

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

Doc. XXII-bis
n. 1

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

RELAZIONE CONCLUSIVA SULL'ATTIVITÀ DELLA COMMISSIONE

Relatore sen. ENRICO PIANETTA

*Approvata dalla Commissione nella seduta
del 27 febbraio 2001*

(FOTOGRAFATA)

I N D I C E

1. Ragioni istitutive, composizione, attività	<i>Pag.</i>	5
2. Le liste di attesa	»	9
3. Le strutture sanitarie incompiute o non funzionanti	»	12
4. I rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università . .	»	15
5. Le emergenze e la sicurezza delle strutture sanitarie . . .	»	18
6. Lo stato di attuazione dei servizi di emergenza	»	23
7. La responsabilizzazione gestionale nelle aziende sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere	»	26
8. Il funzionamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con particolare riferimento allo stato del processo di aziendalizzazione.	»	29
9. Il funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico	»	33
10. Lo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela	»	35
11. Lo stato di attuazione dei Dipartimenti di prevenzione . .	»	38
12. L'organizzazione della rete dei servizi di rianimazione sul territorio nel quadro della tematica sui trapianti	»	41
13. Il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nelle isole minori e nelle aree territorialmente disagiate.	»	44
14. Conclusioni	»	46

1. Ragioni istitutive, composizione, attività

La Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario è stata istituita dal Senato della Repubblica con deliberazione dell'Assemblea (relatore il senatore Monteleone), adottata il 3 aprile 1997, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione e dell'articolo 162 del Regolamento del Senato.

L'articolo 1 della deliberazione istitutiva definisce l'ambito dell'inchiesta parlamentare, attribuendo alla Commissione il compito di acquisire tutti gli elementi conoscitivi relativi alle condizioni sanitarie, organizzative ed economiche, nonché ai modelli produttivi delle strutture sanitarie pubbliche e private di ricovero o di degenza, e di verificare l'attuazione della normativa in materia.

Il medesimo articolo, al comma 2, stabilisce che la Commissione acquisisca tutta la documentazione prodotta o raccolta nella XII legislatura dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie. In effetti proprio l'opportunità, unanimemente riconosciuta dalle forze parlamentari, di non disperdere tale patrimonio documentale e di riprendere e continuare il lavoro di indagine avviato dalla prima Commissione d'inchiesta, e non portato a termine a causa dell'anticipata conclusione della legislatura, rappresenta la ragione istitutiva fondamentale della Commissione.

L'articolo 2 della deliberazione, inoltre, precisa i compiti affidati all'inchiesta parlamentare, facendo riferimento alle problematiche concernenti l'accesso alle strutture e ai servizi sanitari e il relativo funzionamento, ed elencando puntualmente una serie di aspetti di cui l'organo inquirente deve tener conto nello svolgimento delle indagini.

Il Presidente del Senato – ai sensi dell'articolo 4 della deliberazione istitutiva – ha chiamato il senatore Antonio TOMASSINI a presiedere la Commissione e a farne parte i senatori Ferdinando DI ORIO, Antonino MONTELEONE, Giancarlo ZILIO, Maurizio RONCONI, Anna Maria BERNASCONI, Francesco BORTOLOTTI, Giovanni BRUNI, Fulvio CAMERINI, Carla CASTELLANI, Maria Grazia DANIELE GALDI, Dino DE ANNA, Baldassare LAURIA, Severino LAVAGNINI, Luigi MARINO, Valerio MIGNONE, Bruno NAPOLI, Andrea PAPINI, Enrico PIANETTA, Fiorello PROVERA e Giovanni SARACCO.

A seguito delle dimissioni presentate dal senatore Tomassini, il 17 gennaio 2000 il Presidente del Senato ha nominato presidente della Com-

missione il senatore Enrico Pianetta. Il senatore Lavagnini è stato sostituito il 25 gennaio 2000 dal senatore Antonio Michele MONTAGNINO; il senatore Provera è stato sostituito il 4 febbraio 2000 dal senatore Francesco TIRELLI; il senatore Ronconi ha terminato il mandato parlamentare il 15 giugno 2000 a seguito di dimissioni.

Il termine dei lavori della Commissione, inizialmente stabilito in due anni dalla data della prima seduta (tenutasi il 24 giugno 1997), è stato prorogato una prima volta al 24 giugno 2000 e poi fino alla conclusione della XIII legislatura.

Nella consapevolezza della complessità delle inchieste da svolgere, la Commissione ha stabilito, all'inizio della propria attività, di articolare i lavori nelle seguenti cinque aree, molte delle quali comprendenti più temi:

1 - Prosecuzione delle indagini avviate nella XII legislatura sui seguenti temi:

- a) liste di attesa;
- b) strutture sanitarie incompiute o non funzionanti;
- c) rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università.

