

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

—————

34° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 1° LUGLIO 1999

—————

Presidenza del presidente TOMASSINI

I N D I C E

Audizione del dottor Gianni Giorgi, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Parma, e del dottor Giampaolo Braga, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Padova, nell'ambito del settore d'indagine sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria

* PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>	BRAGA	Pag. 5, 18
* BERNASCONI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	9	* GIORGI	3, 13
BRUNI (<i>Rin. It. Lib. In.-Pop. per l'Europa</i>)	10		
* CAMERINI (<i>Dem. Sin.-l'Ulivo</i>)	8		
* DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	10		
SARACCO (<i>Dem.Sin.-l'Ulivo</i>)	11		

Intervengono il dottor Gianni Giorgi, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Parma, e il dottor Giampaolo Braga, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Padova.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

Audizione del dottor Gianni Giorgi, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Parma, e del dottor Giampaolo Braga, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Padova, nell'ambito del settore d'indagine sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Gianni Giorgi, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Parma, e del dottor Giampaolo Braga, direttore generale dell'azienda ospedaliera di Padova, nell'ambito del settore d'indagine sullo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela sanitaria.

Ringrazio, a nome della Commissione, i nostri ospiti per aver aderito al nostro invito e per avere fatto pervenire alla Commissione alcuni documenti in merito all'indagine in corso.

Do senz'altro la parola al dottor Giorgi per illustrare la sua esperienza e successivamente interverrà il dottor Braga.

GIORGI. Innanzi tutto desidero ringraziare la Commissione per la sua attenzione ai problemi oggetto dell'indagine e per l'invito che ci ha rivolto, che credo stia a significare soprattutto il riconoscimento dell'impegno profuso in questi anni nel portare avanti un'organizzazione che qualifichi l'attività di servizio pubblico in funzione delle esigenze dei cittadini.

Ci è stato chiesto di dare un contributo fornendo i dati degli ultimi anni e noi abbiamo risposto illustrando il quadro complessivo dell'esperienza fatta con la Carta dei servizi e del ciclo di valutazione dei servizi che con la Carta è stato portato avanti.

Non riprenderò in maniera dettagliata tutta la documentazione fornita alla Commissione, ma credo che l'esperienza di questi anni in merito alla Carta dei servizi stia a testimoniare due ordini di problemi: innanzi tutto, l'adempimento formale delle disposizioni in questa materia (credo che l'impegno in tal senso sia stato pieno); un secondo ordine di problemi più sostanziali riguarda invece la capacità di utilizzare questo strumento come mezzo fondamentale di informazione ai cittadini dei servizi che sono svolti.

Noi quindi riteniamo che la qualità della sanità debba essere interpretata in modo semplice rispetto ai tre elementi fondamentali cui la qualità

stessa si rivolge. Il primo riguarda la sicurezza; si tratta di un livello molto difficile con il quale si devono fare i conti tutti i giorni, perchè esiste un problema di sicurezza delle nostre strutture, che sono obsolete, anche a causa dei mancati investimenti. Pertanto bisogna porre grande attenzione rispetto ad esigenze che, purtroppo, non sempre si riesce a portare avanti. Il problema della sicurezza, quindi, è fondamentale. Noi siamo ben consapevoli che negli ospedali si tratta di gestire il rischio; non esiste un ospedale sicuro al cento per cento: dobbiamo avere la consapevolezza dei rischi che si corrono e prendere le dovute precauzioni.

Il secondo elemento di qualità riguarda l'appropriatezza delle cure e la necessità di sviluppare, reparto per reparto, servizio per servizio, un sistema in grado di privilegiare l'appropriatezza sia del modo di erogazione delle prestazioni che delle prestazioni stesse.

Il terzo elemento di qualità riguarda l'informazione agli utenti, il modo di accedere, il modo di gestire i rapporti con tutti i cittadini che hanno bisogno dell'ospedale.

Questi tre elementi di qualità, quindi, hanno nella Carta dei servizi uno strumento fondamentale di utilizzo e di riferimento. Se la Carta fosse utilizzata in un quadro simile, credo potrebbe dare un certo aiuto.

Abbiamo dunque predisposto una Carta nel 1995 e l'abbiamo aggiornata nel 1996; stiamo ulteriormente aggiornandola, trasformandola in una Carta che riguardi tutti i dipartimenti, perchè il nostro ospedale è in una fase di riorganizzazione su base dipartimentale. Però, poichè si tratta di un ospedale universitario, in questa fase occorre che ci sia l'accordo pieno dell'università. Esiste un protocollo stipulato tra regione e università, ma non c'è ancora l'accordo attuativo previsto dal protocollo d'intesa.

L'università ha accettato di partire già dal settembre scorso, in via sperimentale, con la realizzazione e l'attivazione dei dipartimenti. Mancano ancora i direttori dei dipartimenti in quanto sono nominati d'intesa con il rettore. Ancora non siamo riusciti, però, a definire con chiarezza i dipartimenti intesi come esercizio comune dell'attività assistenziale, didattica e di ricerca e quindi, nello stesso tempo, come organi dell'azienda e dell'università. Siamo comunque partiti con i dipartimenti assistenziali.

La Carta dei servizi che stiamo aggiornando riguarda ben tredici dipartimenti medici in cui è articolata l'azienda: un dipartimento specialistico medico dedicato all'immunologia, alla nefrologia e alla medicina interna; un secondo dipartimento che comprende tutte le unità operative che hanno a che fare con l'oncologia; un altro è dedicato alle patologie cardiovascolari e gastroenterologiche; un dipartimento geriatrico e della riabilitazione; un dipartimento pneumologico; un dipartimento chirurgico; un dipartimento testa-collo; un dipartimento del cuore che comprende i reparti di cardiologia e cardiocirurgia; un dipartimento materno-infantile; un dipartimento di emergenza-urgenza; infine, il dipartimento di diagnostica per immagini, il dipartimento di laboratorio radiologico e quello osteoarticolare. Questa riorganizzazione dell'ospedale in dipartimenti misti (tranne quello di emergenza-urgenza) ci ha permesso di definire con chiarezza le competenze e le specialità dei servizi gestiti, soprattutto in questa

prima fase. C'è poi tutta l'attività ambulatoriale che ci permette di ridurre le giornate di ricovero. Inoltre, la regione ha posto l'obiettivo, attraverso il perseguimento della maggiore appropriatezza, della riduzione dei ricoveri e, in generale, del tasso di ospedalizzazione.

