.

Una struttura dipartimentale mista, la riorganizzazione delle competenze in settori autonomi all'interno di aree omogenee, la possibilità di carriere non cristallizzate in ambiti predeterminati, l'attivazione di tutte le competenze e le autonomie nei settori assistenziali didattici e di ricerca possono consentire che si realizzi il massimo della compenetrazione ed efficienza.

In conclusione la Commissione d'inchiesta rileva che nei settori ospedaliero ed universitario si è venuta svolgendo ed accumulando una normativa che non ubbidisce ad una visione d'insieme ed indirizzi unitari. Essa pertanto deve trovare le vie per giungere ad un sistema unitario, evitando quelle contrapposizioni tra sistema ospedaliero ed università che non corrisponde affatto agli interessi generali, a partire da quelli degli utenti.

Per queste ragioni la Commissione, come già specificato in altre parti del documento, auspica una incisiva revisione delle normative in materia, che costituisce la necessaria premessa per attingere ad un ordinamento unitario.

4. Il programma d'interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS

Nella seduta del 15 febbraio 1996, la Commissione d'inchiesta ha esaminato e discusso, esprimendo unanime consenso, la relazione predisposta dal senatore Gualtieri circa lo stato di attuazione delle legge 5 giugno 1990, n. 135, che prevedeva una serie di misure nell'ambito di un organico programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta all'AIDS. In quella stessa seduta, la Commissione deliberò di intraprendere una serie di iniziative che lo scioglimento anticipato della legislatura ha impedito che venissero poste in essere.

In particolare venne deciso di approfondire l'indagine, inviando un questionario ai responsabili dei centri di malattie infettive ed agli assessori regionali alla sanità ed effettuare controlli sul posto anche con il supporto di unità della Guardia di finanza. Ciò allo scopo di verificare l'effettivo utilizzo delle risorse erogate, l'impiego del personale assunto nei reparti di malattie infettive e constatare se le attrezzature acquistate siano serventi ai reparti anti-AIDS e se le somme ricevute *ex legge* 135 siano state effettivamente impiegate per lo scopo fissato.

La legge 5 giugno 1990, n. 135, prevedeva e finanziava un massiccio intervento volto a potenziare l'intera rete dei reparti di malattie infettive mediante la costruzione di nuovi posti-letto e l'adeguamento alle nuove esigenze dei laboratori di supporto di virologia, microbiologia e immunologia.

Parallelamente la legge prevedeva e finanziava il potenziamento degli organici del personale, la formazione e il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti e l'attivazione di servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS e da patologie correlate.

L'intero programma veniva definito «urgente» e doveva essere completato in un triennio.

I finanziamenti erano posti a carico del Fondo sanitario nazionale e dovevano essere ripartiti tra le Regioni con vincolo di destinazione.

4.1 Gli interventi di «parte corrente»

La legge prevedeva, per gli interventi di parte corrente, queste assegnazioni: *a)* per il potenziamento degli organici, 80 miliardi per l'anno 1990 e 120 miliardi a regime; *b)* per lo svolgimento di corsi di formazione e aggiornamento professionale, 35 miliardi annui in forma continuativa; *c)* per il potenziamento dei servizi di assistenza, 20 miliardi per il 1990 e 38 miliardi a regime; *d)* per il potenziamento dei servizi multinazionali, 6 miliardi a regime; *f)* per la promozione di servizi per l'assistenza a domicilio, 60 miliardi a regime.

La ripartizione fu poi effettuata dal CIPE nell'anno 1990 (delibera CIPE 28 giugno 1990): 80 miliardi per il potenziamento degli organici; 35 miliardi per lo svolgimento di corsi di formazione; 20 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti; 20 miliardi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; per un totale di somme impiegate par a lire 155 miliardi contro una autorizzazione di 201 miliardi.

Nell'anno 1991 (delibera CIPE 8 ottobre 1991 e 26 novembre 1991): 120 miliardi per il potenziamento degli organici; 35 miliardi per lo svolgimento di corsi di formazione; 38 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti; 60 miliardi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; per un totale di somme impiegate par a lire 253 miliardi contro una autorizzazione di 259 miliardi.

Nell'anno 1992 (delibera CIPE 13 ottobre 1992): 120 miliardi per il potenziamento degli organici; 35 miliardi per lo svolgimento dei corsi di formazione; 38 miliardi per il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti; 60 miliardi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da AIDS; per un totale di somme impiegate par a lire 253 miliardi contro una autorizzazione di 259 miliardi.

Complessivamente, nel triennio sono stati erogati 661 miliardi, così suddivisi: 320 miliardi per il potenziamento degli organici; 150 miliardi per i corsi di formazione; 96 miliardi per i servizi ai tossicodipendenti e 140 miliardi per l'assistenza domiciliare.

A partire dal 1993 la spesa relativa al potenziamento degli organici e quella per i servizi di assistenza ai tossicodipendenti è stata ricondotta nella quota di finanziamento indistinto del Servizio sanitario nazionale, mentre è proseguita l'assegnazione di quote vincolate per quanto riguarda i corsi di formazione e i trattamenti a domicilio.

Nell'anno 1993 (delibera CIPE 30 novembre 1993) sono stati 35 miliardi per i corsi di formazione e 60 miliardi per l'assistenza domiciliare.

A questo punto il Ministero della sanità chiese che le Regioni e le Province autonome inviassero una relazione sull'utilizzazione delle somme erogate nei vari comparti.

Le relazioni dovevano pervenire entro l'8 luglio 1994, così da consentire al Ministero di effettuare le nuove assegnazioni per il 1994. Ma le Regioni in gran parte non hanno risposto e quando lo hanno fatto hanno trasmesso dati imprecisi e non omogenei.

Per il potenziamento degli organici il Ministero crede di poter indicare che sono stati assunti «circa» 500 medici, 1.050 infermieri, nonché 250 unità con altre qualifiche (laureate o non laureate). Molti degli infermieri sono stati assunti per chiamata diretta con rapporti di lavoro a tempo determinato invece che per concorso.

Sopra tutto non si sa se questo personale sia stato impiegato nei reparti di malattie infettive e nei laboratori di supporto o non invece immesso nelle altre strutture ospedaliere. Certamente non è stato impiegato nelle «nuove strutture anti-AIDS» perchè queste non sono state per la massima parte costruite.

Meglio sembrano essere andate le cose per lo svolgimento dei corsi di formazione e aggiornamento professionale per il personale

dei reparti di ricovero per malattie infettive e degli altri reparti che ricoverano prevalentemente ammalati AIDS.

La legge prevedeva che i corsi dovessero essere tenuti fuori dall'orario di servizio, con obbligo di frequenza dietro corresponsione di un assegno di studio di 4 milioni annui lordi, fino a una spesa di 35 miliardi. Il Ministero della sanità doveva provvedere con proprio decreto a disciplinare il loro svolgimento e l'erogazione dell'assegno di studio.

Di recente con il decreto ministeriale 25 luglio 1995 è stata aggiornata *ex novo* la disciplina dei corsi.

In sede di consuntivo il Ministero della sanità garantisce che, nonostante un certo ritardo nell'avvio, i corsi sono stati realizzati in tutte le Regioni e hanno consentito la formazione ogni anno di circa 1.000 medici, 3.500 infermieri e 1.200 unità di altro personale.

I numeri sembrano molto alti, dato che il numero complessivo va moltiplicato almeno per quattro annualità.

Per i servizi di assistenza ai tossicodipendenti sono stati erogati, come abbiamo visto, 96 miliardi nel triennio 1990-1992, da utilizzarsi per la generale assunzione di personale sanitario e tecnico nei servizi per le tossicodipendenze (SERT).

Le esigenze delle varie Regioni e dei relativi SERT sono determinate, in base all'utenza, dalla legge n. 162 del 1990.

Nessun consuntivo reale è stato fornito. Per l'attivazione dei servizi per il trattamento domiciliare sono stati sino ad ora erogati 140 miliardi. Dovevano servire per creare 2.100 posti a domicilio o in case alloggio.

Dai dati forniti dal Ministero risulta attivato un certo numero di posti a domicilio e in case alloggio, soprattutto in Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Lazio. Di contro alcune Regioni sono totalmente scoperte, come la Puglia e la Sicilia. Comunque si è di molto al di sotto della previsione.

Con decreto ministeriale del 13 settembre 1991 sono stati dettati gli schemi-tipo di convenzione per questo tipo di assistenza e con il decreto del Presidente della Repubblica 14 settembre 1991 è stato approvato un atto di indirizzo per le Regioni.

Dal 1994 in avanti è impossibile seguire il flusso di spesa corrente.

Quella vincolata non è rendicontata. Quella finanziata nel fondo indistinto del Servizio sanitario nazionale non è individuabile.

Nella finanziaria del 1996 si trovano accantonamenti per i fondi speciali di parte corrente. L'accantonamento per il Ministero della sanità ammonta globalmente a 135 miliardi per il 1996, 184 miliardi per il 1997, 234 miliardi per il 1998, all'interno del quale, alla voce «Prevenzione contro il cancro, lotta all'AIDS e piano sangue», corrispondono accantonamenti, rispettivamente di 100 miliardi per il 1996, 150 miliardi per il 1997 e 200 miliardi per il 1998. La ripartizione può avvenire solo attraverso una legge, che ancora non è stata deliberata. In conclusione si può affermare che non esiste un percorso di «andata e ritorno» tra lo Stato e le Regioni, con regolari riscontri delle somme erogate e delle iniziative realizzate.

Per quello che è stato dato di vedere ci si trova di fronte alla solita situazione di alcune Regioni «forti» che riescono ad attingere ai finan-

ziamenti e di altre Regioni che non sono in grado di utilizzare le risorse messe a disposizione. Lo Stato non è mai intervenuto per sostituirsi alle Regioni inadempienti, pur avendone i poteri.

Analogamente non esiste un sistema valido di riscontri tra le Regioni e i soggetti destinatari dei finanziamenti, USL, ospedali, SERT, eccetera. Il personale assunto per essere destinato ai reparti infettivi e alla lotta contro l'AIDS non tutto e non molto è stato ed è utilizzato a questo scopo.

La legge n. 135 del 1990 è divenuta di fatto una delle normali fonti di finanziamento cui attingono le strutture sanitarie pubbliche per la normale attività di istituto e non la fonte eccezionale per la lotta dell'AIDS.

4.2 Gli interventi «in conto capitale»

Ancora più scomposto è il quadro delle risultanze dei finanziamenti erogati in conto capitale per la costituzione e la ristrutturazione dei reparti di malattie infettive.

Il programma varato prevedeva opere per un ammontare complessivo di 2100 miliardi e ne affidava la realizzazione ad uno o più soggetti individuati dal CIPE, con il quale o con i quali il Ministero della sanità avrebbe dovuto stipulare apposite convenzioni di concessione di servizio.

Il programma era definito «urgente».

Vennero per questo fissate in legge precise scadenze temporali per ciascuna parte del piano e si individuò nel 31 dicembre 1992 la data ultima per la realizzazione dell'intero programma.

Particolarmente precisa la tabella di marcia fissata per gli interventi in materia di costruzioni e ristrutturazioni.

Entro il termine perentorio dell'8 luglio 1990 (trentesimo giorno dalla data di entrata in vigore della legge) le Regioni avrebbero dovuto indicare la distribuzione e la localizzazione degli interventi di ristrutturazione edilizia e di edificazione di nuove strutture per malattie infettive.

In caso di mancata osservanza del termine, avrebbe deciso il ministro della sanità, sentita d'urgenza la Commissione nazionale AIDS.

Entro l'8 agosto 1990 (sessantesimo giorno) il CIPE doveva approvare il programma degli interventi suddiviso per regione, e individuare le società idonee ad espletare, in concessione, l'esecuzione delle opere.

I concessionari avrebbero dovuto provvedere a tutte le operazioni necessarie, agli studi geologici e alle espropriazioni, e avrebbero risposto mediante la previsione di penalità che andavano fissate in contratto del rispetto dei tempi convenuti per le opere da eseguire.

Si sarebbero dovute fare gare di appalto tra imprese di costruzione, anche cooperative, consorzi o raggruppamenti temporanei di imprese.

I contratti di appalto dovevano globalmente riguardare il complesso delle opere e le forniture necessarie per il funzionamento delle strutture di ricovero e dei laboratori, comprese le attrezzature e gli arredi.

Per consentire l'«immediata realizzazione» degli impianti previsti si sarebbero convocate delle conferenze regionali per acquisire e valutare

tutti gli elementi relativi alla compatibilità dei progetti con le esigenze ambientali, territoriali e paesaggistiche. Il parere doveva essere dato entro 15 giorni. In assenza di unanimità o per altri ostacoli il presidente del Consiglio dei ministri avrebbe provveduto con suo decreto.

Sulla base di queste statuizioni, il ministro della sanità si mosse con grande determinazione.

Cinque giorni dopo l'entrata in vigore della legge il Ministro sentì il Consiglio sanitario nazionale; il giorno seguente il Ministro chiese il parere delle Regioni; venti giorni dopo il CIPE approvò i programmi e individuò le società concessionarie; il 12 luglio 1990 il Ministro pubblicò il bando di gara e fissò al 30 luglio 1990 il termine ultimo per la gara stessa; poi, nello spazio di tre giorni, furono compiuti atti che di solito vogliono mesi: il 1° agosto una commissione ministeriale esaminò i 15 progetti pervenuti poche ore prima e scelse tre consorzi di imprese; il 2 agosto il Ministero comunicò al CIPE l'esito della gara e l'avallo del Consiglio sanitario nazionale; il 3 agosto il CIPE approvò tutto, programma e società concessionarie.

Con queste procedure veloci, da vero primato mondiale, il Ministero della sanità anticipò di cinque giorni il termine (8 agosto) fissato dalla legge.

Le società concessionarie furono scelte da una speciale Commissione di valutazione nominata dal ministro della sanità. I criteri per individuare e selezionare i concorrenti erano stati fissati dal CIPE con delibera del 28 giugno 1990.

Innanzitutto si affermava l'esigenza di tener conto delle necessità organizzative connesse alla localizzazione ed al dimensionamento delle strutture da realizzare, quali indicate dalle Regioni e dalle Province autonome, in relazione all'andamento epidemiologico, prevedendo il ricorso ad un numero di soggetti corrispondenti a tre aree del territorio nazionale ed in modo da garantire, in ogni caso, la non frazionabilità degli ambiti regionali.

Per le società od i consorzi di società cui affidare le concessioni veniva prescritto il possesso di adeguati requisiti minimi, assicurati, nel caso di consorzi, almeno nella misura del 50% della relativa società «capofila».

In tal senso la delibera prescriveva, in particolare, che i soggetti candidati alle concessioni fossero in grado di dimostrare: *a)* il possesso di una pregressa esperienza acquisita, in specie per conto di amministrazioni pubbliche, in materia di concessioni di servizi ovvero, in via subordinata, in servizi relativi all'organizzazione, coordinamento e consulenza in materia di progettazione e gestione di lavori per la realizzazione di programmi pubblici a condizione che tale esperienza risultasse opportunamente documentata da concessioni di servizi espletate o in corso da almeno un quinquennio per opere di edilizio sanitaria ovvero da un fatturato per servizi nell'ultimo quinquennio almeno pari a quello prevedibile per l'intervento da affidare o di opere gestite o da gestire in concessione di servizi per un importo pari a quello previsto dal programma AIDS; *b)* la comprovata disponibilità di un'organizzazione idonea al compimento di tutte le operazioni previste dall'articolo 2 - comma 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, quali: tutte le operazioni preliminari, ivi compresi gli studi geologici e le espropriazioni; la reda-

zione dei progetti; l'assistenza e l'istruttoria relative agli appalti; la direzione dei lavori, la contabilità e l'assistenza fino ai collaudi; l'assenza di qualsiasi carenza progettuale e la scrupolosa osservanza dei tempi concordati per le opere da eseguire.

Venivano, comunque, privilegiati, sotto il profilo preferenziale i progressi servizi relativi alla progettazione, al controllo ed alla gestione, in via primaria di opere appaltate nel settore dell'edilizia ospedaliera, poi nell'edilizia in genere ed, infine, in settori analoghi.

Per le successive convenzioni connesse all'affidamento veniva imposta un'apposita clausola per evitare, in ogni caso, a società comunque collegate alle concessionarie qualsiasi assunzione di appalti di opere o qualsiasi fornitura di attrezzature o di impianti, oggetto della stessa concessione di servizi.

Va sottolineato, infine, che veniva ancora in particolare prescritto l'obbligatorio inserimento nelle stesse convenzioni di specifiche penalità, a carattere progressivo, commisurate all'entità del ritardo e conseguenti al mancato rispetto dei tempi concordati per le varie fasi di realizzazione delle opere o per la loro ultimazione, prevedendo anche - oltre un limite massimo di ritardo - la stessa revoca della concessione, salvo in ogni caso il risarcimento dei danni arrecati.

Siffatti criteri vincolanti venivano trasposti nel successivo «Avviso di pre-qualificazione» poi pubblicato, in materia, il 19 luglio 1990, nel «Foglio Inserzioni» della *Gazzetta Ufficiale*, a cura del Servizio centrale della programmazione sanitaria del Ministero della sanità, con la contestuale indicazione delle tre «aree di riferimento» in cui si intendeva a tal fine suddiviso il territorio nazionale.

