

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SULLE STRUTTURE SANITARIE

—————

41° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 NOVEMBRE 1995

(Pomeridiana)

—————

Presidenza del presidente MARTELLI

INDICE**Audizione del professor Giovanni Barro dell'assessorato alla sanità della regione Umbria**

| | | | |
|---|------------------------------|-------------|------------------------------|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i> | BARRO | Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i> |
| CARPINELLI (<i>Progr. Feder.</i>) | 3, 4, 5 e <i>passim</i> | | |
| DI ORIO (<i>Progr. Feder.</i>) | 7, 8, 9 | | |
| MODOLO (<i>Lab. Soc. Progr.</i>) | 6, 7, 8 e <i>passim</i> | | |
| MONTELEONE (AN) | 11 | | |
| XIUMÈ (AN) | 11 | | |

I lavori hanno inizio alle ore 15.

Audizione del professor Giovanni Barro dell'assessorato alla sanità della regione Umbria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del professor Giovanni Barro dell'assessorato alla sanità della regione Umbria.

Ringrazio il professor Barro, che oggi ascoltiamo in rappresentanza del dottor Federico Di Bartolo, assessore alla sanità della regione Umbria. L'abbiamo invitata in relazione allo studio che stiamo facendo sugli ospedali incompiuti. Abbiamo deciso di sentire gli assessori alla sanità di tutte le regioni prima di ultimare i lavori e redigere una relazione per ogni regione sulle strutture ospedaliere non ultimate.

Inoltre, alla richiesta di informazioni a tale riguardo, abbiamo associato anche quella sugli ospedali psichiatrici incompiuti e sui flussi migratori di pazienti, in uscita ed in entrata. Da numerose tabelle - ma ciò non è ben chiaro - ci risulta come parzialmente incompiuto l'ospedale di Orvieto; però, onestamente, non abbiamo mai fatto un sopralluogo per accertarlo. Si tratta di voci e quindi abbiamo pensato di chiedere al responsabile dell'assessorato alla sanità della regione Umbria informazioni precise circa l'incompiutezza o meno di tale ospedale per verificare se si tratta di voci di corridoio e quindi se l'ospedale è solo mal funzionante.

CARPINELLI. Signor Presidente, vi è una relazione inviataci in un secondo tempo, riguardante proprio l'ospedale di Orvieto; io l'ho ricevuta.

PRESIDENTE. Personalmente non l'ho mai vista.

CARPINELLI. È la relazione del 21 settembre scorso.

PRESIDENTE. Benissimo. In questo caso, la invito, professor Barro, a riassumere tale relazione concernente l'ospedale di Orvieto e ad illustrarci nel contempo i dati in essa contenuti.

BARRO. Signor Presidente, debbo innanzitutto rappresentare che l'assessore alla sanità della regione Umbria si scusa per non essere potuto intervenire oggi, ma ritengo di poterlo sostituire per fornire i chiarimenti che sono stati richiesti, soprattutto in relazione all'ospedale di Orvieto.

Questo ospedale risulta incompiuto ma dovrà essere terminato; vi è ancora un cantiere in corso e i lavori sono stati avviati.

PRESIDENTE. Da quanti anni?

BARRO. Farò a questo punto una breve storia dell'ospedale di Orvieto. Esso fu ideato all'inizio degli anni '70, forse anche prima e il progetto fu finanziato con alcuni primi stanziamenti che però si esaurirono subito e che consentirono solo la costruzione di una struttura in cemento armato con qualche tamponatura.

CARPINELLI. Si trattò di un primo lotto.

BARRO. Sì, in cui erano compresi gli impianti di risaldamento ed elettrico. Ma poi tutto si fermò finchè la regione non approvò il piano unico di attuazione del piano di investimento, nel quale l'Ospedale di Orvieto fu incluso insieme a quelli di Città di Castello, di Perugia e di Foligno.