Nel corso del 1997, infatti, abbiamo ridotto del 6 per cento i nostri ricoveri, mentre nel 1998 siamo riusciti ad ottenere una ulteriore riduzione del 4 per cento. Abbiamo dunque aumentato le attività ambulatoriali e si va verso una riorganizzazione profonda del modo di fare ospedale e di collegarsi con l'esterno. Da questo punto di vista la riorganizzazione, anche attraverso la Carta dei servizi, è fondamentale e la stiamo portando avanti insieme alla predisposizione di una guida dei servizi vera e propria in collegamento con i medici di base.

Per quanto attiene all'ospedale di Parma, il 77 per cento dell'utenza è della provincia di Parma, con un 12 per cento che viene da fuori provincia e un 11 per cento che viene da fuori regione. Questo è il nostro quadro complessivo.

È evidente, quindi, che il nostro primo problema è di essere strettamente collegati con l'azienda ASL di Parma, con la sua organizzazione distrettuale e con i medici di base dei vari distretti, al fine di garantire in maniera precisa, in questo quadro, l'integrazione e la continuità assistenziale.

Con questo obiettivo, la guida dei servizi è pensata soprattutto in funzione dei medici di base e dei servizi distrettuali.

Non va poi sottovalutata l'importanza delle associazioni di volontariato che operano all'interno dell'ospedale e che hanno consentito di portare avanti alcune esperienze interessanti, sia per gli operatori che per gli utenti, fra le quali la verifica - effettuata unitamente al Tribunale per i diritti del malato - della qualità dei servizi offerti e della formazione degli operatori.

Gruppi qualità e ufficio relazioni con il pubblico rappresentano un quadro di riferimento importante che può servire da spunto per un'attenta riflessione, alla luce anche dei risultati estremamente positivi che il percorso intrapreso ha prodotto: ma si può e si deve fare ancora molto.

BRAGA. Signor Presidente, mi unisco ai ringraziamenti del dottor Giorgi per essere stati chiamati in questa sede, che ci offre l'occasione per rappresentare alcune esperienze da noi fatte partendo dalla Carta dei servizi.

Il collega Giorgi si è intrattenuto non tanto sugli aspetti formali della Carta, che possono rappresentare un mero adempimento burocratico, quanto sulle iniziative che la stessa ha stimolato al fine di ricostituire un rapporto positivo tra utenza e struttura ospedaliera.

Le nostre iniziative - oltre a tendere ad una buona e migliore organizzazione e utilizzazione delle risorse - sono soprattutto volte a favorire il recupero della credibilità e della fiducia da parte dei pazienti nei confronti delle strutture sanitarie.

L'esperienza della Carta dei servizi ha fondamentalemente sollecitato il bisogno di comunicazione all'esterno con l'utenza e all'interno con la struttura ospedaliera.

In strutture miste, particolarmente articolate, complesse e di grandi dimensioni (come l'azienda ospedaliera di Padova che ha oltre 5.500 operatori, tra ospedalieri e universitari), la comunicazione tra direzione strategica e singoli operatori o non esiste o, spesso, è canalizzata da mediatori impropri.

In tal senso abbiamo assunto un'importante iniziativa per favorire il dialogo con gli operatori e far capire loro che le scelte strategiche e le motivazioni da perseguire sono volte alla realizzazione di obiettivi di efficacia e di efficienza.

L'esperienza ha dimostrato che la Carta dei servizi non è uno strumento meramente finalizzato all'informazione e all'esatta conoscenza e indicazione per gli utenti degli *standard* delle prestazioni offerte ma, se genericamente intesa, facilita l'individuazione di carte specifiche *ad hoc* per singole patologie e problematiche.

Nel materiale informativo che consegneremo agli atti della Commissione è specificato che, oltre alla Carta dei servizi generale, la nostra azienda ha predisposto una carta di accoglienza per ogni singolo reparto, una carta generale che consente al paziente di acquisire l'esatta conoscenza del percorso da compiere per accedere alle prestazioni incluse negli elenchi standardizzati e, infine, una carta di accoglienza dei parenti dei malati.

Vorrei a questo punto aprire una breve parentesi: il 35 per cento dei soggetti che accedono alla nostra azienda proviene dall'esterno della provincia e il 15 per cento da fuori la regione, in particolare dal Meridione. Questo tipo di realtà ha posto il problema dell'accoglienza dei familiari dei malati e la conseguente necessità di usufruire di strutture alberghiere, di cui la città di Padova non è particolarmente dotata e le poche esistenti, applicando prezzi correnti, gravano onerosamente a carico dei familiari degli ammalati.

All'inizio della nostra gestione abbiamo assunto un'iniziativa particolarmente importante: abbiamo letteralmente buttato fuori dai parcheggi le macchine dei dipendenti per lasciare spazio a quelle degli utenti. Si è però poi constatato che di notte molti familiari dei pazienti dormivano nelle vetture posteggiate nei parcheggi interni dell'ospedale.

Uno degli obiettivi che ci siamo posti è realizzare strutture di accoglienza per i familiari dei degenti che hanno bisogno di essere assistiti, soprattutto se si tratta di ricoveri piuttosto lunghi: sono state già costruite cinque strutture a ciò finalizzate.

Dopo questo breve inciso, vorrei sottolineare che sono in fase di preparazione la Carta dei servizi del paziente oncologico e quella del paziente trapiantato. Un'iniziativa importante è, ad esempio, quella relativa ai pazienti trapiantati, visto che la nostra struttura realizza, ormai da molto tempo, oltre 200 trapianti all'anno di tutti i tipi di organi e un paziente trapiantato, avendo bisogno del *follow-up*, necessita di strutture ospeda-

liere in grado di accoglierlo sistematicamente per consentirgli di sottoporsi ai controlli del caso.

Le problematiche – che ho prima sottolineato e che si ricollegano ad iniziative volte al recupero dei rapporti con i cittadini – si sono mosse sostanzialmente su tre filoni importanti.

Il primo settore che ci ha visto coinvolti è stato quello edilizio. Una grande struttura ospedaliera ha bisogno di investimenti massicci: per molti anni, invece, non si è speso né investito nelle grandi strutture sanitarie, nelle aziende ospedaliere miste come la nostra e negli ospedali dei capoluoghi di provincia.

Per l'ospedale di Padova sono *in itinere* lavori per un'ottantina di miliardi ed inizieranno molto presto lavori per ulteriori 40 miliardi, in base a quanto previsto dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626. Le ristrutturazioni vanno a beneficio dell'utente, ma scombinano la vita ospedaliera in quanto, non potendo svuotare le strutture, i pazienti rimangono all'interno dei locali oggetto di ammodernamento.

Le ristrutturazioni edilizie sono molto importanti per passare da strutture di degenza tradizionali a strutture più moderne e favorire la piena realizzazione delle iniziative che ho prima indicato.

