

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

8° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 29 GENNAIO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e servizi del Ministero della sanità sulle tematiche inerenti le inchieste

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 12	OLEARI	Pag. 9
		VERDECCHIA	3

Intervengono il dottor Giorgio Verdecchia, direttore del dipartimento della programmazione, e il dottor Fabrizio Oleari, direttore del dipartimento della prevenzione.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

Seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e di servizi del Ministero della sanità sulle tematiche inerenti le inchieste

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione di direttori di dipartimenti e di servizi del Ministero della sanità sulle tematiche inerenti le inchieste.

Il dottor Verdecchia e il dottor Oleari procederanno ad una introduzione dei punti più salienti delle loro relazioni, che lasciano comunque agli atti. Se si renderanno opportuni interventi da parte dei commissari, provvederemo a svolgere in una successiva audizione il dibattito.

A questo punto, do la parola al dottor Verdecchia, direttore del dipartimento per la programmazione.

VERDECCHIA. Signor Presidente, è un onore e un privilegio essere qui presente per analizzare i temi proposti per l'audizione all'ordine del giorno.

Dati il tempo ristretto e gli accordi di «prerogà» relativi all'andamento di questa seduta, farò riferimento alle relazioni che ho consegnato alla Presidenza, delle quali esporrò la sintesi, rimanendo poi a disposizione dei commissari nella stessa mattinata e in ulteriori occasioni di incontro per tutti gli eventuali approfondimenti che saranno ritenuti necessari.

Le relazioni predisposte riguardano tre dei temi indicati tra le aree di indagine. In particolare, per l'area delle garanzie, farò riferimento agli aspetti che attengono allo stato di attuazione della Carta dei servizi sanitari e degli altri strumenti di tutela a favore dei cittadini; per l'area della gestione, mi riferirò alla verifica dello stato di aziendalizzazione e agli indicatori di gestione.

Per ciascuna di queste tre relazioni lascerò agli atti della Commissione tutto il materiale documentale richiamato nei rinvii agli allegati, per attestare effettivamente lo stato dell'arte sui tre temi.

Mi risulta che nelle precedenti audizioni siano state già offerte alcune informazioni relativamente alla Carta dei servizi; per questo motivo, vorrei completare l'informativa già espressa su questo tema.

La relazione da me presentata è articolata in modo da evidenziare il significato che la Carta dei servizi ha avuto nell'ambito dell'impianto del

Servizio sanitario nazionale, considerato il successo che tale iniziativa ha riscosso all'interno del Servizio sanitario nazionale stesso in confronto ad altre aree di servizi pubblici, presso i quali non si è ricevuta una risposta di valore e di significato altrettanto importante.

Nei documenti che ho consegnato si dà conto in maniera dettagliata dello stato di attuazione della Carta dei servizi in termini quantitativi e qualitativi, si precisa cioè quali e quante Usl hanno adottato tale Carta. Il risultato è molto significativo: due aziende sanitarie su tre hanno adottato la Carta dei servizi secondo le direttive impartite dal livello centrale, cioè la direttiva Cassese e lo schema di riferimento per l'adozione della Carta dei servizi del maggio 1995.

Quasi tutte le aziende sanitarie sono impegnate nel processo attuativo della Carta e ciò indica che anche le aziende che non sono ancora pervenute all'adozione formale della Carta dei servizi hanno attivato un progetto locale per la sua impostazione e redazione. Tale situazione è praticamente unica a livello nazionale nell'area dei servizi pubblici: altri settori non hanno ancora raggiunto questo livello di maturità nel processo attuativo.

Secondo la nostra valutazione, questo successo è dovuto anche al fatto che tale strumento si è innestato nel processo di aziendalizzazione avviato con il decreto legislativo n. 502 del 1992 all'interno dell'ordinamento sanitario il quale, tra l'altro, pone al centro dell'attenzione dei nuovi organi di gestione la garanzia e la tutela dei diritti dei cittadini.

