

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

10° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 12 MARZO 1998

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE**Seguito dell'audizione dei direttori di Dipartimenti del Ministero della sanità**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 14	VERDECCHIA	Pag. 3, 4, 6 e passim
CAMERINI (<i>Sin Dem.-l'Ulivo</i>)	10		
DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	11, 12, 13		
DI ORIO (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	7, 10, 12		
MONTELEONE (<i>AN</i>)	5		
PANINI (<i>Misto</i>)	13, 14		

**Inchiesta sui servizi di emergenza sanitaria nelle zone colpite dagli eventi sismici nel settembre 1997: relazione sui sopralluoghi svolti in Umbria e nelle Marche
(Esame e approvazione)**

PRESIDENTE	Pag. 14, 19
DI ORIO (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	18
MONTELEONE (<i>AN</i>)	19
SARACCO (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	17
PAPINI (<i>Misto</i>)	19

Intervengono il dottor Giorgio Verdecchia, direttore del Dipartimento della programmazione, e il dottor Fabrizio Oleari, direttore del Dipartimento della prevenzione del Ministero della sanità.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Seguito dell'audizione dei direttori di Dipartimenti del Ministero della sanità

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione dei direttori di Dipartimenti del Ministero della sanità, iniziata nella seduta del 29 gennaio scorso e proseguita nella seduta del 19 febbraio.

Sono presenti il dottor Giorgio Verdecchia, direttore del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità, accompagnato dal dottor Pennazza, ed il dottor Fabrizio Oleari, direttore del Dipartimento della prevenzione del medesimo Ministero, accompagnato dalla signora Francuzzi e dal dottor Nicoletti.

I nostri ospiti sono tornati per rispondere a quesiti sulle tematiche affrontate nella precedente audizione.

Io stesso vorrei rivolgere al dottor Verdecchia alcune domande riguardanti l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale. Ho intenzione di articolare le mie domande per tematiche omogenee; la prima è la seguente: quante sono le aziende sanitarie passate dalla contabilità finanziaria a quella economico-patrimoniale e quali modalità hanno seguito? Quante si sono avvalse di collaborazioni interne e quante di quelle esterne? Inoltre vorrei sapere se è possibile quantificare i costi di tali operazioni.

VERDECCHIA. Signor Presidente, non disponiamo di una rilevazione compiuta e analitica del passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale. Debbo richiamare quanto ho esposto nella relazione che è stata consegnata agli atti sul ritardo che, in linea generale, si è registrato rispetto a questo adempimento, tanto che con misure normative è stato necessario porre il termine finale del 31 dicembre 1997 (tale disposizione è citata nella mia relazione, comunque posso anche ribadirla) per creare una sorta di sbarramento al fine di accelerare il processo di passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità economico-patrimoniale, che rappresenta un presupposto essenziale perchè si possa configurare una dimensione aziendale della gestione dei servizi sanitari.

Solo attraverso la contabilità economico-patrimoniale, infatti, si può disporre di quella visione costi-ricavi che è uno degli elementi portanti della dimensione aziendale. Tale adempimento, peraltro non solo formale, rispetto al quale quasi tutte le regioni (anzi, allo stato attuale, forse tutte)

hanno emanato la legislazione di propria competenza, è un fatto attuativo che investe tutta l'organizzazione contabile dell'azienda unità sanitaria locale e richiede una rilettura delle funzioni per l'individuazione dei centri di costo e dei centri di responsabilità, con una rivisitazione dei fatti economici relazionata a questa diversa articolazione interna. Credo che ciò spieghi il ritardo con il quale l'adempimento in questione sta trovando attuazione.

Come ho già accennato, non ho a mia disposizione dati analitici sul numero di aziende sanitarie passate, o che stanno passando, alla contabilità economico-patrimoniale ma, se è di interesse della Commissione, posso anche avviare una rapida ricognizione per fornirvi un dato, anche se non esaustivo, almeno soddisfacente per l'esigenza conoscitiva manifestata.

Per quanto riguarda l'eventuale presenza di collaborazioni esterne, devo riconoscere che anche a tale proposito non ho elementi certificati di rilevazione, ma per quanto ci è dato conoscere la presenza di consulenze esterne è stata abbastanza diffusa; si tratta di un fenomeno frequente che si può anche spiegare con la natura tecnica dell'edempimento e con il fatto che il passaggio da un sistema contabile ad un altro investe non solo tutta una serie di profili organizzativi dell'ente, ma anche la problematica del sistema informativo che deve sostenere il nuovo sistema contabile.

Anche in questo caso non disponiamo, nemmeno a stima, di un parametro dei costi dell'operazione.

PRESIDENTE. Dottor Verdecchia, le sarei grato se volesse essere così cortese da cercare di ottenere dei dati entro un periodo ragionevole (ad esempio un mese) e fornirceli tempestivamente.

VERDECCHIA. Certamente.

PRESIDENTE. Le rivolgo una seconda serie di domande in relazione al tema dell'aziendalizzazione: quali iniziative sono state adottate per la formazione del personale? Come sono stati definiti i centri di costo e di responsabilità? Le risulta vero che come centri di responsabilità, in alcune aree, sono stati individuati interi ospedali? Quante aziende hanno istituito i servizi di controllo di gestione, con quale personale e a quali costi? Quante aziende hanno adottato il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo, come prevede l'articolo 5, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502?

VERDECCHIA. Signor Presidente, la possibilità di risposta a queste domande è abbastanza limitata, almeno allo stato delle conoscenze desumibili dal sistema informativo, anche perchè si tratta in prevalenza di adempimenti e funzioni allocati a livello periferico, rispetto ai quali il Ministero della sanità non esercita una funzione propria; può solo conoscere gli orientamenti applicativi emergenti a livello locale.

Più in particolare, non sono a conoscenza dell'assunzione di iniziative a carattere centrale per quanto riguarda la formazione del personale, se con essa ci riferiamo ad una formazione specifica riferita alla gestione di tipo manageriale o contabile legata proprio all'attuazione dei nuovi sistemi di gestione.

Per quanto riguarda le modalità di individuazione dei centri di costo e dei centri di responsabilità, non sono in grado di dare una risposta; non abbiamo una rilevazione specifica al riguardo. Quindi anche per l'altra domanda concernente la veridicità o meno della notizia secondo cui in alcuni casi sarebbe individuato come centro di responsabilità un intero ospedale, non dispongo di elementi sufficienti per rispondere, anche se devo ritenere piuttosto probabile una situazione del genere perchè potrebbe essere ragionevole.

Sui servizi di controllo interno di gestione non dispongo al momento di una rilevazione specifica ma credo che, essendo un adempimento previsto dalla legge almeno come istituzione del servizio di controllo interno, ci sia stato un buon grado di adeguamento alle disposizioni di legge. Anche su ciò, se è di interesse della Commissione, possiamo condurre un'analisi più approfondita e fornire informazioni entro il termine ragionevole che è stato proposto dal Presidente.

MONTELEONE. Signor Presidente, vorrei che venissero approfondite alcune questioni tenendo conto che non tutte possono essere oggetto di una riflessione esaustiva nella seduta odierna.

Il processo di aziendalizzazione per una certa parte è consolidato, per un'altra è ancora da avviare alla luce di un'impostazione data; in esso assumono grande rilevanza alcuni fattori.

Innanzitutto, la fase dipartimentale è assai importante; sarebbe pertanto opportuno conoscere a che punto si è giunti nella sua realizzazione.

In secondo luogo, non si può prescindere in un'ottica di ammodernamento dall'avvio di un processo d'informatizzazione.

Inoltre occorre considerare la previsione del cosiddetto sistema premiante nel contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto sanitario. Questo processo in particolare va codificato prevedendo in anticipo una serie di requisiti onde ovviare al solito sistema di introdurre un modello premiante per poi stabilire e verificare i requisiti solo successivamente. Non vorremmo infatti che tale processo fosse caratterizzato da ritardi eccessivi.

Mi rendo conto che per approfondire adeguatamente tali questioni occorre anzitutto una verifica da parte vostra. Comunque i risultati potranno essere eventualmente illustrati in una successiva seduta della Commissione. Però, se è possibile, vorrei sapere dal dottor Verdecchia quale è lo stato attuale dell'informatizzazione.

Ricordo che, in questa ultima fase politica, sono state varate alcune leggi, come quella relativa ai trapianti d'organi, in cui sono stati inseriti dati alquanto cospicui in ordine ad investimenti per l'informatizzazione.