Ci siamo mossi poi sul filone organizzativo, non solo riorganizzando i servizi e le attività per venire incontro alle esigenze dei pazienti e ridurre, il più possibile, il numero dei nominativi inclusi nelle liste di attesa, ma offrendo, nel contempo, un miglior conforto alberghiero ai parenti dei nostri pazienti, favorendo tutte le iniziative che si muovono in direzione di un miglioramento nell'utilizzo dei servizi da parte dell'utente.

Però questi obiettivi non si possono realizzare se non hai dalla tua parte gli operatori. Pertanto uno dei filoni su cui ci siamo mossi e al quale abbiamo posto molta attenzione è il contratto a livello aziendale con il personale medico e con l'altro personale del comparto. Nel 1996 abbiamo legato il compenso di risultato alla produttività di tutti gli operatori tramite progetti posti in essere con la partecipazione di tutti i lavoratori del comparto; tuttavia dovevano essere effettuate delle valutazioni per ripartire più appropriatamente queste risorse. Nel 1996 abbiamo iniziato con un programma morbido, perché prima tutti ricevevano lo stesso compenso; invece nel 1998 siamo riusciti ad introdurre criteri di diversificazione abbastanza importanti.

Teniamo presente che coloro che lavoravano nei servizi come i laboratori, la radiologia e altri hanno ricevuto il massimo degli incentivi, mentre coloro che operavano negli altri reparti ne hanno ricevuti di molto più bassi. Tuttavia non credo che un operatore della cardiocirurgia o della neurochirurgia, se ben impegnato, possa essere considerato meno degli altri operatori.

Questo strumento, che ritengo molto importante, ci ha consentito di creare forti stimoli ai fini della produttività e della qualità delle prestazioni. Ci sono margini di miglioramento, comunque siamo riusciti a diversificare questi compensi con quote dalle 200.000 alle 500.000 al mese.

Adesso il personale si sente impegnato a perseguire gli obiettivi dell'azienda ospedaliera.

Un altro elemento importante che mi interessa sottolineare in questo processo di riordino e riorganizzazione è il rapporto con le associazioni di volontariato. Questo ha persino portato alla creazione, all'interno della nostra struttura ospedaliera, di un'associazione, voluta dai medici e dai dipendenti, che si chiama «Padova ospitale», che ha promosso una serie di iniziative per realizzare l'accoglienza di parenti e familiari dei degenti; sono state avviate anche alcune iniziative promozionali per far comprendere che la nostra realtà ospedaliera non è semplicemente una struttura di erogazione di prestazioni ma anche un centro di riferimento che vive a Padova i problemi della città e del suo tessuto sociale.

Specialmente l'ambiente universitario nel passato aveva creato una profonda frattura con la città. Stiamo riconnettendo anche i rapporti con il tessuto sociale per far capire che l'ospedale appartiene alla città e alla cittadinanza.

Come dicevo, stiamo migliorando la produttività nella direzione evidenziata dal dottor Giorgi, cioè curando l'appropriatezza delle prestazioni. Siamo passati dai 90.000 ricoveri ordinari del 1995 ai 60.000 del 1998, ma vi è stato un aumento notevole delle prestazioni in *day hospital* e in *day surgery*, che complessivamente ammontano a 30.000. Inoltre ci siamo prefissati uno *standard* di circa 2.500.000 di prestazioni ambulatoriali, perché la nostra struttura USL comprende anche il settore ospedaliero, ma abbiamo privilegiato le attività ambulatoriali rispetto ai ricoveri in ospedale.

Questo in sintesi è il quadro delle iniziative che abbiamo posto in essere e che illustrano il processo che abbiamo intrapreso, che ovviamente non è ancora terminato.

PRESIDENTE. Ringraziamo molto il dottor Giorgi e il dottor Braga per la loro esposizione.

CAMERINI. Anch'io vorrei ringraziare i nostri ospiti per l'illustrazione svolta in termini così puntuali e precisi.

Vorrei porre alcune domande al dottor Giorgi, che indirettamente sono rivolte anche al dottor Braga.

Con il dottor Giorgi abbiamo iniziato un discorso sull'appropriatezza delle prestazioni e delle indicazioni terapeutiche; queste ultime nell'attuale fase storica di competizione tra pubblico e privato rischiano di aumentare.

Quali sono i criteri e le metodologie di valutazione dell'appropriatezza di tali indicazioni? Una domanda collaterale: nelle vostre regioni viene valutata l'appropriatezza delle indicazioni adottate nel privato e in quale modo?

È stato fatto cenno alla continuità assistenziale. Per patologie complesse che richiedono competenze molto specifiche ed elevate può sembrare ragionevole per ragioni di continuità che i controlli dei trattamenti avvengano nella stessa struttura ospedaliera che ha gestito la fase del ri-

covero. In questo spirito di continuità assistenziale quali sono i rapporti tra azienda ospedaliera e azienda territoriale e quali casi vengono seguiti dall'azienda ospedaliera?

Abbiamo la sensazione, per quel che rileviamo in questa sede, che le soluzioni e l'assistenza nel nostro paese siano alquanto difformi. Mi riferisco in particolare al rapporto complesso convenzionato regione, da un lato, e università, dall'altro.

Il dottor Giorgi ha parlato dei dipartimenti misti, aspetto che mi interessa e che ritenevo l'unica soluzione moderna; tuttavia in certe zone del nostro paese hanno incontrato grandissime difficoltà ad essere attivati. Come vengono organizzati questi dipartimenti misti? Come si realizza la nomina del direttore del dipartimento e quali sono le relazioni all'interno del dipartimento stesso fra personale che ha rapporti di lavoro differenti? Quali sono i criteri per la partecipazione del personale medico non universitario ai meccanismi della formazione, pre-laurea, post-laurea e specializzazione?

Dottor Giorgi, come funzionano i comitati consultivi misti aziendali? Come vengono nominati e quali sono i loro compiti? Le stesse domande possono valere per il dottor Braga, al quale ne vorrei porre altre due. Lei ha parlato di un argomento molto interessante, mi riferisco al contratto con gli operatori, polarizzando l'attenzione sugli incentivi di ordine finanziario; inoltre ha fatto riferimento alla quantità e qualità del lavoro, ma dal punto di vista pratico come quantificate l'impegno e la qualità del lavoro perché queste attività abbiano una giustificata ricaduta di tipo finanziario? Giustamente lei ha affermato che la partecipazione del personale al perseguimento degli obiettivi dell'azienda è molto importante. Quali altri meccanismi, che non siano soltanto di tipo finanziario, sono usati a questo scopo?