La relazione da me presentata pone in evidenza anche un altro aspetto singolare identificabile nel modello di rapporti instauratosi tra l'autorità centrale, le autorità regionali e gli organi di gestione locali per quanto attiene al sostegno e l'indirizzo del processo attuativo della Carta dei servizi. Si sottolineano: l'importanza che hanno avuto per il successo dell'intervento le attività di indirizzo svolte dal livello centrale; la capacità di risposta del livello regionale che, articolato in referenti del livello centrale, ha realizzato un coordinamento nazionale del processo attuativo della Carta; l'azione culturale svolta dal coordinamento integrato Centro-regioni rispetto alle realtà più periferiche del Servizio sanitario nazionale che si sono cimentate con questo strumento altamente innovativo nella cultura amministrativa italiana.

Abbiamo realizzato dei quaderni, che abbiamo chiamato laboratori, sui punti più importanti della Carta dei servizi: comunicazione; impatto sugli operatori; uso degli *standard* di qualità (cuore del «patto» stipulato con l'utenza).

La relazione dà conto anche del processo di autovalutazione relativo allo stato di attuazione della Carta. È da sottolineare il carattere processuale di tale valutazione: non ci siamo fermati semplicemente a riscontrarne l'adempimento formale (ovvero la sua adozione come delibera del direttore generale dell'Unità sanitaria locale), ma abbiamo cercato di verificare l'effettiva utilizzazione degli strumenti di tutela del cittadino e, soprattutto, di capire se l'uso di tali strumenti avesse innescato reali processi di miglioramento della qualità.

Non è sufficiente porre in essere la Carta dei servizi; occorre che la stessa metta in movimento il processo di miglioramento della qualità delle prestazioni con il coinvolgimento del cittadino utente.

Il rapporto di autovalutazione, parimenti allegato agli atti, mette in evidenza il fatto che nonostante i risultati positivi raggiunti in termini di adozione della Carta, l'uso degli strumenti in essa previsti stenta a decollare. Mi riferisco al miglioramento della comunicazione con l'utenza, al maggiore coinvolgimento del personale, all'analisi e al miglioramento degli *standard* di qualità e alle indagini per la misurazione del livello di soddisfazione del cittadino. Si tratta di processi complessi che vanno ancora sostenuti.

Il rapporto descrive risultati e processi interessanti sulla base degli indicatori di gestione: dati i tempi ristretti, non mi soffermo ad analizzarli, salvo che non si voglia tornare sull'argomento.

L'altro tema esposto nella seconda relazione attiene alla verifica dello stato di aziendalizzazione. Da questo punto di vista il problema che mi sono posto è di ordine metodologico: spiegare cosa si intende per verifica dello stato di aziendalizzazione.

Il punto di partenza per una chiara comprensione del problema è il documento di indirizzo emanato dal Ministero della sanità (Linee guida 2/1996, pubblicate sulla *Gazzetta Ufficiale* n.196 del 31 maggio 1996) sul processo di aziendalizzazione. In tale documento il Ministero ha tentato di definire il profilo aziendale delle unità sanitarie locali, ponendo in evidenza gli elementi strutturali costitutivi del concetto di azienda nel Servizio sanitario nazionale; principi costitutivi che si inseriscono nel quadro del nuovo ordinamento introdotto con il decreto legislativo n.502 del 1992, successivamente integrato dal decreto legislativo n.517 del 1993.

La relazione, richiamandosi alle Linee guida 2/1996 del Ministero della sanità, pone in evidenza l'importanza che nel nuovo ordinamento assume la distinzione tra la funzione di committenza/acquisto delle prestazioni e la funzione di produzione delle stesse, nonché la rilevanza della differente missione che caratterizza l'unità sanitaria locale rispetto all'azienda ospedaliera. La prima ha come missione specifica la garanzia di tutti i livelli di assistenza previsti dal Servizio sanitario nazionale; la seconda, invece, ha come obiettivo prioritario la produzione di prestazioni sanitarie da cedere alle Usl.

Il secondo punto che caratterizza il profilo aziendale delle Usl è l'autonomia organizzativa e gestionale: elemento molto delicato da collegare, in quanto perfettamente compatibile, alla programmazione regionale. Autonomia aziendale vuol dire capacità di organizzare le risorse per il conseguimento di taluni obiettivi. Si tratta di un elemento più volte sottolineato nelle linee guida 2/1996; l'autonomia aziendale richiede una forte e significativa azione programmatica della regione, chiamata a fissare gli obiettivi che l'azienda deve perseguire. Quindi, la strategia e la linea politica appartengono alla programmazione regionale, mentre l'attuazione dei relativi indirizzi appartiene all'autonomia della Usl.