Ritengo che, data la fase economica attuale, sarebbe opportuno inserire anche nell'apparato sanitario un sistema di informatizzazione per ridurre – per quanto possibile – una parte delle spese. Infatti, l'investimento nel processo di informatizzazione permette di compiere un salto culturale che può essere accelerato se tale tipo di investimento fosse operato anche nel sistema sanitario; in questo modo, si potrebbe risparmiare una cospicua parte di fondi in un determinato settore per poterli poi reinvestire in un altro. Ritengo inoltre che l'informatizzazione non debba essere promossa per essere al passo con i tempi ma, più in particolare, per incidere sull'aspetto economico.

VERDECCHIA. Sono d'accordo sul fatto che probabilmente in questa seduta non si riuscirà a dare risposta a tutte le questioni sollevate e quindi assicuro tutto il mio impegno per soddisfare esigenze conoscitive legate alla fase di aggiornamento del processo di aziendalizzazione. Mi sembra inoltre particolarmente opportuno che nell'ambito di un processo così complesso e articolato come quello di aziendalizzazione siano previsti momenti di verifica intermedia alla luce dei risultati conseguiti, al fine di pervenire a eventuali correzioni delle linee strategiche.

Più in particolare, sulle questioni poste dal senatore Monteleone, mi viene naturale fare qualche osservazione. Circa il processo di dipartimentalizzazione, cioè di riorganizzazione interna delle strutture ospedaliere secondo il modello dipartimentale, credo che lo stato attuativo sia molto avanzato; bisognerebbe poter valutare i risultati concreti ottenuti dallo stesso, e su questo come Dipartimento della programmazione siamo impegnati in un programma di verifica che si colloca all'interno di un più ampio processo di verifica della riorganizzazione della rete ospedaliera compiuta dalle regioni sulla base delle indicazioni delle leggi finanziarie seguite al riordinamento del 1992-1993. All'interno di questo programma considero molto interessante la proposta di prevedere un momento di verifica nella fase costitutiva e di funzionamento del Dipartimento suddetto.

Per quanto riguarda l'informatizzazione, credo che l'aspetto più delicato del problema sia quello di pervenire a una graduale omogeneizzazione dei sistemi adottati a livello locale. L'informatizzazione si è realizzata per «strati geologici», cioè per fasi storiche, quindi con tecnologie, linguaggi e logiche diverse. L'obiettivo che il Dipartimento della programmazione sta perseguendo è quello di pervenire ad una certa omogeneizzazione dei sistemi esistenti in modo da consentire nella maggior misura possibile il dialogo tra gli stessi. Occorre cioè creare le condizioni per consentire un effettivo dialogo tra sistemi informativi locali, sistemi informativi locali e regionali e tra questi ultimi e sistema informativo centrale. Credo che oggi la tecnologia consenta soluzioni di questo tipo. In tale direzione si sta muovendo la progettazione di sviluppo del sistema informativo sanitario anche tenendo conto delle indicazioni molto significative che al riguardo ha impartito l'Autorità per l'informatica nella pubblica amministrazione, che segue da vicino lo sviluppo della nostra attività in materia.

Sul sistema premiante ho minori conoscenze in quanto il contratto di lavoro del personale dipendente sfugge a un governo diretto del Ministero della sanità e, in particolare, del Dipartimento della programmazione. Tuttavia ho la sensazione che ci troviamo anche qui in una fase intermedia in cui i meccanismi incentivanti non sono ancora arrivati al rango di strumenti effettivi di sostegno del processo di aziendalizzazione e risentono ancora di meccanismi legati al vecchio impianto retributivo del personale dipendente, legato tutt'al più a una differenziazione connessa alla posizione ricoperta ma ancora poco legata al raggiungimento dei risultati. D'altra parte il sistema aziendale non mi pare abbia raggiunto un livello di maturità tale da supportare in modo significativo un sistema effettivamente premiante; quindi sono due elementi di un sistema che tendono a condizionarsi a vicenda.

Un problema che ritengo debba essere affrontato è dove «interrompere» questo circuito: cioè occorre chiedersi se bisogna prima creare un sistema aziendale che consenta l'applicazione effettiva di sistemi remunerativi incentivanti o se invece l'adozione anche accelerata di sistemi remunerativi incentivanti non sia un fattore che di per sé stesso può stimolare il processo di aziendalizzazione. Ma questo è anche un problema di strategia politica.

DI ORIO. Uno dei punti fondamentali dell'inchiesta che la nostra Commissione sta svolgendo riguarda l'applicazione del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Abbiamo comunque ricevuto alcune risposte alle questioni sollevate, come confermato anche dal presidente Tomassini: alcune sono state maggiormente approfondite, altre sono rimaste in sospenso, altre ancora non sono state esaminate.

Fra i vari argomenti trattati dall'inchiesta, figura anche quello relativo ai rapporti fra università e Servizio sanitario nazionale, peraltro già affrontati dall'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e, successivamente, dai decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, sulle cui applicazioni ritengo ci si debba soffermare.

Innanzitutto dobbiamo esaminare una determinata situazione che ritengo sia da porre in evidenza e sulla quale è necessario ricevere delle risposte. Mi sembra che sia in atto un contenzioso fra il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica ed il Ministero della sanità e che, ogni volta che si prospetta la possibilità di sovrapposizione tra materie sanitarie di competenza dell'università e materie di competenza delle strutture sanitarie, si avverta puntualmente la necessità di riordinare i rapporti, situazione che inevitabilmente determina difficoltà e problemi.

Vorrei sapere se quanto previsto nel decreto legislativo n. 502 (in particolare all'articolo 6) e nel decreto legislativo n. 517, norme che investono i rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, è stato oggetto di contenzioso, non tanto fra i Ministeri competenti quanto con le facoltà universitarie. I colleghi sanno che le norme prescrivono che, nel caso in cui non si riesca a definire la convenzione tra le due istituzioni,

si deve intervenire con un atto. L'applicazione della legge n. 833 aveva comportato una serie di difficoltà; me ne occupai nel periodo in cui ero preside di una facoltà universitaria e riscontrai che solamente due facoltà universitarie erano in regola con le convenzioni applicate mentre tutte le altre, di fatto, erano state denunciate, ad eccezione di alcuni policlinici che, anche se la fattispecie si presentava diversa, avevano difficoltà nei rapporti con le regioni, mi riferisco in particolare alla Sicilia e alla Campania.

Vorrei quindi sapere se sotto questo profilo risulta in atto una puntuale applicazione del decreto legislativo n. 502 e se tutte le convenzioni sono state realizzate – convenzioni che riguardano la formazione del medico ma anche quella del personale sanitario – perché ritengo che quanto stabilito dalla legge non sia stato di fatto applicato.

Ricordo che la competenza del Servizio sanitario nazionale precede quella del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, e non viceversa, in ordine alla formazione del personale sanitario; ma si tratta di un aspetto da approfondire.

Ritengo, inoltre, che in Italia non sia stata operata alcuna possibilità di scambio fra strutture del Servizio sanitario nazionale e strutture dell'università.

Al di là della questione dei rapporti fra Dicasteri, quindi, vorrei sapere se risulta che alcune facoltà hanno denunciato convenzioni. Ripeto infatti che, sia nel Consiglio superiore di sanità (fino a quando ne ho fatto parte) sia nella Conferenza dei presidi, erano ben poche le situazioni a regime. Vorrei pertanto sapere se la situazione è cambiata.

Inoltre, esiste una sensazione diffusa nel paese, che il mio Gruppo ha più volte segnalato e per la quale sta elaborando anche la stesura di un disegno di legge: sembra che le università appaiano *legibus solutae* rispetto ai costi e alle risorse messe a disposizione dal Servizio sanitario nazionale, ed in questo senso ha fatto clamore la decisione del *pool* di Milano in cui l'intervento della Sanità appariva pienamente giustificato in ordine ai tassi di utilizzazione delle strutture sanitarie. Mi chiedo se casi come quello di Milano, in cui era coinvolto un determinato reparto, sono stati segnalati anche per altre facoltà universitarie o se, in generale, nel paese è stato avallato un comportamento in base al quale la Sanità deve soltanto fornire risorse mentre la gestione attiene solamente al Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

Ricordo che in un mio articolo del 1989 ho precisato che invocare l'autonomia universitaria rispetto a tale fenomeno è del tutto improprio: in realtà l'autonomia si fonda sostanzialmente sull'autonomia finanziaria che invece le università – come è a tutti noto – non posseggono poichè dipendono economicamente dal Servizio sanitario nazionale.