Mi sto riferendo al 1990 e, come loro sanno, il piano ospedaliero è stato finanziato soltanto a partire dagli anni 1992-1993, in pratica dal 1994 in quanto ad erogazione di fondi, e su questa reale disponibilità di fondi si è ristrutturato tutto il piano, concentrando gli interventi in modo da completare gli ospedali di Città di Castello e di Orvieto e avviare la costruzione di quello di Foligno. Tutto questo è avvenuto sulla base di una riprogettazione che non ha nulla a che vedere con quella iniziale. Si è ricorso allo strumento della concessione ad una società per poter attuare il piano ospedaliero ma non le singole opere. Questa società, che si chiama Cus (Consorzio Umbro Sanità), ha riprogettato l'ospedale e lo ha rimesso in fase con finanziamenti realmente esistenti - si tratta del punto centrale che interessa la vostra Commissione - e su questo risultato progettuale sono state poste in essere delle operazioni conseguenti che consistono nell'indizione di una gara d'appalto per l'affidamento di una parte dei lavori, nella proclamazione del vincitore e nella consegna dei lavori alla ditta aggiudicatrice, la quale ha aperto i cantieri. Questi ultimi non si chiuderanno perchè il completamento della costruzione dell'ospedale è interamente finanziato. Invece, gli ospedali di Perugia e di Foligno sono finanziati in due trienni, di cui il primo è certo ma il secondo non lo è, mentre solo per quelli di Orvieto e di Città di Castello il finanziamento è interamente assicurato.

Quindi, l'intero approvvigionamento finanziario è compreso nell'operazione di cui al primo triennio del piano decennale.

I tempi di realizzazione dovrebbero essere - come sa bene il senatore Carpinelli - al massimo di 36 mesi, per cui andremo a finire al 1997-1998. Questo per quanto concerne la storia dell'ospedale incompiuto di Orvieto. Era incompiuto nel senso politico del termine, perchè vi erano dei capitali lasciati in sospenso. Tale ospedale non lo è più dopo questa serie di provvedimenti che sono stati recentemente adottati.

PRESIDENTE. Scusi se la interrompo, ma vorrei fare un primo riassunto di quanto lei ci ha riferito. La costruzione dell'ospedale di Orvieto inizia negli anni '70, ma poi si blocca per mancanza di finanziamenti; nel 1990 si decide di ultimarlo e pochi mesi fa sono stati nuovamente avviati i lavori. Era un ospedale incompiuto, per il quale si è trovata una soluzione, mentre vi sono altri ospedali nel resto del paese tuttora incompiuti.

CARPINELLI. Signor Presidente, abbiamo chiesto all'assessore taluni chiarimenti, innanzitutto in riferimento alle disponibilità finanziarie del piano sanitario regionale e, in secondo luogo, in merito al piano di ristrutturazione della rete ospedaliera per sapere a che punto è e quali sono le linee di indirizzo. Questi sono i due elementi centrali, ai quali si aggiungono altre valutazioni di carattere specifico sulla questione delle strutture psichiatriche, anche se in Umbria non ve ne sono in costruzione. Quelli da me posti in evidenza sono due elementi fondamentali dal punto di vista della programmazione, che sono necessari per svolgere poi una riflessione sui finanziamenti nel settore della sanità.

Sono domande di *routine* che rivolgiamo ai nostri ospiti ed è opportuno che rimangano agli atti.

BARRO. Senatore Carpinelli, per quanto riguarda il piano sanitario regionale, vorrei ricordare che è già stato predisposto e consegnato per l'esame alla Giunta regionale.

CARPINELLI. Questa, vorrei ricordarlo, è la terza edizione del piano poichè la regione Umbria ne ha sempre avuto uno.

BARRO. Per il 5 dicembre prossimo è prevista al Consiglio regionale una discussione sulle linee del nuovo piano che, come ho già detto, è già stato predisposto. La regione con questo piano ha cercato di adottare una politica di decentramento di molte decisioni e di instaurare nuovi rapporti all'interno del servizio sanitario regionale; spesso la regione si occupa di certe cose ma non, ad esempio, della gestione che è lasciata alle aziende ospedaliere della Usl. Questo piano avrà una griglia molto dettagliata ma larga; indicherà linee di indirizzo precise, affidando alcune decisioni - non solo quelle di ordinaria e quotidiana amministrazione - alle aziende ospedaliere della regione che, per la sua posizione geografica, è particolarmente importante per l'Italia centrale. Con una politica di decentramento riteniamo che si possano meglio salvaguardare le caratteristiche locali e tutelare i bisogni della popolazione, mantenere un equilibrio nella gestione finanziaria.