2 - Le emergenze e la sicurezza delle strutture sanitarie, relativamente ai temi:

- a) camere iperbariche (Istituto Galeazzi di Milano);
- b) casi di epatite nel reparto di ematologia dell'ospedale San Salvatore di Pesaro;
- c) servizi sanitari nelle zone terremotate delle Marche e dell'Umbria;
- d) servizi sanitari nelle zone colpite da alluvione (Sarno).

3 - Area della gestione:

- a) verifica dei meccanismi di responsabilizzazione gestionale nelle aziende unità sanitarie locali;
- b) verifica del funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con particolare riferimento al processo di aziendalizzazione;
- c) funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS).

4 - Area delle cure:

- a) stato di attuazione dei servizi di emergenza (118);
- b) verifica di rendimento e qualità della medicina generale.

5 - Area delle garanzie:

Stato di attuazione della Carta di servizi e degli altri strumenti di tutela.

Va tenuto presente poi che nel corso della legislatura sono intervenute profonde riforme normative del settore sanitario - basti ricordare la

legge di delega n. 419 del 1998 con i conseguenti decreti legislativi n. 229 e n. 517 del 1999 e la legge n. 91 del 1999 - che hanno incisivamente modificato il Servizio sanitario nazionale, comportando esigenze di verifica ulteriori rispetto a quelle inizialmente affidate alla Commissione dalla deliberazione istitutiva.

La Commissione ha pertanto deliberato, anche in considerazione di tali rilevanti riforme normative, di svolgere ulteriori inchieste concernenti:

- a) lo stato di attuazione dei Dipartimenti di prevenzione;
- b) l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale nelle isole minori e nelle aree territorialmente disagiate;
- c) l'organizzazione della rete dei servizi di rianimazione anche in relazione all'attuazione della legge 1° aprile 1999, n. 91, di riforma della disciplina in tema donazione e trapianto di organi e tessuti.

Per lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali la Commissione ha attivato, ai sensi dell'articolo 7 della citata deliberazione, alcuni rapporti di collaborazione esterna, nell'ambito dei quali ha provveduto anche a munirsi di un proprio nucleo di Polizia giudiziaria.

Ai fini di una migliore operatività, l'organo inquirente ha poi provveduto a nominare fra i suoi componenti un relatore per ciascun filone d'inchiesta.

Le indagini si sono sviluppate sia attraverso audizioni di esperti e di responsabili sanitari ed amministrativi, sia mediante sopralluoghi presso strutture sanitarie effettuati da delegazioni della Commissione, sia, infine, attraverso l'acquisizione di un'ingente mole di documentazione. A tale ultimo riguardo si è spesso fatto ricorso allo strumento del questionario, inteso come pacchetto di domande mirate, a risposta necessariamente concisa, indirizzato alle aziende e strutture sanitarie, ed in qualche caso alle Regioni, allo scopo di raccogliere elementi informativi che consentissero di tracciare un quadro il più possibile completo ed aggiornato di un determinato oggetto di indagine.

Nel complesso sono state svolte 83 audizioni in sede plenaria, mentre delegazioni della Commissione hanno effettuato 64 missioni fuori sede, nel corso delle quali sono state ispezionate circa 200 strutture sanitarie e sono state svolte un ragguardevole numero di ulteriori audizioni.

Rispetto al cospicuo numero ed alla complessità dei filoni di indagine attivati, i risultati conseguiti dalla Commissione in termini di inchieste portate a compimento possono dirsi ampiamente positivi.

Infatti, tutti i filoni di inchiesta sopra elencati sono stati conclusi con l'approvazione di specifiche relazioni, ad eccezione solo dell'inchiesta concernente la verifica di rendimento e qualità della medicina generale che, per ragioni di tempo, non è stato possibile realizzare. Inoltre, i filoni di inchiesta più complessi hanno visto l'approvazione, oltre che di una relazione finale, di circa 40 relazioni preliminari connesse allo svolgimento di sopralluoghi.

Mentre i successivi capitoli di questa relazione si soffermeranno sui singoli filoni di indagine, dei quali verranno posti in rilievo le modalità operative e i risultati più significativi, il capitolo conclusivo svolgerà una valutazione di ordine generale del lavoro compiuto dalla Commissione.

Si rinvia invece alle relazioni approvate nell'ambito dei diversi filoni per una illustrazione più dettagliata e completa dei risultati delle inchieste svolte e dei singoli sopralluoghi effettuati.