All'autonomia organizzativa e gestionale si affianca, come elemento corrispettivo fondamentale, la responsabilità dei risultati, sanzionata e costruita attraverso istituti che assoggettano a verifica l'operato del direttore generale e dell'alta dirigenza tecnica della Usl. Colui che ha detta responsabilità deve disporre di strumenti per controllare in che modo la gestione da lui determinata si orienti.

Con questo quadro di riferimento è difficile valutare lo stato di avanzamento del processo di aziendalizzazione.

Il tentativo di risposta, contenuto in questo documento corredato dagli allegati, parte dall'assunto che il processo di aziendalizzazione descritto dal legislatore è fondato su alcuni punti fondamentali contenuti nei decreti legislativi nn. 502 e 517, come integrati dalla produzione normativa successiva (tutte le leggi finanziarie che ne hanno gestito il processo di avvio). Esso si basa soprattutto su una fase di normazione secondaria attuativa demandata per un verso al Ministero della sanità (chiamato ad attuare numerose disposizioni del decreto legislativo n. 502 del 1992, attraverso norme regolamentari applicative) e per l'altro alle regioni (fondamentali per dare fisionomia alle aziende sanitarie), oltre che su un'attività organizzativa sviluppata a livello aziendale, ancora più difficile da percepire e misurare.

Il rapporto enuncia tutti i principali strumenti di normazione secondaria attuativa del programma di aziendalizzazione posti in essere a livello centrale. In particolare vengono segnalati: l'approvazione del piano sanitario nazionale 1994-1996 (dove per la prima volta il Servizio sanitario è stato dotato di uno strumento di governo centrale); i progetti-obiettivo AIDS e «tutela della salute mentale»; il piano per la razionalizzazione del sistema trasfusionale; tutta la normativa sul contratto dei direttori generali delle USL; l'intera normativa nazionale sul sistema tariffario per le prestazioni di assistenza ospedaliera nelle sue diverse articolazioni; definizione e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità nel Servizio sanitario nazionale; definizione del nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe; l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private; lo schema di bilancio delle Unità sanitarie locali; le linee guida per il passaggio dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale. Nella relazione vengono infine segnalati gli strumenti di normazione secondaria attuativa che a livello regionale completano il processo di costituzione delle Usl.

In tale processo di aziendalizzazione è importante segnalare l'avvenuta costituzione delle nuove Usl sulla base dei processi di incorporazione e scorporo; la situazione delle aziende ospedaliere attivate, e a tale proposito abbiamo allegato un prospetto dal quale risultano gli ultimi dati; l'intervenuta nomina dei direttori generali, attraverso vicende spesso controverse, anche se comunque ora i nuovi organismi sono al loro posto e gestiscono le unità sanitarie locali; la costituzione di alcune agenzie sanitarie regionali; il completamento della legislazione regionale, attraverso la

quale sono stati fissati l'organizzazione ed il funzionamento delle Usl; il parziale adeguamento della programmazione regionale alle indicazioni del piano sanitario nazionale e, a livello locale, alcuni significativi segnali di esercizio del potere organizzativo. A tale riguardo non disponiamo di dati analitici, ma abbiamo sviluppato un'indagine su scala nazionale attraverso il nucleo SAR, cioè il nucleo di verifica e attuazione del piano sanitario nazionale operativo presso il dipartimento della programmazione.

I dati acquisiti nel corso di questa indagine hanno evidenziato alcuni segnali positivi circa il processo di aziendalizzazione: è in crescita l'adozione del piano di organizzazione aziendale, e quindi i direttori generali stanno esercitando il loro potere organizzativo; la contabilità economico-patrimoniale è in ritardo, ma dal 1° gennaio 1998, in base ad un decreto recentemente emanato, le regioni e le Usl dovrebbero risultare tutte allineate; stanno procedendo i programmi di identificazione dei centri di responsabilità e dei centri di costo; vi è una marcata attenzione ai problemi del sistema informativo sanitario, uno strumento essenziale per il controllo di gestione; l'ufficio relazioni con il pubblico è attivo in quasi tutte le aziende sanitarie visitate; sono diffusi le procedure di preospedalizzazione e l'uso autonomo di protocolli interni per la erogazione di prestazioni specialistiche e diagnostiche.