Vorrei sapere se ai nostri ospiti risulta che siano state effettuate delle verifiche a livello ministeriale e se da questo punto di vista il Ministero della sanità abbia compiuto un passo indietro rispetto all'università.

Vi è un ulteriore punto che intendo sottolineare, collegato al precedente. In effetti le questioni da affrontare potrebbero essere molte, ma sic-

come sto lavorando su un testo, che spero venga fatto proprio dalla Commissione, mi interessa sapere in particolare se tutti gli aspetti della normativa relativa al finanziamento del Servizio sanitario nazionale sono applicabili o meno alle università.

Ho formulato questa domanda in quanto credo che sia necessario che il Ministero della sanità sviluppi un osservatorio sulle attuali condizioni dell'università, perchè in merito mi sembra vi sia una serie di difficoltà operative non facilmente superabili, legate alle risorse. Ritengo quindi importante che su questo aspetto nel mondo della sanità (per altri versi, anche dell'università) si sviluppi una riflessione.

Questa Commissione, come forse sapete, ha il compito di fornire delle indicazioni al legislatore perchè realizzi interventi normativi; ritengo pertanto fondamentale capire se l'attuale regime, stabilito dal decreto legislativo n. 502 del 1992 (articolo 4, commi 4 e 5, e articolo 6), può regolamentare compiutamente questo settore o se vi è bisogno di un ulteriore intervento normativo.

Ricordo che ai tempi della presidenza Bompiani, la 12^a Commissione prese atto dell'impossibilità di procedere secondo quanto stabilito dalla legge n. 833 del 1978 e quindi propose un intervento legislativo per regolare diversamente il rapporto fra università e Servizio sanitario nazionale; purtroppo anche tale proposta aveva bisogno di risorse per la sua attuazione e pertanto fallì.

Infine, per quanto riguarda gli IRCCS (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), vi domando se avete conoscenza del ruolo delle università in tali istituti. Mi interessa soprattutto la fonte dei loro finanziamenti, ossia vorrei sapere da dove vengono le loro risorse e se queste contribuiscono effettivamente ad elevare il livello dell'assistenza o sono oggetto di una gestione «accademica», termine elegante al quale però spesso corrisponde una gestione poco rigorosa delle risorse.

In particolare, chiedo se la presenza del personale universitario all'interno degli IRCCS (mi riferisco, ad esempio, all'istituto di Venafrò, in provincia di Isernia, e a molti altri presenti nel paese, senza considerare però l'istituto di Milano che è in una situazione particolare) è oggetto di attenzione da parte del Ministero della sanità. Ritengo che se privilegiamo, come è giusto, l'assistenza, le università e gli IRCCS non possano diventare un cavallo di Troia per un dispendio di risorse fuori dal fine istituzionale che devono perseguire. Per quanto riguarda questo aspetto desidero quindi sapere se è all'attenzione della struttura operativa del Ministero (non di quella politica, che chiaramente si muove su altri piani) il monitoraggio del rapporto fra l'università e il Servizio sanitario nazionale per quanto riguarda gli IRCCS da ogni punto di vista.

VERDECCHIA. Senatore Di Orio, è necessaria una premessa: la materia dei rapporti con le università esula dalle competenze del Dipartimento della programmazione, essendo prevalentemente affidata ad altre strutture.

DI ORIO. Ma c'è una parte di programmazione.

VERDECCHIA. La mia premessa è volta a chiarire che la conoscenza di questo tema richiederebbe forse un dibattito più approfondito con gli esponenti di almeno altre due strutture del Ministero della sanità: il Dipartimento delle professioni sanitarie, che segue direttamente tutta la materia relativa alle convenzioni fra università e Servizio sanitario nazionale, ed il Servizio vigilanza enti, che sovrintende al funzionamento ed all'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. La sua osservazione è anche giusta ma è necessario chiarire la situazione.

DI ORIO. Dobbiamo tenere una sorta di convegno per avere tutte le risposte!

VERDECCHIA. La mia è solo una premessa ad una risposta che, di conseguenza, sarà ovviamente abbastanza incompleta e lacunosa. Posso soltanto svolgere alcune considerazioni per quanto riguarda il problema del finanziamento, in relazione al quale le competenze del Dipartimento della programmazione sono più dirette: in effetti, stiamo registrando una certa difficoltà a veder applicato con soddisfazione da parte dei soggetti interessati l'attuale sistema di remunerazione a tariffa delle attività ospedaliere. Credo che anche da questo punto di vista non risulti di facile attuazione il sistema delineato dal decreto legislativo n. 502, quanto meno sul piano della remunerazione delle attività assistenziali demandate alle strutture universitarie.

Per quanto riguarda il grado di attuazione delle convenzioni, so che esistono notevoli difficoltà, ma non sono in grado di fornire elementi sui contenuti precisi.

In relazione agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, posso ricordare che il sistema di finanziamento per una parte è riferito alle attività assistenziali, ed è remunerato con le tariffe determinate a livello regionale, e per un'altra parte, relativa alla ricerca corrente e finalizzata, le risorse sono distribuite dal Ministero della sanità sulla base degli stanziamenti previsti dal bilancio dello Stato.

CAMERINI. Signor Presidente, intendo porre una domanda riguardante una tematica già accennata dai colleghi Monteleone e Di Orio. Nei complessi convenzionati sono stati attivati dei dipartimenti misti che incontrano delle difficoltà sia a causa di normative a volte disarmoniche le une rispetto alle altre, sia per ragioni più prettamente pragmatiche. Dottor Verdecchia, le domando quindi: il Ministero possiede dei dati sui dipartimenti misti che sono stati attivati? Quanti di questi sono realmente funzionanti?

Le rivolgo anche una seconda domanda: in alcune regioni sono state attivate le agenzie per i servizi sanitari, in altre invece non sono neanche operative, in altre ancora hanno funzioni di programmazione, verifica e consulenza. I difensori del concetto di azienda affermano che tali agenzie

tendono ad interferire nell'autonomia delle varie aziende. La domanda è la seguente: quante regioni hanno attivato queste agenzie e qual è il loro ruolo attuale?

VERDECCHIA. Per quanto riguarda la prima parte della domanda, cioè l'attivazione dei Dipartimenti misti, il sistema informativo del Ministero ci è di aiuto nella realizzazione di una ricerca nell'ambito degli ospedali pubblici. Quindi mi riserverei di fornire dei dati dopo aver compiuto tale rilevazione nell'ambito dell'aggiornamento che abbiamo concordato.

Per quanto riguarda le agenzie regionali, ho qui un allegato alla relazione che ho già consegnato nella precedente seduta nel quale è indicato con precisione quali regioni hanno costituito l'agenzia regionale. Si tratta precisamente del Friuli-Venezia Giulia, dell'Emilia Romagna e delle Marche. Vi sono poi il Piemonte e la Campania, dove la costituzione dell'agenzia regionale è ancora in via di definizione.

Sul ruolo di tali agenzie, premesso che sono tutti interventi legislativi rimessi all'autonomia regionale, come tali non sindacabili dal livello centrale, credo si possa affermare che il processo di aziendalizzazione, quindi l'autonomia delle aziende sanitarie locali, è un fenomeno che non può prescindere dalla dimensione regionale: essere azienda del Servizio sanitario nazionale vuol dire essere soggetto autonomo per la realizzazione degli obiettivi di politica sanitaria definiti essenzialmente dalla regione. Quindi, credo che, nella logica che porta a distinguere il momento dell'indirizzo politico, cioè della definizione degli obiettivi generali della politica sanitaria, rispetto alla loro attuazione attraverso la gestione dei servizi, si possa trovare una buona base di integrazione tra il momento di indirizzo e quello di coordinamento esercitato dalla regione, con o senza il supporto operativo tecnico dell'agenzia, e l'autonomia demandata a livello aziendale. Non mi pare che ci sia una contraddizione vistosa tra l'uso di uno strumento tecnico operativo qual è l'agenzia e l'autonomia aziendale locale.

DE ANNA. Signor Presidente, vorrei brevemente intervenire in ordine alla questione inerente al Servizio sanitario nazionale, il quale dovrebbe decidere se tenere in convenzione i policlinici universitari o se incorporarli nella sua struttura. Vorrei ricordarvi che la legge di riforma del Servizio sanitario nazionale stabilisce che i policlinici universitari, i grandi ospedali che abbiano almeno quattro reparti con alta specializzazione, i grandi ospedali che non avendo tali reparti fungano come centro per le grandi emergenze e, infine, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (ad esempio, il Centro tumori di Milano), possono essere dichiarati aziende sanitarie.