2. Le liste di attesa

L'inchiesta della Commissione, coordinata dal senatore Fulvio CAMERINI, ha preso le mosse da una ricognizione degli elementi acquisiti, nella scorsa legislatura, dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie: quest'ultima aveva incaricato un gruppo di lavoro di consulenti esterni, che nel marzo 1996 presentarono un rapporto preliminare sulla situazione delle liste di attesa in Italia.

La presente Commissione ha pertanto proceduto all'audizione di dottor Mario BRAGA e del dottor Francesco TARONI, estensori del rapporto preliminare appena citato; sempre in sede di audizione sono poi stati ascoltati l'ingegner Raul RAGAZZONI, consulente capo del progetto di riorganizzazione del Centro unico prenotazioni (CUP) dell'azienda sanitaria locale di Modena, e il dottor Claudio VAGNINI, responsabile del CUP della stessa Asl.

Il senatore Camerini ha quindi elaborato una relazione - i cui contenuti sono di seguito riassunti - che la Commissione ha approvato il 15 luglio 1999.

Occorre premettere che il costante aumento delle liste di attesa, sia per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, sia per i ricoveri ospedalieri, è fenomeno conosciuto in tutti i Paesi avanzati ed è evidentemente legato ad un incremento della domanda di prestazioni e servizi sanitari.

Il punto di riferimento essenziale in relazione alla legislazione vigente è dato dal decreto del Presidente della Repubblica n. 124 del 29 aprile 1998 che prevede che le Regioni disciplinino i criteri secondo cui i direttori generali delle aziende sanitarie determinano il tempo massimo che può intercorrere tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni. In caso di inadempimento sono previste diffide per le Regioni e "idonee misure" per i direttori generali; sul versante delle proposte, si dispone di aumentare i tempi di utilizzo delle apparecchiature e delle strutture e di ricorrere all'erogazione di prestazioni in regime di libera professione intramuraria.

Al 28 ottobre 1998, peraltro, solo 12 Regioni avevano ottemperato a tali disposizioni.

L'indagine compiuta nella XII legislatura dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie si riferiva ad un campione assai ristretto di ospedali pubblici e privati e aveva ad oggetto solo le liste di

attesa per i ricoveri. All'esito degli accertamenti all'epoca compiuti è emerso che:

– le liste di attesa non vengono sottoposte a verifiche periodiche, il che mette in questione l'utilità stessa di tale strumento, risultando ad esempio ignoto il numero delle persone che escono dalle liste di attesa per ragioni diverse dall'erogazione della prestazione;

– i tempi di attesa sembrano maggiori nelle strutture pubbliche rispetto alle strutture private;

– i tempi di attesa sembrano maggiori nel Nord rispetto al Centro-Sud, probabilmente per la maggiore capacità di attrazione degli ospedali del Nord.

Si tratta tuttavia di risultati parziali, che non consentono una soddisfacente comprensione del fenomeno e che è necessario comunque sottoporre a verifica.

Per quanto concerne l'attuazione del citato decreto n. 124 del 1998, l'indagine dell'attuale Commissione ha appurato che nelle Regioni che si sono attivate le aziende sanitarie hanno per lo più definito i tempi massimi di attesa per categorie di prestazioni, qualificate secondo l'urgenza (urgenti, urgenti differibili, programmabili) e la tipologia.

Le soluzioni organizzative sono state di tre tipi:

1) governo della domanda, attraverso l'elaborazione di linee guida per i medici di medicina generale e i medici specialisti;

2) razionalizzazione dell'offerta, attraverso la selezione di priorità ed il pieno utilizzo delle dotazioni strumentali;

3) incentivazione del personale, attraverso forme di remunerazione legate al risultato e l'espansione della libera professione.

Dall'esperienza di alcune realtà all'avanguardia (Emilia-Romagna) è emersa l'importanza dell'istituzione presso le aziende dei Centri di servizi ambulatoriali (CAS) con compiti di coordinamento dei diversi ambulatori, di programmazione degli accessi, di comunicazione delle richieste urgenti, e dei Centri unici di prenotazione (CUP) con compiti di raccolta e gestione attiva delle prenotazioni.

Sulla base degli elementi raccolti, la relazione approvata dalla Commissione sottolinea, in chiave propositiva, in primo luogo l'esigenza di distinguere due settori:

– le visite specialistiche e le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio;

– i ricoveri ordinari ed in regime diurno.

Dovrebbero quindi essere avviate iniziative di monitoraggio in entrambi i settori: ciò soprattutto al fine di precisare la tipologia delle prestazioni richieste per le quali si creano le liste di attesa e di individuare i problemi organizzativi connessi ad una maggiore erogazione di prestazioni.