Risultarono così vincitori tre consorzi di imprese:

1) il «CON. SOMI.», con sede in Roma, Via Vivaldi, 12, iscritto a quella Camera di commercio, industria, artigianato ed agricoltura con il n. 710709, risulta costituito tra le Società: «Servizi Tecnici S.p.A.» (già «EDIL-PRO S.p.A.», già «ITALPOSTE S.p.A.»), «SVEI S.p.A.», «ITALSANITÀ S.p.A.», «ITALECO S.p.A.», «MEDISYSTEM S.p.A.» ed «ITALCO-SER SOC. COOP. Arl»;

2) il Consorzio «FIS», con sede in Torino, Corso Ferrucci, 112, iscritto a quella Camera di commercio con il n. 0750386, risulta costituito tra le società: «FIAT ENGINEERING» di Torino, «STS» di Bologna ed «ISPREDL» di Roma;

3) il Consorzio «MED. IN.», con sede in Roma, Via Vivaldi 12, iscritto a quella Camera di commercio con il n. 710710, risulta costituito fra le società «SERVIZI TECNICI S.p.A.» (già «EDILPRO S.p.A.»), «BONIFICA S.p.A.», «INFRATECNA S.p.A.» (già «INFRASUD S.p.A.»), «PROGER S.r.l.» e «CONSORZIO PROMETEO».

Come già detto, il 3 agosto 1990 (in anticipo di cinque giorni sulla tabella di marcia) il CIPE approvò il «programma nazionale per gli interventi di costruzione e ristrutturazione» presentato dal ministro della sanità e individuò i tre soggetti incaricati dell'espletamento in concessione del programma delineato.

I tre soggetti furono, appunto, il Consorzio «CON. SOMI.» per l'Area 1, il «FIAT ENGINEERING - ISPREDIL-STS» per l'Area 2 ed il Consorzio «MED-IN» per l'Area 3.

La delibera venne resa esecutiva con decreto del Ministro del bilancio e della programmazione economica 14 dicembre 1990.

Le tre aree risultano così formate:

AREA UNO

Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Friuli, Liguria.

AREA DUE

Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio.

AREA TRE

Marche, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia, Sardegna.

A questo punto, però, la macchina si inceppò e la tabella di marcia saltò.

Dovettero passare cinque mesi perchè il Ministero del bilancio con decreto del 14 dicembre 1990 approvasse le convenzioni di concessione, e occorre un altro mese perchè il 16 gennaio 1991 il ministro della sanità sottoponesse a quello dei lavori pubblici gli schemi di convenzione pattuiti.

Nonostante vari solleciti della sanità, solo il 28 marzo 1991 il Ministero dei lavori pubblici diede parere favorevole alle concessioni.

Tra il 15 e il 30 maggio 1991 si sottoscrissero le convenzioni, che poi, il 4 luglio 1991, furono approvate dal Ministro della sanità con suo decreto.

Infine il 6 luglio il decreto del ministro venne inviato alla Corte dei conti.

A questo punto avrebbe dovuto prendere avvio la fase esecutiva vera e propria. Ma non fu così.

L'8 agosto 1991 i tre consorzi di impresa presentarono i programmi generali verificati con le Regioni e un gruppo di esperti fu incaricato di elaborare le «linee guida per la progettazione» delle opere prendendo tempo fino al 28 ottobre 1991.

Il 6 novembre 1991 il nucleo di valutazione del Ministero della sanità iniziò l'esame dei progetti esecutivi. Quelli giudicati conformi furono approvati con decreto ministeriale il 4 febbraio 1992.

Il programma a questo punto, nell'agosto del 1992, comprendeva 1.130 posti da ristrutturare, 2.435 posti letto da costruire *ex novo* e 796 posti letto in *day-hospitals*.

Rispetto al fabbisogno deliberato di 6.900 posti letto (1.000 esistenti erano adeguati) se ne mettevano in cantiere solamente 3.565 per i reparti di degenza ospedaliera e 796 per la degenza in *day-hospitals*, cioè 2.549 in meno.

Di questo «taglio» non è stata data alcuna spiegazione.

Varato questo programma ridotto si rendeva pertanto necessario che le Regioni rilasciassero tutte le autorizzazioni necessarie alla sua realizzazione.

Già il 6 maggio 1992 le società concessionarie si erano incontrate con varie rappresentanze regionali per organizzare le «conferenze di servizio». Il 7 agosto 1992 il Ministro della sanità sollecitò le Regioni a convocare le conferenze regionali mancanti. Il 27 ottobre 1992 il Mini-

stro si rivolse ai Commissari di Governo perchè si adoperassero per il rapido espletamento delle conferenze. Il 17 dicembre 1992 il Governo, in sede di conferenza Stato-Regioni, denunciò il ritardo della conclusione delle conferenze di servizio.

In una verifica fatta il 25 febbraio 1993 le conferenze erano, a quella data, ancora lontane dalla loro conclusione. Dei 95 progetti presentati ne erano stati approvati solo 57. Tutti gli altri non erano ancora nemmeno pervenuti.

Improvvisamente però la legge fondamentale (la 5 giugno 1990 n. 135) venne modificata in uno dei suoi elementi portanti.

Per gli effetti del decreto legge 2 ottobre 1993, n. 396, convertito dalla legge 4 dicembre 1993, n. 492, persero efficacia le «convenzioni» stipulate dal Ministro della sanità con i tre consorzi concessionari e passarono alle Regioni le competenze in materia di edilizia sanitaria in precedenza esercitate dall'Amministrazione centrale.

Non furono fissate particolari procedure. Si stabilì solo che dovevano essere le Regioni ad accertare la rispondenza dei progetti al «programma degli interventi in materia di AIDS» approvato nel 1990 per il triennio 1990-1992.

In ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 3 del decreto-legge n. 396 del 1993, il CIPE, con deliberazione del 21 dicembre 1993, ripartì tra le Regioni e le Province autonome la somma di 2.099 miliardi per la realizzazione del programma, accantonando l'importo di 122 miliardi per il pagamento dei corrispettivi dovuti alle società concessionarie per la realizzazione dei progetti esecutivi già predisposti e approvati.

Restarono quindi a disposizione delle Regioni per la attuazione degli interventi strutturali e per l'acquisto delle attrezzature 1.976 miliardi, al netto delle spese per i progetti esecutivi.

L'intento che ci si era prefissi con la nuova legge era quello di accelerare i tempi di attuazione degli interventi.

Il risultato ottenuto fu però quello di provocare ulteriori ritardi.

Alcune Regioni infatti non disponevano di strutture organizzative adeguate a reggere un compito così complesso. E in più sorsero numerosi dubbi interpretativi circa la procedura da adottare per la prosecuzione del programma.

Ancora mesi e mesi andarono così perduti.

Il 21 marzo 1995 (quinto anno dall'emanazione della legge) il Ministero della sanità si accorse che la situazione era diventata insostenibile e per telegramma invitò le Regioni a fornire al più presto raggugli aggiornati sullo stato di attuazione del programma.

Di fatto si dovette prendere atto che non solo il programma non era stato attuato, ma che non era nemmeno partito, se non per piccole parti.

Già la dismissione dei tre grandi consorzi di imprese creati nel 1991 (e ai quali sono stati assegnati comunque 122 miliardi) ha costituito un problema di difficile soluzione.

Molte responsabilità sono anche delle leggi che abbiamo fatto, ed è bene farle rilevare.

In data 7 giugno 1993, il decreto-legge n. 179 disponeva la cessazione di efficacia delle concessioni.

Il testo dell'articolo 5 così recitava:

«3. Con l'entrata in vigore della legge di conversione al presente decreto cessano di avere efficacia le convenzioni stipulate dal Ministero della sanità con le concessionarie di servizi.....Alle concessionarie sono dovuti i corrispettivi previsti dalle convenzioni limitatamente al lavoro svolto alla data di entrata in vigore del presente decreto.

4. La prosecuzione del programma.....viene affidata direttamente alle Regioni....

5....Nella prosecuzione del programma le Regioni...possono avvalersi delle concessionarie di cui al comma 3».

In data 6 agosto 1993 il decreto-legge n. 278, reiterando i contenuti di quello precedente non convertito, adottava una diversa e ben più decisiva determinazione:

«...Nella prosecuzione del programma le Regioni.... si avvarranno delle concessionarie di cui al comma 1, ridefinendo i contenuti della collaborazione e conseguentemente le relative competenze economiche....» (articolo 1, comma 3, in fine): la volontà dell'esecutivo, in sede di legislazione provvisoria ed urgente, questa volta, non rimetteva più alla libera decisione, bensì imponeva alle Regioni di fare uso delle società precedenti concessionarie.

Quanto al significato della locuzione «ridefinendo i contenuti della collaborazione», esso non può essere compreso se non si hanno presenti le modificazioni normative nel frattempo intervenute, che sostanzialmente disconoscevano l'istituto della concessione di committenza, cui si era riferita la legge n. 135 del 1990, ed in conformità al quale erano state stipulate le convenzioni.

È infatti evidente che la locuzione «ridefinendo i contenuti della collaborazione», contenuta in tutti i decreti legge intervenuti sulle concessioni di committenza stipulate dal Ministero della sanità per gli interventi AIDS, dovesse intendersi come un chiaro invito posto dal legislatore governativo d'urgenza, che pure ne imponeva o ne rendeva facoltativo il ripristino, ad eliminare quella parte di delegazione di attività funzionali che ne determinava la natura di concessione.

Neppure il decreto-legge n. 279 veniva convertito.

In ordine al ripristino della convenzione in capo alle precedenti società concessionarie, peraltro, il successivo decreto-legge 2 ottobre 1993, n. 396, esprimeva nuovamente la volontà meno perentoria del primo decreto legge n. 179:

«...Nella prosecuzione del programma le Regioni possono avvalersi delle concessionarie.... ridefinendo i contenuti della collaborazione e conseguentemente le relative competenze economiche... ».

È in sede di conversione che fu introdotta una nuova modifica. La legge di conversione 4 dicembre 1993, n. 492, detta:

«All'art. 1 al comma 3, il terzo periodo è soppresso».

La disposizione soppressa, lo ricordiamo, era esattamente quella in cui il decreto-legge n. 396 consentiva il ripristino, con modifiche, delle precedenti convenzioni, recitando:

«Nella prosecuzione del programma le Regioni, le Università degli studi con policlinici a gestione diretta, ovvero gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, possono avvalersi delle concessionarie di cui al comma 1 per la realizzazione dell'opera o di parte di essa, ridefinendo i contenuti della collaborazione e conseguentemente le relative competenze economiche, e garantendo comunque il rispetto dei tempi programmati».

La reale volontà del legislatore parlamentare differisce da quella del legislatore governativo d'urgenza, con una significatività la cui evidenza emerge alla lettura dei testi integrali dell'originario decreto legge e della successiva legge di conversione e può, invece, sfuggire alla diretta lettura del solo combinato disposto dei due testi.

L'espresso intervento abrogativo del disposto del decreto legge pone l'accento sulle diverse volontà del Governo, che in tutti i propri precedenti interventi aveva ora consentito, ora imposto il ripristino con modifiche delle pregresse convenzioni, e del Parlamento, che la possibilità di tale ripristino ha voluto espressamente non prevedere.

Cosicchè, oggi, alla luce della legge di conversione, la cessazione di efficacia delle convenzioni stipulate dal Ministero della sanità (art. 1, comma 1 del testo coordinato) è il solo punto fermo sull'argomento.

Di fatto, pertanto, le Regioni, alla fine del 1993, furono messe tutte nelle condizioni di dover rifare le gare d'appalto. Su che programmi non si sa bene, e ancor meno per quali importi.

Di recente, con il decreto legge 2 ottobre 1995, n. 409, si è tentato di accelerare il programma di edilizia sanitaria, stabilendo che le Regioni «debbono» procedere, entro il termine perentorio di 240 giorni di entrata in vigore del decreto (3 ottobre 1995), alla predisposizione e alla approvazione dei progetti esecutivi relativi ai programmi di edilizia di cui all'articolo 2 della legge n. 135 del 1990.

Le Regioni poi, dopo 30 giorni dalla approvazione dei progetti, debbono inviare al CIPE la richiesta di finanziamento.

Così si arriva al 3 luglio 1996, ben oltre il sesto anno di avvio di una legge che doveva aver realizzato il programma alla fine del 1992.

Anche il meccanismo di finanziamento era, nel frattempo, mutato.

Con la conversione del decreto-legge n. 396 del 2 ottobre 1993, furono sospesi tutti i finanziamenti previsti dalla legge n. 135 a favore del Ministero della sanità, iscritti al capitolo 8054. Rimasero a carico dello Stato gli oneri per l'ammortamento dei finanziamenti già contratti, posti a carico del capitolo 7855 dello stato di previsione del Ministero del tesoro.

Il capitolo 8054 andava così a coprire le «somme da erogare per la costruzione e la ristrutturazione dei reparti di ricovero per le malattie infettive, comprese le attrezzature e gli arredi, la realizzazione di spazi per attività di ospedale diurno e l'istituzione o il potenziamento dei laboratori di virologia, microbiologia e immunologia negli ospedali nonché nelle cliniche ed istituti universitari di ricovero e cura, ivi comprese quelle dovute per le prestazioni delle società incaricate dell'esple-

tamento dei compiti organizzativi afferenti all'esecuzione del programma di interventi per la lotta contro l'AIDS».

Il capitolo 7855 dello stato di previsione del Ministero del tesoro, invece, doveva provvedere agli «oneri per capitale e interessi a carico del bilancio dello Stato per l'ammortamento dei mutui contratti con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti all'uopo abilitati per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, nonché per la costruzione e ristrutturazione di reparti di ricovero per malattie infettive».

Questo il nuovo assetto in vigore dall'ottobre del 1993.

A partire da qui, sulla disponibilità di 1.976 miliardi, con provvedimenti del 18 novembre 1993 e del 16 novembre 1995 sono stati assegnati alle regioni 573 miliardi, di cui 224 miliardi per i laboratori e 349 miliardi per interventi di costruzione e ristrutturazione di posti-letto.

Sono stati concessi dal Ministero del tesoro mutui per 21 miliardi alle regioni Friuli Venezia Giulia, Toscana e Basilicata.

La residua disponibilità è quindi oggi di 1.383 miliardi, al netto di 21 miliardi erogati dal Tesoro. Su tale disponibilità le Regioni potranno chiedere nel corso del 1996 - dopo l'utilizzazione dei finanziamenti già erogati loro - ulteriori mutui, le cui rate di ammortamento decorreranno dall'esercizio successivo a quello in cui i mutui sono stati richiesti (nel caso in specie dal 1997). Quali sono le opere realizzate con i finanziamenti fino ad ora concessi attraverso la legge n. 135? E chi ha utilizzato le somme stanziare e chi no? E perchè?

E ancora: siamo in grado di conoscere quali opere, misurate in posti-letto, saranno realizzate nel prossimo futuro?

Il Ministero della sanità afferma che sino ad oggi sono stati realizzati «circa» 680 posti-letto per l'AIDS, sui 6.900 ritenuti «urgenti» nel 1990.

In parte, però, questi posti-letto sono stati realizzati anche con un finanziamento di 31 miliardi concesso nel 1988 (decreto ministeriale 20 dicembre 1988) per interventi di potenziamento delle strutture di ricovero per malattie infettive in quattro regioni (Lombardia, Liguria, Emilia Romagna e Lazio) che presentavano una incidenza di casi AIDS inferiore al 6,5 per 1.000 abitanti.

Alcune delle opere sono state realizzate con finanziamenti diversi da quelli previsti con la legge n. 135 del 1990, e ora si tenta di ricondurre le somme impiegate in queste disponibilità anomale alla disponibilità della legge n. 135.

4.3 Considerazioni finali

In sostanza, l'impressione che si trae dall'esame dello stato di attuazione della legge n. 135 del 1990, è quello di una confusione notevole.

Quel che conta è lo spaventoso ritardo del programma e la quasi totale perdita di controllo da parte del Ministero di ciò che fanno (o non fanno) le Regioni.

Non esiste una relazione in cui, anno per anno, si possa leggere quali opere sono state fatte e, accanto, gli importi pagati. Non esiste una

relazione in cui si veda quanti posti-letto per malattie infettive vi siano in Italia, dove siano, come siano e da quanto e quale personale serviti.

Il «libro-rapporto» del Ministero della sanità presentato recentemente è pesantissimo, pieno di diagrammi e di statistiche, ma in realtà non dice niente di quello che si vorrebbe sapere.

Conclusivamente: il trasferimento delle competenze alle Regioni non lascia lo Stato «irresponsabile» di quanto fanno le Regioni. La programmazione, intesa come «giustizia distributiva delle risorse», rimane sua. Non si può lasciare che le Regioni più pronte si impossessino di quote destinate ad altre meno pronte. Avremmo una lotta contro l'AIDS fatta solo in poche parti del territorio.