Stante questa normativa, sono del parere che noi dovremmo decidere se nelle 35 facoltà di medicina attualmente operanti in Italia possano coesistere 13 policlinici a gestione diretta e 20 università convenzionate.

Volevo cioè chiedere al dottor Verdecchia se è possibile usare due pesi e due misure, anche perchè, se è vero che forse gli istituti universitari

a gestione diretta o convenzionata non riescono a produrre tanti DRG quanti ne può produrre un pari grado istituto non universitario, è pur vero che dal punto di vista economico il loro costo per il Servizio sanitario nazionale è quasi pari a zero, dal momento che quasi tutti gli operatori sanitari, dai direttori con funzioni primariali agli associati, sono già pagati dal Ministero per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica.

DI ORIO. È sempre lo Stato a pagare.

DE ANNA. Sì, ma questi comunque verrebbero pagati come professori universitari. Ad esempio, io sono un clinico chirurgo e percepivo uno stipendio dal Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica di circa 5 milioni di lire al mese insieme alla cosiddetta indennità De Maria che mi equiparava al pari grado ospedaliero per qualche migliaio di lire perchè ormai lo stipendio che mi dava il Murst era uguale. Quindi il costo di questi istituti, anche se dal punto di vista assistenziale producono meno, è quasi zero. Dovremmo allora chiederci se c'è ancora ragione di sostenere due tipologie di assistenza oppure se non è il caso di scorporare dalle facoltà di medicina tutti gli istituti clinici e tutti gli istituti che lavorano nell'ambito delle cliniche per incorporarli nel Servizio sanitario nazionale. Per esempio, in alcuni paesi europei esistono degli ospedali di questo genere.

VERDECCHIA. Per cercare di dare un contributo al tema che ha degli evidenti riflessi politici, vorrei ricordare che il sistema contenuto nel decreto legislativo n. 502 del 1992 si fonda essenzialmente sulla distinzione tra funzione di garanzia dei livelli di assistenza, affidata alle aziende sanitarie locali, ed erogazione delle prestazioni, affidata ad un sistema aperto di soggetti accreditati presso i quali le unità sanitarie locali attingono per erogare le prestazioni in favore dei loro assistiti. Tra questi due momenti, cioè l'azienda sanitaria locale che garantisce i livelli di assistenza e i presidi che erogano prestazioni legate tutte da un rapporto di accreditamento, quindi da una relazione negoziale con l'unità sanitaria locale stessa, si instaurano rapporti di acquisizione delle prestazioni fondati sulla remunerazione delle stesse, non dei fattori di produzione. Se questa regola viene mantenuta solidamente al centro del nuovo sistema di finanziamento, i problemi che attengono ai costi dei soggetti erogatori, e quindi alla loro distribuzione, non riguardano più tanto il Servizio sanitario nazionale che acquista prestazioni, che paga a prescindere dal costo dei fattori di produzione.

Oggi, almeno per la parte del finanziamento, tende ad evidenziarsi una certa difficoltà per quanto concerne i livelli di costo delle strutture universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico rispetto alle tariffe stabilite per i DRG. Ma, più in generale, ci troviamo di fronte ad un problema di trasformazione culturale, bisogna cioè comprendere che anche l'università è un'azienda che eroga prestazioni al Servizio sanitario nazionale, il quale paga tali prestazioni in base ad un re-

gime tariffario predeterminato che deve essere ed è sinteticamente adeguato ed uguale per tutti. A parità di prestazione, il Servizio sanitario nazionale remunera con la stessa tariffa; è questa la regola generale contenuta nel processo di riordinamento, la cui attuazione probabilmente potrà essere ancora perfezionata. A mio avviso, occorre rispondere alla domanda posta dal senatore De Anna avendo chiaro questo quadro di impostazione.

DE ANNA. Vorrei fare presente che, mentre il medico ospedaliero dedica il 90 per cento della propria attività all'assistenza, l'operatore universitario ne dedica solo il 20 o il 30 per cento perchè svolge incarichi didattici e di ricerca onnicomprensivi. Per questo motivo si determina una discrepanza nel sistema. Infatti, il paziente che si ricovera in un istituto ospedaliero per curare una determinata patologia, può essere dimesso anche dopo tre giorni di degenza; il paziente che invece viene ricoverato in un istituto universitario può essere trattenuto per più giorni perchè sul quel tipo di patologia è in corso una ricerca.

È chiaro che teoricamente l'ospedale ha maggiori possibilità di creare DRG rispetto all'università, ma per il Servizio sanitario nazionale l'operatore universitario comporta un costo inferiore rispetto al costo sopportato per il pari grado ospedaliero.

PAPINI. C'è un punto fondamentale del dibattito sul quale intendo soffermarmi.

Il modello che a giudizio del dottor Verdecchia è stato attuato – al di là di quello previsto dalle normative – prevede una situazione in cui le unità sanitarie locali garantiscono l'acquisizione delle prestazioni e qualche altro soggetto le eroga; ma, se così fosse, la USL dovrebbe prevedere dei costi pari a quelli di un ufficio acquisti o poco più, mentre tutte le altre competenze sarebbero assegnate a soggetti diversi. So bene che la situazione non è questa perchè nelle unità sanitarie locali lavorano migliaia di persone.

Ritenevo che anche per il Ministero fosse ormai acquisito il fatto che il modello di distinzione fra chi compra e chi eroga non è stato ancora attuato perchè, se così fosse, le USL presenterebbero costi molto bassi e impiegherebbero pochissimi dipendenti, a differenza di altri soggetti per i quali, invece, i costi sarebbero elevatissimi e presso i quali lavorerebbero migliaia di dipendenti.

Ritengo pertanto che non possa discutere di un modello non attuato trattandosi semplicemente di uno previsto in via teorica dal decreto legislativo n. 502. Si tratta, quindi, di un modello astratto che non trova riscontro nella realtà e sul quale – ripeto – non è possibile discutere.

VERDECCHIA. Forse mi sono espresso male. Ho precisato che questo modello, che è astratto ed ovviamente non attuato, deve essere tenuto presente per poter offrire una risposta ai problemi che stiamo esaminando.

Ritengo comunque doveroso fare alcune precisazioni. Se si afferma che l'unità sanitaria locale garantisce i livelli di assistenza, si sottintende che la garanzia investe tutti i livelli di assistenza e non solo quelli ospedalieri; pertanto, alcune migliaia di persone della USL sono utilizzate per garantire quei livelli rispetto ai quali il modello non si attua.

PAPINI. Quindi la distinzione non c'è?

VERDECCHIA. La distinzione c'è ma non si applica all'interno e all'esterno in modo assoluto. Il modello è ispirato a quel principio ma non è attuato in modo totale ed integrale neanche a livello di previsione normativa perché la normativa stessa prevede che la Usl assicuri il servizio e le prestazioni previste da tutti i livelli di assistenza, producendo in proprio le prestazioni che ritiene più convenienti o rivolgendosi al sistema esterno accreditato.

Questo è il modello astrattamente considerato anche dal decreto legislativo n. 502, e non si tratta di un modello puro ma di un modello misto che viene disegnato dalla legge. Nell'ambito dell'attuazione, poi, si riscontrano ancora diversi ritardi e distorsioni.

Comunque, per quanto riguarda l'attività ospedaliera, sicuramente si applica un modello misto perché esistono ospedali direttamente gestiti dalle USL ed ospedali esterni, pubblici o privati, accreditati.

L'attuale rapporto con l'università è di tipo esterno e quindi regolato sulla base di questo meccanismo di acquisto di prestazioni.

PRESIDENTE. Se nessun altro commissario chiede di intervenire per porre quesiti al dottor Verdecchia, a causa del protrarsi del dibattito e in relazione ai tempi a nostra disposizione, propongo di rinviare il seguito dell'audizione del dottor Oleari ad altra seduta.

Poiché non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

A nome della Commissione, ringrazio i nostri ospiti, che incontreremo nuovamente in altra seduta per concludere l'audizione.

(Il dottor Giorgio Verdecchia ed il dottor Fabrizio Oleari prendono congedo).

Inchiesta sui servizi di emergenza sanitaria nelle zone colpite dagli eventi sismici del settembre 1997: relazione sui sopralluoghi svolti in Umbria e nelle Marche

(Esame e approvazione)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame della relazione sui sopralluoghi svolti in Umbria e nelle Marche, nell'ambito dell'inchiesta sui servizi di emergenza sanitaria nelle zone colpite dagli eventi sismici del settembre 1997. Io stesso ho predisposto la relazione in accordo con i senatori Ronconi, Saracco, Monteleone e Castellani, membri della delegazione che mi ha accompagnato in detti sopralluoghi.