In conclusione, credo di poter dire che questi indicatori, di processo e non di risultato, evidenziano che il processo di aziendalizzazione è in corso, anche se non è stato ancora completato. Le condizioni strutturali normative demandate a livello centrale e regionale sono in gran parte poste, anche se per alcune di esse si registra qualche ritardo. Del resto, il vero problema dell'aziendalizzazione è sostenere l'effettivo esercizio dei poteri di autonomia e delle responsabilità affidati al livello gestionale. Se mi è consentita una osservazione, vorrei rilevare che il «collegato» alla finanziaria mi è sembrato cogliere questo elemento, sottolineando gli aspetti di responsabilizzazione dei direttori generali e delle regioni in funzione degli obiettivi posti dal livello centrale. Anche in questo caso siamo di fronte ad un processo complesso, profondo, che tocca la cultura amministrativa del sistema sanitario, rispetto alla quale occorre avere ancora particolare attenzione e porre in essere molte azioni di sostegno.

A questo punto – anche se probabilmente sto correndo troppo – vorrei procedere con l'illustrazione della terza relazione, che è in gran parte collegata alla prima, nella quale si affronta il tema degli indicatori di gestione e del controllo gestionale. In questo quadro di aziendalizzazione, che forse ho descritto troppo sommariamente, si evidenzia una novità nel clima amministrativo della sanità italiana: l'autonomia chiama in causa la responsabilità dei risultati. Quindi, il controllo di gestione riguarda i risultati più che la legittimità degli atti: l'attenzione, il *focus* si sposta dagli atti ai fatti, cioè ai risultati.

Per misurare i risultati occorre anche un sistema che sia in grado di fotografare la situazione di partenza ed esprimere gli obiettivi della gestione in termini quantitativi e qualitativi (comunque misurabili). Di qui il concetto di indicatore: uno strumento condiviso e possibilmente univer-

sale all'interno del Servizio sanitario nazionale attraverso il quale tutti i livelli istituzionali (centrale, regionale e locale) riescono a confrontarsi rispetto ad alcuni fenomeni considerati rilevanti per la gestione.

Sotto questo profilo, nel rapporto viene segnalato il decreto ministeriale 24 luglio 1995, con il quale il Ministero della sanità ha definito il sistema nazionale degli indicatori per la valutazione dell'efficienza e della qualità del servizio. Tale decreto stabilisce che l'indicatore costituisce a livello locale uno strumento di autovalutazione, mentre a livello regionale e centrale diventa uno strumento di valutazione e di supporto alla programmazione; esso investe però innanzi tutto l'unità sanitaria locale e l'azienda ospedaliera, che si autovalutano attraverso detto strumento. Detto decreto prevede altresì la responsabilità del direttore generale dell'azienda nella produzione dei dati che valorizzano gli indicatori di misura dell'efficienza e dell'efficacia e fissa 220 indicatori che consentono di misurare o almeno di avviare la misurazione della domanda, delle risorse, delle attività e del risultato del Servizio sanitario nazionale, lasciando ampia facoltà alle regioni di attivare ulteriori indicatori a seconda delle esigenze di valutazione e misurazione che possono individuare nella loro autonomia gestionale.

Con un secondo decreto, del 23 dicembre 1996, si è provveduto ad aggiornare le rilevazioni del sistema informativo sanitario per consentire il calcolo degli indicatori in continuità: nel 1997 è cominciata la rilevazione dei nuovi flussi informativi e nel 1998 dovremmo essere in condizione di produrre gli indicatori e consentire una lettura dei profili di domanda, di efficienza e di efficacia su scala nazionale, confrontando fra loro situazioni regionali e, all'interno di esse, situazioni locali.

Debbo segnalare - è sottolineato anche nel rapporto - il fatto che in questo contesto si è verificata una duplice rilevazione dei dati: da parte nostra e da parte della Ragioneria generale dello Stato. Ciò ha creato disappunto e disservizi a livello locale: le Usl sono state investite da richieste doppie di dati, provenienti da entità centrali differenti. Siamo riusciti, attraverso un'azione difficile ma che ha dato buoni risultati a livello di conferenza Stato-regioni, ad unificare i flussi informativi, facendo accettare alla Ragioneria generale dello Stato la provenienza dei dati sul sistema sanitario dal sistema informativo unificato; in tal modo, la Ragioneria può utilizzare i nostri dati senza creare duplicazioni nelle rilevazioni.