Il Parlamento deve controllare che questo non avvenga. Lo può fare richiedendo il rispetto dell'obbligo che il Ministro della sanità ha di riferire ogni anno sullo stato di attuazione dei programmi anti-AIDS. In più può avviare suoi accertamenti specifici. Dobbiamo assolutamente capire quale è lo stato attuale della nostra rete di ricovero per malattie infettive, quali sono le zone scoperte e quali sono gli interventi a cui assegnare la massima priorità.

Non è ammissibile che si continui in questo modo.

5. La sicurezza del sangue

Su tale aspetto dell'indagine, la Commissione d'inchiesta ha effettuato attività istruttorie mediante l'acquisizione di documentazione, in particolare i risultati di un'ampia indagine condotta dal Nucleo antisofisticazioni e sanità dell'Arma dei carabinieri sulle emotrasfusioni, estesa a tutto il territorio nazionale, e, inoltre, attraverso le audizioni del Ministro della sanità, del presidente dell'AVIS, del presidente della società italiana di medicina trasfusionale, del Comandante del NAS e di alcuni eminenti ematologi italiani.

Purtroppo non è stato possibile completare l'indagine che meritava, senz'alcun dubbio, ulteriori approfondimenti; ciò nonostante, attraverso la lettura di quanto appreso dalla Commissione d'inchiesta grazie alle audizioni è possibile, però, abbozzare un quadro abbastanza chiaro della situazione nel nostro Paese.

Il Ministro della sanità, GUZZANTI, ha evidenziato come la legge n. 107 del 1990 abbia dovuto trovare una mediazione tra le competenze dello Stato e quelle delle Regioni ed ha creduto di trovare un punto di sintesi nei poteri d'indirizzo e coordinamento assegnati dall'articolo 11 al Ministro della sanità. È successivamente intervenuta la Corte costituzionale che ha intaccato questo assetto normativo, ritenendo che esso fosse invasivo dell'autonomia delle Regioni. Naturalmente la sentenza della Corte non elimina il potere-dovere del ministro di svolgere una precisa iniziativa quale sarebbe la predisposizione di un disciplinare, uno schema tipo di convenzione. Ricorda che nella predetta Commissione nazionale le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sono rappresentate da loro esponenti designati dal Servizio sanitario nazionale.

Stando all'attuale normativa, le Regioni sono tenute a predisporre dei piani di raccolta del sangue entro un anno dal Piano sanitario nazionale, adottato nel luglio 1994. Dieci Regioni non hanno tuttavia ancora fatto pervenire la propria proposta.

L'Italia, ad avviso del Ministro, è un paese autosufficiente per quanto riguarda la raccolta del sangue; bisogna quindi puntare soprattutto ad un riequilibrio tra le Regioni. A tal fine, le linee direttrici di un programma organico dovranno interessare soprattutto il settore dei consumi, nel senso di garantire un corretto uso clinico del sangue e degli emoderivati e, in secondo luogo, la stimolazione dell'offerta in alcune parti del territorio nazionale.

Il Ministro ha quindi informato la Commissione dei primi accertamenti effettuati dal Nucleo antisofisticazioni e sanità dell'Arma dei carabinieri, nell'ambito dell'indagine conoscitiva, disposta da lui stesso, sulle emotrasfusioni ed avviata su tutto il territorio nazionale.

L'indagine ha permesso, alla data del 13 giugno 1995, di ispezionare 104 servizi di immunologia e trasfusione, 61 centri trasfusionali, 23

unità di raccolta, 170 case di cura private e 48 cliniche ospedaliere pubbliche.

Dai primi accertamenti, è stato possibile appurare che la pratica delle autotrasfusioni è molto diffusa e viene effettuata, spesso, presso le cliniche anzichè presso i centri trasfusionali; non risulta invece evidenziato il fenomeno del traffico di sangue derivante da autotrasfusioni mentre sono emerse irregolarità circa lo smaltimento di quello non reinfuso, nonchè sulla corretta tenuta della relativa documentazione.

Nella maggiorparte dei casi, non sono risultate convenzioni specifiche tra case di cura private ed i centri trasfusionali, anche se ogni casa di cura dovrebbe avere un centro trasfusionale di riferimento che dovrebbe provvedere nel caso non disponga di sangue richiesto; le prove di compatibilità del sangue da trasfondere, in alcuni casi, sono state eseguite presso le case di cura riceventi anzichè presso i centri trasfusionali; non sempre le richieste di sangue sono conformi alle norme di legge, per la mancanza delle indicazioni riferite alle persone riceventi; in qualche caso sono state attivate strutture per il prelievo, conservazione e successiva trasfusione di sangue proveniente da donatori, in assenza di specifica autorizzazione; notevoli quantità di sacche di sangue ed emocomponenti vengono inviate da centri trasfusionali del centro-nord a strutture sanitarie o centri trasfusionali del sud, dietro semplice richiesta telefonica o via fax, procedura questa in contrasto con quanto previsto dall'articolo 27 del decreto ministeriale 27 dicembre 1990; sulle cartelle cliniche, spesso, viene omesso di riportare le indicazioni previste dalla vigente normativa per la individuazione della provenienza delle sacche di sangue e del relativo donatore; le sacche di sangue non utilizzate, in molti casi, non vengono restituite al centro trasfusionale di provenienza; sul sangue raccolto in Italia da parte di S.I.T. e C.T. vengono effettuati i regolari controlli di legge (HIV, HCV, ecc.). Il Ministro ha infine evidenziato come i rischi di infezione da trasfusione, sono risultati essere inferiori a quelli che si hanno negli altri Paesi.

Il presidente della società italiana di medicina trasfusionale, dottor Giuseppe DE STASIO, ha sottolineato gli inconvenienti originati dalla legge n. 107 del 4 maggio 1990, che ha finito per dare adito a decreti attuativi che hanno allargato a dismisura il campo dei soggetti penalmente perseguibili; e quindi posto oggettivamente le premesse per alimentare un certo clima di allarme nell'opinione pubblica e di spasmodica ricerca di figure criminali.

Ad avviso del dottor De Stasio, poi, la decretazione ministeriale, succedendosi ad intervalli di tre o anche quattro anni, costituisce uno strumento troppo lento e macchinoso in un campo come quello trasfusionale che si evolve rapidamente dal punto di vista delle conoscenze scientifiche e tecnologiche. Sarebbe pertanto preferibile affidare il regolamento del settore ad un'agenzia composta da tecnici designati da Stato e Regioni, che possa coordinare, attraverso apposite direttive, e controllare, mediante ispezioni, tutti i problemi di applicazione o di inosservanza che si dovessero presentare.

Il presidente dell'AVIS, avvocato Mario BELTRAMI, ha richiamato l'attenzione sull'articolo 10 comma 3 della legge 107, che costituisce un serio impedimento ad una più articolata ed efficiente fruizione ed offerta dei servizi trasfusionali. A suo avviso sarebbe importante che le

Regioni stipulassero convenzioni a livello europeo con centri di produzione di emoderivati che siano in grado di competere per qualità e costi con la produzione interna.

L'avvocato Beltrami ha quindi sottolineato come la risoluzione approvata alla Camera dalla XII Commissione (Affari Sociali) abbia posto, giustamente, il problema del superamento del «regime di monopolio di fatto delle aziende produttrici di emoderivati», auspicando la promozione di nuove iniziative imprenditoriali. La stessa risoluzione tuttavia commette un gravissimo errore quando si fa promotrice di quella che, in gergo tecnico, viene chiamata «donazione dedicata». Questa, infatti, darebbe luogo ad enormi problemi logistici ma, soprattutto, aumenterebbe il rischio di infezioni, poichè la pressione psicologica esistente all'interno dei rapporti di parentela, induce a sottacere alcuni comportamenti a rischio, come sono le abitudini sessuali o la tossicodipendenza.

Il professor Franco MANDELLI, ordinario di ematologia presso l'Università degli studi di Roma «La Sapienza», ha posto in evidenza come la vigenza della legge n. 107 del 1990, e dei decreti ad essa connessi, sia servita ad imporre una più rigorosa organizzazione dell'attività trasfusionale. La predetta regolamentazione infatti definisce in maniera puntuale i compiti delle strutture trasfusionali, i criteri informativi dell'attività terapeutica con il sangue ed emocomponenti ed i rapporti tra strutture trasfusionali ed utenti. Il clima di allarme sociale per i reali e presunti pericoli legati alle trasfusioni hanno reso indubbiamente più attenti tutti gli organismi giudicanti.

Il vero problema, a suo avviso, è costituito soprattutto dalla mancanza nel centro-sud d'Italia di un numero sufficiente di donatori volontari periodici. In altre parole la mancanza di sangue provoca per forza di cose una drammatizzazione di problemi che sarebbero altrimenti insussistenti e comunque non darebbero luogo alla ricerca di responsabilità penali.

Il Comandante del Nucleo antisofisticazioni e sanità dell'Arma dei carabinieri, colonnello Mario PALOMBO ha fornito i risultati dell'indagine condotta dal Nucleo sulle emotrasfusioni, su richiesta del Ministro della sanità.

Dai primi accertamenti, è stato possibile appurare che la pratica delle autotrasfusioni risulta molto diffusa e, nella maggioranza dei casi, viene effettuata presso le cliniche anzichè presso i centri trasfusionali. Non risulta invece evidenziato il fenomeno del traffico di sangue derivante da autotrasfusione mentre sono emerse irregolarità circa lo smaltimento di quello non reinfuso, nonchè sulla corretta tenuta della relativa documentazione. In qualche caso sono state attivate strutture per il prelievo, conservazione successiva a trasfusione di sangue proveniente da donatori in assenza di specifica autorizzazione.

Sono state effettuate:

a) 158 ispezioni nei servizi di immunologia e trasfusioni: 103 strutture (il 65%) sono risultate in regola, 55 (il 35%) no; sono state riscontrate 86 infrazioni di carattere penale e 2 di carattere amministrativo;

b) 328 ispezioni nelle case di cura private: 154 strutture (il 47%) sono risultate in regola, 125 (il 38%) no, la posizione di altre 49 strut-

ture è al vaglio dell'autorità giudiziaria; sono state riscontrate 181 infrazioni di carattere penale e 9 di carattere amministrativo;

c) 39 ispezioni presso le associazioni di donatori: 7 strutture (il 18%) sono risultate in regola, 32 (l'82%) no; sono state riscontrate 33 infrazioni di carattere penale e nessuna di carattere amministrativo;

d) 86 ispezioni nelle emoteche: 54 strutture (il 63%) sono risultate in regola, 32 (il 37%) no; sono state riscontrate 54 infrazioni di carattere penale e nessuna di carattere amministrativo;

e) 94 ispezioni nelle cliniche ospedaliere pubbliche: 28 strutture (il 30%) sono risultate in regola, 66 (il 70%) no; sono state riscontrate 96 infrazioni di carattere penale e 4 di carattere amministrativo;

f) 161 ispezioni nei centri e servizi trasfusionali: 114 strutture (il 71%) sono risultate in regola, 47 (il 29%) no; sono state riscontrate 84 infrazioni di carattere penale e 6 di carattere amministrativo.

Alcune delle infrazioni riscontrate sono molto gravi, con denunce, tra l'altro, di epidemia, con riferimento al reato commesso da alcuni che, associati tra loro, svolgevano attività diretta all'importazione di plasma eccedente quello autorizzato, proveniente da sangue non testato, e alla successiva produzione di emoderivati commercializzati in tutto il territorio nazionale, causando in tal modo la diffusione di germi patogeni.

6. La politica del farmaco

Tenuto conto delle segnalazioni fornite dal professor Federspil, già membro della Commissione unica del farmaco (CUF) circa presunte irregolarità nel funzionamento della medesima Commissione e di rilievi a tal proposito sollevati dall'Unione europea, che avevano trovato riscontro in un'indagine avviata dalla Commissione sanità del Senato, la Commissione parlamentare d'inchiesta, nella seduta del 2 marzo 1995, ha approvato un documento presentato dal sen. Binaghi.

Con tale documento si riteneva doveroso valutare:

- 1) i rapporti tra industrie del settore farmaceutico che hanno ricevuto beneficio dalla riclassificazione delle specialità da parte della Commissione unica del farmaco e i componenti di questa o enti di ricerca ad essi legati;
- 2) la collocazione del budget della ricerca farmacologica tra enti di ricerca legati a componenti CUF ed altri enti.

A seguito di tale deliberazione, le aziende farmaceutiche associate e non associate all'Associazione degli industriali farmaceutici, Farmindustria, sono state richieste di far conoscere alla Commissione il flusso di denaro intercorso, a qualsiasi titolo, per ciascun anno del quinquennio 1990-94, tra le dette aziende e istituti afferenti ai membri della Commissione unica del farmaco, nonché i flussi complessivi di denaro intercorsi tra le società e reparti ospedalieri e universitari, laboratori ed istituti di ricerca; si è richiesto infine l'importo delle erogazioni per viaggi, corsi di aggiornamento, conferenze, convegni, pubblicazioni che hanno interessato la categoria dei medici.

Una prima analisi dei dati forniti, seppure incompleti, è stata esaminata e discussa dalla Commissione d'inchiesta.

È stato riscontrato che, ai fini della ricerca, della sperimentazione e della formazione farmacologica, un certo numero di aziende ha intrattenuto rapporti di collaborazione con istituti cui sono legati alcuni dei componenti della Commissione unica del farmaco.

A questo proposito, più senatori hanno espresso delle perplessità sulla possibilità che i membri della commissione potessero, nello stesso tempo, avere dei rapporti, seppure indiretti, con società del settore farmaceutico e decidere della validità terapeutica dei farmaci e, soprattutto, della loro collocazione economica sul mercato. Da parte di alcuni si è in ciò individuata una sorta di conflitto di interessi che, data la delicatezza dei compiti dell'organo ministeriale, necessitava di un ulteriore approfondimento e verifica. È stato anche proposto un intervento legislativo per la ridefinizione di tutta la materia.

Si è quindi proceduto all'audizione dei componenti della CUF negli anni 1993-94, del Ministro della sanità e del presidente dell'Associazione degli industriali farmaceutici.

Anche in questo caso, come per il sangue, lo scioglimento anticipato delle Camere ha impedito che la Commissione d'inchiesta completasse l'indagine e, soprattutto, il ciclo delle audizioni. Sono stati infatti ascoltati, oltre al Ministro ed al presidente di Farmindustria, solo sei dei quattordici membri della Commissione unica del farmaco.

Da tali audizioni, comunque, sono emerse indicazioni importanti seppure, in qualche caso, tra loro contraddittorie, tanto che la Commissione ha deliberato di riconvocare alcuni degli auditi per formale testimonianza.

Dalle audizioni svolte, ma come già detto, non completate, sono emersi alcuni elementi essenziali.

La Commissione unica del farmaco, nella sua prima costituzione, quella del biennio 1993-1994, ha operato nel rispetto di regole contenute in una bozza di regolamento interno che, però, è stato approvato formalmente solo nel maggio del 1995, dalla stessa commissione in seconda costituzione.

La riclassificazione dei farmaci è avvenuta tenendo presenti, in linea di massima, una serie di principi stabiliti dai componenti della CUF all'inizio della propria attività, man mano corretti con il prosieguo dei lavori e formalizzati solo al termine del procedimento, quando sono stati approvati insieme al documento vero e proprio di classificazione.

La CUF, ai fini della classificazione dei farmaci, ha proceduto secondo alcune direttive imposte dal Governo, con la legge finanziaria per il 1994, e cioè: ha classificato le specialità medicinali secondo categorie omogenee, nel rispetto del tetto massimo di spesa di 10 mila miliardi, collocandole in tre diverse classi, una a totale carico dello Stato, un'altra a carico metà dello Stato e metà del cittadino, una terza a totale carico del cittadino.

Le decisioni sono state sempre prese senza ricorrere a votazioni formali e senza che, peraltro, alcuno dei componenti della commissione ne richiedesse la necessità; il professor Federspil ha però lamentato che tali decisioni venissero prese non tenendo conto di principi gerarchicamente disposti, bensì ricorrendo, spesso, all'utilizzo di valori non omogenei.

La Commissione unica del farmaco ha provveduto non solo alla valutazione della validità clinica dei farmaci ma anche ad assumere decisioni di carattere economico; pur essendo stata ipotizzata da qualche senatore la non sufficiente competenza dell'organo ministeriale in materia economica, è stato obiettato dagli auditi che ciò era necessitato dal mandato affidato alla CUF dalla norma istitutiva, laddove essa prevedeva che la commissione dovesse procedere alla riclassificazione dei farmaci tenendo conto della compatibilità economico-finanziaria di tali decisioni.

Il supporto di un organo tecnico-economico è stato, peraltro, auspicato da più di uno dei componenti della Commissione unica del farmaco, e dallo stesso Ministro della sanità sollecitato, nel quadro di una futura revisione delle competenze della commissione.

Sul problema del conflitto d'interessi, gli auditi hanno evidenziato come esso emerga solo nel caso di rapporti diretti con le aziende produttrici o di collaborazioni personali a ricerche e sperimentazioni di farmaci definiti e non per i rapporti che gli istituti, cui essi

fanno riferimento per ragioni professionali, intrattengono normalmente con le società farmaceutiche.