Forse già sapete che per il 1995 il bilancio sanitario della regione Umbria è praticamente in pareggio. Ci sono solo 8 miliardi di disavanzo mentre l'anno scorso ce ne erano 77, e ricordo che ne abbiamo ereditati circa 300 dalle precedenti gestioni. Questi 8 miliardi dovrebbero essere recuperati se verrà mantenuto quanto è stato previsto in sede di Conferenza Stato-regioni. Infatti, a livello sanitario, di concerto con il Ministero del tesoro, è stata prevista una riduzione programmatica della spesa farmaceutica, che nelle sue proiezioni non era realistica, nonché la limitazione degli sprechi (e di questo se ne occuperà in particolar modo la Cuf). Inoltre, forse però sulla base di alcune valutazioni troppo ottimistiche, in sede di previsioni della legge finanziaria per il 1995 dovrebbe esserci un ulteriore recupero. Attraverso tali operazioni, il bilancio sanitario della regione Umbria dovrebbe essere in pareggio per il 1995 e tale risultato si potrà raggiungere anche applicando immediatamente la metodologia della tariffazione delle prestazioni. Il mantenimento del tetto di spesa, che è stato ipotizzato in rapporto ai consumi ospedalieri del 1993, e l'assoluto divieto di trasferimenti di risorse finan-

ziarie dagli ospedali ai servizi territoriali hanno consentito una certa tranquillità di gestione, che dovrebbe permettere al nuovo piano di realizzare alcuni obiettivi di rinnovamento sostanziale.

Vorrei esporre adesso alcuni dati circa la situazione ospedaliera nella regione. La nostra rete ospedaliera ha tutti i parametri nella norma tranne uno. L'offerta di posti letto per abitante nella nostra regione registra un tasso del 5,5 per mille, risultando quindi prossimo alla media nazionale; il tasso di occupazione nella regione supera il 70 per cento, con punte che si possono immaginare; la media di durata della degenza ospedaliera è inferiore agli otto giorni. L'unica questione che ci preoccupa riguarda il tasso di ospedalizzazione che risulta molto alto rispetto alla media nazionale. Siamo infatti al 220 per mille: potrebbe anche essere considerato un dato meramente amministrativo ma stiamo tentando di trovare una soluzione.

La regione dispone di sette ospedali con dipartimenti di emergenza, anche se il Ministero della sanità - che dispone di informazioni provenienti dalle Usl - ne indica nove, per via del numero dei posti letto. Indipendentemente dal numero, non riteniamo che in questo momento la pressione finanziaria, provocata dalla presenza di questi sette o nove ospedali, sia tale da giustificare un dissesto assistenziale. Se localizziamo gli ospedali nel territorio, ci rendiamo conto che sono quasi tutti nella provincia di Perugia. Alcuni di essi sono in Val Nerina e godono di quella deroga concessa per i dissesti ambientali verificatisi in zona; altri due ospedali, quelli di Narni e Amelia, gravitano nella conca ternana. La chiusura di questi ospedali con dipartimenti di emergenza aggraverebbe ulteriormente la situazione di tre ospedali della nostra regione che già adesso sono molto intasati, quelli di Perugia, Terni e Foligno, dove le punte di occupazione sono superiori all'80 per cento e all'85 per cento in qualche caso, con conseguente maggiore attività assistenziale.

Sulla base di tali considerazioni e in previsione del dibattito che si svolgerà il 5 dicembre al Consiglio regionale, la regione intende proporre una strategia di azione volta a ridurre a sette gli ospedali con dipartimenti di emergenza ed urgenza, prevedendo una dislocazione soddisfacente dal punto di vista territoriale e lasciando alla dinamica dei flussi di utenza, come principio, la ricerca di tre o quattro punti ospedalieri da impiegarsi a tempo pieno. Prevediamo inoltre altre strutture ospedaliere collegate a quelle esistenti in grado di soddisfare bisogni particolari dal punto di vista sanitario. C'è una richiesta in tal senso da parte della stessa struttura sociale dell'Umbria, che si basa prevalentemente sul ruolo esercitato dalle famiglie.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere al professor Barro un quadro riassuntivo della situazione degli ospedali psichiatrici.

MODOLO. Da taluni dati mi risulta che nel reparto dell'ospedale di Perugia sono ancora ospitati alcuni malati mentali; chiedo al professor Barro se può confermare tale notizia. Vorrei anche conoscere il numero dei centri di igiene mentale nella regione Umbria.