Tra i risultati dell'azione svolta dal Ministero sul profilo del controllo di gestione, debbo segnalare un atto formale di grande importanza: la pubblicazione nel luglio 1997 della relazione sullo stato sanitario del paese. Si tratta di un rapporto ufficiale sullo stato della salute ma anche sullo stato di attuazione della riforma sanitaria e del processo di aziendalizzazione.

Anche se la relazione sarà stata posta sicuramente all'attenzione della Commissione, ne ho allegato una copia agli atti.

Ho poi ritenuto opportuno consegnare alla Commissione una sintesi delle informazioni attualmente disponibili nel sistema informativo sanitario. Da una parte stiamo aggiornando il sistema per rendere leggibili gli

indicatori, dall'altra le rilevazioni correnti sono tuttora in corso e permettono una lettura dei principali fenomeni del Servizio sanitario nazionale.

I documenti allegati si riferiscono all'intera attività strutturale e gestionale presente, ai dati e ai rendiconti di spesa delle Usl e delle regioni, infine alle elaborazioni già oggi possibili relativamente alle schede di dimissione ospedaliera che consentono una lettura significativa dell'area ospedaliera. Allegato agli atti c'è anche un documento sintetico che dà conto della consistenza delle banche dati e delle informazioni disponibili presso il Ministero della sanità. Tutto questo materiale confluisce nella lettura degli indicatori a partire dal 1998.

Con queste ultime osservazioni ho esaurito la parte di mia competenza, ma rimango a disposizione dei commissari per fornire eventuali chiarimenti o integrazioni.

PRESIDENTE. Mi complimento per la relazione presentata ed in particolare per la sintesi, la chiarezza e la franchezza con cui ha esposto alla Commissione i dati sullo stato effettivo di questi problemi, che rappresentano una parte fondamentale delle tre inchieste da noi avviate.

Do la parola al dottor Oleari, direttore del dipartimento della prevenzione, per la parte di sua competenza.

OLEARI. Signor Presidente, onorevoli commissari, intendo dare avvio al mio intervento facendo riferimento ai problemi relativi all'attuazione dei dipartimenti della prevenzione ed ai problemi della sicurezza inerenti l'applicazione dei decreti legislativi nn. 626 del 1994 e 242 del 1996.

Il problema si riferisce in parte a quanto già espresso dal collega Verdecchia, dal momento che il dipartimento della prevenzione, ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo n. 502, così come modificato dal decreto legislativo n. 517, è struttura operativa delle aziende sanitarie locali e del Servizio sanitario nazionale; esso si colloca nella stessa posizione dei distretti e degli ospedali ed è tale in quanto dotato di un proprio *budget*, ovvero riesce a presentare una previsione di produzione esprimibile in termini di prestazioni che, appunto, lo caratterizzano.

Il sistema della prevenzione, con particolare riferimento alla sicurezza, implica tuttavia un approccio organizzativo molto più complesso; oltre al dipartimento della prevenzione (che in pratica mantiene le competenze già conferite all'Arpa, l'Agenzia regionale per l'ambiente, laddove questa non è ancora istituita), intervengono altri soggetti ed organismi che, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 626, sono identificati nella figura del datore di lavoro all'interno di ogni struttura produttiva, nel servizio di prevenzione e protezione dell'unità produttiva, e così via.

Nella documentazione che poi consegnerò alla Presidenza è stata operata una disamina delle leggi regionali attuative del decreto legislativo n. 502: in essa sono contenuti i prospetti necessari a capire quanto è stato realizzato ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo n. 502 (secondo cui le regioni devono precisare i criteri di finanziamento delle Asl e di de-

finizione del *budget* dei dipartimenti di prevenzione) e gli indirizzi organizzativi. Laddove l'Arpa non è stata ancora costituita, il dipartimento della prevenzione svolge il ruolo portante di presidio multizonale di igiene e prevenzione. Inoltre, al sistema di controllo e di sicurezza concorrono, per quanto di loro competenza, anche l'Agenzia nazionale per l'ambiente, i vigili del fuoco, l'amministrazione regionale, l'ISPESL per la parte relativa al problema dell'omologazione degli impianti (ad esempio quelli a pressione), ed infine gli ispettorati del lavoro.