A margine delle audizioni e delle discussioni che si sono avute sul problema, sono stati avanzati alcuni suggerimenti.

Una riformulazione del regolamento della Commissione unica del farmaco, da effettuarsi attraverso lo strumento del regolamento ministeriale, in maniera da prevedere norme più stringenti relativamente all'ineleggibilità e all'incompatibilità dei membri della Commissione e alla sua composizione.

In particolare, si ritiene opportuno che i rapporti con le aziende farmaceutiche, personali e degli enti cui i componenti dell'organismo ministeriale siano legati professionalmente, debbano essere esplicitati in dettaglio. Con riferimento all'articolo 11 dell'attuale regolamento interno della Commissione unica del farmaco, si ritiene che si dovrebbero astenere dal prender parte alle decisioni della CUF relative alla valutazione di una specialità medicinale, i componenti che abbiano rapporti con l'azienda produttrice di tale specialità, sia di tipo diretto che indiretto, per il tramite dell'istituto o dell'ente cui essi sono legati da vincoli professionali.

In secondo luogo, è auspicabile la previsione di un ricambio periodico dei componenti la Commissione unica del farmaco, in maniera tale da assicurare, per esempio, la sostituzione, ogni biennio di una quota soltanto di essi (il 50 per cento o più), evitando il rinnovo del mandato per più di due volte.

Infine, la competenza della commissione ministeriale dovrebbe limitarsi alla valutazione clinica e terapeutica delle specialità medicinali, così come fa l'Agenzia europea, mentre tutte le ulteriori valutazioni di carattere economico dovrebbero essere compiute da un organo misto, appositamente costituito, composto di esperti di economia, di farmacologi e della parte applicativa clinica, che potrebbero essere espressione della Commissione unica del farmaco e del CIPE, ma anche dell'industria farmaceutica.

7. *Allegati*

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ALLEGATO N. 1

Tabella sui Policlinici a gestione diretta

Università	Costituzione in Azienda del Policlinico (d.leg. 30 dicembre 1992 n.502)	Nomina organi direttivi ed amministrativi dotazione di un regolamento di amministrazione e contabilità	Percentuale di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto personale / posti letto	Rapporto posti letto / primari	Rapporto posti letto / specializzazioni	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (Indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario
UDINE	E' costituita dal 1.1.95	Organi nominati. Dispone di un regolamento di funzionamento e sia preparando un regolamento di amministrazione e contabilità	Non specificata. La trattativa privata è applicata per le materie previste dal Regolamento di amministrazione e contabilità dell'Università di Udine	617.000	1,9	13,7	9,4	E' in vigore una convenzione e ne sono stati attuati 5 stralci.	L'indennità viene calcolata secondo le disposizioni di legge. Stanno ricalcolando le modalità di calcolo alla luce del parere espresso dal C.d.S. il 1/3/95.	E' utilizzato personale dei ruoli universitari e quello del SSN. Il personale proveniente dalle Aziende sanitarie regionali è in posizione di comando
ROMA-UMBERTO I	E' costituita dal 10.6.94	Organi non ancora nominati. Non è stato elaborato alcun regolamento di amministrazione e contabilità	Non specificata. In mancanza di un regolamento di amministrazione e contabilità sono adottate procedure diverse non classificabili.	472.000 (594.000 per giorno di degenza)	3	6,8	1,8	Si. E' in fase di elaborazione un protocollo d'intesa Regione Università	L'indennità è calcolata solo sulla base delle voci retributive pensionabili, non tenendo conto dei pareri del C.d.S.	E' in atto un contratto per l'equiparazione del personale, ad iniziativa degli ospedalieri.
ROMA-GEMELLI	E' costituita dal 20.12.94	Organi parzialmente nominati. Il regolamento amministrativo è in fase di rielaborazione	Il 37,6% delle spese correnti previste per il 1995.	714.000	2,7	18	2	E' in atto un protocollo d'intesa per l'assistenza erogata ed un accordo per il finanziamento del Policlinico per il 1995.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	La gestione ospedaliera è interamente affidata a personale universitario

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Università	Costituzione in Azienda del Policlinico (d.leg. 30 dicembre 1992 n.502)	Nomina organi direttivi ed amministrativi dotazione di un regolamento di amministrazione e contabilità	Percentuale di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto posti letto / primari	Rapporto posti letto / specializzandi	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario
NAPOLI I	E' costituita dal 23.3.95	Organi nominati: I regolamenti amministrativi e contabili applicati sono quelli dell'Università "Federico II"	Non specificata. La trattativa privata è applicata per le materie previste dal Regolamento di amministrazione e contabilità dell'Università.	400.000	13,5	1,9	n.d.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	n.d.
NAPOLI II	E' costituita dal 1.4.95	Organi parzialmente nominati. I regolamenti amministrativi e contabili applicati sono quelli dell'Università "Federico II"	8% per acquisto di beni e servizi; 4% per opere; 60% per l'acquisto di farmaci; 100% per contratti di assicurazione	415.000	8,2	1,6	E' in vigore un protocollo d'intesa	Il calcolo dell'indennità è conforme alla disciplina vigente.	L'Università mette a disposizione personale docente ricercatore e tecnico amministrativo e la USL personale sanitario (aiuti ed assistenti) e parasanitario. Non vi sono i "università".
MESSINA	L'iter costitutivo dell'Azienda ospedaliera non si è ancora concluso.	n.d.	Non specificata. Di norma si ricorre alla gara d'appalto e, solo eccezionalmente, alla trattativa privata.	335.000	13,3	1,04	Sono in fase di definizione nuovi protocolli d'intesa.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	Il personale del SSN non è presente nel policlinico che è completamente a gestione diretta.
CATANIA	L'iter costitutivo dell'Azienda ospedaliera non si è ancora concluso.	Organi non ancora nominati.	Il 28,4% degli acquisti di beni e servizi.	n.d.	30,3	3,2	E' in atto (protogalio) una convenzione con la Regione, in attesa del protocollo d'intesa.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	Tutto il personale universitario è stato iscritto all'interno della struttura ospedaliera policlinico.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Università	Costituzione in Azienda del Policlinico (d.leg. 30 dicembre 1992 n.502)	Nomina organi direttivi ed amministrativi dotazione di un regolamento di amministrazione e contabilità	Percentuale di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto personale / posti letto	Rapporto primari / posti letto	Rapporto specialistici / posti letto	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario
PALERMO	L'iter costitutivo dell'Azienda ospedaliera non si è ancora concluso.	n.d.	Il 20% degli acquisti di beni e servizi.	416.000	2,5	16,3	1,7	n.d.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	n.d.
SASSARI (policlinico parzialmente a gestione diretta)	No. La Regione ha riconosciuto l'Azienda policlinico nell'art. 26 della L.R. n. 5/95	Organi non ancora nominati. Nesun regolamento approvato.	Il 5%.	343.000	0,7	40	3,5	La convenzione, attualmente in fase di rinnovo, risale all'11.5.89	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	In base alla convenzione Regione/Università, operante personale universitario e del SSN(29 infermieri) perfettamente integrato.
CAGLIARI (policlinico parzialmente a gestione diretta)	Il 1° Presidio del Policlinico è stato costituito con Decreto rettorale il 18.7.94	Organi non ancora nominati. I regolamenti di amministrazione e contabilità sono in fase di elaborazione	Il 90-95% delle spese per gli acquisti di beni e servizi	254.000	1,96	24,5	2(circa)	E' in vigore una convenzione con la Regione dal 1.1.93. Non ci sono ancora protocolli d'intesa.	L'indennità è calcolata non tenendo conto dei pareri del C.d.S.. Si stanno attivando per modificare la procedura di calcolo alla luce del parere del C.d.S. del 1.3.95	Il personale universitario non è stato iscritto con l'equiparazione prevista dalle norme. E' in atto un contenzioso.

ALLEGATO N. 2

Tabella sui Policlinici a gestione indiretta

Università	Strutture sanitarie attrezzate	Percentuale di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto posti letto / personale	Rapporto posti letto / specialisti / primari	Rapporto posti letto / specialisti	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (Indennità De Maris)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario	Università che favorisce assistenza
TORINO	Azienda ospedaliera "San Giovanni Battista"	Il 95% degli acquisti di beni e per i lavori.	404.000	2,8	20	1,3	E' in vigore una convenzione quadro tra la Regione e la Facoltà di medicina e chirurgia.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Tutto il personale universitario medico e non medico è stato inserito secondo le convenzioni attuative della Convenzione Quadro Regionale.	Tutti
MILANO	Ha convenzioni con 5 ospedali: Maggiore, Sacco, San Paolo, San Raffaele a Milano ed il San Gerardo a Monza	Gli acquisti sono gestiti autonomamente dagli Ospedali convenzionati.	n.d.	n.d.	18,2(circa)	5,2 (circa)	E' in vigore una convenzione attuativa degli accordi Regione-Università	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	La Regione stabilisce, per ogni ospedale convenzionato, le divisioni gestite dagli universitari e dagli ospedalieri	SI.
BRESCIA	Gli "Spedali civili di Brescia"	n.d.	Non è in grado di fornire dati	Non è in grado di fornire dati	68	4,9	E' in atto un protocollo d'intesa tra gli Enti convenzionati e la Regione	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Il personale universitario presta, per l'assistenza, metà delle ore dovute dal personale del SSN.	85 in tutto
GENOVA	L'ospedale S. Martino	n.d.	n.d.	1,9	15	1,4	E' in vigore una convenzione attuativa degli accordi Regione-Università	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Il personale universitario è integrato sulla base di Convenzioni tra l'Università e la struttura ospedaliera	342
VERONA	Ospedale Policlinico e Ospedale Maggiore	n.d.	610.000	2,1	22,1	2,7	I protocolli di intesa sono in fase di definizione	L'indennità è calcolata caso per caso.	Personale dei due ruoli opera indistintamente nelle strutture a direzione universitaria o sanitaria.	meno del 50%

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Università	Strutture sanitarie utilizzate	Percentuale di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto posti letto / personale	Rapporto posti letto / primari	Rapporto posti letto / specializzandi	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario	Università e che fanno assunzione
TRIESTE	Azienda per i Servizi sanitari n. 1 "Triestina" e Istituto "Garofalo"	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	E' in vigore una convenzione con la Regione. Non sono ancora stipulati protocolli d'intesa	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Nella copertura dell'organico convenzionale si dà la precedenza al personale docente universitario. Il personale universitario tecnico-amministrativo non è integrato	109
ROMA TORVERGATA	L'Università si avvale di una convenzione con la Regione per l'utilizzazione di tre strutture ospedaliere.	n.d.	750.000	1,07	12,5	n.d.	In corso trattative per protocollo d'intesa con la Regione	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Il personale universitario è stato integrato con quello che problema organizzativo	159+71 (per. tecn.)
BOLOGNA	Azienda ospedaliera S. Orsola Maipighi e Azienda USL Città di Bologna	n.d.	520.000	0,5	26,1	4,2	Si sta predisponendo un accordo quadro con la Regione	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Il personale universitario è integrato senza nessun piano organico, bensì in base alle necessità contingenti.	396 in tutto

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Università	Strutture sanitarie utilizzate	Percentuale di ricorso alla trasfrattiva privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto posti letto / personale	Rapporto posti letto / primari	Rapporto posti letto / specializzati	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario	Università che fanno assistenza
MODENA	Il Policlinico è stato costituito in Azienda Ospedaliera a decorrere dal 1.7.94	Il 55% del valore degli acquisti ed il 70% delle procedure	565.000 se si tiene conto di tutta l'Attività dell'Azienda 438.000 se si tiene conto solo dell'attività di degenza	1,76	33,71	2,78	Sono in vigore due convenzioni, una tra la Regione e l'Università ed un'altra attuativa	L'indennità è calcolata non tenendo conto dei pareri del C.d.S.	Il personale universitario presta 15 o 20 ore settimanali ed è equiparato al personale ospedaliero. Controverse in atto sul riconoscimento anzianità progressiva, modalità di calcolo dell'indennità ospedaliera, riconoscimento dell'anzianità maturata dal personale tecnico e amministrativo.	171 in tutto, cioè il 92% del totale
FIRENZE	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	30	3,6	E' in vigore una convenzione tra Università e Regione stipulata nel 1989. I protocolli d'intesa tra Università e SSN sono ancora da stipulare	L'indennità è calcolata secondo le disposizioni di legge.	Il personale universitario è integrato. Il personale del SSN partecipa all'attività didattica dell'Università. Controverse in corso tra personale universitario e amministrazione ospedaliera.	Tutto il personale
SIENA	Azienda ospedaliera istituita dalla Regione	Il 95% degli acquisti	496.000 se si tiene conto di tutta l'attività dell'Azienda 443.000 se si tiene conto solo dell'attività di degenza	2,13	18,9	1,9	E' in vigore un accordo tra Regione e Università, le quali sono in trattativa per la stipula di un vero e proprio protocollo d'intesa.	Il calcolo dell'indennità è conforme ai pareri del C.d.S.	Personale dei due ruoli opera indistintamente nelle strutture a direzione universitaria o sanitaria; non esistono controversie.	n.d.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Università	Strutture sanitarie utilizzate	Percentuale di ricorso alla trattativa privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto posti letto / personale	Rapporto posti letto / primari	Rapporto posti letto / specializzandi	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario	Università che fanno assistenza
PERUGIA	Le due Aziende ospedaliere di Perugia e di Terni	Il 36% degli stanziamenti, a Perugia il 48% delle procedure di acquisto attivate, a Terni	486.000	7,6	24,25	3,4 oppure 7,8 considerando tutti i posti letto convenzionati dei vari presidi ospedalieri comunque utilizzati dagli specializzandi	E' in vigore una convenzione con la Regione stipulata nel 1987	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Il personale universitario è inserito solo nelle cliniche a direzione accademica. L'equiparazione con il personale del SSN è attuata in base al DM 9.11.82	252 in tutto
L'AQUILA	Si avvale di convenzioni stipulate con le USL di L'Aquila e di Teramo	n.d.	500.000	5,7	18,3	5,7	in prorogatio le vecchie	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Il personale universitario è inserito negli organici secondo un impegno organico onnicomprensivo (didattica, ricerca ed assistenza)	64 cioè il 47% del personale complessivo o delle strutture convenzionate
CHIETI	Si avvale delle Aziende USL di Chieti e Pescara	n.d.	560.000	n.d.	24,6	1,4	Non sono ancora stati stipulati protocolli di intesa. E' in vigore, in regime di prorogatio, la Convenzione stipulata con la Regione nel 1990	Il calcolo dell'indennità è conforme ai parametri del C.d.S.	Solo tre unità universitarie per struttura o unità operativa. Controversie in corso circa il carattere aggiuntivo o di completamento degli organici dell'inserimento del personale universitario.	59

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Università	Strutture sanitarie utilizzate	Percentuale di riva privata per gli acquisti di beni e servizi	Costo per posto letto	Rapporto posti letto / personale	Rapporto posti letto / primari	Rapporto posti letto / specializzati	Realizzazione di Convenzioni con la Regione	Modalità di pagamento dell'indennità di cui all'art. 31 del DPR n. 761/79 (indennità De Maria)	Modalità di integrazione tra personale ospedaliero e personale universitario	Università
BARI	Ospedale Policlinico	n.d.	n.d.	n.d.	24	4	Si è in attesa della stipula delle convenzioni attuative tra Università e USL della Convenzione stipulata con la Regione nel 1994.	Il calcolo dell'indennità sembrerebbe conforme ai parametri del C.d.S.	L'integrazione del personale universitario è definita sufficiente.	La quasi totalità del personale.