BARRO. Per quanto riguarda gli ospedali psichiatrici, quelli della nostra regione sono stati ormai tutti chiusi. Rimane un residuo manicomiale di circa 200 unità a calare presso il reparto dell'ospedale di Perugia. Si tratta di persone completamente prive di assistenza familiare o in condizioni di disabilità irrimediabile che continuano ad essere ospitate - ma senza attività assistenziale psichiatrica - in una delle palazzine del vecchio ospedale psichiatrico di Perugia. Ricordo che le altre palazzine sono state esonerate da tale funzione e dedicate ad altre attività; sono ad esempio sedi del liceo e dell'istituto tecnico.

Tutto ciò avendo evitato dissesti nelle funzioni assistenziali, anzi avendo supportato questa politica con lo sviluppo dei servizi di igiene mentale che coprono l'intero territorio regionale, essendo le principali città dell'Umbria dotate di tali servizi.

DI ORIO. Qual è il rapporto tra numero di posti letto ed abitanti?

BARRO. Complessivamente la percentuale è del 5,5 per mille, considerando che vi sono funzioni di riabilitazione che vengono diluite nella disponibilità dei posti letto.

MODOLO. C'è anche il Centro di riabilitazione funzionale di Trevi.

BARRO. Non ricompriamo i posti letto di quel Centro perchè esso non è previsto tra gli ospedali.

PRESIDENTE. Riuscirete a chiudere gli ospedali psichiatrici entro la fine del 1996, come previsto? Come farete con le persone attualmente internate e come avete risolto, in dettaglio, i problemi che altre regioni non sono riuscite a risolvere? Che tipo di sistemazione avete trovato per questi malati psichiatrici che in altre regioni purtroppo sono in giro nel senso letterale dell'espressione?

BARRO. Sin dagli anni Settanta sono stati restituiti alle loro comunità salvo alcuni presi in carico dai centri di igiene mentale. Non vi sono stati più ricoveri, tranne che per le persone assoggettate a trattamento sanitario obbligatorio, ma anche in questi casi con molta parsimonia. Pertanto non abbiamo un problema di pressione per il ricovero di malati psichiatrici curabili mantenuti in strutture che non si chiamano più ospedali psichiatrici. Vi è solo da gestire il parco uomini - se mi è consentita l'espressione esistente.

CARPINELLI. Si tratta comunque di una struttura aperta?

BARRO. Sì, alcuni escono tranquillamente, altri malati disabili si muovono in dipendenza delle loro possibilità e di quanto consentito dalla loro disabilità, cioè praticamente pochissimo.

MODOLO. Vorrei testimoniare che la questione degli ospedali psichiatrici in Umbria è stata effettivamente affrontata in maniera molto energica e che la maggior parte di queste persone sono in condizioni di tale deterioramento, dovuto a lunghi anni di degenza in ospedale, che è impensabile che possano uscire. Altri, invece, hanno maggiori possibilità di farlo. Ho l'impressione che negli ultimi cinque o sei anni le difficoltà che incontra il reparto acuti nel dimettere malati, a causa della carenza di assistenza sociale esterna dovuta alle ristrettezze dei servizi sociali e alla non accettazione di assistenza sanitaria o sociale, in alcuni casi, da parte degli organi di controllo, abbiano allungato i tempi di ricovero nel reparto medesimo; per cui è aumentato il numero dei posti letto. In pratica nel reparto acuti le degenze, che dovevano essere brevi, a volte si prolungano ormai anche per un anno.

BARRO. Nel corso degli anni Settanta la strategia della provincia di Perugia in particolare, poichè quella di Terni non ospitava ospedali psichiatrici, fu quella di trasformare le risorse in bilancio per assistenza di ricovero in assegni di supporto alle famiglie o a chi si prendesse carico della cura di queste persone. Quando è subentrato il servizio sanitario regionale, la prima operazione realizzata per il finanziamento del fondo sanitario nazionale fu quella di conglobare in esso tutti i bilanci e le spese che gli enti di provenienza avevano al fine dell'assistenza. Per molti anni le unità sanitarie locali hanno continuato ad utilizzare questa forma di supporto economico ai malati e a chi se ne faceva carico, cioè assegni denominati, con eufemismo ipocrita, assegni terapeutici ma in realtà quattrini sonanti.