Con grande interesse ho appreso che avete addirittura cinque case di accoglienza per i parenti dei malati: si tratta di un'iniziativa bellissima, tenuto conto che i parenti sono costretti a volte a vagare nei vari alberghi e alberghetti. Come sono gestite queste case: le gestite voi stessi, oppure le affidate al volontariato? Le date in appalto? Lo stesso discorso dovrebbe valere per la struttura per i malati terminali e quella programmata per i malati del morbo di Alzheimer: si tratta di strutture situate all'interno della cittadella ospedaliera? I pazienti degli *hospices* non hanno bisogno di elevati interventi di tipo medico, piuttosto abbisognano di un elevato livello di *care*. Pertanto, tenuto conto della necessità del rapporto tra malati e famiglie, avete pensato di situare queste strutture, almeno geograficamente, al di fuori della vostra azienda?

BERNASCONI. Il dipartimento, innanzi tutto perché oggetto di riforma, dovrebbe essere la struttura ultima dell'organizzazione ospedaliera per superare la organizzazione per divisioni. Vorrei chiedere al dottor Giorgi se effettivamente i dipartimenti superano le separatezze divisionali, che tipo di responsabilità ha oggi il referente (domani il coordinatore) di dipartimento, se ha autonomia budgetaria o di gestione della complessità

dei dipartimenti, o se i singoli primari di divisione hanno ancora voce in capitolo nella gestione delle competenze, eccetera.

Quali criteri sono stati adottati per individuare i tredici dipartimenti? Ci sono state diversità di opinioni sulla scelta dei criteri per questi dipartimenti? Su quali basi avete compiuto le vostre scelte?

Al di là del dipartimento di emergenza-urgenza, che per sua caratteristica in ogni ospedale fa storia a sé, avete mai pensato ad un dipartimento *day hospital*? I *day hospital* facenti capo alle singole divisioni (oggi un po' meno perchè vi sono più controlli) hanno caratteristiche spesso non consone ai dettati legislativi relativi a questo tipo di struttura, che chiedono multidisciplinarietà e pluralità di trattamenti medici. Il dottor Giorgi ed io abbiamo partecipato ad un convegno su questo argomento. Domando, quindi, se non ritenete di avere un dipartimento medico-chirurgico collegato ad un dipartimento di assistenza tutto particolare come può essere quello di *day hospital*.

Riprendo poi quanto diceva il senatore Camerini: i dipartimenti misti sono interessanti, ma ancor più lo sarebbe un nuovo tipo di ospedale misto che superi quella dicotomia che ancora oggi esiste, al di là dell'organizzazione interna, tra ospedale e università. Non pensate che si debba ragionare di una nuova struttura mista, quindi di un'azienda mista tutta particolare, come quella che si sta realizzando tra l'Università di Tor Vergata e la regione Lazio?

BRUNI. Ringraziando i nostri ospiti per la partecipazione ai lavori della Commissione, vorrei sapere in che modo, nelle loro strutture, sono orientati i malati, ora che c'è la riforma relativa alla scelta del proprio sanitario.

Io mi sono sempre occupato dei problemi dei malati terminali: come viene organizzato l'*hospice*? È inserito all'interno della struttura? Che tipo di malati avete? Si tratta di questioni molto importanti e io mi sono sempre battuto su queste problematiche. Vorrei rendermi conto se i binari su cui sono orientato sono giusti o meno.

DE ANNA. Mi permetto di ringraziare i dottori Giorgi e Braga, direttori di due grandi aziende ospedaliere italiane che hanno sede in due importantissime regioni dove la sanità viene fatta ai massimi livelli; soprattutto, rappresentano due aziende abbastanza simili in quanto partecipano anche le università in regime di convenzione.

Le regioni Emilia-Romagna e Veneto – ne sono sicuro – hanno già da tempo e omogeneamente attivato su tutto il territorio una nuova Carta dei servizi. Se andiamo a vedere attualmente qual è lo stato dell'arte in questo settore su tutto il territorio nazionale, come regione Veneto mi sento proprio con la coscienza a posto. Il Veneto e l'Emilia-Romagna sono veramente regioni *leader* in Italia e credo siano anche in grado di esportare tutto il loro *know-how* una volta che questo venisse richiesto. In alcune regioni del Nord, ma soprattutto del Centro e del Sud, la Carta

dei servizi rimane spesso un elenco di numeri telefonici dietro i quali non esiste alcun servizio per gli utenti e i cittadini in genere.

Nel decreto del ministro Bindi è poi definita una serie di punti riguardanti i cittadini. Ad esempio, nell'articolo 4 del provvedimento si affronta un problema istituzionale in quanto si prevede la partecipazione dei cittadini-utenti alla definizione degli indirizzi da seguire nella determinazione dei servizi, alla verifica dell'attività svolta, alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità ai servizi offerti e, infine, all'utilizzazione della Carta dei servizi. Scusate se ho fatto un preambolo lungo ma era necessario per delineare con chiarezza l'ambito in cui si inquadrano le domande che ora formulerò.

Voi, direttori generali di due importantissime aziende ospedaliere, ritenete che la Carta dei servizi possa diventare un mezzo di comunicazione con i pazienti e un meccanismo di miglioramento della qualità dei servizi medesimi?

L'altra domanda mi interessa personalmente come universitario. In Italia esistono due tipi di rapporto tra ospedale e università: da un lato sono stati attivati 13 policlinici universitari a gestione diretta, dall'altro vi sono le aziende ospedaliere miste gestite attraverso una convenzione stipulata tra la regione e le università (le facoltà di medicina in Italia sono in tutto 35).

In modo non partigiano e disinteressato, per meglio regolarci nel prossimo futuro, visto che si tratta di un campo in cui la confusione è sovrana, vorrei conoscere la vostra opinione in merito all'opportunità di approvare in Italia una legge che preveda un policlinico universitario a gestione diretta per ogni facoltà di medicina ovvero creare ospedali di insegnamento o addirittura dipartimenti misti, come avviene ormai da tempo in numerose aziende sedi di facoltà di medicina, secondo il modello che molti altri paesi europei hanno già adottato.

Con la normativa attuale non si riesce a definire se sia più opportuno creare un policlinico, un dipartimento misto oppure qualcosa che qualcuno oggi chiama «università di medicina».

SARACCO. Signor Presidente, anch'io ringrazio i nostri ospiti per il modo didascalico e chiaro delle loro esposizioni, che hanno reso comprensibile la materia anche a chi come me non è addetto ai lavori.

Vorrei rivolgere due domande; la prima riguarda la convalescenza a casa propria e l'altra il *day hospital*. In merito alle relazioni tra questi due momenti differenti e le residenze per i parenti dei pazienti, quali sono le ragioni che hanno indotto l'azienda ospedaliera a farsi carico di tale problema? Infine, quali sono le modalità di gestione dei rapporti adottate nei confronti degli utenti?