ALLEGATO N. 3

Elenco delle strutture ospedaliere incompiute sul territorio nazionale aggiornata al 13 marzo 1996

REGIONE	DENOMINAZIONE
Abruzzo	Ospedale dell'Aquila
	Ospedale S.S. Annunziata Colle dell'Ara
	Presidio ospedaliero di Ripa Teatina

	3

Basilicata	Ospedale S. Carlo di Potenza
	Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Chiaromonte
	Presidio Ospedaliero di Muro Lucano

	3

Calabria	Ospedale di Cassano
	Ospedale di Ferrantazzo
	Ospedale di Gerace
	Ospedale di Mesoraca
	Ospedale di Nicotera
	Ospedale di Pizzo
	Ospedale di Rosarno
Ospedale di Scalea	

	8

Campania	Ospedale "Villa Malta" di Sarno
	Ospedale di Agropoli
	Ospedale di Amalfi
	Ospedale di Gragnano
	Ospedale di Marcianise
Ospedale di Pagani	

Ospedale di Roccadaspide
Ospedale di S. Bartolomeo in Galdo
Ospedale di Torre Annunziata

9

Friuli V. Giulia **Ospedale di Palmanova**
Ospedale S. Polo di Monfalcone

2

Lazio **Nuovo Ospedale S. Andrea di Roma**
Ospedale di Fondi
Ospedale di Frosinone
Ospedale di Palestrina
Ospedale di Poggio Mirteto
Ospedale di Terracina
Ospedale Generale Viterbo Belcolle
Ospedale S. Giovanni Evangelista di Tivoli
Ospedale S. Paolo di Civitavecchia
Ospedale S. Salvatore di Palombara Sabina
Ospedale SS. Trinità di Sora

11

Liguria **Ospedale di Busalla**
Ospedale di Genova Voltri
Ospedale di Sarzana
Ospedale di Sestri Levante
Ospedale S. Corona di Pietraligure
Ospedale S. Giuseppe di Cairo Montenotte
Ospedale S. Paolo (Savona)

7

Lombardia Carcere di Opera (Milano)
Nuovo Ospedale Carlo Poma di Mantova
Nuovo ospedale Destra Secchia (Pieve di Coriano)
Nuovo ospedale di Suzzara

4

Marche Ospedale di Civitanova Marche
Ospedale di Fabriano
Ospedale di Torretta

3

Molise Centro Anziani Colitti di Campobasso
Nuovo Ospedale Civile di Agnone
Ospedale Cardarelli di Campobasso
Ospedale G. Vietri di Larino
Ospedale Nuovo di Isernia (Veneziale)
Ospedale S. Timoteo di Termoli
Ospedale Santissimo Rosario di Venafro

7

P.A. Trento Ospedale Alto Garda e Ledro di Arco (Tn)

1

Piemonte Ospedale Vittorio Valletta - Mirafiori (Torino)

1

Puglia Dipart. Oncol. Osp. Multizon. Fazzi di Lecce
Nuovo Ospedale Civile di Turi
Ospedale di Gallipoli
Ospedale di Mottola

Ospedale di Barletta
Ospedale di Campi Salentina
Ospedale di Casarano
Ospedale di Castellaneta
Ospedale di Ceglie Messapico
Ospedale di Galatina
Ospedale di Monte S. Angelo
Ospedale di Scorrano
Ospedale di Summa
Ospedale Nord di Taranto
Ospedale S. Paolo di Bari
Ospedale Tanzarella di Ostuni
Ospedali Riuniti di Foggia
Policlinico di Bari
Presidio ospedaliero IRCCS Saverio De Bellis
Presidio Ospedaliero S. Giacomo di Monopoli

20

Sardegna
Ospedale di Macomer
Policlinico Nuovo di Cagliari
Policlinico universitario di Sassari

3

Sicilia
Azienda Ospedaliera Gravina di Caltagirone
Azienda Ospedaliera V. Cervello Palermo
Azienda Ospedaliera Villa Sofia / CTO Palermo Padiglione Polichirurgico

Nuovo Presidio Ospedaliero di Acireale
Ospedale Chiello di Piazza Armerina
Ospedale Civico Benefratelli, Padiglione Emergenza
Ospedale Civile di Sciacca
Ospedale Civile di Vittoria
Ospedale di Augusta - Muscatello

Ospedale di Cefalù
Ospedale di Papardo
Ospedale di Patti
Ospedale di Petralia
Ospedale di Randazzo
Ospedale di Scicli
Ospedale di Termini Imerese
Ospedale Garibaldi di Catania
Ospedale M. Immacolata Longo di Mussomeli
Ospedale M. Paternò Arezzo
Ospedale nuovo di Giarre
Ospedale Nuovo Cutroni Zodda di Barcellona
Ospedale Oncologico M. Ascoli
Ospedale Psichiatrico di Ragusa
Ospedale S. Biagio di Marsala
Ospedale S. Giovanni di Dio
Ospedale S. Vincenzo Sirina di Taormina
Ospedale Villa delle Ginestre
Ospedale Vittorio Emanuele di Salemi
Ospedale Vittorio Emanuele di Castelvetro
Ospedale Vittorio Emanuele di Gela
Presidio Ospedaliero "Via Ingegneros" di Palermo
Presidio Ospedaliero di Gravina
Presidio Ospedaliero Basso Ragusa di Militello

33

Umbria Ospedale di Città di Castello

1

Veneto Centro ospedaliero universitario di Valeggio sul Mincio
Ospedale "S. Maria della Misericordia" di Rovigo
Ospedale di Adria
Ospedale di Bassano del Grappa

Ospedale di Castelfranco Veneto

Ospedale di Trecenta

Ospedale S. Bortolo

7

123

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ALLEGATO N. 4

La base dei dati delle strutture ospedaliere incomplete

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Abruzzo	Ospedale dell'Aquila	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	S.D.F. approvato il 16.10.91; costo presunto 115 mlrd; inizio I trimestre 1991; il CIPE autorizza il 22.11.94 69 mlrd.	Utilizzati fondi AOIENSUD-Min.Lav.Pubb. e FSR; finanz. stanzi. 72 mlrd (regione) - 202 mlrd (min. sanità) - 68,4 (min. bilancio);	1972	In corso; è stato appeso un cartello dal Comune	Finanziamenti insufficienti	part. 95; tot. 1996	Ospedale Ospedale	Ospedale Ospedale	Il cantiere è attivo; sono da realizzare ancora le opere edili per l'impiantistica, il completamento e l'adeguamento degli impianti, le sistemazioni interne (visibilità, percorsi, illuminazione ecc) e le opere edili per attrezzatura
Abruzzo	Ospedale S.S. Annunziata Colle dell'An	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	S.D.F. approvato nella seduta del 18.12.1991; il CIPE non si pronuncia;	Utilizzati fondi FIO, AOIENSUD-Min. Bil. Min.Lav.Pubb. - Cassa DD.PP. - FSR; finanz. stanzi. 15 mlrd (regione) - 117 mlrd (min. sanità) - 117+20 (esprall. contr.)	1972	In corso		Parz. fino 95; tutto 1996	Ospedale Ospedale	Ospedale Ospedale	Il cantiere è ancora attivo; sono ancora da realizzare: il completamento delle opere murarie ed impiantistiche, l'acquisto di attrezzature ed arredi e le relative opere murarie
Abruzzo	Presidio ospedaliero di Ripa Teatina			Finanziamenti stanziati 12 mlrd	1975						Piccola struttura (previsti 80 posti letto) a ridosso di 3 piani, mai completata; in origine destinata a centro di riabilitazione neuropsicomotoria, deve essere riconvertita in RSA in base al piano sanitario regionale
Basilicata	Ospedale S. Carlo di Potenza	Ampliamento di struttura esistente	9 mlrd; iniziato I trimestre 1991; il CIPE autorizza il 27.4.95 2,9 mlrd	Utilizzati 7,5 mlrd ex L. 13.5.90 e 4,5 mlrd ex FSR; finanz. stanzi. 24,5 mlrd (regione); 2,8 mlrd (min. bilancio - esprall. contr.); finanz. mezza 9+6,5 mlrd	1969	In corso		1° Dic. 96	Degenze	Degenze	L'ospedale è stato costruito per stralci successivi; il padiglione per la medicina, gli infedri, l'oncologia, la ginecologia e la pediatria, il cui progetto è stato approvato nel 1990, è incompleto; sono stati richiesti 3 mlrd per il completamento e 6 per la ristrutturazione.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Basilicata	Presidio Ospedaliero di Muro Lucano					Completato	Indicazioni di piano non approvate				Struttura completata ma mai definita perché è ancora in fase di studio l'attuazione delle indicazioni di piano; sono stati attivati sostituti e centro di dialisi generali dell'Ospedale S. Carlo di Potenza
Basilicata	Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Chiaromonte	Ampliamento di strutture esistenti; intervento aggrigativo	3,37 miliardi concessi; il Cipe stanziava il 23.6.95 3,37 miliardi	Utilizzati 5,5 miliardi ex FSR; finanz. concess. 3,5+8,4 miliardi	Anni '50	Completato 1° lotto		1° lotto ottobre '93	Ospedale	Ospedale	La struttura è funzionante; nel 1975 è iniziata la costruzione di un nuovo padiglione per il cui completamento sono stati richiesti, ai sensi dell'art. 20 L. 67/68, 3,5 miliardi per il primo triennio e 8,5 per il secondo
Calabria	Ospedale di Cassano	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggrigativo		Utilizzati fondi Agenzia e Regione stanziati 4,3 miliardi	1965	Completato e collaudato	In attesa dell'approvazione del P.A.L.	Forse giugno '96	Ospedale	Ris. Riabilitazione Policlino	I lavori sono ultimati; solo alcuni servizi sono attivi; la regione ha intenzione di riorientare la struttura
Calabria	Ospedale di Ferruzzano	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggrigativo	Richiesti 5 miliardi (1.000/95) (corrispondono a 3 stati di avanz. lav.)	Utilizzati fondi Agenzia	1972	In corso		4 mesi dopo l'evacuazione dei fondi	Ospedale	Ospedale	Mancano gli impianti e le attrezzature
Calabria	Ospedale di Crotone	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggrigativo		Utilizzati fondi Cassa del Mezzogiorno, di cui 800 milioni ancora disponibili; stanziati 10 miliardi	1977	Completato e collaudato	Mancò il depuratore	Entro 1993	Presidio Per Lungodegati	Presidio Per Lungodegati	Contiene blocco della Magliana; l'opera necessita di ripartizioni per inerti; mancano gli arredi
Calabria	Ospedale di Marone	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggrigativo	S.D.F. approvato il 15.7.92; costo presunto globale di 4,2 miliardi; massimo 1 triennio 1,1 miliardi; il Cipe non si pronuncia	Utilizzati fondi Cassa Mezzogiorno e ex DPR 320/95 (decreto Omnibus) stanziati 3,8 miliardi	1968	Completato e collaudato	In attesa dell'approvazione del P.A.L.	Tre mesi dopo l'approvazione del P.A.L.	Ospedale	Presidio per Riabilitazione Lungodeg. e Serv. Territoriali	La regione ha intenzione di riorientare l'attività

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Calabria	Ospedale di Nicotera	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	Sono stati richiesti fondi il 31/08/1993.	Utilizzati fondi Cassa Mezzogiorno	'70	Completato e collaudato	In attesa dell'approvazione del P.A.L.	Primo trimestre 1996	Ospedale	Rim. Previdio di Riabilitazione Lungodegenti, Day Hospital.	Attivi alcuni servizi; la regione pensa di ricostruire la struttura
Calabria	Ospedale di Pizzo	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	Richiesti fondi il 31/08/95 per lavori di adeguamento della struttura.	Utilizzati finanziamenti Cassa Mezzogiorno, Cassa DD.PP. e Regione	1959	Completato e collaudato	In attesa dell'approvazione del P.A.L.	Primo semestre 1996	Ospedale Civile	Polo Chirurgico di 100 p.l.	Collaudato ma non ancora attivato
Calabria	Ospedale di Rosarno	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		Utilizzati fondi Agendum stanziati 7,3 mld	1976	Abbandonato	In attesa dell'approvazione del P.A.L.	Fine entro 1996	Ospedale	Rim e Lungodegenza	Opere in abbandono; attrezzare semi-finito; la regione ha intenzione di ricostruirlo
Calabria	Ospedale di Scilla	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		Utilizzati fondi ex L. 64/1986 (previdi di medicina sociale)	1988	Sospeso per costruzione		Entro 1 anno dalla ripresa dei lavori	Ospedale	Rim Lungodegenza Poli-Anchilatorio	La regione ha intenzione di ricostruire la struttura
Campania	Ospedale "Villa Maria" di Sarno	Costruzione di nuovo ospedale sostitutivo di due strutture in locazione		Utilizzati 12 mld Fondo Sostanzio Regionale	1980	Sospeso, da maggio 1995	Manca fondi sufficienti	1998 (se vengono concessi i fondi)	Ospedale	Ospedale	Nuova struttura ospedaliera. L'attuale edificio è in primo lotto del quattro di cui al progetto iniziale. Esiste solo il telaio
Campania	Ospedale di Agropoli	Costruzione di nuovo ospedale; intervento aggiuntivo (142 p.l.)	Costo previsto 38 mld; il Nucleo di valutazione del Min. Sanità ha approvato subito 27 mld per l'importo nel 1992	Fin. iniz. 3 mld (SCFS); fin. stan. 5,4 mld (relaz. sen. Sic); finanz. com. 20 mld (SCFS) - 18,4 (Regione) - Costo previsto 38 mld, approvato S.D.F. per 27 mld, mai erogati	1975	Sospeso, dal 1985, per mancanza di fondi		Dipende dal finanziamento	Ospedale	Ospedale	Nuova costruzione. Rimasto incompiuto. Almeno altri 2 anni di lavori (eventuale nuovo finanziamento) per completare opere. Individuato ente P.S.A. Perizionale finanziamento. Esiste solo lo scheletro

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/76	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Campania	Ospedale di Amalfi	Ristrutturazione e totale del vecchio ospedale antitubercolare di Salerno; ospedale agrario	Costo presunto 28,8 mlrd, il Nucleo vetul. Min. sanità approva il 22.9.92 lo S.D.F. per 28,8 mlrd e mutuo per 1 biennio di 9 mlrd, il Cipe non si pronuncia	Utilizzato finanziamento Regionale. Finanz. iniz. 5,8 mlrd; finanz. necoss. 10 mlrd (regione) - 2 mlrd (relaz. sen. Sica)	Per il completamento sarebbero necessari 4 mlrd	1976	Completato	Ipotizzano una diversa destinazione d'uso	Non valutabile	Ospedale	Non ancora definita
Campania	Ospedale di Crugnano	Costruzione di nuovo ospedale (200 p.l.)		Finanz. iniz. e stanzi. non precisati; finanz. necoss. 14 mlrd	1979	Sospeso dal 1991 per mancanza di fondi		1998 se finanziato	Ospedale	Ospedale	Nuova costruzione completata al 50-60%. Presenza di annesso. Mancano impianti e attrezzature. La Regione non concede il finanziamento di 14 mlrd perché questi sarebbero pigriati dai crediti della ex USL. La ASL ha incontrato una società per il progetto
Campania	Ospedale di Marciano	Costruzione di nuovo ospedale	37 mlrd richiesti	Finanz. necoss. 59 mlrd (SCPS); 4,2 mlrd (regione);	1979	Sospeso, per mancanza di fondi; completato il 1° lotto per uffici amministrativi		Dipende dal finanziamento	Ospedale	Ospedale	Ospedale di 403 pz progettato per letti funzionali; sono stati completati 3 ambed e attivato il 1° lotto. Individuato come PSA. E' attivato il pronto soccorso e gli uffici amministrativi della USL 17 (dal 17-9-1990)
Campania	Ospedale di Pugni	Ampliamento (2 padiglioni) di struttura già esistente	Richiesti 20 mlrd.	Utilizzati fondi Agensud (ex Cass. Med.) 1975/1978. fin. iniz. 8.988 mlrd; fin. stanzi. 5.629 mlrd; fin. necoss. 34 mlrd (SCPS) - 19 mlrd (Regione) - 33-40 mlrd (Rel. sen. Sica)	1967	Sospeso, per mancanza di fondi, dal 1971		Dipende dal finanziamento	Ospedale	Ospedale	Ampliamento. Completate opere murarie grasse. Individuato come DEA II civ. Paralizzazione funzionalita (in 3 palazzine, 2 restitici e 1 facciata con facciata). Strutture degradate