La senatrice Modolo ha fatto riferimento a recenti problemi di controllo. Bisogna separare nettamente i problemi. Una recentissima delibera, di un paio di settimane fa, precisa che cosa è ricompreso nel fondo sanitario nazionale e che cosa attiene invece al debito assistenziale del comune. Con ciò stiamo cercando di recuperare una situazione, grazie anche alla disponibilità manifestata dall'Ance ad aumentare la quota *pro capite* del bilancio sociale in modo da riassorbire questa fase di difficoltà. Nel 1985 le regioni chiesero ed ottennero il cosiddetto decreto Craxi, emanato nel mese di agosto, che consentiva, per disabili che presentavano alcune condizioni elencate nella normativa stessa, di porre una parte delle spese sanitarie a carico del fondo sanitario nazionale ma con una distinzione che si cercò di rendere non troppo netta. In questo modo per qualche anno si è proceduto «a fisarmonica»; poi, con l'emanazione del decreto sui livelli omogenei di assistenza, quindi con l'elencazione di cosa si poteva fare con le risorse del fondo sanitario nazionale, questo sistema è entrato in crisi.

DI ORIO. Signor Presidente, ricordo soprattutto a me stesso che questi incontri con gli assessori regionali sono stati programmati per verificare vari aspetti: gli ospedali incompiuti, le strutture manicomiali e la migrazione sanitaria.

In qualità di relatore sulla situazione degli ospedali incompiuti, posso affermare che in Umbria il problema non esiste. Vorrei in qualche modo dare per risolta la questione, perchè in tale regione non vi sono oggi strutture ospedaliere incompiute: ve ne sono state nel passato, ma

poi sono state ultimate o comunque sono in via di completamento; ragioni per cui non iscriveremo questa regione nel «libro nero».

PRESIDENTE. L'Ospedale di Orvieto era incompiuto, ma ora è tutto risolto.

DI ORIO. Vorrei invece soffermarmi un attimo su un problema che può essere messo in relazione a quello degli ospedali incompiuti: l'offerta dei posti letto. Oggi noi abbiamo un problema di dimensionamento, e il senatore Carpinelli ci ha riferito poc'anzi che il 5 dicembre prossimo la regione Umbria approverà il nuovo piano regionale.

CARPINELLI. Forse mi sono espresso male; ho detto che il 5 dicembre inizierà la discussione in Consiglio regionale sui lineamenti del nuovo piano regionale.

DI ORIO. Si è detto che l'offerta di posti letto per abitante registra in Umbria un tasso del 5,5 per mille; quindi, secondo i documenti di programmazione a nostra disposizione, vi è un 1 per mille in più rispetto alla media nazionale. Lei, professor Barro, ha detto che nella sua regione non esistono strutture riabilitative, per cui questo 5,5 per mille dovrà essere ridimensionato.

Questa mattina abbiamo audito l'assessore alla sanità della regione Lazio; anche in Umbria esistono due aziende ospedaliere a carattere universitario: quelle di Perugia e di Terni, che operano in regime di convenzione. Dal momento che vi è un ridotto numero di abitanti, mi domando se la presenza di queste due strutture determini un intervento anche sui posti letto. In altre parole, l'esistenza di queste due strutture cliniche universitarie ha comportato un dimensionamento all'interno del piano, un'eccezione nel rapporto posti letto-abitanti, tenendo conto dell'intervento della didattica, oppure no?

Sono previste nel piano regionale queste due strutture universitarie che in qualche modo comportano un numero di posti letto aggiuntivi rispetto al fabbisogno legato esclusivamente all'assistenza?

BARRO. No, non vi è nessun esubero per quanto riguarda i posti letto riconducibili alla presenza delle facoltà di medicina a Perugia e a Terni.

Innanzitutto, vorrei fare una precisazione: il rapporto posti letto-abitanti programmato è del 4,5 per mille, riabilitazione inclusa.

Quando entrò in vigore la legge 23 ottobre 1985, n. 595, che prevedeva in considerazione anche le strutture di riabilitazione, si è rimasti inevitabilmente - perchè le leggi in genere sono quelle che sono - in un equivoco: cosa vuol dire strutture di riabilitazione? L'1 per mille di posti letto in strutture specializzate per la riabilitazione è un rapporto che non esiste e non ha alcuna giustificazione, perchè non si saprebbe cosa ricomprendervi, a parte la «riabilitazione pesante», dal momento che nel concetto di riabilitazione rientra un po' tutto.

DI ORIO. Anche il cardiopatico.

BARRO. Si tratta di capirsi. Poc'anzi, spiegando il rapporto del 5,5 per mille, tutto compreso, che si registra in Umbria, ho sottolineato che in esso rientra anche la riabilitazione normale nelle strutture di degenza, perchè in queste ultime non ci si dovrebbe limitare soltanto a curare la fase acuta di una malattia. Per tale motivo stiamo sviluppando il *day hospital* e il rapporto con quelle strutture che si fanno carico di questo bisogno di riabilitazione.