Per quanto concerne il Ministero della sanità, appare utile individuare una specifica struttura che raccolga i dati relativi alle singole Regioni, nonché istituire (sulla scorta dell'esperienza inglese) un registro delle principali situazioni regionali, al fine di monitorare il fenomeno e prestare il necessario supporto alle Regioni.

Dal canto loro, le Regioni dovrebbero procedere ad un'analisi dei diversi elementi organizzativi chiamati in causa: l'istituzione dei dipartimenti, l'avvio delle attività di *day hospital* e di *day surgery*, le dotazioni strumentali e tecnologiche, l'informatizzazione delle strutture con specifico riguardo alle liste di attesa, la dotazione di personale e l'effettivo avvio della libera professione intramuraria.

Elementi comuni delle varie iniziative dovrebbero comunque essere:

- a) una maggiore partecipazione del medico di medicina generale, soprattutto per una prima valutazione dei tempi di attesa (per visite specialistiche o accertamenti diagnostici) compatibili con lo stato del paziente;
- b) un maggior coinvolgimento del settore privato accreditato, per l'erogazione di visite specialistiche o per ricoveri per patologie minori;
- c) l'incremento delle attività di *day surgery* e di *day hospital*, al fine di contenere il numero dei ricoveri ospedalieri.

3. Le strutture sanitarie incompiute o non funzionanti

Anche questo filone di inchiesta ha rappresentato la continuazione e lo sviluppo dell'indagine avviata nella precedente legislatura dalla Commissione di inchiesta sulle strutture sanitarie all'epoca presieduta dal senatore Valentino Martelli.

Al senatore Ferdinando DI ORIO, già relatore su tale argomento nella Commissione Martelli, è stato affidato il coordinamento dell'inchiesta che si è sviluppata attraverso lo svolgimento di sopralluoghi nei cantieri e nei presidi interessati e l'acquisizione di materiale documentale di interesse.

In un arco temporale compreso fra il 1° dicembre 1997 e il 14 febbraio 2000 una delegazione della Commissione ha ispezionato complessivamente 148 strutture sanitarie ubicate in 15 Regioni ed 1 Provincia autonoma.

Della delegazione ha sempre fatto parte (salvo un caso) il senatore Di Orio, mentre si sono alternati i senatori Tomassini, Pianetta, Carla Castellani, Mignone, Monteleone e Provera.

In assenza di riferimenti nazionali che consentissero di registrare le strutture ospedaliere con caratteristiche di incompiutezza, l'individuazione è stata effettuata sia considerando le situazioni già oggetto d'intervento della Commissione di inchiesta operante nella passata legislatura, sia attingendo da dati provenienti dalle Regioni, sia su segnalazioni pervenute alla Commissione da altre fonti.

Nel corso delle visite è stata acquisita una documentazione fotografica e sono stati raccolti dati relativi alle opere interessate secondo uno schema volto a rilevare il tipo di intervento (costruzione *ex novo*, ampliamento, ristrutturazione, altra tipologia), le caratteristiche del presidio (ospedale generale, ospedale specializzato, residenza sanitaria assistenziale, distretto, altro, eventuale uso non sanitario) sia come previsto in fase di progettazione iniziale che ad oggi, il numero dei posti letto inizialmente previsto e ad oggi, l'anno di progettazione e dell'inizio dei lavori, l'anno dell'eventuale attivazione parziale e totale, l'anno della prevista attivazione totale, il costo inizialmente previsto secondo il primo progetto generale, le risorse economiche sinora impiegate e le eventuali ulteriori risorse necessarie all'attivazione specificando la totale o parziale disponibilità, o la non disponibilità delle stesse.

È stato poi determinato il costo per posto letto differenziato in attuale (risorse ad oggi impiegate diviso per il numero dei posti letto attualmente previsti) e finale (risorse già impiegate più quelle ulteriori eventualmente necessarie al completamento diviso per il numero dei posti letto attualmente previsti).

Per le ispezioni effettuate nel 1997 e 1998 è stata richiesta successivamente documentazione integrativa ed aggiornata che segnalasse eventuali modificazioni dello stato evidenziato al momento del sopralluogo.

I dati acquisiti sono stati comparati con le risultanze dell'indagine condotta dal Nucleo ispettivo degli investimenti pubblici del Ministero del bilancio e della programmazione economica relativa al programma pluriennale di interventi nel settore sanitario (articolo 20 della legge n. 67 dell'11 marzo 1988) aggiornata al 30 giugno 1998, nonché con le informazioni raccolte nel corso di incontri tecnici con le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Puglia e Sardegna dal Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità e pervenute alla Commissione di inchiesta nell'ottobre 1999.