PRESIDENTE. Vorrei anch'io aggiungere qualche breve domanda, premettendo però che, dovendo terminare l'audizione alle 16,30, i nostri ospiti avranno poco tempo a disposizione per rispondere. Tuttavia, qualora vi fosse necessità di un ulteriore incontro per rendere maggiormente esau-

stive le loro risposte, provvederemo a convocare nuovamente gli auditi per un ulteriore aggiornamento.

Detto questo, ringrazio nuovamente i dottori Giorgi e Braga per essere intervenuti a questo nostro incontro. La scelta di svolgere queste due audizioni in maniera specifica è nata in relazione al fatto che le vostre aziende sembra abbiano ben ottemperato ai criteri previsti nella Carta dei servizi e alla sua applicazione in entrambi gli istituti.

Siamo contenti che tutto ciò sia effettivamente avvenuto, come è stato confermato dalla relazione che ci avete testé illustrato. Molti interventi che mi hanno preceduto hanno spaziato sull'argomento oggetto dell'audizione fino a giungere alla formulazione di domande sull'organizzazione generale di entrambe le aziende.

È molto bello che da un sistema di tutela del cittadino sia derivata una maggiore attenzione verso le strutture e i modelli organizzativi adottati, perché questo è da sempre il fine ultimo che ci proponiamo di raggiungere.

Mi ha particolarmente colpito la realizzazione dei dipartimenti indicata dal dottor Giorgi (in merito ai quali ho chiesto la specificazione del numero) che rappresenta una forma di organizzazione particolarmente interessante e ben suddivisa in senso sia orizzontale sia verticale.

Un altro argomento importante è quello dell'applicazione diretta dei servizi che – come ha ricordato il senatore De Anna – sono diversamente distribuiti sul territorio e, nel contempo, non sono completamente applicati. Sarebbe importante capire perché e in che modo queste strutture abbiano funzionato.

Quali sistemi avete adottato per tutelare e rispettare la dignità del paziente, con particolare riferimento all'organizzazione dei ritmi seguiti all'interno della struttura ospedaliera? Mi riferisco all'orario dei pasti, alla tutela della libertà religiosa e alla cosiddetta promiscuità in generale.

Qual è stato il metodo di valutazione e di indirizzo da voi adottato? Avete utilizzato il *customer satisfaction*? In caso affermativo, in che modo? L'applicazione della Carta dei servizi ha dato origine a contenzioso? Se sì, in quale misura e verso quali servizi particolari? Vi è stato qualche risarcimento? Come è stata diffusa l'informazione che tutti hanno ricordato essere un elemento prezioso nel rapporto tra utente e servizio?

La Commissione ha avuto in tal senso un'esperienza diretta, a seguito delle visite effettuate presso numerose strutture, dalle quali è emerso che molto spesso la Carta dei servizi, pur essendo perfetta, rimane chiusa nei cassetti delle scrivanie dei direttori generali piuttosto che dei direttori sanitari.

Frequentemente il paziente si rivolge ad un terminale dell'ospedale quale, ad esempio, il pronto soccorso, piuttosto che all'ambulatorio, per mancanza di quella informazione diretta che, invece, dovrebbe rappresentare un obiettivo molto importante per qualsiasi struttura sanitaria.

Come è regolato l'accesso alle prestazioni? Il dottor Braga ha parlato di riduzione delle liste di attesa: dipende soltanto dall'applicazione di un diverso modello organizzativo della struttura o dalla modificazione delle

modalità di svolgimento nell'applicazione di qualche banale operazione (che, in realtà, rientra nei «tormentoni» più importanti della burocrazia) quali, ad esempio, il pagamento, l'esenzione o l'esazione dei *ticket* e delle prestazioni?

Ho ascoltato con molto interesse l'esperienza dell'ospedalizzazione domiciliare seguita in diretta, vorrei però che questo punto fosse approfondito.

Ovviamente, ci aspettiamo risposte riassuntive e per punti principali, visto il ridotto tempo a nostra disposizione. Se del caso, potrete inviare ulteriori documenti che potranno essere acquisiti agli atti della Commissione anche in un momento successivo.

GIORGI. Signor Presidente, visto che le domande che ci sono state rivolte sono numerosissime, cercherò di organizzare le risposte seguendo l'ordine con cui le stesse sono state formulate e cercando, in alcuni casi, di mettere insieme quelle che riguardano il medesimo argomento.

Per quanto concerne la competenza, il sistema e la metodologia utilizzati, abbiamo adottato il criterio dell'autovalutazione interna all'azienda. Si è fatto ricorso però anche ad alcuni sistemi di valutazione esterna da parte dell'azienda sanitaria locale e di altre aziende che controllano i ricoveri, le attività ambulatoriali, e così via.

Per la valutazione è stato adottato lo stesso sistema utilizzato da altre aziende della Lombardia e dell'Emilia-Romagna. Per quanto concerne invece la metodologia, ci siamo mossi insieme all'ospedale Niguarda di Milano, piuttosto che con altri ospedali, effettuando confronti chiari onde valutare l'appropriatezza dei ricoveri e delle attività svolte.

Abbiamo avuto occasione di verificare – come è stato pubblicato anche sul «Corriere Salute» – alcuni dati relativi alla nostra azienda, e l'impegno in tal senso della direzione sanitaria sembra aver prodotto buoni risultati.

Nello stesso tempo abbiamo attivato all'interno dell'azienda un sistema di controllo e un repertorio aziendale dei percorsi diagnostico-terapeutici per le tipologie di ricovero più frequenti. Dei nostri 600 medici, 250 sono coinvolti proprio in gruppi di lavoro interdipartimentali che, per esempio, si occupano del tumore del seno, dell'*ictus* e di altre patologie, studiano le casistiche, verificano il percorso che un malato segue nei vari reparti.

Questo mi sembra un intervento particolarmente interessante, anche se molto faticoso, e i risultati non si potranno che ottenere nel medio periodo perché è un lavoro culturale, di verifica e di messa a punto.

Per quanto riguarda le valutazioni esterne, l'azienda unità sanitaria locale controlla sistematicamente, con gruppi misti della USL stessa e dell'azienda ospedaliera, molte cartelle cliniche di ricoveri ordinari e diurni che vengono sorteggiati per un controllo sistematico; ciò vale sia per l'azienda pubblica sia per le case di cura convenzionate. Questo è il sistema che la regione ha imposto a tutte le aziende USL territoriali ai fini del controllo dell'appropriatezza delle prestazioni.