Il testo integrale di tale relazione, distribuito ai componenti della Commissione, sarà allegato al resoconto stenografico della seduta odierna.

Mi limito pertanto ad illustrare le conclusioni tratte dai sopralluoghi effettuati in Umbria e nelle Marche e dal complesso delle nostre attività al riguardo.

Per quanto riguarda la zona della regione Umbria, l'intervento di emergenza nelle zone terremotate è stato tempestivo e corretto. Le strutture municipali sono però risultate inadempienti riguardo ai piani che dovevano predisporre per le calamità. L'emergenza nel medio termine ha qualche difficoltà nell'essere coordinata poiché vi è una catena decisionale difficoltosa e una scala gerarchica non identificata: sarebbe opportuna, a questo scopo, una revisione della legge 24 febbraio 1992, n. 225. Vi è stata una nota positiva durante l'evacuazione dell'ospedale di Foligno per il fatto che, tra pochissimi nosocomi in Italia, era stato predisposto un piano di emergenza all'uopo.

L'ospedale di Foligno, oltre ad essere attualmente inagibile, non era neanche prima del sisma idoneo, secondo le attuali disposizioni, per l'accredito. La miglior soluzione per il futuro è quella di rapidamente completare il nuovo ospedale di Foligno.

Per quanto riguarda le Marche, la risposta delle istituzioni nazionali deputate all'emergenza anche in questa regione è stata tempestiva e congrua nel primo impatto. Le medesime difficoltà dovute alla catena decisionale ed alla inesistente scala gerarchica hanno creato analoghe difficoltà nel medio termine. La rete ospedaliera colpita dal sisma era già insufficiente e non completamente a norma prima della calamità a Camerino ed a Matelica, mentre fortunatamente a Fabriano era già operativo all'80 per cento un ospedale moderno, funzionale e ben diretto. Stupisce il tentativo strumentale da parte del direttore generale dell'azienda sanitaria locale di Camerino, spalleggiato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo di forzare la mano per realizzare un piano sanitario ospedaliero non completamente condiviso dagli amministratori della zona ed addirittura mai previsto per l'ospedale di Matelica, ove è stato inventato di sana pianta. È da censurare anche la completa assenza all'inizio dell'ispezione a Camerino della dirigenza precedentemente citata. Più che pensare a strane soluzioni sarebbe stato più saggio programmare una soluzione con l'ospedale di Fabriano. Particolarmente censurabile è l'aver evacuato e poi non aver mai più rioccupato l'ospedale di Camerino, in carenza di oggettive dichiarazioni di inagibilità. Considerati i flussi sanitari della zona sembra più che sufficiente per l'immediato futuro il completamento dell'ospedale di Fabriano.

Le conclusioni e le considerazioni complessive tratte dai sopralluoghi compiuti sono le seguenti. L'istituzione del Dipartimento della protezione civile ha sicuramente determinato una svolta epocale per le emergenze. Rispetto alle catastrofi degli anni '70 ci troviamo, malgrado alcune affermazioni degli organi di stampa, con un coordinamento di forze adeguato a rispondere alla prima emergenza. Croce Rossa, Vigili del fuoco, volontariato della Protezione civile sono stati tempestivi nell'arrivare e nell'instaurare i primi soccorsi ed appaiono ben equipaggiati e forniti di idonei strumenti tecnici. Le strutture sanitarie mobili per l'emergenza appaiono di

ottimo livello tecnologico e funzionale. Meno efficiente appare l'intervento del medio periodo in cui affiorano nei COM (Coordinamento operativo multiforze) duplicità di interventi e scarso coordinamento gerarchico direzionale; vi sono pertanto richieste talvolta in contrasto o confuse. C'è da coprire inoltre una carenza d'intervento per la tutela del patrimonio zootecnico nelle calamità. Sembra opportuna una revisione della legge n. 225 del 1992. Le istituzioni territoriali (municipi e province) non sono apparse adeguate ed in qualche caso del tutto inadempienti riguardo all'attivazione ed alla disponibilità dei piani previsti per gli eventi calamitosi: i soccorsi che arrivano si trovano quindi privi di informazioni e notizie indispensabili; fortunatamente in questo caso le vite umane coinvolte sono state molto poche. Le infrastrutture predisposte per alcuni servizi (ENEL e TELECOM) sono sembrate tempestive e sufficienti. Del tutto inadeguato è sembrato invece l'intervento della RAI-TV che si è più dedicata a illustrare più o meno pateticamente condizioni particolari, ma nulla ha fatto per quanto prioritariamente come istituzione deve fare, e cioè quello di informare direttamente i cittadini sui comportamenti e sulle situazioni: nemmeno una pagina del televideo a disposizione della popolazione è stata posta. Il «118» non era completamente attivato in tutte le zone del sisma e non ha quindi potuto completamente assolvere il compito per il quale è stato creato. Le autorità preposte hanno ben coperto le esigenze del territorio distribuendo adeguatamente i punti sanitari ed il personale ed anche i provvedimenti presi durante l'emergenza sembrano corretti. La situazione delle strutture ospedaliere, con la sola eccezione di Foligno, appare fortemente deludente: se ora le strutture sono inagibili, prima del sisma non erano sicuramente adeguate agli *standard* dell'accreditamento e degni di una nazione che vuole entrare in Europa. Le evacuazioni, stabilite dalle rispettive direzioni sanitarie, si sono svolte senza problemi per i degenti, ma è da encomiare la direzione sanitaria dell'ospedale di Foligno che tra pochissimi in Italia aveva disponibile un piano di emergenza. Censurabile è apparso il tentativo di strumentalizzare e forzare la situazione attuato da parte della ASL di Camerino per mezzo del suo direttore generale, dottor Umberto Mozzoni.

Emblematico è stato il caso di Matelica dove su un ospedale già da tempo non più dedicato alla urgenza sanitaria era stato ipotizzato un faraonico progetto di sviluppo da realizzare in pochi giorni! La situazione complessiva degli ospedali ha posto nuovamente il problema della necessità di un tempestivo investimento nel riadeguare le strutture nazionali per renderle consone alle disposizioni di legge, alla sicurezza dei ricoverati e degli operatori e soprattutto degne di una nazione europea. Per il futuro è indispensabile migliorare in questa zona la disponibilità ospedaliera: sembra sufficiente per ciò il completamento degli ospedali di Foligno in Umbria, che è in fase di avanzata costruzione, di Fabriano nelle Marche, che è già in funzione all'80 per cento, e successivamente, con una destinazione finalizzata, avviare la costruzione del nuovo ospedale di Camerino.

Da ultimo, sarebbero da prevedere in futuro, in caso di calamità, interventi più mirati ed organici a tutela dei danni psicologici, quali attività

di risocializzazione e ricreazione, evitando di interrompere per lungo tempo gli strumenti integrativi.

Dichiaro aperta la discussione.

SARACCO. Signor Presidente, onorevoli colleghi della Commissione, i sopralluoghi svolti in Umbria e nelle Marche si sono incentrati in particolare sui danni prodottisi e sull'attuale situazione dei servizi.

Ritengo che quanto esposto dal Presidente in modo sintetico rispecchi sostanzialmente la situazione che abbiamo constatato; purtroppo il taglio stesso della relazione non consente di puntualizzare in maniera più approfondita alcuni aspetti.

A mio parere è importante sottolineare che tutto ciò che doveva funzionare nel corso della triste vicenda sismica ha in effetti corrisposto alle attese. A quel che mancava dal punto di vista ordinamentale si è sopperito con la vivacità, la fantasia, la dedizione, la generosità, elementi che non sono semplicemente emergenziali ma che sono connaturati alle capacità che si riescono a mettere in campo in situazioni analoghe. Mi riferisco in particolare all'intervento di emergenza compiuto dai comuni, i quali pur in mancanza di appositi piani, hanno agito con grande senso pratico, con grande capacità di individuare i bisogni e di rispondervi; penso ad esempio al comune di Foligno, il quale in brevissimo tempo, addirittura in alcune ore nei primi giorni, ha messo a disposizione aree pubbliche su cui si sono insediate con prontezza ed efficienza aziende fornitrici di servizi e di infrastrutture nonché i servizi di emergenza che sono stati in grado di sopperire a tutta una serie di bisogni.