I sopralluoghi presso strutture ubicate nella stessa Regione sono stati oggetto di specifiche relazioni preliminari, separatamente approvate dalla Commissione e confluite poi nella relazione finale approvata dalla Commissione nella seduta del 14 giugno 2000.

L'entità e la gravità del fenomeno accertato hanno ampiamente giustificato il notevole impegno profuso dalla Commissione. Sono state infatti censite ben 134 strutture incompiute (sulla base di una definizione che considera come incompiuta una struttura non in grado di essere attivata oppure che per il suo completamento ed attivazione abbia richiesto un lasso di tempo eccessivamente dilatato). Tali strutture sono ubicate in gran parte nel Mezzogiorno e, al giugno 2000, circa la metà doveva essere ancora ultimata; per alcune di esse, inoltre, l'attivazione non avverrà mai, destinate come sono inesorabilmente all'abbandono e al degrado. Occorre aggiungere che, proprio a causa dell'abnorme durata dei lavori di costruzione, molte delle strutture in oggetto soffriranno del paradosso per cui quando saranno finalmente attivate risulteranno già obsolete, non rispondenti ai mutati parametri dell'assistenza ospedaliera e di difficilissima gestione soprattutto dal punto di vista economico.

È facile immaginare l'ingente danno economico che ne è derivato per l'erario, ammontante, secondo una stima approssimativa, a circa 20.000 miliardi di lire.

La relazione pone in luce come il fenomeno degli ospedali incompiuti, tranne alcune situazioni marginali, si sia sviluppato soprattutto nelle Regioni meridionali nel periodo intercorrente tra l'istituzione delle Regioni e quella del Servizio sanitario nazionale. In questo contesto, l'indubbia esigenza di provvedere all'ammodernamento del patrimonio ospedaliero, in gran parte vetusto, ha purtroppo trovato attuazione in assenza di un quadro programmatorio definito e coordinato. Si è così verificato il proliferare di iniziative spesso di carattere meramente localistico, in base alle quali è stato dato avvio alla costruzione *ex novo* o all'ampliamento di un gran numero di presidi ospedalieri, i cui lavori si sono protratti per decenni con numerose sospensioni determinate dall'esaurimento dei fondi inizialmente stanziati, da variazioni progettuali, da contenziosi con le ditte appaltatrici, da lentezze burocratiche e da indecisioni politiche.

L'inchiesta, nel porre un punto fermo per quanto concerne la conoscenza storica del fenomeno, si è anche proposta di ricavare da tale negativa esperienza indicazioni utili al fine di evitare il ripetersi in futuro di analoghi errori, tra le cui conseguenze più gravi sono comprese la frustrazione dei bisogni di salute dei cittadini e il diffondersi di un sentimento di sfiducia nei confronti delle istituzioni.

Imprescindibili criteri di buona amministrazione da seguire nella realizzazione di nuove strutture, validi peraltro non solo in ambito sanitario, appaiono la corretta individuazione degli obiettivi di assistenza nei piani di programmazione sanitaria delle Regioni, l'elaborazione di progetti puntuali per quanto riguarda la previsione delle fasi di realizzazione dell'opera e dei tempi di consegna, la precisa definizione del piano di finanziamento e la garanzia della disponibilità delle risorse.

Per quanto riguarda soprattutto il primo di questi criteri, quello cioè relativo al piano di programmazione sanitaria regionale, va osservato che negli ultimi anni i margini dell'esercizio della discrezionalità da parte delle Regioni si sono fatti più stretti in seguito alla determinazione dell'indice dei posti letto per abitante e del tasso di occupazione dei posti letto, nonché alla ristrutturazione della rete ospedaliera nazionale avviata con le ultime manovre finanziarie.

Ciò ha comportato un obbligato ridimensionamento della rete ospedaliera che oggi si colloca, come dato generale, vicina al 5,5 per mille abitanti in quanto a numero dei posti letto, sia pure con uno sbilanciamento verso il settore delle acuzie, mentre permane ancora elevato il tasso di ospedalizzazione.

Per quanto riguarda il secondo criterio auspicato, quello relativo alla necessità di piani finanziari coerenti ed adeguati alle opere, si deve sottolineare che oggi, anche in rapporto al finanziamento della seconda fase del piano edilizio di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, la velocizzazione delle procedure ed una migliorata capacità gestionale delle opere da parte delle Regioni stanno consentendo risultati un tempo insperati, sia nell'utilizzo delle risorse disponibili che nell'accelerazione dei tempi di completamento.