Per quanto concerne la continuità assistenziale, ogni anno definiamo con l'azienda USL, proprio con riferimento ad alcune patologie, un programma comune. In particolare seguiamo i malati terminali, così come il centro malattie del sangue e diabetologico seguono alcune categorie di malati attraverso un sistema di presa in carico degli stessi pazienti. Queste attività nascono da un accordo preciso con l'azienda USL.

Proprio negli ultimi mesi stiamo compiendo con i distretti un lavoro riguardante soprattutto le dimissioni protette. Attraverso un accordo con il comune, l'azienda USL e i distretti abbiamo messo a punto dei protocolli per le cosiddette dimissioni difficili (gli anziani, coloro che a casa non hanno familiari) per gestirle in maniera adeguata. Questo credo sia l'aspetto più interessante e importante nel rapporto con i servizi territoriali.

Il senatore Camerini ha posto il problema dei dipartimenti misti, che attraversano un momento particolarmente delicato e difficile. Anche in Emilia-Romagna il protocollo di intesa tra regione e università prevede i dipartimenti misti, cioè quelli che attraverso i propri organi svolgono contemporaneamente tre funzioni: didattica, ricerca e assistenza. In prima istanza soltanto l'università di Bologna ha firmato l'accordo di definizione dei dipartimenti misti.

La regolamentazione prevede che il direttore del dipartimento sia proposto dai responsabili di unità operative componenti il consiglio di dipartimento, che individuano una terna di tre nominativi, e che venga nominato d'intesa tra il direttore dell'azienda e il rettore. Questa è la regola per i dipartimenti misti; per quelli solo assistenziali l'intesa non è richiesta.

Noi abbiamo preferito partire subito almeno con i dipartimenti assistenziali affinché tutte le componenti, sia universitarie sia ospedaliere, cominciassero a collaborare. L'università di medicina di Parma non ha ancora istituito tutti i dipartimenti, quindi esiste un problema di formalizzazione dei dipartimenti stessi; dunque, onde evitare un'attesa troppo lunga, abbiamo preferito partire direttamente con un certo tipo di organizzazione. Pertanto abbiamo un consiglio di dipartimento, formato da tutti i direttori o primari, più una persona eletta in rappresentanza di ogni reparto, che - rispondendo alla domanda della senatrice Bernasconi - gode di autonomia per quanto riguarda la programmazione e la gestione *budgetaria*, ma non sostituisce l'attività di direzione delle singole unità operative e dei reparti, che mantengono la loro autonomia piena.

Noi abbiamo cercato di spostare sul dipartimento alcune delle funzioni della direzione sanitaria. Il dipartimento ha un ruolo di organizzazione e di gestione di tutte le funzioni comuni; stabilisce gli indirizzi e le priorità di azione relativi alle unità operative ed esercita un ruolo forte per quanto riguarda alcuni aspetti.

Ad esempio, nei dipartimenti chirurgici, che sono quelli che stanno andando meglio perché la necessità di condividere le risorse è più evidente nel caso delle sale operatorie, abbiamo deciso di gestire a livello di dipartimento i *day hospital* e le funzioni ambulatoriali proprio perché abbiamo

capito che realizzare strutture comuni a più dipartimenti era difficile dal punto di vista logistico, anche perché siamo in un ospedale a padiglioni.

Inoltre ci si scontrava con alcune realtà. Soprattutto era necessario distinguere la *day surgery* della chirurgia del tronco (che comprende il settore della chirurgia generale, toracico-vascolare, e altro) da quella del settore testa-collo, che comprende la neurochirurgia, l'otorino e il maxillo-facciale. Quindi abbiamo due *day surgery* perché fanno riferimento a due padiglioni diversi e c'è la necessità di gestirli separatamente.

Questi dipartimenti hanno quindi una forte autonomia e stanno dando buonissimi risultati dal punto di vista dell'organizzazione interna, anche se non tutti stanno procedendo con la stessa velocità.

Dicevo che i dipartimenti chirurgici hanno dimostrato maggior affiatamento, mentre i dipartimenti medici stanno evidenziando varie difficoltà proprio perché hanno modi diversi di lavorare. Nel nostro caso abbiamo anche registrato alcuni problemi di riorganizzazione, per esempio nel dipartimento materno-infantile, in quanto non esisteva una forte tradizione di lavoro comune; e inoltre un dipartimento misto che comprenda l'ostetricia, la ginecologia, la neonatologia, la pediatria (anzi due, una universitaria e una ospedaliera), la chirurgia pediatrica pone rilevanti problemi di integrazione, anche perché le varie unità sono dislocate in padiglioni diversi in fase di riorganizzazione o ristrutturazione.

L'altro problema è arrivare alla nomina del direttore di dipartimento, che, come ho detto, secondo la normativa, dovrebbe essere scelto fra una terna di nomi proposti dal consiglio di dipartimento, d'intesa con il rettore e il direttore dell'azienda. Questo è un passaggio non facile dal punto di vista dell'assetto operativo, anche se ritengo che non ci siano strade alternative. Sicuramente un apporto legislativo in questo settore potrebbe essere molto utile. L'attuazione della delega dell'articolo 6 della legge n. 419 del 1998 potrebbe costituire un buon aiuto da questo punto di vista.

La partecipazione del personale ospedaliero alla formazione e alla ricerca è sulla carta, nel senso che nel regolamento che abbiamo adottato con l'università è prevista la piena partecipazione, però di fatto non è sempre gestito al meglio e l'integrazione fra le due componenti non sempre funziona. Dipende molto dalle persone e dalle realtà dei vari dipartimenti.

Per quanto riguarda il tipo d'azienda che intendiamo delineare (se ad esempio aziende policlinico miste, e così via), credo che prima di tutto occorra indicare con chiarezza chi deve provvedere al ripiano dei *deficit* di queste aziende. Accettare fino in fondo la formula aziendale significa anche definire chi paga. Chiaramente, se paga anche l'università, è giusto fare delle aziende in cui ci sia una compartecipazione piena delle due componenti. Al contrario, se paga la regione, queste aziende devono essere della regione. Di conseguenza le responsabilità devono essere stabilite da accordi precisi tra l'università e la regione.

Dal punto di vista complessivo occorre prima di tutto fare una scelta di aziendalizzazione; poi, definire con chiarezza l'unicità del dipartimento. Il terzo aspetto è quello di sviluppare l'ospedale d'insegnamento. Anche i

provvedimenti che avete al vostro esame sono particolarmente significativi da questo punto di vista.

I comitati consultivi misti sono nominati secondo una delibera regionale, siamo già alla seconda tornata; sono presieduti da una espressione del volontariato; ci sono dentro alcuni operatori delle aziende, in particolare della direzione sanitaria e funzionano abbastanza bene, hanno orientato la loro attività ad una rilettura dell'organizzazione in sede di conferenza dei servizi svolta per dipartimento in cui la rappresentanza degli utenti ha avuto la possibilità di esprimere, sulla base anche della Carta dei servizi, la valutazione dei problemi che venivano posti sul dipartimento.