E allora, quando parlo di una percentuale del 4,5 per mille come obiettivo realistico per i prossimi due anni, in adeguamento alla pluriennalità del piano sanitario nazionale, intendo dire che in essa deve rientrare tutto quello che ora è ricompreso all'interno del 5,5 per mille; si dovrebbe quindi arrivare ad una riduzione reale dell' 1 per mille. Questa è la precisazione che volevo evidenziare.

Tornando al problema delle cliniche universitarie, in questo 4,5 per mille non vi è alcun bisogno di inserire posti letto aggiuntivi a fini didattici. Infatti, una buona parte del minor carico di degenza lo si risconterà tra l'altro proprio in molte attività specialistiche di competenza degli ospedali, dove i tempi di degenza si dovrebbero ridurre enormemente per l'introduzione di particolari tecniche di *surgery* o di modalità di intervento endoscopico, diagnostico e terapeutico contemporaneamente; quindi riteniamo che aumentando tale attività debba diminuire il numero dei posti letto.

Aggiungo che tre anni fa ci fu un incontro con i responsabili della facoltà di medicina che reclamavano l'esigenza di un diverso dimensionamento dei posti letto per fini didattici, ma ora ciò non ha più ragion d'essere.

PRESIDENTE. Professor Barro, ci può fornire notizie sul fenomeno della migrazione sanitaria per quanto concerne l'Umbria?

BARRO. L'Umbria è a tal proposito una regione a saldo migratorio attivo. Non vorrei indicare cifre perchè proprio in questi giorni stiamo facendo dei calcoli relativi al 1995; quanto al 1994, ho già fornito i dati.

Il saldo attivo è dovuto alla posizione dei due ospedali di Terni e di Città di Castello, che possono essere definiti di frontiera, rispettivamente, nei confronti del Lazio, sul versante di Rieti e di Viterbo, della Valle Tiberina e delle Marche. Inoltre, tale saldo positivo va attribuito all'ospedale di Perugia, che per alcune specializzazioni - ad esempio per ematologia - esercita un forte richiamo, starei per dire di rilievo nazionale, per l'efficienza e l'efficacia delle sue strutture.

La regione Umbria non conosce migrazione sanitaria se non numericamente, cioè per quei soldi che dobbiamo dare alle altre regioni, mentre possiamo valutare la migrazione sanitaria come molto legata all'attività di base e non soltanto a quella specialistica.

C'è un bilanciamento dei due flussi e dei due tipi di domanda. In parte questo flusso è stato sotto controllo in quanto già negli anni passati si è cercato di risolvere problemi che causavano una spesa di un miliardo e mezzo l'anno che ricadeva sul fondo sanitario. Alcuni pazienti richiedevano interventi di medicina specialistica in determinate località, ad esempio in Francia - a Marsiglia in particolare - e in Belgio. Della situazione pregressa posso inviarvi la documentazione.

MODOLO. Professor Barro, la ringrazio a nome della Commissione ma vorrei ricordare ai colleghi che già siamo in possesso della documentazione sugli anni passati in quanto io stessa l'ho ricevuta dalla regione Umbria.

PRESIDENTE. Per quanto riguarda il fenomeno della migrazione sanitaria, professor Barro, mi sembra che non si tratti di cifre imponenti; ad esempio, la vostra regione ha predisposto un centro di cardiocirurgia. Al momento, è in fase calante il numero di coloro che si rivolgono ad istituti situati all'estero?

BARRO. Sì, signor Presidente, anche se c'è sempre qualcuno che ha particolari desideri, ad esempio quello di farsi operare dall'*équipe* di Houston. Al momento, c'è una maggiore regolamentazione e si invitano gli utenti ad utilizzare le strutture territoriali nazionali. Purtroppo non ho con me la documentazione relativa a tale fenomeno che comunque risulta limitato a patologie di altissime specialità.

Con riferimento alla domanda della senatrice Modolo sui centri di igiene mentale, vorrei ricordare che dipendono dalle Usl in base ad una direttiva regionale. Desidero nuovamente sottolineare che la regione Umbria ha creato una sorta di saracinesca fra le spese ospedaliere e quelle territoriali, interrompendo quindi i trasferimenti dalle strutture territoriali a quelle ospedaliere, e viceversa. Riteniamo infatti che il numero dei consultori, dei centri di igiene mentale, dei servizi Sert, debba rimanere identico a quello attuale; la regione non ha comunque alcuna intenzione di aumentarne il numero.