La relazione contiene inoltre una serie di tabelle, che offrono un quadro sinottico dei dati informativi acquisiti, riguardanti anche le opere ancora non concluse, le relative previsioni di conclusione e i costi dei singoli interventi; la relazione è altresì corredata da una documentazione fotografica relativa alle varie strutture ispezionate, che costituisce una documentazione concreta, e per certi versi agghiacciante, dell'ingente sperpero di pubblico denaro perpetrato e delle inefficienze politiche e amministrative che ne sono state la causa.

4. I rapporti tra Servizio sanitario nazionale e Università

Questo filone di indagine si pone in linea di continuità con gli accertamenti avviati, nella XII legislatura, dalla Commissione parlamentare di inchiesta sulle strutture sanitarie, la quale aveva avuto modo di verificare la notevole differenziazione esistente fra i vari policlinici universitari non solo in ragione del modello di gestione prescelto (gestione diretta, indiretta o mista), ma anche all'interno del medesimo modello gestionale.

La materia ha conosciuto una recente riforma normativa a seguito dell'emanazione del decreto legislativo n. 517 del 1999, attuativo della legge di delega n. 419 del 1998. L'articolo 1 del citato decreto prevede che l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università sia determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurare la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli di intesa stipulati dalla Regione con le Università ubicate nel proprio territorio. I protocolli di intesa sono stipulati in conformità ad apposite linee guida contenute in atti di indirizzo e coordinamento emanati su proposta dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

L'articolo 2 del decreto legislativo n. 517 del 1999 dispone poi che la collaborazione tra Servizio sanitario nazionale ed Università si realizzi attraverso aziende ospedaliero-universitarie di nuova istituzione, salva la possibilità di utilizzare altre strutture pubbliche oppure, in via subordinata, strutture assistenziali private accreditate in caso di indisponibilità di adeguati spazi nell'ambito dell'azienda di riferimento. Per un periodo transitorio di quattro anni, tali aziende ospedaliero-universitarie si articolano in due tipologie rappresentative: aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta e aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina anche operanti in strutture di pertinenza dell'Università. Al termine del quadriennio di sperimentazione, è prevista l'adozione di un modello aziendale unico di azienda ospedaliero-universitaria.

Con riferimento a tale quadro normativo, l'inchiesta della Commissione, coordinata dal senatore Ferdinando DI ORIO, si è svolta in due fasi. Nella prima (precedente all'emanazione del decreto legislativo n. 517 del 1999) è stata svolta, in sede di Commissione, una nutrita serie di audizioni. Sono stati ascoltati: il professor Luciano GUERZONI, sottosegretario di Stato per il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica; il dottor Aldo PAGNI, presidente della federazione na-

zionale ordine dei medici; il dottor Serafino ZUCCHELLI, vice segretario nazionale dell'associazione nazionale aiuti assistenti ospedalieri; il dottor Carlo SIZIA, presidente nazionale della confederazione italiana medici ospedalieri; il dottor Enrico BOLLERO, segretario nazionale dell'associazione ANAAO-ASSOMED; il professor Raffaele PERRONE DONNORSO, presidente dell'associazione nazionale primari ospedalieri; il dottor Gianfranco FERRARO, responsabile nazionale del settore ospedaliero del sindacato nazionale autonomo medici italiani (SNAMI); il dottor Mario FALCONI, segretario nazionale della federazione italiana medici di famiglia (FIMMG); il dottor Giuseppe GARAFFO, segretario nazionale della CISL-medici; il dottor Mimmo COLIMBERTI, segretario nazionale della CGIL-medici; il professor Antonio CHIANTERA, segretario nazionale della associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI-FESMES); il dottor Giorgio VITTORI, rappresentante dell'associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI-FESMES); il dottor Oreste CUOMO, rappresentante dell'associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani (AOGOI-FESMES); la dottoressa Alessandra DI TULLIO, rappresentante della associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani (AAROI); il professor Sandro URBANETTI, vice segretario nazionale della UIL-medici; la dottoressa Elisabetta SEVERA, segretario nazionale della federazione nazionale area medica (FNAM); il professor Angelo BALESTRIERI, presidente della conferenza dei presidi delle facoltà di medicina; il professor Francesco Maria AVATO, preside della facoltà di medicina della Università di Ferrara; il professor Giulio ROSATI, preside della facoltà di medicina dell'Università di Sassari; il professor Almerico NOVARINI, preside della facoltà di medicina dell'Università di Parma; il professor Giuseppe TRIDENTE, preside della facoltà di medicina dell'università di Verona; il professor Piero TOSI, rettore dell'Università di Siena.