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Campania	Ospedale di Roccamare	Costruzione di nuovo ospedale; intervento aggiuntivo (142 p.l.)	Richieste finanziamenti per adeguamento alla normativa dell'emergenza	Finanziamenti precedenti per la costruzione dell'ospedale. Fin. int. (8.463 mld - SCPS) (1,3 mld - Tribunale per i diritti del malato -); stanzi. 30 mld. fin. nec. (0,4 mld - SCPS) (9,2 - Reg.)	1965	Completato	Manca di personale	Quando la Regione approvò la pianta organica	Ospedale	Ospedale con Pronto Soccorso attivo	Completata struttura e dotazioni tecniche. Individuato come PSA
Campania	Ospedale di S. Bartolomeo in Ouldo	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	Nucleo valut. Min. Sanità approva S.D.F. per 20 mld per il triennio; il Cipe non si esprime	Utilizzati finanziamenti Cassa Mezzogiorno e Fondi Regionali; necessari 20 mld	1957	1° lotto completato; scoppio nel 1990 per mancanza fondi		1997/98 se finanziato	Ospedale	Ospedale	Completato per ampiezza. Completata la struttura e funzionanti 1°, 2° e 4° piano. Individuato come PSA Incompleti impianti e attrezzatura
Campania	Ospedale di Torre Annunziata	Costruzione di nuovo ospedale (250 p.l.)	Richiesti 35 mld	Finanz. int. 7 mld. fin. nec. stanzi. 7 mld per compl. (Regione) - 6,7 mld (Reg. ven. Sica); fin. nec. 40 mld (SCPS) - 34 mld (Regione) - 42 -iva (rel. sen. Sica)	1970	Scoppio del 1991 per mancanza di fondi		1998 se finanziato	Ospedale	Ospedale	Nuova costruzione. Completato impianto. Massimo degrado, non antisismico, macchiato. Individuato come PSA. Nuova colportamento fognario in strada. Non comita di condono edificio. La ASTI ha incaricato una società per un progetto di ristrutturazione
Friuli V. Giulia	Ospedale di Palmanova	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo (323 p.l.)	S.D.F. approvato il 24.7.91; costo presunto 40 mld; mutuo I triennio 20 mld; il Cipe autorizza il 20.11.93 39 mld	Finanz. stanzi. 20 mld (11 lotto regione); 19 mld (min. bilancio)	1980	In corso 4° e 5° lotto		1997 (4° lotto) 1998 (5° lotto)	Ospedale	Ospedale	E' ultimata e utilizzata la prima servizio e la degenza materno-infantile. I lavori sono proseguiti e ora interessano i reparti di degenza, il blocco operatorio ed i laboratori diagnostici.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Friuli V. Giulia	Capitale S. Polo di Montebelluna	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo (122 p.l.)	S.D.P. approvato il 19.6.91; costo presunto 45 miliardi; rimborso I triennio 25 miliardi; il Cipe autorizza il 20.11.95 39 miliardi	Utilizzati stanziamenti Fondo Sanitario Regionale; finanz. stanzi. 25 (loto - regione) - 20,8 (man. bilancio); finanz. ricom. 20 miliardi	Anni 70	In corso		1998 (2° lotto)	Capitale	Capitale	La costruzione dell'edificio destinato a funzioni in due lotti successivi ex art. 20 L. 67/68. È aperto il 1° lotto. L'edificio completa il nuovo ospedale dal quale è realizzata la prima, già attiva, dagli anni '80. I finanziamenti ex art. 20 sono stati erogati.
Lazio	Nuovo Ospedale S. Andrea di Roma	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	S.D.P. approvato il 15.7.92; costo presunto 129 miliardi; rimborso I triennio 46 miliardi; il Cipe autorizza il 30.1.93 44 miliardi	Utilizzati stanziamenti del Fondo Sanitario Regionale e del FIO; finanz. stanzi. 80 miliardi (man. bilancio) - 43,7+8 miliardi (regionali, com.); finanz. ricom. 90 miliardi	1971	Cantiere sospeso; collaudi in corso dal 1993	Mananza di fondi	18 mesi dopo la ripertura del cantiere	Polo Oncol.	Polo Oncol.	Sta per essere indetta una gara per il 3° lotto; occorrono 80 miliardi per un completamento tra i proprietari dei terreni ed il Comune
Lazio	Capitale di Fondi	Costruzione nuovo ospedale		Utilizzati stanziamenti Cassa del Mezzogiorno (AGENSUD); finanz. stanzi. 19+1 miliardi; finanz. ricom. 52/136 miliardi	1974	In corso		N.D.	Capitale Omnicomprensivo	Capitale Omnicomprensivo	Il completamento è previsto dalla D.C.R. 1014/94 per un importo di 19 miliardi nella 1° fase e 1 miliardo nella 2°. Lo studio di fattibilità è approvato. Il progetto esecutivo è all'esame del piano di valutazione regionale
Lazio	Capitale di Prosecco			Finanz. stanzi. 40+20 miliardi	anni 70						Struttura incompiuta; i lavori non sono stati inizialmente finanziati per un ospedale polivalente; il completamento è previsto dal programma regionale di interventi D.C.R. 1014/94 con un finanziamento di 40 miliardi per la fase e 20 miliardi per la

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Lazio	Ospedale di Palestrina	Ristrutturazione e parziale degli interni, messa a norma		Richiesti FSR 3.770 mlrd, finanz. stanz. 6.4+13 (regione) - 3,8 (1985/1990 - soprall. comm.)	1983			ND.	Opedale	Opedale	E' stata realizzata una struttura in cemento armato, con annessi ambulatori, servizi della sorveglianza alla anticamera; l'ala nuova non è risultata affoggetta; la regione non ne prevede, al momento, il completamento
Lazio	Ospedale di Poggio Mirteto	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		Utilizzati finanziamenti del FSR; finanz. stanz. 3+8 mlrd (regione) - 10 mlrd (soprall. comm.)	1965	Sospeso per mancata fondi			Opedale	Struttura sanitaria non completata	Studio di fattibilità già redatto e in corso di redazione; la Regione non intende aprire nuovo disegno. Il completamento è previsto nel primo regionale ex art. 20 L. 67/88, per un importo di 5 mlrd nella I fase e 8 miliardi nella II fase
Lazio	Ospedale di Terracina	Costruzione di nuovo edificio; intervento esecutivo	Si	Utilizzati finanziamenti Cassa Mezzogiorno e Fondo Sanitario Regionale; finanz. stanz. 11,2+0,4 mlrd (regione) - 20 mlrd (soprall. comm.) - 11,6 mlrd (min. sanità)	1974	Completato		Attivo	Opedale Omnicompleto	Opedale Omnicompleto	La costruzione è iniziata con Fondi Comuni e provvista con Fondi del FSN e regionali. Lo studio di fattibilità è approvato e il progetto esecutivo è all'esame del Nucleo di valutazione regionale. Abbondante, sporcata, struttura moderna, ottime e risanamento
Lazio	Ospedale Omnicompleto Viterbo Belforte	Costruzione di nuovo edificio; intervento esecutivo	Si	Utilizzati fondi ex L.135/90; utilizzati finanziamenti del Fondo Sanitario Regionale; finanz. stanz. 70+ 24 mlrd (regione) - 55 (soprall. comm.); finanz. regione 127 mlrd	1972	Sospeso	Mancanza di fondi	3 anni dopo l'apertura	Opedale Omnicompleto	Opedale Omnicompleto	Il 1° lotto funzionale è attivo. Si sta completando la struttura con un finanziamento di 33 mlrd stanziato dalla regione e col nuovo programma di utilità ex art. 20 L. 67/88, per un importo di 70 mlrd (I fase) e 24 mlrd (II fase)

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 30 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Lazio	Opedale S. Giovanni Evangelista di Tivoli	Ristrutturazione parziale, adeguamento e messa a norma		FSR 7,5 mld erogati; fin. stan. 9 mld (regione); 13,7 mld (soprall. comm.); finanzia. auton. 60 mld	1974	Sospeso per morte del Direttore Lavori da gennaio 1995			Opedale	Opedale	Problemi inconciliabili insanabili operativi. La parte nuova è inattuata. Per la regione, l'opere, di cui è finanziata il 1° lotto, usufruiva di un programma di completamento con fondi ex art. 30 L. 67/68, con l'assegnazione di 9 mld
Lazio	Opedale S. Paolo di Civitavecchia	Ristrutturazione parziale, nuove opere		Autofinanziamento di 2 mld nel 1970	Fine anni 70						La ristrutturazione è inclusa nella D.C.R. 101/494 per 8 mld nella 1° fase e 12,5 mld nella 2°. Il 2° piano, ritenuto inutilizzato per presenza di annesso, sarà ripristinato con la 2° fase degli interventi, considerata la sua onerosità
Lazio	Opedale S. Salvatore di Palombara Sabazia	Ampia struttura di strutture esistenti		Richiesti 4,5 mld FSR; finanzia. stan. 2,2 (regione) - 5,1 (1990 - soprall. comm.)	1985	Sospeso		ND.	Opedale	Opedale	L'ospedale è funzionante, esiste un manifesto realizzato per l'impiego con fondi DD.PP.; il CTOR il 27/3/93 ha espresso parere negativo sull'aggiudicazione della gara e ha richiesto che il progetto sia ridefinito in forma definitiva
Lazio	Opedale SS. Trinità di Soriano	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo		Richiesti 10 mld FSR; finanzia. stan. 10 Mld (regione) - 5,1 (1990 - soprall. comm.); finanzia. stan. 2,3 mld	1977	Completato	1° sta non funziona per mancanza personale e coltando		Opedale	Opedale	Opedale in corso di costruzione, progetti già approvati; ha reparti attivi. Per la regione l'ospedale è funzionante e con la delibera del C.R. 101/494 viene previsto un finanziamento di 2,3 mld per opere di perfezionamento

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DESIONAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Liguria	Opedale di Bussola	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo		Finanz. stan. 1,5 mld	1991	Scoperto	Manca di attrezzatura ed altro		Opedale	RSA	E' in progetto la ristrutturazione della struttura in RSA (piccola data di p.l. < 120), coordinata con interventi di potenziamento della funzioni professionali (all.). La struttura è pressoché completa; mancano alcuni figurati e manom- ente
Liguria	Opedale di Genova Vohi	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo	1,3 mld per tecnologia	Investimenti in conto capitale PSR: 6 mld utilizzati, 3,5 in corso		In corso			Opedale	Opedale	Il "corpo zero" assomiglia di completamento delle periferie interne e della finitura degli ultimi 2 piani. L'intervento è diretto a riorganizzare e razionalizzare il complesso. Il progetto esecutivo contiene le in corso di approvazione
Liguria	Opedale di Sarzana	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	51 mld richiesti	Utilizzati finanziamenti del FIO nel 1984 per 8,1 mld; autofinanziamento di 18,7 mld; finanz. stan. 50 mld	1985	Scoperto		1998	Opedale	Op. + Ras + Riabilitaz.	Completata la struttura esterna; sono invece da completare gli interni con arredi ed impianti
Liguria	Opedale di Sestri Levante	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo	S.D.F. approvato il 16.9.92; costo presunto 15 mld; mutuo I trimestre 7.9 mld; il Cipe autorizza il 16.3.94 7,5 mld		13/06/95	In corso		3/12/96	Opedale	Opedale	E' richiesto il completamento di 2 piani attualmente a rubico e servizio di interventi minori di completamento

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Liguria	Ospedale S. Corcetta di Pievallegre	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	S.D.F. 16.992, costo prestato 17,8 mld, mutuo I trimestre 12,2 mld, il Cipe autorizza il 21.12.95 23 mld	Finanz. stanzi. 17,8 mld		Sono in corso le procedure di aggiudicazione dei lavori			Unità Spinale	Unità Spinale	E' necessario il completamento di opere edili, impiantistiche, manufatti, è richiesta la ristrutturazione di alcuni padiglioni e la costruzione di un nuovo padiglione. Per la regione è stato previsto un solo padiglione (PK7) per rhabilitazione
Liguria	Ospedale S. Giuseppe di Cairo Montenotte	Completamento 5° stralzo	S.D.F. approvato il 16.9.92, costo presunto 12 mld, mutuo I trimestre 2,3 mld, il Cipe autorizza il 16.3.94 2,2 mld	Finanz. stanzi. 9,6 mld		Attivo					E' necessario il completamento di tutti i piani di un corpo edilizio attualmente a rubico, 6° stralzo in corso di approvazione e di invito al CIFE
Liguria	Ospedale S. Paolo (Savona)			Finanz. stanzi. 17,2 mld							E' necessario il completamento di una zona attrezzata e rubico destinata a sala operatorie e del piano terra servizi e la ristrutturazione di due padiglioni. Il progetto esecutivo contestabile, è in corso di approvazione e sarà trasmesso al CIFE
Lombardia	Carcere di Opere (Milano)	Struttura operaie all'interno del Carcere				Completato nel 1990	Per mancanza di fondi non è possibile assumere il personale necessario				Completato di 4 piani; il piano terra dispone di ambulatori; 2 piani di degenza (90 p); 4° piano di sala operatorie; tutto completamento attraverso non operante. Si è tentata conversione con S. Raffaele, conclusioni negative

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DISTINAZIONE INIZIALE	DISTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Lombardia	Nuovo ospedale di Suzzara	Costruzione di nuovo edificio; intervento costruttivo dell'ospedale Montecchi di Suzzara	Costo prev. 32.457 mlid, mutuo 1 tr. 15 mlid; Cipe aut. 16/3/94 14.250 mlid	FSR in conto capitale 17 mlid già ricevuti; finanz. stanz. 14,25 mlid, finanz. necess. 6 mlid	1978	In corso		Entro il 1996	Ospedale	Ospedale	
Lombardia	Nuovo Ospedale Carlo Poma di Mantova	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo a strutture già esistenti	Costo presunto 70 mlid; mutuo 1 tr. 30 mlid; Cipe autorizza 28,5 mlid il 3/8/95	Finanz. necessari 30 mlid	anni '70	Non ancora aperto		3 anni dall'inizio dei lavori	Ospedale	Ospedale	I progetti cancellabili sono previsti, si sta perfezionando la richiesta di finanziamento
Lombardia	Nuovo ospedale Dextra Scabia (Pieve di Coriano)	Costruzione di nuovo edificio; intervento costruttivo di 4 Prati ospedalieri (Oleggia, Poggio Ruoco, Serride, Quistello)	Costo presunto 73 mlid; S.D.F. approvato il 4/6/92; autorizzati dal Cipe 4,75 mlid il 16/3/94 e 26,6 mlid il 23/6/95	Finanz. stanz. 4,75 mlid; finanz. necess. 28 mlid	1988	In corso		Aprile 1996	Ospedale	Ospedale	
Marche	Ospedale di Civitanova Marche	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo	Costo presunto 37,7 mlid; mutuo 1 tr. 10 mlid; Cipe non si pronuncia	5 mlid concessi da FSR; finanz. necessari 10 mlid	1985				Ospedale	Ospedale	Il completamento rientra, per la regione tra i "progetti di massima" (nuova immissione)
Marche	Ospedale di Fabriano	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo	S.D.F. approvato il 29/1/92; costo presunto 10,26 mlid; mutuo 1 tr. 8,5 mlid; Cipe autorizza 8,075 mlid il 30/1/93	Autofinanziamento 8 mlid per ultimo lotto, (intero Ospedale 80 mlid da FSR); finanz. stanz. 8,5 mlid (regione); 8 mlid (mutui, bilancio)	N.D.	In corso		1996	Ospedale	Ospedale	Per il completamento è stato richiesto al Cipe il 22/6/94 un finanziamento di 8,5 mlid

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 47/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Marche	Ospedale di Torretta	Ampliamento di struttura edilizia; intervento aggiuntivo e sostitutivo		125 mld concessi in parte legge finanziaria, in parte FSR; finanziamenti stanziati 125 mld	1971	Sospeso			Ospedale		Non realizzato attività procedure di finanziamento
Molise	Nuovo Ospedale Civile di Agropoli	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	8.D.F. approvato il 22.7.93; conto preventivo 40 mld; mutuo I r. 4 mld; il Cipe autorizza il 27.4.95 3,8 mld	6 Mld per il 1° e 2° lotto dal FSR; finanziamenti stanziati 3 mld; finanziamenti stanziati 4 mld (I r. b.)	Dic. 1986	Sospeso nel 1990	Mancanza di cons. edilizia	Non prevedibile	Ospedale	Ospedale	Il progetto emessivo per 4 mld è stato approvato dagli organi tecnici della regione
Molise	Ospedale Cardelli di Campobasso	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo (330 p.l.)	8.D.F. approvato il 22/7/93; conto preventivo 35,7 mld; mutuo I r. 18,5 mld; Cipe non si pronuncia	Finanziamenti di Cassa per mezzogiorno e cassa Depositi e Previd. finanziamenti stanziati 18,5 (I r. b.)	1971	Completato; in corso, ultimo lotto		Ché attivo	Ospedale	Ospedale	L'attività del cantiere è sospesa
Molise	Ospedale G. Viani di Larino	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo, con p.l. < a struttura esistente	8.D.F. approvato il 22.7.93; conto preventivo 35 mld; mutuo I r. 19 mld; il Cipe autorizza il 1.10.94 18 mld	Cassa DD.PP. 4 mld nel 95; dal 1971 al 90 dal Fondo Regionale 33 mld; finanziamenti stanziati 19 mld (regione) - 32 mld (intr. sanità) - 18 mld (intr. bilancio); finanziamenti stanziati 1 mld	1968	In corso		1° Ott. 96	Ospedale	Ospedale	La struttura è quasi terminata, mancano impianti e attrezzature; richiesti al Ministero del Tesoro l'autorizzazione a contrarre il mutuo
Molise	Ospedale Nuovo di Isernia (Veneziale)	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo (268 p.l.)	8.D.F. approvato il 20.7.93; conto preventivo 33 mld; mutuo I r. 10 mld; il Cipe autorizza il 20.1.95 9,5 mld	Utilizzati finanziamenti Cassa mezzogiorno e Cassa DD.PP. e fondi regionali	1968/70	Attivo per gli ultimi due lotti		Attivo; completato previsto per il 1999	Ospedale	Ospedale	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 47/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Molise	Ospedale S. Timoteo di Termoli	Costruzione di nuovo edificio; intervento assistitativo (392 p.l.)	S.D.F. approvato il 17.3.93; costo presunto 37 mld; manuo I trien. 32 mld; il Cipe autorizz. il 2.6.94 31 mld	Finanziamento di 40 mld da provenienza che non saranno specificate nel periodo 1978/1988; finanziamenti stanzi. 45 mld "spesi" (min. sanità) - 31,7 (regione) - 30,1 (bilancio); finanz. regionali, 38	1977	In corso		Autunno 96	Ospedale	Ospedale	Struttura quasi terminata; mancano impianti e attrezzature; rimborsato tramite alla Cassa DO.PP.
Molise	Ospedale Santissimo Rosario di Venafro	Costruzione di nuovo edificio; intervento assistitativo	S.D.F. approvato il 22.7.93; costo presunto 35,7 mld; manuo I triennio 18,5; il Cipe non si pronuncia;	Finanziamento regionale per tutto il resto; finanz. stanzi. 3,5 mld (regione) - 3,3 (bilancio)	1980	In corso adeguamento della riabilitazione; completato tutto il resto		Attivo dal 1992	Ospedale	Ospedale	Chiesto il tramite alla Cassa dei posti e presidi
P.A. Trento	Ospedale Alto Garda e Ledro di Arco (Tn)	Costruzione di nuovo edificio sostitutivo, di tutte le strutture ospedaliere ad eccezione dell'Op. Le Palme	36 mld ridisposti e 100 mil (progetto inviato al CIFE); il Cipe autorizza il 23.6.95 18 mld	Anticipazione del Fondo San. Prov. per le parti già edificate; finanz. stanzi. 38 mld (prov.) - 31,6 (SCIPS)	18-4-89	In corso		Estro 1996	Ospedale	Ospedale	Progettato per alcuni. Sono stati realizzati il 1° (strutture portanti e coperture) ed il 2° (impianti tecnologici ed opere murarie di finitura). Sono in corso i lavori relativi al 3° stralzo (serramenti metallici esterni)
Piemonte	Ospedale Vittorio Valletta - Mirafiori (Torino)	Costruzione di nuovo ospedale (pl. 426, 5 cam. oper., 1 serv. radiodiagnostico)		3,2 mld nel '69 investiti dall'IRCA di Ancona; 7,6 mld spesi al 31.12.95	1969						È stata realizzata una struttura in cemento armato con: insonorizzazione, serramenti esterni, colonnine tubolazioni impianti, vana accessori, fognature e riscaldamento. Particolarmente attivato il piano rialzato per ambulatori. 1,5 mld della regione per radiologia