Un aspetto di cui non c'è traccia nella relazione, perché evidentemente non ci riguardava da vicino, concerne le attese che le realtà locali nutrivano nei confronti dello Stato, cioè dei livelli istituzionali superiori. Stranamente non si è trattato di attese relative a compiti che potevano essere svolti *in loco*, cioè nessuno ha chiesto che lo Stato facesse cose che si potevano fare a livello locale; tutti hanno chiesto allo Stato dei servizi che potessero le realtà locali in condizioni di esprimere al meglio quanto di competenza in una situazione di emergenza tutt'altro che trascurabile.

Rimane poi aperta la considerazione sugli insegnamenti che dobbiamo ricavare dal nostro punto di vista. Parlando con i colleghi e con gli amministratori locali sono emerse situazioni in cui il territorio è rimasto ferito dal terremoto. Sono cambiate ad esempio le vene acquifere, cioè in alcune aree è sparita l'acqua storicamente presente la quale è riapparsa in luoghi dove storicamente non c'era. Addirittura, siamo a livello di assoluta ipotesi senza alcun fondamento scientifico, si pensava che questa diversa direzione assunta dalle acque avesse determinato nel sottosuolo un mutamento che ancora non si era espresso del tutto; non mi riferisco al sisma ma ad assestamenti di cui il territorio può essere oggetto. Si pensava di porre attenzione alle situazioni che potevano determinarsi a se-

guito di assestamenti successivi non più di ordine sismico ma relazionati alla morfologia che il terreno può assumere a seguito di queste variazioni.

Un'ultima osservazione: emergono in sostanza alcune «furbizie». In alcuni casi si è utilizzato l'evento del terremoto per raggiungere scopi leciti, addirittura auspicabili: è il caso del completamento delle strutture, pienamente legittimo, che auspichiamo sia portato a termine in fretta al fine di poter utilizzare le stesse. In altri casi – desidero farlo rilevare perché fa parte del dibattito parlamentare sulla cosiddetta legge Bassanini – c'è stata invece una sorta di difficoltà ad assumersi le responsabilità; il tentativo di mascherare dietro a questi eventi proprie insufficienze. Credo che tale aspetto sia relativo soprattutto alla gestione delle strutture sanitarie: Foligno ha dimostrato grande capacità organizzativa; in altre realtà, pur in presenza di meccanismi organizzativi che potevano funzionare, per incapacità di assumersi le proprie responsabilità si è preferito – mi scuserete il termine piuttosto rozzo – chiudere. Insomma c'erano tutte le condizioni obiettive e strutturali per poter agire ma, nel timore che qualcosa potesse accadere al di fuori della pur accertata possibilità di agibilità delle strutture, si è preferito chiudere e rispondere al bisogno altrove. A me sembra che ciò vada messo in evidenza per cercare in qualche misura di porvi rimedio.

DI ORIO. Anzitutto vorrei ringraziare il presidente Tomassini per l'importante relazione svolta ed i colleghi Saracco e Monteleone per il contributo offerto. La sua validità era già prevista alcune settimane fa, quando abbiamo avuto l'opportunità di verificare come il lavoro sia stato compiuto nel modo più sollecito e puntuale. Credo che la «fotografia» che ne esce fuori sia veramente corrispondente alla realtà attuale. Mi sembra che il ruolo svolto dalle regioni Umbria e Marche abbia permesso anche di far avvertire pienamente la presenza dello Stato; ci sono state tutte le sinergie possibili.

Bene ha fatto il collega Saracco a stigmatizzare un atteggiamento, purtroppo presente nel nostro paese, volto ad approfittare di queste calamità per raggiungere obiettivi diversi.

Credo poi sia una situazione del tutto sporadica quella segnalata in relazione all'ospedale di Camerino; comunque, anche un unico episodio deve farci riflettere ed è sempre importante mantenere un'attenta vigilanza in materia.

Per quanto riguarda la rete ospedaliera e la parte sanitaria, sono del parere che siano stati posti in essere degli interventi corretti. Il fatto che ci sia stata anche una mancata assunzione di responsabilità per determinate realtà non può non far rilevare la presenza di un impegno complessivo, ad esempio quello del volontariato, volto a dare una soluzione che andava anche oltre lo Stato.

Quindi ritengo che questa relazione sia molto importante e che, per quanto riguarda il nostro Gruppo, sia degna di attenzione, anche perchè in tali realtà locali gli interventi sono stati sempre molto ben realizzati; in esse è presente una condizione che definirei di civile armonia per quanto riguarda la gestione della cosa pubblica che ritengo vada valorizzata.

Vorrei poi sottolineare un altro aspetto, come ho già fatto in un'altra occasione. Mi riferisco al ruolo del tutto manchevole dei servizi RAI-TV, caratterizzati da una rincorsa al sensazionalismo ed alla rappresentazione di situazioni personali di disagio, nonchè dalla totale assenza, come ha detto bene nella relazione il presidente Tomassini, di un'osservazione organica della realtà.

Mi rendo conto che il caso individuale può essere degno di attenzione ma non vorrei che evidenziare l'aspetto del sensazionalismo, del pietismo, della televisione-verità significhi in qualche modo mettere in ombra l'intervento trasparente che c'è stato da parte dello Stato e delle regioni Umbria e Marche relativamente agli aiuti e all'impegno profuso.

MONTELEONE. Signor Presidente, mi unisco innanzitutto ai ringraziamenti già rivolti dal collega Di Orio. Poichè la nostra è una Commissione d'inchiesta, arrivando in quei luoghi si poteva pensare che si andava unicamente per colpire: va ricordato invece che il compito di questa Commissione è quello di capire e la relazione è stata predisposta in quest'ottica, tenendo conto di alcuni parametri che possono essere di supporto in futuro.

È stato approvato pochi giorni fa un provvedimento sulle zone colpite dal sisma e quindi mi auguro che con quello strumento possano trovare sistemazione, nella fase di assestamento, le questioni rilevate dal collega Saracco con l'onestà che compete agli organi responsabili di quei problemi.

Ribadisco che il contributo che questa Commissione vuole dare non è volto a colpire ma ad evidenziare alcuni aspetti, che forse avrebbero potuto avere un altro effetto; va comunque detto con soddisfazione che le varie forze in campo, a cominciare dal volontariato, hanno funzionato. In ogni caso è bene che la Commissione si riservi il compito di approfondire e precisare le questioni sollevate dal senatore Saracco.

PAPINI. Esprimo alcune perplessità sull'ambito di competenza: ad esempio, per quanto riguarda le valutazioni in merito all'adeguatezza o meno della disponibilità ospedaliera nelle zone oggetto della verifica, ritengo che sarebbero necessari maggiori elementi informativi. Dichiaro pertanto la mia astensione sulla relazione.

PRESIDENTE. Faccio presente che tutti gli elementi che abbiamo considerato nelle valutazioni conclusive sono stati acquisiti agli atti: mi riferisco ai piani regionali sanitari, alle ipotesi di sviluppo degli ospedali e alle rilevazioni effettuate dai sindaci delle zone o dei comprensori.

Se non vi sono ulteriori osservazioni, la relazione si ritiene approvata con l'astensione del senatore Papini.

I lavori terminano alle ore 16,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. GIANCARLO STAFFA

ALLEGATO

Relazione sui sopralluoghi di una delegazione per i controlli sanitari nelle zone dell'Umbria e delle Marche colpite dal sisma

La delegazione inviata con delibera della Commissione d'inchiesta, nelle zone dell'Umbria e delle Marche colpite da eventi sismici aveva i seguenti compiti:

valutazione della risposta delle istituzioni nazionali, in particolare la Croce Rossa, i Vigili del fuoco, la Protezione civile al fine di valutare la tempestività, la congruità e l'organizzazione della risposta alla calamità sopravvenuta;

valutazione della situazione igienico-sanitaria che si era creata dopo il sisma, ivi inclusi i provvedimenti presi per sopportare l'emergenza;

il funzionamento della rete del «118» prima e dopo l'evento sismico;

l'agibilità e la sufficienza delle strutture sanitarie esistenti dopo l'evento del sisma;

eventuali proposte per risolvere la situazione dell'emergenza nel medio termine.

Poichè l'evento sismico ha colpito due regioni differenti, in cui l'organizzazione dei soccorsi è stata autonoma ed indipendente, pur rispondendo ad un unico piano nazionale, si ritiene opportuno analizzare separatamente le due situazioni.

Sopralluogo nell'Umbria

Durante tale sopralluogo sono stati visitati Foligno, Valtopina, Nocera Umbra.