Uno specifico approfondimento ha avuto ad oggetto la situazione del policlinico Umberto I di Roma, anche a seguito di alcuni casi di infezione verificatisi nel reparto di ginecologia. Su mandato della Commissione, l'Ufficio di presidenza ha proceduto, in tale ambito, all'audizione del dottor Gianfranco AMENDOLA, sostituto procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Roma; del dottor Riccardo FATARELLA, amministratore straordinario dell'azienda policlinico Umberto I; del dottor Stefano CENCETTI, direttore sanitario dell'azienda policlinico Umberto I; del professor Giuseppe D'ASCENZO, rettore dell'Università La Sapienza di Roma.

Nella seconda fase dell'inchiesta una delegazione della Commissione, composta dai senatori Di Orio e Monteleone, ha effettuato una serie di sopralluoghi presso policlinici universitari. Nel corso di ciascun sopralluogo è stata acquisita una cospicua documentazione e sono state svolte le audizioni dell'assessore alla sanità della competente Regione, del presidente della Commissione sanità del Consiglio regionale, del rettore dell'Università, del direttore amministrativo della stessa, del preside della facoltà di medicina e chirurgia, dei presidenti dei corsi di laurea di medicina e chi-

rurgia e di odontoiatria, nonché delle rappresentanze sindacali del personale; sono stati altresì auditi il direttore generale, il direttore sanitario e il direttore amministrativo dell'azienda universitaria e le rappresentanze sindacali del personale.

Le Università e le aziende visitate sono state le seguenti: Università degli studi di Udine e azienda ospedaliera Santa Maria della Misericordia; Università degli studi di Bologna e azienda ospedaliera policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna; Università degli studi di Modena e Reggio Emilia e azienda ospedaliera policlinico di Modena; Università degli studi di Ancona e azienda ospedaliera Torrette - Umberto I di Ancona; Università degli studi di Bari e azienda ospedale policlinico di Bari; Università degli studi di Pavia e ospedale policlinico San Matteo di Pavia; Università degli studi di Torino e azienda sanitaria ospedale San Luigi di Orbassano (TO); Università degli studi Federico II di Napoli e azienda universitaria policlinico Federico II di Napoli; seconda università di Napoli e azienda universitaria policlinico di Napoli.

Le risultanze complessive di tale significativa mole di accertamenti è contenuta nella relazione conclusiva elaborata dal senatore Di Orio, che la Commissione ha approvato il 7 marzo 2001.

5. Le emergenze e la sicurezza delle strutture sanitarie

La Commissione ha compiuto accertamenti in ordine ad eventi di emergenza, quali il terremoto verificatosi in alcune zone dell'Umbria e delle Marche nel settembre 1997 e l'alluvione a Sarno del 5 maggio 1998, al fine di verificare l'adeguatezza dell'assistenza sanitaria fornita in tali drammatiche circostanze.

Inoltre specifici approfondimenti sono stati compiuti in ordine a due eventi, purtroppo tragici, di grave malfunzionamento di strutture sanitarie: l'incendio verificatosi il 31 ottobre 1997 nella camera iperbarica dell'istituto Galeazzi di Milano e i casi di epatite verificatisi nei mesi a cavallo tra 1997 e 1998 all'interno del reparto di ematologia dell'azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro.

Le risultanze delle quattro inchieste sono state riportate in distinte relazioni approvate dalla Commissione.

L'inchiesta relativa all'evento sismico si è svolta attraverso due sopralluoghi nelle aree colpite. Il primo sopralluogo è stato effettuato il 10 ottobre 1997 da una delegazione della Commissione comprendente i senatori Tomassini, Monteleone, Ronconi e Saracco, ed ha avuto ad oggetto le zone colpite dell'Umbria. Il secondo sopralluogo, concernente le aree colpite delle Marche, è stato effettuato il successivo 27 ottobre da una delegazione composta dai senatori Tomassini, Carla Castellani e Saracco.

Nella relazione, predisposta dal presidente TOMASSINI ed approvata dalla Commissione il 12 marzo 1998, si pone in evidenza l'adeguatezza degli interventi di primo soccorso ed il sufficiente coordinamento tra le varie forze ad essi deputate. Le strutture sanitarie mobili per l'emergenza sono sembrate di ottimo livello tecnologico e funzionale. Meno efficiente è risultato invece l'intervento nel medio periodo essendo affiorate nei COM (Coordinamento operativo multiforze) duplicità di interventi e scarso coordinamento gerarchico; si è inoltre rilevata la necessità di coprire una carenza d'intervento per la tutela del patrimonio zootecnico nelle calamità. E' stata pertanto evidenziata l'opportunità di una revisione della legge n. 225 del 1992.

Le istituzioni territoriali (municipi e province) non sono apparse adeguate ed in qualche caso sono risultate del tutto inadempienti riguardo alla predisposizione ed attivazione dei piani previsti per gli eventi calamitosi.