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Puglia	Dipart. Oncol. O. sp. Multizon. Puzzi di Lucca	Costruzione di nuovo edificio; intervento ag. gestivo		Utilizzati finanziamenti FSR 4,8 Mld e AGEN. SUD 31,3 Mld; finanz. stanzi. 15 mld;	1977	in corso		1996	Ospedale Oncologico	Ospedale Oncologico	Con delibera C.R. n. 1007 dell'11.3.1995, all'esame della Commissione di controllo negli atti della Regione Puglia, si è previsto il realizzo della somma di L. 15 mld per l'ospedale oncologico
Puglia	Nuovo Ospedale Civile di Turi	Costruzione di nuovo edificio; intervento ag. gestivo		Utilizzati fondi Min. Lav. Pubbl. + L. 132/69 per un tot. di 1.365 Mld; finanz. stanzi. 0,7 mld;	1975	sospeso	mancata erogazione mutuo		Ospedale	Ospedale	Proprietà del Comune. Struttura fatiscente, esiste solo il rubinetto
Puglia	Ospedale di Gullipoli	Costruzione di nuovo edificio; intervento assistito	Il CIPE autorizza il 2.6.94 5,7 mld.	Finanz. iniz. 4 mld; finanz. stanzi. 4,3 + 6 mld () - 5,7 mld () - 43 mld () ; finanz. necessari. 9 mld;	1965			1° Dic-95	Ospedale	Ospedale	Delibera G.R. n. 8284 del 30.12.1992, delibera G.R. n. 585 del 22.2.1993, Delibera CIPE 2.6.1994 O.U. 10.8.1994. Unita la piastra di base e due delle tre torri. Apertura prevista nel 1995
Puglia	Ospedale di Mottola	Costruzione di nuovo edificio; intervento ag. gestivo		Richiesti 15 Mld FSR; finanz. stanzi. 15 mld (comune-provincia);	1974	sospeso (per modifica destinazione d'uso)		N.D.	Ospedale	Struttura Per Riabilitazione	Sono previsti 15 mld ex art. 20, ma avendo meno di 120 p.l. la destinazione d'uso della struttura dovrebbe essere trasformata. Dovrebbe essere pagata la area appropriata. Vianda giudiziaria in corso
Puglia	Ospedale di Barletta	Costruzione di nuovo edificio; intervento assistito		FSR l'entità totale u.d.- 13 Mld ancora da aperturare	1980	sospeso	inefficienza finanziamento	2 anni della ripresa lavori	Ospedale	Ospedale	Delibera G.R. n. 1122/90; delibera G.R. n. 2947 del 26.6.1995 autorizza la progettazione e gli adempimenti per l'incremento del servizio. Delibera G.R. n. 94 (40 mld); esiste solo il piano terreno. Struttura prevista nel piano regionale capitalizzare

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Puglia	Ospedale di Campi Salentina	Ampliamento di struttura esistente		Finanz. iniz. 17 mld. fin. stan. stan. 1,6 (Reg.) - 1,5 mld (Sopr. Comm.), finanz. neocam. 21 mld.	1973			attivo	Ospedale	Ospedale	Delibera G.R. n. 884 del 30.12.1992; sono stati erogati 1,6 mld in conto capitale. Sono in funzione due piani su quattro.
Puglia	Ospedale di Castellana	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo	800 mil per rist. parte vecchia op. + 6,5 mld per complet. nuovo edificio	Finanz. stan. 6,3 mld	1977	Sospeso (ritras. erogaz. finanz.)		Parte vecchia attiva	Ospedale	Ospedale	Int. con aut. gest.; non finita tra i programmi di intervento regionali. Real. solo gli uffici e un nucleo di 4 piani. Con delibera G.R. n. 2947 del 26.6.1993, sono stati autorizzati la progett. e gli atti necessari all'assegnazione di un rimborso per 5,5 mld.
Puglia	Ospedale di Casarano	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo	Il CIPE autorizza il 2.6.94 5,7 mld;	3,4 MIL AGENSUD; fin. stan. iniz. 1,8 mld; fin. stan. neocam. 4,75+0,25;	1979				Ospedale	Ospedale	Delibera G.R. n. 512 del 22.2.1993 e CIPE 2.6.61/94. Completamento 3° piano e realizzazione alla est. Struttura marzaria completa, atti di vestibolo sugli impianti.
Puglia	Ospedale di Ceglie Messapico	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		Utilizzati fondi AGENSUD (opere edili esclusi i giardini)	1980	Completato	Non è ancora stata predisposta la pianta organica	Primo semestre 1996	Ospedale per Malattie Neurologiche	Ospedale per Malattie Neurologiche	Iniziato negli anni '70 è completo e in via di apertura. La Regione sta predisponendo la pianta organica.
Puglia	Ospedale di Galatina	Ampliamento di struttura esistente	8.375 mld richiesti	Finanz. neocam. 4,3 mld;	1990 (nuovo lotto)			attivo	Ospedale	Ospedale	Piano amministrato e piano terra completati e utilizzabili. 1° piano in completamento, 2° e 3° al rialzo.
Puglia	Ospedale di Monte S. Angelo	Messa a norma (860 milioni - impianto elettrico e barriere architettoniche)			1978			attivo dal 1985	Ospedale	Istituto di lunga degenza	Delibera G.R. n. 2947 del 26.6.93. Completato nel 1984; utilizzazioni mediche generali e chirurgia generale.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 30 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Puglia	Opedale di S. Bartolomeo	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo		5.593 Mld AGENSUD; finanz. iniz. 1,9 mld; finanz. manz. 8 mld () - 6,4 mld; finanz. nocons. 5,9-20 mld () - 6 mld ()	1977 (in vari tempi)	completato (in corso di collaudo)			Opedale	Opedale	Delibera G.R. n. 2947 del 26.6.1995. Ultima dagli impianti da adeguare alle norme di sicurezza. Lavori rifiniti per allineamento della detta appaltazione
Puglia	Opedale di S. Maria	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	Il Cipe autorizza il 2.6.94 11,4 mld	Utilizzati finanziamenti ex Cons. Mezzogiorno AGENSUD; finanz. iniz. 1,5 mld; finanz. manz. 16 mld () - 11,4 mld () - 100 mld () - 100 mld; finanz. nocons. 46 mld	1971	completato	manca di attrezzature impiantistica elettrica, coltelli, arredi	secondo semestre 1996	Opedale	Opedale	Delibera G.R. n. 583 del 22.2.1991. Gare di appalto per le apparecchiature in corso. Delibera CIFE 2.6.1994 G.U. 10.8.94. In via di completamento 3 dei 4 lotti previsti. Apertura prevista nella primavera del 1996
Puglia	Opedale Nord di Taranto	Costruzione nuovo edificio e ristrutturazione per zona a norma			anni '70	Completato	La spesa è ancora non è iniziata.	1997 se finanziato	Opedale	Opedale	Parzialmente attivato. Intervento a completamento di 16 mld autorizzato con delibera G.R. n. 2947 del 26.6.1995
Puglia	Opedale S. Paolo di Bari	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	Autorizzazione in base CIFE n. 26.94 di 18 mld per arretrati ed autorizzazione il Cipe autorizza il 2.6.94 18 mld	Utilizzati fondi Min. Lav. Pubbl. e Comuni dal 1968 al 1977; finanz. manz. 28,5 mld () - 18+16 mld () - 17 mld () - 79,7 ()	1967	completato	In attesa della agibilità del VV.FF.	Fine 1995 40 % dei reparti	Opedale	Opedale	Delibera CIFE 2.6.1994 G.U. 10.8.1994. Attrezzamento, non entra in funzione per problemi con i VV.FF. (rispetto leggi su strutture alberghiere)
Puglia	Opedale T. S. Maria di Ostuni	Costruzione di nuovo ospedale		Finanz. nocons. 1 mld per adeguamento a norme	1990						Nel 1993 dopo una visita del NAS fu chiesto per mancanza di norme di sicurezza. D'impedimento nel 1994 a condizione che non fosse utilizzato per ambulatori ospedalieri. Attualmente copre in una parte del piano rialzato 3 posti letto da portare a 6 per

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Puglia	Ospedali Regionali di Foggia	Ampliamento (3° blocco) e ristrutturazione parziale dei due blocchi esistenti (erogati 14 miliardi) 6,3 miliardi		FSR: per risan. str. esistente 6,4 miliardi erogati e 6,1 miliardi richiesti; finanziamenti: 14,5 () - 13,7 () - 14,5 ()	anni 70	in corso		nuova costr. finanziaria 97 - ristrutturazione 96	Ospedale	Ospedale	Delibera G.R. n. 542 del 22.2.1995 autorizza il mutuo; delibera CIPE 2.6.94 O.U. 10.R.94. La struttura è inadeguata rispetto alle norme sanitarie; attuazione, implementazione di rifare, nuovo blocco da completare
Puglia	Policlinico di Bari	Ampliamento e ristrutturazione parziale	Per 139 miliardi ex art. 20 sono ancora da attuare le procedure	Utilizzati 23 Mld FSR e 50 Mld risorse CEE; finanziamenti: 39 miliardi; finanziamenti: 39 miliardi; finanziamenti: 39 miliardi	1967				Complesso Chirurgico E Dell'Emergenza	Complesso Chirurgico E Dell'Emergenza	Opera iniziata con finanziamento del Comune; successivamente è intervenuta la Regione. Sono stati erogati 18 miliardi con delibera G.R. 22.2.95 e 16 miliardi preventivi sul conto capitale FSR 1992.
Puglia	Presidio Ospedaliero S. Giuliano di Monopoli	Ampliamento di struttura edilizia; intervento aggiuntivo		2.553 miliardi FSR; finanziamenti: 7,7 miliardi	1980	Completato l'ultimo lotto il 16.12.91		N.D.	Ospedale	Ospedale	Delibera G.R. n. 2947 del 26.6.1995 autorizza la progettazione e gli adempimenti per l'operazione del mutuo per 7,177 miliardi
Puglia	Presidio ospedaliero IRCCS Saverio De Bellis	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	7,7 miliardi per ulteriore lotto assegnati dal CIPE nel 1992	Utilizzati 6,5 miliardi di provenienza non specifica	1980	in corso	inidoneità finanziamento		Centro Gastroenterologico	Centro Gastroenterologico	
Sardegna	Ospedale di Macomer	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	S.D.F. approvato il 29.1.92; costo presunto 13 miliardi; mutuo I'Istituto 13 miliardi; il cipe non si pronuncia;	Utilizzati fondi del Comune di Macomer richiesti altri 12 miliardi alla Regione fondi FIC; finanziamenti: 9,3 miliardi; finanziamenti: 6 miliardi;	1970	per mancanza di fondi			Ospedale	Ospedale	Sono stati completati solo due lotti, attualmente utilizzati per polifunzionali

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sardegna	Politico Nuovo di Cagliari	Costruzione di nuovo ospedale policlinico con 1.100 p.l.		Costo presunto nel '91 300 miliardi, sono stati utilizzati i fondi di edilizia universitaria per 65 miliardi	1989	Attivo			Politico generale per accademie	Politico generale per accademie	Il progetto prevede la realizzazione di 16 blocchi; 5 blocchi quasi completati, peraltro mancano l'apertura di 260 p.l. e reparti ambulatoriali. Per gli altri 11 blocchi non ci sono fatture.
Sardegna	Politico universitario di Sassari	Costruzione nuovo edificio		Finanziamento FIO per lire 39,7 miliardi. Completamento dei lavori finanziato dalla Regione con 8 miliardi.	1988	Sospeso			Politico universitario	Politico universitario	Con il finanziamento FIO è stato realizzato un primo lotto, per il cui completamento è intervenuta la Regione (il progetto è all'approvazione del Comitato tecnico regionale). Un 2° lotto per lire 47 miliardi è stato finanziato con il recupero dei fondi residui dell'area interministeriale di programma. Il progetto esecutivo è in fase di adeguamento.
Sicilia	Azienda Ospedaliera Civica di Catagiro	Ampliamento di struttura esistente, interventi aggiuntivi	S.D.F. approvato il 4.3.92; costo presunto 87 miliardi, mutuo triennale 5 miliardi, il cipe autorizza il 20.12.94 4,8 miliardi.	FSR (24 Mld); finanz. iniz. 7 miliardi; finanz. stanz. 22 miliardi; finanz. risorse 19 miliardi.	1980	in corso		1995 (in parte) 1997 (tutto)	Ospedale	Ospedale	
Sicilia	Azienda Ospedaliera V. Cerullo Palermo	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		18 Mld richiesti alla Regione di cui 4,6 Mld CNR - L'importo dei progetti ammonta a 15,296 Mld; finanz. iniz. 20,4 miliardi.	1987				Ospedale	Ospedale	Lavori ultimati in attesa di collaudo; mancano gli apparecchi e l'arredamento; 3 piani sono incompleti ed inutilizzati.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sicilia	Ospedale di Caltanissetta	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	58 miliardi richiesti ma non concessi	FSR 2.7 marzo 78 + 23+33 Mld anno 93 - FSN 2 Mld anni 85/86 - 500 Milioni Min. Lav. Pubbl.; finanz. iniz. 0,5 - 4,7 mld; finanz. stanzi. 20,7 - 61,6 mld; finanz. stanzi. 58 mld.	1986 o 1972 ?	in tempo	insufficiente finanziamento	Non prevedibile	Ospedale	Ospedale	Esiste un progetto di completamento del programma ex art. 20 L. 67/68, approvato dal Nucleo di valutazione del Ministero ma da rinviare alla luce delle indicazioni del PSR di riduzione dei posti letto; mancano le attrezzature.
Sicilia	Ospedale di Palermo	Costruzione di nuovo edificio	B.D.F. approvato il 5.5.92; costo presunto 40 mld; stanziamento 1.800 mld; il capo non si pronuncia.	10,84 mld concessi ex L. 135/90; FSR 36,8 mld + Cassaz 35,9 mld + FIO 89 mld tutti erogati; finanz. iniz. 112 mld; finanz. stanzi. 147,3;	1976	in corso			Ospedale	Ospedale	Sono attivi 130 posti letto ex 820; il progetto esecutivo per il completamento è fermo (maggio 93) presso gli organi tecnici della regione. Sono necessari 58 mld per il completamento. E' in atto un contratto.
Sicilia	Ospedale di Patti			Finanz. stanzi. 32,7;							Sono attivi 165 posti letto su 300; la USL sta procedendo (maggio 93) alla gara per l'acquisto di attrezzature.
Sicilia	Ospedale di Petralia	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo		7,8 + 24 Mld FSR erogati + 500 milioni non concessi per il completamento (Min. Lav. Pubbl.); finanz. iniz. 5,5; finanz. stanzi. 21,7;	1982	sospeso	mancanza di attrezzature per 12 mld; insufficiente finanziamento	un anno da conseguire finanziamento	Ospedale	Ospedale	Sono stati eseguiti lavori per 11,7 mld; il cantiere è sospeso
Sicilia	Ospedale di Randazzo	Ristrutturazione parziale		Finanziamenti da FSR; finanz. iniz. 4+1,5 mld;	1986	in tempo		ND.	Ospedale	Ospedale	Non completato; esistono solo il pronto soccorso e la medicina; per completamento strutture riabilitative, lunga degenza e ambulatori distretto sono a disposizione 4 mld non spesi. Posti letto previsti 60.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 20 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sicilia	Ospedale Chiedo di Pazzani Armerina	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo		Erogati: FSN 2 mlrd. FSR 21.677 per primi 5 lotti. Richieste: FSR 30mlrd per 6° lotto. fin. naz. iniz. 6 mlrd; finanz. stan. 22,9 mlrd; finanz. nacon. 19 mlrd.	1976	manca collaudo del 3° lotto e costruzione del 6°		entro 10 mesi dal collaudo del 3° lotto	Ospedale	Non Lo Stato	Nel maggio 1995 era in corso la procedura di appalto del 1° lotto del 4° lotto; è stato richiesto il finanziamento del 2° stralcio
Sicilia	Ospedale Civico Benefratelli, Padiglione Emergenza	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		FSN 7,9 mlrd già erogati; restano da reperire 16,2 mlrd nel FSR; fin. naz. iniz. 5,4 mlrd; fin. naz. nacon. 16 mlrd.	1983	scoppio, mancanza di fondi		ND.	Ospedale	Ospedale	Costruzione nuovo padiglione emergenza; sono state completate le opere murarie, intonaci esterni ed interni; l'interno è ancora a regola d'arte; sono necessari per il completamento 16 mlrd, da reperire
Sicilia	Ospedale Civile di Sciacca	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo		24,5 Mld FIO 23+2,750 Mld FSR; finanz. stan. 55 mlrd; contributo biennio 55 mlrd; il cipe autorizza il 30.11.93 52,3 mlrd;	1986	Completato 1° 2° e 3° lotto			Ospedale	Ospedale	Nel maggio 1995 erano in corso di attuazione per il 1°, il 2° ed il 3° stralcio con risorse ex art. 20 L. 67/88 e la USL, ammontanti per l'appalto dei lavori di completamento; sono attivi 252 punti letto su 375
Sicilia	Ospedale Civile di Vittoria	Ristrutturazione totale		S.D.F. approvato il 15.5.91; costo presunto 50 mlrd; mutuo biennio 33,5 mlrd; il cipe non è pronunciato.	1981						Opera abbandonata e servizi finanziari; sono stati realizzati e conclusi lavori del 1° lotto; 90 mlrd del Fondo FNO non sono stati coperti
Sicilia	Ospedale di Augusta - Mucicchio			Finanz. iniz. 16 mlrd; fin. naz. stan. 19,6 mlrd;							Completamento edificio principale di spazi sufficienti per i servizi generali di diagnosi e cura; 17,2 mlrd impegnati nell'86, la USL non si è mai attivata; mancano i progetti