In un documento sintetico ma completo che consegneremo agli atti sono state indicate le rispettive competenze ripartite tra i soggetti già citati che rappresentano gli «attori» del sistema di sicurezza e di prevenzione: per esempio all'azienda Usl sono affidati l'individuazione, l'accertamento ed il controllo dei fattori di nocività, l'indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio, la tutela della salute nei luoghi di lavoro, i compiti già svolti in materia antinfortunistica dagli ispettori del lavoro (ai sensi degli articoli 20 e 21 della legge n. 833 del 1978), le visite periodiche agli impianti omologati o collaudati dall'ISPESL (ai sensi della legge n. 597 del 1984) ed infine la vigilanza sull'applicazione della normativa antinfortunistica (ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo n. 626 e del decreto legislativo n. 242).

In pratica, l'intera attività di vigilanza e controllo è decentrata presso le Asl: a livello locale sono gli indirizzi regionali a prevedere il coordinamento e l'integrazione di tutti gli attori già citati (per il coordinamento e l'integrazione) che spesso presentano problemi di carattere organizzativo.

Nello schema consegnato agli atti viene indicata tutta la legislazione regionale attuativa dell'articolo 2 del decreto legislativo n. 502 e successive modificazioni; vengono inoltre evidenziate le regioni che si sono fornite di un assetto organizzativo, elemento preliminare e sostanziale per la quantificazione del *budget* dei dipartimenti di prevenzione. Infatti, è impensabile parlare di *budget* dei dipartimenti di prevenzione, se non si definiscono le linee organizzative o se non si determina il sistema delle Asl secondo il criterio espresso dal dottor Verdecchia dei centri di responsabilità, che sono comunque preliminari all'introduzione della contabilità analitica e di quella generale, così come è preliminare la definizione del piano dei centri di costo. Se il finanziamento si basasse ancora sui principi propri del bilancio finanziario, diventerebbe alquanto aleatorio pensare di inseguire la modifica degli investimenti che deve interessare il sistema degli ospedali al cosiddetto sistema territoriale, con particolare riguardo al dipartimento della prevenzione.

Con riferimento alla normativa precedente, a cominciare dal testo unico delle leggi sanitarie del 1934, sono state analizzate tutte le funzioni svolte dalle aziende sanitarie locali in materia di autorizzazioni; ci siamo resi conto che esiste un problema di coordinamento di tali competenze: ad esempio le funzioni svolte dalle Asl, ed in particolare dal loro dipartimento della prevenzione; è contemplata anche l'emissione di pareri obbligatori su regolamenti e progetti edilizi, imposta dagli articoli 220 e 221 del testo unico delle leggi sanitarie del 1934 e dal testo unico del 1975,

i quali indubbiamente hanno un loro impatto in termini di sicurezza. Non è pensabile parlare di sicurezza degli impianti se a monte non è stato emesso un parere edilizio da una certa autorità. Detto parere è obbligatorio per progetti di acquedotti, fognature, ospedali, opere igieniche e cimiteri (in questo caso ci riferiamo in particolare agli ospedali); comunque, tutto è cumulato negli articoli 227 e 228 del testo unico. E ancora, le verifiche di compatibilità, gli esami di piani regolatori particolareggiati, le compatibilità di piani industriali e attività produttive in genere (articolo 230, con riferimento alle unità produttive), i pareri su concessioni edilizie per fabbriche e manifatture (articoli 216 e 217), i pareri preventivi su concessioni edilizie per uso residenziale e non (le case per anziani non autosufficienti). Senza dimenticare che il concetto di agibilità degli edifici non residenziali è presente nei decreti del Presidente della Repubblica nn. 236 del 1988, 303 del 1956, 425 del 1994, nella legge n. 46 del 1990, nel decreto legislativo n. 626 del 1994, così come il nulla osta all'esercizio di attività lavorative è presente all'articolo 216 del testo unico delle leggi sanitarie n.1265 del 1934, nell'articolo 48 del decreto del Presidente della Repubblica n.303 del 1956 e nel decreto del Presidente della Repubblica n.236 del 1988, e potrei continuare a lungo.