MONTELEONE. Il professor Barro ha sottolineato un saldo del tutto positivo per quanto concerne il fenomeno della migrazione sanitaria. L'Umbria, per la sua posizione e per le sue strutture, ha un particolare rilievo e attira pazienti provenienti dalle regioni confinanti. È una regione piccola, così come lo è la mia, la Lucania, dove invece si verifica un fenomeno contrario in quanto la sua popolazione, per mancanza di strutture e di attrezzature, si rivolge a istituti situati al di fuori di essa. La Lucania, come l'Umbria, ha una localizzazione geografica strategica ma per i motivi che ho evidenziato registra una situazione diametralmente opposta.

BARRO. Le sue osservazioni sono corrette e vorrei supportarle con alcune informazioni sulle strutture ospedaliere della mia regione. L'ospedale di Orvieto ha un reparto di ortopedia e di traumatologia che copre un ampio bacino di utenza, in particolare per la vicinanza con l'autostrada del sole. Anche l'ospedale di Città di Castello attira pazienti provenienti da regioni confinanti, specie per le urgenze chirurgiche; quello di Gualdo Tadino registra una anomalia, che stiamo tentando di riportare a norma, circa i reparti di cardiocirurgia e di angioplastica.

XIUMÈ. Vorrei rivolgere al professor Barro due domande alle quali in parte ha già risposto. Le chiedo, infatti, di precisare meglio i dati relativi all'incidenza sulla spesa sanitaria del ricorso a strutture ospedaliere private. Vorrei inoltre sapere se nella regione Umbria esistono

strutture intermedie psichiatriche. Nel caso non ci siano, vorrei sapere cosa avete intenzione di programmare in futuro in tal senso.

BARRO. Per quanto riguarda la prima domanda, il ricorso alle strutture ospedaliere private rappresenta solo il 2 per cento della spesa sanitaria regionale, quindi non si tratta di un dato rilevante.

Per quanto riguarda le strutture intermedie, quindi le case famiglie o i laboratori, so che i Centri di igiene mentale gestiscono alcune residenze mentre altre vengono gestite da cooperative.

CARPINELLI. Un modulo tipo come quello di Orvieto dovrebbe essere strutturato in un altro modo, cioè con una organizzazione del servizio a tempo pieno (quindi sulle ventiquattro ore) e con una struttura diurna sulle dodici ore. In tal modo, molti pazienti potrebbero ricadere sulla struttura diurna, intesa come una sorta di supporto per determinati casi. Inoltre, va prevista l'assistenza domiciliare per soggetti che hanno problematiche particolari, con operatori che si recano a casa del paziente.

Ci sono quindi tre fasi da segnalare: la pronta reperibilità e la disponibilità nell'arco diurno, ovviamente, e notturno nel caso di patologie gravi; l'assistenza domiciliare diurna, in alcuni casi, l'assistenza economica per determinati soggetti.

A margine di ciò vi sono altri interventi, molto diffusi in Umbria, che definiamo borse terapeutiche. Un soggetto in cura viene assegnato presso enti pubblici o privati (cooperative protette o altro) e l'ente versa una somma simbolica di 300.000 o 400.000 lire. Queste persone fanno così delle esperienze prestando attività come giardinieri, operai o artigiani. In tal modo vi è un recupero sostanziale costantemente seguito, dall'asilo nido alle scuole superiori e poi nel mondo del lavoro, dal servizio di igiene mentale che dipende direttamente dall'unità sanitaria locale. È una situazione che, in relazione al ridisegno dei principi fondamentali, risente fortemente della crisi finanziaria ma anche di una crisi concettuale, nel senso che, nel momento in cui gli amministratori si trovano di fronte a situazioni di grande impatto dal punto di vista economico-finanziario, i servizi territoriali si dimostrano quelli più a rischio dato che il peso specifico, la forza che ha un ospedale non possono averla 30 o 40 famiglie di portatori di *handicap*, anche se credo che fino a qualche anno fa si sia almeno cercato di tenere duro rispetto a questa situazione.

PRESIDENTE. Ringrazio, anche a nome della Commissione, il professor Barro per la sua disponibilità e per il suo esauriente intervento.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dei lavori ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16.