In merito a quanto ricevuto come mandato dalla Commissione e tenuto conto di quanto appare nel resoconto allegato si esprimono i seguenti rilievi:

l'intervento dei Corpi deputati alle situazioni di emergenza è stato tempestivo ed efficace, in ciò anche favorito da una fortunata circostanza, derivante dalla esigua quantità di persone infortunate o decedute a causa dell'evento;

poche ore dopo la segnalazione, i Corpi di soccorso, sono arrivati in luogo ed hanno potuto approntare quanto era necessario per l'assistenza alle popolazioni colpite ed hanno istituito il C.O.M. (Coordinamento Operativo Multiforze) che deve presiedere anche alla operatività per tutti gli aspetti: verifica delle strutture, approntare alloggi di emergenza, verifica

dei servizi (acqua, luce, gas, eccetera). La tempestività dell'azione e l'efficienza dei mezzi di soccorso è stata in gran parte depotenziata dalla mancata stesura e realizzazione, da parte delle rispettive autorità municipali, dei piani previsti dalla legge per tali situazioni: i soccorritori si sono quindi trovati sprovvisti delle piante toponomastiche, delle aree da utilizzare, dei punti di captazione dell'acqua, eccetera. Malgrado tutto ciò, è stato possibile in breve tempo realizzare i campi, i servizi e le tendopoli necessarie per la fase primaria. Nell'intervento a medio termine è stata segnalata una certa difficoltà della catena decisionale in quanto nel COM vi è sostanzialmente una operatività parallela delle varie forze ma non una scala gerarchica: alcune decisioni risultano quindi difficili da prendere. In particolare è stato segnalato un certo ritardo nel dichiarare inagibili la Casa di riposo per anziani non autosufficienti, che poi sono stati costretti a spostare improvvisamente nottetempo, durante un fortunale, con ovvie conseguenze di disagio;

la situazione igienico-sanitaria che si è venuta a creare dopo il sisma era pienamente sotto controllo e sufficientemente esaudita da quanto posto in essere. Un problema ricorrente riferito però è quello della protezione del patrimonio zootecnico che nella calamità non sarebbe adeguatamente tutelato per la scarsità di strutture veterinarie. A Foligno le strutture della Croce Rossa hanno impiantato un ottimo ospedale da campo ed anche a Nocera Umbra è stato installato un ospedale militare dell'Associazione nazionale alpini di notevole qualità e completamente fornito delle necessità tecnologiche. Nelle tendopoli «campione» di Valtopina, il servizio sanitario è assicurato da un pronto soccorso; l'integrazione e la collaborazione con i medici di medicina generale sono state realizzate con buona efficienza complessiva del sistema. Le strutture provvisorie, e cioè gli ospedali mobili, le tendopoli ed i refettori, pur nella precarietà della situazione, sono state ottimamente organizzate dal punto di vista dell'igiene e della pulizia. Imprevista e singolare è stata la necessità di intervenire su una dilagante patologia di psicosi nei confronti del sisma soprattutto dovuta alla continuità nel tempo delle scosse e delle emergenze. Nei centri di soccorso era comunque in via di organizzazione una risposta anche per questo problema. Il responsabile della Croce Rossa *in loco*, dottor Giuffrida, ed il responsabile della Protezione civile, dottor Manganelli, si sono rivelate persone di straordinaria capacità ed esperienza avendo maturato in passato esperienza fin dagli eventi calamitosi dell'alluvione di Firenze. Chi ha avuto esperienza fin dagli eventi calamitosi dell'alluvione di Firenze. Chi ha avuto esperienza diretta della situazione italiana prima della creazione del Dipartimento di protezione civile ora non può che obiettivamente riconoscere un notevole miglioramento ed adeguamento delle nostre capacità;

la rete del «118», già attivata prima dell'evento sismico, anche successivamente ha continuamente funzionato per il coordinamento dell'attività sanitaria straordinaria. Le strutture sanitarie della zona erano composte da un servizio di rieducazione postcoronarica situato a Nocera Umbra e dall'ospedale di Foligno. La struttura di Nocera Umbra, come

d'altronde l'intero comune, è diventata completamente inagibile, ma i pazienti sono stati dislocati opportunamente in parte a Spoleto, in parte in altre strutture di Foligno senza gravi disagi. L'ospedale di Foligno, abbastanza gravemente lesionato, è stato evacuato la prima notte del sisma. Per fortuna (uno dei rari casi in Italia) vi era un piano di emergenza predisposto per eventuali necessità di evacuazione: ci rimane solo qualche dubbio se una evacuazione disposta nel momento di maggior confusione per la paura del terremoto non possa essere stata essa stessa fonte di rischio, per fortuna non concretizzatosi praticamente. La parte più antica dell'ospedale ha tutto sommato resistito bene all'evento così come il reparto di recente costituzione con struttura in cemento armato in attesa di essere inaugurato all'epoca del sisma. Il pronto soccorso era l'unica parte dell'ospedale ancora funzionante. La valutazione complessiva della struttura fa considerare paradossalmente quasi benefico il terremoto: il pronto soccorso infatti è in condizioni tali da non essere in regola con gli attuali criteri europei e nazionali di accreditamento, e così pure gran parte dei reparti, con l'esclusione di quelli più recentemente restaurati (ad esempio la nefrologia). Il personale medico e paramedico non era ancora stato ridistribuito coerentemente nel territorio, ma oltre alla considerazione che anche per questo vi era una psicolabilità conseguente il terremoto, era comunque in fase di attuazione una ridistribuzione dell'organico.

La situazione dell'emergenza nel medio termine va secondo la nostra osservazione affrontata cercando di favorire il rapido termine dei lavori nell'ospedale di Foligno, ormai cominciato da quattro anni. Rendendo disponibili anticipatamente fondi attraverso la finanziaria ed anticipando la disponibilità di quanto stanziato per il 2000, sarà possibile completare il nuovo nosocomio che appare sufficiente a coprire le esigenze di tutta la zona, ivi compresa la struttura di Nocera Umbra.

Conclusioni per la zona della Regione Umbria

L'intervento di emergenza nelle zone terremotate è stato tempestivo e corretto. Le strutture municipali sono però risultate inadempienti riguardo ai piani che dovevano predisporre per le calamità. L'emergenza nel medio termine ha qualche difficoltà nell'esser coordinata poiché vi è una catena decisionale difficoltosa e una scala gerarchica non identificata: sarebbe opportuna, a questo scopo, una revisione della legge 24 febbraio 1992, n. 225. Vi è stata una nota positiva durante l'evacuazione dell'ospedale di Foligno per il fatto che, tra pochissimi nosocomi in Italia, era stato predisposto un piano di emergenza all'uopo.

L'ospedale di Foligno, oltre ad essere attualmente inagibile, non era neanche prima del sisma idoneo, secondo le attuali disposizioni, per l'accredito. La miglior soluzione per il futuro è quella di rapidamente completare il nuovo ospedale di Foligno.

Sopralluogo nelle Marche

Durante tale sopralluogo la delegazione si è recata a Col Fiorito, a Camerino, a Matelica, a Fabriano ed infine a Nocera Ferretti. Conseguentemente si esprimono i seguenti rilievi:

la valutazione della risposta delle istituzioni nazionali appare anche in questa zona essere stata tempestiva ed efficace nei confronti della prima emergenza. I danni causati a Col Fiorito sono sembrati di pari entità rispetto a quelli di Nocera Umbra, ed anche i danni di alcuni comuni vicini sono stati altrettanto gravi in un contesto con ancora minori infrastrutture e soprattutto con maggiori difficoltà di comunicazione che non quelli delle regione Umbria. Le tendopoli, i presidi sanitari mobili, i refettori e gli altri servizi sono però risultati sufficienti e ben installati. Anche qui le difficoltà sono emerse nell'organizzare il medio periodo, ed anche l'intera operazione è stata fortunatamente favorita da un danno molto limitato per le persone;

la situazione igienico-sanitaria creata dopo il sisma è sembrata ben controllata e vi è stata una buona organizzazione territoriale dei servizi medici che hanno coperto a livello territoriale l'intera zona colpita dal sisma, garantendo a tutta la popolazione la tutela della salute: anche qui si lamentano però alcune carenze nella protezione del patrimonio zootecnico;

il «118» in tale zona non era completamente attivato e quindi non funzionava appieno prima e neanche dopo l'evento sismico;