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DISTINAZIONE INIZIALE	DISTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sicilia	Ospedale di Sciacca	Ristrutturazione parziale; intervento sostitutivo		Richiesti 6.800 Mld F.S.R. ma non erogati	anni '70		manco finanziamento				Nuovo padiglione iniziato negli anni '70; completati 2 dei 3 piani previsti
Sicilia	Ospedale di Termini Imerese		S.D.F. approvato il 16.10.91; costo presunto 10 mld; nuovo intervento 10 mld; il cipe autorizza il 30.1.93 8,6 mld	finanz. stanzi. 10 mld; finanz. nuova. 10 mld;							Sono stati appaltati i lavori di completamento edile e degli impianti tecnologici; devono essere appaltati gli acquisti delle attrezzature, alle fine delle indicazioni del FSR
Sicilia	Ospedale Geribaldi di Catania	Costruzione di nuovo edificio sostitutivo di struttura esistente (p.l. 760)	S.D.F. approvato il 10.7.91; costo presunto 167 mld; nuovo intervento 19 mld; il cipe autorizza il 30.11.93 71,5 mld	FSR 62 Mld; finanz. stanzi. 75 mld;	1989	scoposo		due anni e mezzo dall'inizio dei lavori del 2° lotto	Ospedale	Ospedale	Nel maggio '95 la URL, stava avviando la gara per l'appalto dei lavori di completamento; era in corso la costruzione con il concorso a .. concaziono con il concorso di imprese che aveva realizzato i precedenti lavori; rimborso le attrezzature. Finanz. iniz. 62 mld; finanz. approv. 119 m
Sicilia	Ospedale M. Immacolata Longo di Missermi	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo		Utilizzati 2.770 Mld FSR + 2,5 Mld FSN; finanz. iniz. 3,5 mld; finanz. stanzi. 8,4 mld;	1985	in corso		1/Mag-97	Ospedale	Ospedale	Lavori di completamento alla in costruzione; quelli del 1° stralcio sono stati collaudati; quelli del 2° stralcio, deliberati nell'86 e nell'89 erano a maggio '95 ancora in corso
Sicilia	Ospedale M. Palermo Avezzo	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		FSR 999 Milioni	1978	scoposo	manco finanziamento		Ospedale	Scuola Infermieri	E' agibile solo il piano m 4; è in atto un concaziono con la ditta appaltatrice

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 30 L. 67/86	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sicilia	Ospedale nuovo di Giarre	Costruzione di nuovo edificio; intervento agiografico	S.D.F. approvato il 29/7/92; costo presunto 35.7; 24 mlđ. autorizzati dal C.I.F.E. del 20.12.94	Utilizzati finanziamenti F.S.R. - Cassa Dep. e Prent. - Cassa Mezzogiorno (AGENSUD); finanz. iniz. 0,1 mlđ; finanz. stanzi. 31 mlđ; finanz. necessari. 25 mlđ.	1975	sospeso		N.D.	N.D.	N.D.	Lavori di completamento della nuova sede (p.l. iniziali 227, previsti 160); strutture a rischio con iuffici; lavori del 3° stanziamento iniziati (maggio '93) per ricorso dell'impresa appaltatrice. Stanziamento ad oggi 20 mlđ, 35 mlđ sono necessari per il
Sicilia	Ospedale Nuovo Central Zoelle di Barcollana	Ristrutturazione e totale; intervento aggiuntivo		FSR 88 mlđ richiesti;	1968	Completato 5 e 6 lotto; in corso 7° lotto	ND	ND	Opedule	Opedule	Finanz. iniziale 500 mlđ; stanziamento a oggi 15 mlđ; L'attività di cantiere è sospesa per mancanza di fondi; è in atto un completamento. Prati lotto 220
Sicilia	Ospedale Oncologico M. Ausodi	Ampliamento e ristrutturazione parziale; intervento aggiuntivo	S.D.F. approvato il 9.6.93; costo presunto 40 mlđ; mutuo I stanziamento 40 mlđ; il capo non si pronuncia;		non iniziati	sospeso		ND.	Opedule	Opedule	Completamento nuovo padiglione più impianti elettrici; il finanziamento non è stato attivato dalla USL; il completamento dei lavori sarà finanziato ex art. 20 L.67/88
Sicilia	Ospedale Psichiatrico di Ragusa	Costruzione di nuovo ospedale		Spese a carico dell'Amministrazione provinciale	1972	sospeso	Legge 160				Struttura abbandonata; la legge di approvazione del manicomio ha bloccato i lavori
Sicilia	Ospedale S. Biagio di Marsala	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo		10 Mld FSN 12 Mld FSR	1987	completato (Dic. 1992)		1997	Opedule	Opedule	Il completamento del 1° e del 2° lotto è in corso di finanziamento (maggio '95)
Sicilia	Ospedale S. Giovanni di Dio	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo	S.D.F. approvato il 20.11.91; costo presunto 115 mlđ; mutuo I stanziamento 60 mlđ; il capo non si pronuncia;	Utilizzati finanziamenti 32 Mld Cass. Mezz. 10 Mld FSR (1° lotto) 30 Mld FIO	1° lotto 21/9/87 2° lotto 30/3/88	completato (1° lotto), in corso (2° lotto)		2° lotto entro un anno	Opedule	Opedule	Nel maggio 1995 erano in corso i lavori di completamento del 1° lotto; un ulteriore finanziamento doveva essere approvato dal Presidente della regione

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 26 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERATURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sicilia	Opedale S. Vincenzo Sirmione di Taormina	Costruzione di nuovo ospedale	S.D.F. approvato il 17.4.91; costo presunto 66,4 mlrd, mutuo I trimestre 22,3 mlrd, il cipe autorizza il 31.1.92 19,2 mlrd.	FIO 20 mlrd + FSR 17,5+ mlrd 800 milioni per 3 lotti Case Dip e Prontini; finanz. iniz. 27 mlrd; finanz. stan. 22,3 - 45,3 mlrd.	1973	completato	manca il personale	ND	Opedale	Opedale	Opedale completo, oltre al piano di vite, struttura (p.L.300, affitti) (15). Caranza di personale.
Sicilia	Opedale Villa delle Grazie della Chianca	Ristrutturazione totale; intervento sostitutivo		23.708.750 MM FSR (concomi con Decreto Asessorile del 30/3/93); finanz. stan. 9 mlrd.					Centro Studi Regione Sicilia	Centro Regionale Cure Riabilitaz. Medico-Speciali	La struttura è utilizzata come stable, uso in corso indagini della magistratura.
Sicilia	Opedale Vittorio Emanuele di Caltanissetta	Ampliamento di struttura esistente; intervento aggiuntivo		Utilizzati finanziamenti del F.S.R.; finanz. iniz. 3,3 mlrd; finanz. stan. 13,4 mlrd; finanz. ricom. 11,4 mlrd.	1978	in corso	in parte per insufficienti finanziamenti	N.D.	Opedale	Opedale	Lavori di espansione e completamento, sarebbero ultimati al termine di collaudo (maggio '93); risulta però una richiesta di finanziamento integrativo di 11,4 mlrd.
Sicilia	Opedale Vittorio Emanuele di Balani	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo		1,5 Imp. Intercom. L. 120/69 15 Mld FSR	1982	completato (non collaudato)		presumibilmente Mar 1996	Opedale	Opedale	Sono stati appaltati lavori del 3° stralzo; sono da quantificare le somme necessarie alla finalizzazione.
Sicilia	Opedale Vittorio Emanuele di Castivetrone	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo	S.D.F. approvato il 15.5.91; costo presunto 53,4 mlrd, mutuo I trimestre 18,2 mlrd; il cipe autorizza il 30.11.93 17,3 mlrd.	AGENSUD 3.326 Mld - FSR 13.425 Mld - CIPE Fondi FIO 21 Mld; finanz. iniz. 5 mlrd; finanz. ricom. 18 mlrd; finanz. stan. 32,4 mlrd.	1981	completato		attivo dal Dic. 1992	Opedale	Opedale	Manca 18 mlrd per le strutture; parallelamente la regione segnala (maggio '93) che i fondi sono impegnati e l'intervento è in corso.
Sicilia	Presidio Ospedaliero "Via Ingennari" di Palermo	Ristrutturazione totale; intervento sostitutivo		FIO 1982 erogati 5 mlrd di cui 4 mlrd sono stati utilizzati, 1 ancora da	12/06/84	sempre		ND.	Opedale	Opedale	

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 28 L. 67/88	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Sicilia	Presidio Ospedaleiro Basso Ragusa di Militello	Ampliamento e ristrutturazione totale; intervento aggraviativo			1988	sospeso nel 1992		ND.	Ospedale	Ospedale	Completato il 1° stralzo. Lavori per 20 miliardi aggiuntivi; ulteriori 1,2 miliardi sono stati destinati dalla regione per la prosecuzione dei lavori.
Sicilia	Presidio Ospedaleiro di Gravina	Costruzione di nuovo ospedale	19 miliardi programmati per il completamento	22,8 miliardi approvati (provenienza non specifica)	1981	sospeso					Struttura finanziaria (368 p.l. attivi su 564 programmi); deve essere completato un padiglione; il Presidio ospedaliero non è previsto nel PSR; i finanziamenti sono sospesi
Umbria	Ospedale di Città di Castello	Costruzione di nuovo ospedale (334 p.l.)	S.D.F. approvato il 3.4.91; costo presunto 51 miliardi; marzo 1992: 15 miliardi; il capo autorizza 2.694.375 miliardi.	finanz. stanzi. 37,5 miliardi; finanz. nuove 24,5 miliardi;	1972						Struttura a rubico. Riforniti i lavori nell'aprile 1993 dopo anni di esproprio. Servono 50 miliardi per aprirlo.
Veneto	Centro ospedaliero universitario di Valleggio sul Mincio	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo		Finanziamenti del PSR; finanz. iniz. 2 miliardi; finanz. stanzi. 2 miliardi; finanz. nuove 2 miliardi (regione) - 10 miliardi (trib. malato)	1973 (1980)	Non attivo (sospeso)			Ospedale	Ospedale	Monto uso di 5 piani di cui 2 ancora a rubico. L'opera, inizialmente prevista con 220 p.l. è stata modificata nella programmazione regionale a 66 p.l. Sono stati spesi più di 9 miliardi e il conto complessivo è stimato in lire 30 miliardi
Veneto	Ospedale "S. Maria della Misericordia" di Rovigo	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo e sostitutivo (230 p.l.)	S.D.F. approvato il 17/6/92; costo presunto 19 miliardi; autorizzati 8,9 miliardi dal CIPE l'11/10/94	Finanziamenti del Fondo Sanitario Regionale	1987	completato		inizio attività settembre 1995	Ospedale	Ospedale	I lavori sono iniziati da oltre 5 anni e, attualmente, sono ancora in corso. Sono state attivate dighe e attività edilizie in una parte della costruzione che rappresenta 1/3 del totale della struttura.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/68	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Veneto	Ospedale di Adria	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo (270 pt)	24,6 mlđ sono impegnati ed utilizzati attualmente	Finanziamenti del Fondo Sanitario Regionale, finanziamenti stanz. 7 mlđ (regione) - 23 (S.C.P.S. Mia. Sanità); Finanz. necesse. 5 mlđ (regione - SCPS) - 3 (operrall. Concess.) - 23 (trib. malato)	1970	In corso		Fine 1996 attiv. 1° lotto funz. (3 piani di 5)	Ospedale	Ospedale	Realizzata per servizi; opere ancora incomplete; verranno arricchite con attrezzature sanitarie; l'attuale struttura è stata per il vecchio ospedale. Sono in corso i lavori per il completamento di tre dei cinque piani
Veneto	Ospedale di Bassano del Grappa	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo (803 pt)	S.D.F. approvato il 21.2.91; costo presunto 106 mlđ; inteso il triennio 45 mlđ; il Cipe autorizza il 3.8.94 95 mlđ	Finanziamenti del Fondo Sanitario Regionale; finanziamenti stanz. 105 mlđ (1988-regione) - 212 (SCPS) 94,2 (operrall. Concess.) - 105 (1991-trib.mal.); finanzi. necesse. 30 mlđ (operrall. Concess. - trib. mal.)	1979	Completato il 1° lotto dal 1993; 2° lotto in corso		1° lotto in funzione dal 1993; attivazione del 2° lotto giugno 1996	Ospedale	Ospedale	Completati ed attivati 5 piani su 10; dei finanziamenti stanziati fino al 1991 sono pervenuti solo 8 mlđ del Fondo sanitario regionale. I lavori di completamento sono in fase di ultimazione; le degnose sono completate per il 95% e attivati al 50%
Veneto	Ospedale di Castelnuovo Veneto	Costruzione di nuovo edificio; intervento aggiuntivo (120 pt)	S.D.F. appr. il 29.1.92; costo pres. 86,5 mlđ; inteso il tri. 10,5 mlđ; il Cipe autorizza il 23.6.95 10,5 mlđ	9,5 mlđ sul Fondo Sanitario Regionale per la riattivazione e la manutenzione	Anni 70	Sospeso		1997 per il 1°, 2° e 3° piano	Ospedale	Ospedale	Opera progettata per lotti funzionali. I lotti finanziati sono stati completati. Costo complessivo dell'opera 135,2 mlđ; per il completamento del 2° lotto sono necessari 70 mlđ. E' appena terminata (giu '96) la gara d'appalto per il completamento dei primi tre piani
Veneto	Ospedale di Treviso	Costruzione di nuovo edificio; intervento sostitutivo (376 pt)	S.D.F. approvato il 21.2.91; costo presunto 70 mlđ; inteso il triennio 23 mlđ; il Cipe autorizza il 3.8.94 51 mlđ	Autofinanziamento; finanziamenti stanz. 31 mlđ (regione) - 51 mlđ (min. bil.); finanzi. necesse. 20 mlđ	1989	In corso		Inizio attività ottobre 1995	Ospedale	Ospedale	I lavori relativi al primo appalto (costruzione dell'edificio e impianti generali e di distribuzione) sono stati ultimati. I lavori relativi allo stralzo funzionale sono stati appaltati nel 1993. Costo stimato dell'opera 95 mlđ

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

REGIONE	DENOMINAZIONE	TIPO DI OPERA	FINANZIAMENTI EX ART. 29 L. 67/66	ALTRI FINANZIAMENTI	INIZIO LAVORI	STATO CANTIERE	CAUSE MANCATA APERTURA	APERTURA PREVISTA	DESTINAZIONE INIZIALE	DESTINAZIONE ATTUALE	NOTE
Veneto	Capofala 8. Barolo	Ampliamento di struttura esistente; interventi aggiuntivi	34 miliardi connessi a un'opera ancora erogata		1985 (1° lotto)	Scoperto	In attesa del successivo finanziamento autorizzato	1998 (primo stralcio del quinto lotto)	Capofala	Capofala	Sono completati e funzionanti 4 lotti. E' necessario il completamento del 1° lotto, di cui valgono solo i pilastri al prezzo iniziali di tanti anni (lotto 5). Al 31-12-95 il costo dell'opera è stimato in 62 miliardi e sono stati spesi 12,8 miliardi.