È evidente la necessità di realizzare un'opera di unificazione e di reinterpretazione della complessa normativa in materia, secondo una logica univoca che elimini ogni incertezza sulle competenze e guidi l'azione del dipartimento della prevenzione. Occorre che le diverse strutture operative che compongono l'azienda sanitaria locale riescano a coordinarsi e a trovare dei punti di contatto affinché sia garantita la circolazione dei flussi informativi legati allo svolgimento delle varie attività, da cui dipendono le informazioni destinate al centro.

Non entro nel merito delle funzioni svolte dal servizio prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, che ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo n. 502 è una delle unità operative in cui si articola il dipartimento della prevenzione. Nel rapporto abbiamo elencato tali funzioni in maniera analitica, indicando una stima del tempo *standard* richiesto per l'esecuzione delle diverse attività, l'apporto delle diverse figure professionali alle attività medesime ed infine la valorizzazione di queste attività, secondo un'indagine campionaria riferita alle regioni Friuli-Venezia Giulia e Lombardia. Inoltre, abbiamo descritto le funzioni svolte dal presidio multizonale di prevenzione e, in particolare, di una delle sue unità operative, il servizio impiantistico e fisico ambientale. Tra i compiti di tale servizio rientrano l'effettuazione di verifiche periodiche di: dispositivi di protezione contro le scariche atmosferiche (i parafulmini), impianti di messa a terra, impianti elettrici installati in ambienti con pericolo di esplosione e incendio, ascensori e montacarichi, scale aeree, ponti mobili su carro e ponti sospesi, argani per ponti sospesi, idroestrattori ed apparecchi di sollevamento, apparecchi a pressione e caldaie di riscaldamento, nonché l'esecuzione di sopralluoghi e controlli impiantistici di secondo livello a supporto dei servizi di base delle aziende e lo svolgimento di attività di vigilanza mirata a particolari ambienti di lavoro, oltre all'esecuzione di in-

dagini fisiche in ambiente di vita (ad esempio campi elettromagnetici). Spetta all'unità operativa del dipartimento di prevenzione, vale a dire il presidio multizonale di prevenzione, laddove non è stata ancora costituita l'agenzia regionale per l'ambiente, il compito di intervenire in relazione agli impianti.

Un aspetto che mi preme sottolineare è che l'intero sistema si basa su un forte coordinamento e su una integrazione di tutti gli attori. In particolare, per quanto riguarda lo specifico punto degli impianti a pressione e delle caldaie, è importante sottolineare che l'attività omologativa dei prodotti industriali, di competenza dell'ISPESL, si attua in un fase precedente il controllo da parte delle aziende sanitarie locali. È un tipico esempio di integrazione: se l'ISPESL non procede all'omologazione dell'impianto e il datore di lavoro, altro attore fondamentale, non compie il suo dovere (compresa l'istituzione del servizio di prevenzione e protezione che ha il compito di realizzare la mappa dei rischi), non viene notificata alle Asl, ovvero al presidio multizonale di igiene e prevenzione e, in particolare, al servizio impiantistico antinfortunistico l'esistenza di un impianto non omologato. Pertanto, anche se tutti questi servizi sono istituiti ma manca un collegamento trasversale tra i diversi punti, non si verifica quel circolo virtuoso che permette di disporre di un'informazione integrata e complessa, la sola utile a livello centrale, ossia a livello di Ministero della sanità e di dipartimento di prevenzione.

Vi prego di scusarmi per la sinteticità ma dovevo limitare il mio intervento entro precisi termini temporali.

PRESIDENTE. Dottor Oleari, mi scusi se la interrompo. Desidero complimentarmi con lei perché è stato illuminante sul passaggio relativo alla catena delle responsabilità, soprattutto per la delegazione che ha compiuto l'ispezione presso le camere iperbariche di Milano; apriremo senz'altro un dibattito interessante sull'argomento.

Poiché i lavori dell'Assemblea stanno per iniziare, la prego cortesemente di consegnare alla Commissione il testo della relazione, con l'intesa che riprenderemo la sua audizione in una prossima seduta, in cui sia possibile svolgere anche un dibattito.

Rinvio pertanto il seguito dell'audizione ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,30.