le strutture sanitarie colpite dal terremoto sono state soprattutto gli ospedali di Camerino e quello di Fabriano. L'ospedale di Matelica non è invece stato colpito dal sisma. L'ospedale di Camerino tuttavia non era stato dichiarato inagibile da nessuna autorità, ma evacuato su disposizione del direttore sanitario per un atteggiamento prudenziale in relazione alle continue scosse ed alla psicologia di ansia e paura che si era diffusa tra il personale e i pazienti. In realtà gran parte dell'ospedale non aveva subito danni strutturali e avrebbe potuto essere nuovamente adibito alla degenza, anche se, come detto per Foligno, la struttura non sembrava essere in regola con le attuali norme dell'accredito nè prima nè dopo il sisma. La sensazione unitamente ad alcune documentazioni che si sono ottenute con molte sollecitazioni, è che il direttore generale della ASL abbia un po' forzato la mano per attuare un piano sanitario elaborato prima del sisma che prevedeva il trasferimento di alcune divisioni e reparti da Camerino all'ospedale di San Severino Marche e a quello di Matelica. Difatti tutti i degenti erano stati trasferiti parte a San Severino e gran parte a Matelica. L'ospedale di Matelica non aveva subito danni ma da tempo era sostanzialmente stato adibito a struttura per la riabilitazione, sempre meno dedicata alla degenza per acuti. Al momento dell'ispezione la struttura di Matelica ci è sembrata in buone condizioni, ma sicuramente non all'altezza di rispondere all'esigenza ospedaliera. Nella descrizione che ci è stata fatta nell'atrio dell'ospedale si ipotizzava una rapida attivazione di una struttura di rianimazione, di dodici posti di unità coronarica, di un raddoppio delle sale operatorie da due a quattro, in modo da rispondere alle esigenze del territorio: il direttore sanitario incaricato, di fronte al direttore generale, al

direttore sanitario della ASL e al direttore amministrativo, affermava senza smentite che il tutto poteva essere realizzato entro quindici-trenta giorni. Nel corso dell'ispezione abbiamo potuto constatare quanto fosse velleitario e mendace il racconto: nessuna traccia vi era della rianimazione e della unità coronarica da attivare, e le due sale operatorie esistenti, nonché la zona della sterilizzazione non erano a norma di legge. L'impressione è quindi che l'intero evento venisse forzato ai fini di ottenere un investimento straordinario sull'ospedale di Matelica del tutto inopportuno ed ingiustificato. L'ospedale di Fabriano consta invece di due zone, una datata ed obsoleta, ed una antisismica, consegnata quasi completata in tempi recentissimi. Pur essendo stati notevoli i danni del sisma, la struttura moderna è rimasta indenne ed attraverso una encomiabile opera del direttore generale e del direttore sanitario, non vi sono state conseguenze sui ritmi di ricovero e di erogazione delle cure. L'ospedale è apparso moderno, efficiente, completamente a norma ma soprattutto ben gestito e guidato dall'attuale dirigenza. Una zona di completamento dell'ospedale potrebbe essere consegnata entro pochi mesi;

per risolvere la situazione dell'emergenza in breve termine sembra sufficiente il completamento sopra descritto dell'ospedale di Fabriano, che data la vicinanza con Camerino e Matelica potrebbe ben supplire anche alle esigenze di quella zona, rendendo inutili altri investimenti nell'immediato. Nel futuro si può ipotizzare la costruzione della struttura sanitaria ospedaliera prevista a Camerino, della quale però per ora non è stata posta neanche la prima pietra.

Conclusioni per la zona della Regione Marche

La risposta delle istituzioni nazionali deputate all'emergenza anche nelle Marche è stata tempestiva e congrua nel primo impatto. Le medesime difficoltà dovute alla catena decisionale ed alla inesistente scala gerarchica hanno creato analoghe difficoltà nel medio termine. La rete ospedaliera colpita dal sisma era già insufficiente e non completamente a norma prima della calamità a Camerino ed a Matelica, mentre fortunatamente a Fabriano era già operativo all'80 per cento un ospedale moderno, funzionale e ben diretto. Stupisce il tentativo strumentale da parte del direttore generale dell'azienda sanitaria locale di Camerino, spalleggiato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, di forzare la mano per realizzare un piano sanitario ospedaliero non completamente condiviso dagli amministratori della zona ed addirittura mai previsto per l'ospedale di Matelica, ove è stato inventato di sana pianta. È da censurare anche la completa assenza all'inizio dell'ispezione a Camerino della dirigenza precedentemente citata. Più che pensare a strane soluzioni sarebbe stato più saggio programmare una soluzione con l'ospedale di Fabriano. Particolarmente censurabile è l'aver evacuato e poi non aver mai più rioccupato l'ospedale di Camerino, in carenza di oggettive dichiarazioni di inagibilità.

Considerati i flussi sanitari della zona sembra più che sufficiente per l'immediato futuro il completamento dell'ospedale di Fabriano.

Conclusioni e considerazioni complessive

L'istituzione del Dipartimento della protezione civile ha sicuramente determinato una svolta epocale per le emergenze. Rispetto alle catastrofi degli anni '70 ci troviamo, malgrado alcune affermazioni degli organi di stampa, con un coordinamento di forze adeguato a rispondere alla prima emergenza. Croce Rossa, Vigili del fuoco, volontariato della Protezione civile sono stati tempestivi nell'arrivare e nell'instaurare i primi soccorsi ed appaiono ben equipaggiati e forniti di idonei strumenti tecnici. Le strutture sanitarie mobili per l'emergenza appaiono di ottimo livello tecnologico e funzionale. Meno efficiente appare l'intervento del medio periodo in cui affiorano nei COM (Coordinamento operativo multiforme) duplicità di interventi e scarso coordinamento gerarchico direzionale; vi sono pertanto richieste talvolta in contrasto o confuse. C'è da coprire inoltre una carenza d'intervento per la tutela del patrimonio zootecnico nelle calamità. Sembra opportuna una revisione della legge n. 225 del 1992. Le istituzioni territoriali (municipi e province) non sono apparse adeguate ed in qualche caso del tutto inadempienti riguardo all'attivazione ed alla disponibilità dei piani previsti per gli eventi calamitosi: i soccorsi che arrivano si trovano quindi privi di informazioni e notizie indispensabili; fortunatamente in questo caso le vite umane coinvolte sono state molto poche. Le infrastrutture predisposte per alcuni servizi (ENEL e TELECOM) sono sembrate tempestive e sufficienti. Del tutto inadeguato è sembrato invece l'intervento della RAI-TV che si è più dedicata a illustrare più o meno pateticamente condizioni particolari, ma nulla ha fatto per quanto prioritariamente come istituzione deve fare, e cioè quello di informare direttamente i cittadini sui comportamenti e sulle situazioni: nemmeno una pagina del televideo a disposizione della popolazione è stata posta. Il «118» non era completamente attivato in tutte le zone del sisma e non ha quindi potuto completamente assolvere il compito per il quale è stato creato. Le autorità preposte hanno ben coperto le esigenze del territorio distribuendo adeguatamente i punti sanitari ed il personale ed anche i provvedimenti presi durante l'emergenza sembrano corretti. La situazione delle strutture ospedaliere, con la sola eccezione di Foligno, appare fortemente deludente: se ora le strutture sono inagibili, prima del sisma non erano sicuramente adeguate agli *standard* dell'accreditamento e degni di una nazione che vuole entrare in Europa. Le evacuazioni stabilite dalle rispettive direzioni sanitarie, si sono svolte senza problemi per i degenti, ma è da encomiare la direzione sanitaria dell'ospedale di Foligno che tra pochissimi in Italia aveva disponibile un piano di emergenza. Censurabile è apparso il tentativo di strumentalizzare e forzare la situazione attuato da parte della ASL di Camerino per mezzo del suo direttore generale, dottor Umberto Mozzoni.

Emblematico è stato il caso di Matelica dove su un ospedale già da tempo non più dedicato alla urgenza sanitaria era stato ipotizzato un faraonico progetto di sviluppo da realizzare in pochi giorni! La situazione complessiva degli ospedali ha posto nuovamente il problema della necessità di un tempestivo investimento nel riadeguare le strutture nazionali per renderle consone alle disposizioni di legge, alla sicurezza dei ricoverati e degli operatori e soprattutto degne di una nazione europea. Per il futuro è indispensabile migliorare in questa zona la disponibilità ospedaliera: sembra sufficiente per ciò il completamento degli ospedali di Foligno in Umbria, che è in fase di avanzata costruzione, di Fabriano nelle Marche, che è già in funzione all'80 per cento, e successivamente, con una destinazione finalizzata, avviare la costruzione del nuovo ospedale di Camerino.

Da ultimo, sarebbero da prevedere in futuro, in caso di calamità, interventi più mirati ed organici a tutela dei danni psicologici, quali attività di risocializzazione e ricreazione, evitando di interrompere per lungo tempo gli strumenti integrativi.