Anche nel nostro caso gli incentivi al personale sono legati al gradimento o, meglio, al non gradimento; nella scheda di valutazione di ogni dipendente c'è un preciso riferimento ai problemi che riguardano i rapporti con l'utenza a livello di reparto e di singolo operatore.

Credo quindi di aver offerto un quadro generale abbastanza chiaro. Poi eventualmente si può tornare sul problema della adeguatezza dei dipartimenti. Abbiamo seguito dei criteri che tengono conto delle caratteristiche delle patologie e degli apparati. Per alcuni dipartimenti che noi riteniamo strategici, come quello del cuore, che puntava soprattutto all'integrazione tra cardiocirurgia e cardiologia, abbiamo scelto di istituire un dipartimento con poche unità operative con l'obiettivo di costituire un dipartimento di terzo livello di riferimento per gli altri ospedali della regione. Per alcuni altri dipartimenti (geriatrico, riabilitativo, chirurgico) abbiamo scelto in relazione alla logistica e alla effettiva possibilità di condividere le risorse, ad esempio le sale operatorie.

Abbiamo poi fatto una scelta di buon senso e di condivisione sulla base degli indirizzi che ci ha dato la regione, che sono molto tassativi, come dimensionamento, rispetto alla soluzione dipartimentale.

Quindi ci sono 13 dipartimenti con 1.420 posti letto; credo che forse potremmo arrivare anche a superare uno o due di questi dipartimenti, ma in questa fase abbiamo preferito creare un dipartimento in più pur di avere l'accordo e la comprensione tra professionisti.

Un passo avanti, poi, è stato fatto con la conferenza dei referenti di dipartimento, una anticipazione - rispetto a quanto è previsto dal decreto delegato - sul collegio di direzione, cioè un forte strumento di coordinamento che noi convochiamo periodicamente, almeno una volta al mese, e che rappresenta quasi un consiglio d'amministrazione con il quale decidiamo e verifichiamo i programmi di sviluppo dell'azienda.

Per quanto riguarda la dicotomia in termini decisionali tra ospedale e università, chiaramente ci sono delle difficoltà. La presenza dell'università è uno dei fattori più critici del funzionamento della nostra azienda perché il processo decisionale a livello universitario è sempre molto laborioso e richiede tempi molto lunghi di decisione anche solo in merito alla distribuzione di alcuni locali o su aspetti abbastanza semplici. Di fronte alla necessità di anticipare alcune riorganizzazioni questo rappresenta un rallentamento.

Per quanto riguarda l'orientamento dei malati, esso avviene, da un lato, attraverso l'informazione e, dall'altro, attraverso una specializzazione di dipartimento. Anche noi abbiamo stipulato una convenzione ben precisa con l'IACP (Istituto autonomo per le case popolari) per sette appartamenti per i parenti dei malati, gestiti dai nostri assistenti sociali. È un elemento fondamentale per permettere ai parenti dei malati di essere vicini ai loro cari. Il sistema di orientamento dei malati, quindi, è fondamentalmente legato al rapporto e alla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici che stiamo portando avanti come azienda con incontri specifici con i medici di famiglia. Si tratta dell'unico vero passaggio che può permetterci di arrivare a dei risultati.

Noi crediamo che la Carta dei servizi rappresenti uno strumento fondamentale di comunicazione di qualità, e abbiamo avuto modo di verificarlo pienamente. Il problema è che, come tutti gli ospedali, anche noi siamo continuamente travolti dalla *routine* dell'emergenza e dalla necessità di dare delle risposte contingenti.

Pertanto, in relazione alle precise domande rivolte dal Presidente, che sono fondamentali dal punto di vista specifico della materia su cui ci avete chiesto un parere, come la riorganizzazione degli orari dei pasti, la tutela delle libertà religiose, questi sono oggetto di programmi non sempre organici; vi sono alcune difficoltà e si procede a piccoli passi, ma con piccole attenzioni e senza pretendere risultati grandiosi. Devo essere chiaro ed esplicito perché, nonostante l'impegno, abbiamo ancora molto margine di miglioramento.

Per quanto riguarda le informazioni, utilizziamo i questionari: ad ogni malato ricoverato viene data una carta di presentazione, come diceva il collega Braga; poi raccogliamo i questionari, reparto per reparto, unitamente ad eventuali reclami che noi verifichiamo, cercando di intervenire in merito.

Purtroppo il contenzioso sta aumentando: stiamo vivendo una situazione molto pesante a causa delle assicurazioni. C'è stata la disdetta delle assicurazioni: è un grande problema su cui richiamo la vostra attenzione. Vale la pena di valutare se non possa essere lo Stato, a questo punto, a fare un'assicurazione diretta. Siamo passati da una assicurazione del cinque per mille (ci sono state due gare: la prima deserta, la seconda vinta da una compagnia tedesca) al diciassette per mille, cioè da 800 milioni annui a 2 miliardi e 700 milioni. Il problema delle assicurazioni sta diventando enorme: mentre l'assicurazione precedente aveva rinunciato spontaneamente alla rivalsa, le nuove assicurazioni non rinunciano più alla rivalsa per colpa grave. Abbiamo dei problemi, soprattutto con gli anestesisti che minacciano di rifiutarsi di utilizzare alcune attrezzature che hanno una certa età e che pongono problemi seri in merito all'aspetto assicurativo. Inoltre, la giurisprudenza non riconosce più la colpa lieve, ma riconosce in misura sempre maggiore la colpa grave per cui le assicurazioni, avendo questa possibilità di rivalsa, aspettano l'esito della giustizia penale per poi pagare. Si sta creando un circolo vizioso tra interessi dell'assicurazione in contrasto con quelli dell'amministrazione che mettono in gravi

difficoltà anche gli operatori. Credo che questo sia un problema da risolvere urgentemente, su cui siamo chiamati, con qualche difficoltà, ad arroccarci.

L'informazione è stata data attraverso i mezzi di comunicazione locali. In merito ai criteri che regolano l'accesso alle prestazioni, abbiamo assunto una delibera che stabilisce il termine di 30-60 giorni. I criteri sull'uso delle prestazioni, anche qualora non vi siano state prenotazioni, sono abbastanza chiari. Benché il pagamento dei *ticket* sia seguito il più possibile, vi è una forte elusione. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione a domicilio, supportiamo l'attività dell'azienda sanitaria locale in particolare con la terapia antalgica.

BRAGA. Signor Presidente, su alcuni punti sarò molto schematico, visto che molti chiarimenti – il cui contenuto condivido pienamente – sono stati già dati dal dottor Giorgi.

Sull'appropriatezza dei ricoveri concordo con quanto il collega ha specificato. Fondamentali sono i controlli che devono essere esercitati all'interno dell'azienda e all'esterno da parte delle ASL che pagano le prestazioni sia di ricovero sia di *day hospital*.

Il sistema della tariffazione comporta che ogni azienda si doti di un ufficio qualificato in grado di effettuare i controlli delle attività svolte dalle semistrutture. Per noi è stato un lavoro improbo creare un *know-how* dal punto di vista della formazione ma, laddove individuiamo dall'interno elementi di correzione, cerchiamo di far ricadere nell'ambito degli incentivi la perdita che l'azienda subisce in caso di prestazioni tagliate dall'esterno. Ne consegue un autocontrollo molto forte, se si tiene conto che il sistema americano spende il 20 per cento delle assicurazioni (che noi criticiamo) proprio per effettuare questo genere di controlli.

Gli incentivi sono parametrati su volumi di attività, sulla base di indicatori oggettivi, quantificabili e di qualità: non possono esistere margini di discrezionalità perché altrimenti un sistema del genere sarebbe ingestibile.

In questa seconda fase abbiamo affidato ai responsabili delle strutture il compito di diversificare i medici e il personale infermieristico ed attribuito un *budget* ai responsabili di struttura per organizzare tutto il resto.

Altri meccanismi d'incentivazione, oltre a quelli economici già citati, sono l'informazione, la formazione e l'aggiornamento, autorizzando la partecipazione all'estero a convegni e a *meeting* importanti e fornendo attrezzature, apparecchiature e personale laddove i reparti ne fanno richiesta.

Senatore De Anna, l'università è un problema enorme che non si può risolvere in pochi minuti. Schematicamente l'interrogativo da porsi è il seguente: è necessario creare un'altra struttura, un'altra organizzazione, un'altra azienda o vale la pena verificare quello che non funziona nelle attuali aziende per apportare le correzioni necessarie?

Ovviamente, se si è in presenza di aziende miste, gli ospedalieri devono sforzarsi di capire le problematiche universitarie per orientarsi di conseguenza. È poi importante che la ricerca sia applicata e condotta se-

riamente: nelle nostre strutture, laddove si fa migliore ricerca, vi è anche migliore assistenza. Gli ospedalieri dovrebbero partecipare alla ricerca, orientando, nel contempo, in senso assistenziale le università. Questi sono gli obiettivi che tutti dovremmo cercare di conseguire.

Non è necessario creare una nuova entità; si dovrebbe invece lavorare sull'esistente e soprattutto sulle leggi vigenti. La normativa concernente il sistema sanitario oggi non si coniuga bene con la disciplina universitaria che è piuttosto arretrata. Il sistema di selezione del personale, i passaggi di qualifica e i criteri di inquadramento vanno riconsiderati; non è pensabile che un direttore sanitario per deliberare una spesa di 10 milioni di lire debba sentire il consiglio di facoltà e il senato accademico. Come sottolineava il collega Giorgi, infatti, quando un direttore sanitario deve deliberare, ad esempio, una spesa di 10 milioni, deve confrontarsi con l'università, riscontrando la pesantezza delle lungaggini burocratiche, derivanti dal fatto che bisogna consultare il consiglio di facoltà, il senato accademico, il consiglio di amministrazione e infine il rettore.

I decreti legislativi nn. 502 del 1992 e 517 del 1993, in particolare il primo per quanto concerne la sanità e il secondo per l'università, andrebbero aggiornati prima di pensare alla creazione di nuove strutture.

Le case di accoglienza non sono gestite dall'azienda sanitaria perché non è una nostra missione gestire alberghi o strutture del genere. Questa attività è gestita dalle organizzazioni di volontariato che hanno in questo campo una lunga tradizione.

Abbiamo partecipato ad iniziative volte alla raccolta di risorse da destinare alla creazione di nuove strutture di accoglienza, ma la loro realizzazione è completamente affidata all'esterno.

Non abbiamo ancora realizzato materialmente l'*hospice*, ma i lavori dovrebbero essere ultimati entro l'anno. Tuttavia, abbiamo chiari gli obiettivi: realizzare una struttura che accolga tutti i pazienti terminali che non possono essere accolti dalle famiglie. Non vogliamo surrogare le famiglie: l'*hospice* deve essere una struttura che interviene laddove la famiglia non può intervenire. L'azienda sanitaria comunque si sta occupando dell'assistenza domiciliare non all'interno dell'ospedale, ma in una struttura esterna inserita in un contesto di servizi di cui è essa stessa responsabile.

Questo tipo di gestione non avviene all'interno dell'ospedale, anche perché al momento sono avviati una trentina di cantieri e non vi è spazio per realizzare strutture da destinare a tale scopo; rientrano comunque in RSA (residenze sanitarie assistite), ossia in strutture finalizzate a questo tipo di problematica.

Vorrei rispondere infine molto brevemente ad una domanda del presidente Tomassini. Fino a poco tempo fa l'ospedale era organizzato in funzione degli operatori, dagli orari dei pasti (aberranti, perché i degenti pranzavano alle 11 di mattina e cenavano alle 17,30 del pomeriggio) ai parcheggi; ora l'intera organizzazione deve essere rivolta agli utenti ed è questo lo sforzo che stiamo compiendo.

Come sottolineava il dottor Giorgi, questo non è un obiettivo facilmente perseguibile. Si è constatato che i reclami sono drasticamente calati

ricorrendo anche a piccole iniziative come, ad esempio, l'installazione presso il CUP (Centro unico di prenotazione) di una segreteria telefonica, che interviene in caso di linee telefoniche intasate, che invita l'utente a lasciare un recapito telefonico presso il quale sarà al più presto richiamato; iniziative del genere danno all'utente la percezione dello sforzo della struttura ospedaliera a dare una risposta rapida.

In merito alla comunicazione, l'ordinamento e la normativa non sono stati, a mio giudizio, graditi dal personale. Tuttavia, aziende di enormi dimensioni, come la mia e altre, hanno dovuto dotarsi di una sorta di ufficio stampa (organizzandoci in qualche modo, visto che il nostro ordinamento non prevede organismi di questo tipo) per stabilire un rapporto di parità con gli organi di stampa e contrastare i mezzi di comunicazione che spesso vogliono cogliere soltanto gli elementi di malasana, esaltando in maniera scorretta determinati episodi.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente il dottor Giorgi e il dottor Braga per la ricchezza delle informazioni che ci hanno fornito.

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

I lavori terminano alle ore 16,30.