Il servizio di emergenza sanitaria "118" non era completamente attivato in tutte le zone colpite dal 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 sono sembrati corretti.

La situazione delle strutture ospedaliere, con la sola eccezione di Foligno, è risultata invece fortemente deludente: se dopo il terremoto le strutture erano inagibili, prima del sisma non erano sicuramente adeguate agli standard vigenti per l'accreditamento.

La relazione ha altresì sottolineato che le evacuazioni dei presidi ospedalieri si sono svolte senza problemi per i degenti; meritevole di particolare encomio è stata la direzione sanitaria dell'ospedale di Foligno, tra i pochissimi presidi in Italia ad avere predisposto un piano di emergenza.

Censurabile è apparso per contro il tentativo di strumentalizzare la situazione, attuato dalla dirigenza della Asl di Camerino al fine di realizzare un piano ospedaliero non previsto e del tutto arbitrario.

In prospettiva futura la Commissione ha sottolineato l'esigenza di migliorare nelle aree colpite la disponibilità ospedaliera provvedendo al completamento degli ospedali di Foligno in Umbria, in fase di avanzata costruzione, e di Fabriano nelle Marche, già in funzione all'80%; successivamente, con una destinazione finalizzata di risorse, occorrerà avviare la costruzione del nuovo ospedale di Camerino.

Anche nel caso dell'alluvione a Sarno, l'inchiesta della Commissione si è svolta attraverso un sopralluogo nelle zone interessate, effettuato il 20 maggio 1998 da una delegazione composta dai senatori Tomassini e Lavagnini.

Nella relazione, predisposta dal presidente TOMASSINI ed approvata il 2 giugno 1998, si rileva un indubbio ritardo negli interventi di soccorso e si evidenzia l'esigenza, già emersa in occasione del terremoto nell'Umbria e nelle Marche, di rivisitare la normativa sugli interventi della Protezione civile, soprattutto per quanto riguarda il coordinamento degli interventi e la scala gerarchica delle decisioni.

Dal sopralluogo a Sarno è stata anche confermata la necessità di un intervento che obblighi i comuni alla predisposizione dei piani di emergenza, come pure le direzioni sanitarie ospedaliere alla predisposizione di piani di evacuazione dei presidi.

I provvedimenti sanitari attuati durante l'emergenza sono peraltro stati corretti ed appropriati, mentre si è riscontrata una grave inadeguatezza delle strutture ospedaliere esistenti a Sarno.

Alla luce di quanto verificato, la Commissione - preso atto che l'unica struttura sanitaria ancora agibile a Sarno (ed opportunamente utilizzata nella prima emergenza come centro di pronto soccorso ed ospedale per acuti) presentava tuttavia gravi carenze strutturali, soprattutto per quanto riguarda il profilo della sicurezza - ha avanzato il suggerimento di trasferire le attività sanitarie e parte del personale nel ben attrezzato e sottoutilizzato ospedale di Nocera Inferiore.

Il reperimento dell'area, il progetto e l'eventuale costruzione del nuovo ospedale a Sarno potrebbero così essere meditati in una nuova

ottica programmatoria che analizzi attentamente tutti i presidi e le disponibilità esistenti.

L'inchiesta concernente il gravissimo incidente occorso il 31 ottobre 1997 nella camera iperbarica dell'istituto Galeazzi di Milano si è svolta attraverso un sopralluogo alla struttura, effettuato il 21 novembre 1997 da una delegazione della Commissione comprendente i senatori Tomassini, Bernasconi, Bortolotto e Carla Castellani.

Nel corso del sopralluogo sono state svolte le audizioni del magistrato inquirente e del consulente di ufficio, dei vertici sanitari ed amministrativi dell'Istituto, delle rappresentanze dei dipendenti, del direttore sanitario della Asl competente, di tecnici dell'ISPESL e dei Vigili del fuoco, nonché del proprietario dell'Istituto.

Tale ampio approfondimento ha consentito di trarre nella conseguente relazione, predisposta dal presidente TOMASSINI ed approvata dalla Commissione il 2 aprile 1998, conclusioni che non si limitano al singolo episodio, ma hanno valenza più generale, con riguardo alle condizioni in cui vengono utilizzate le camere iperbariche e alle carenze che, sotto il profilo della sicurezza, appare necessario colmare.

In ordine al tragico incidente verificatosi nella terza camera iperbarica dell'istituto Galeazzi - che è risultata essere operante in assenza di autorizzazione e di omologazione - sono emerse responsabilità a vari livelli. Pur prescindendo da valutazioni non rientranti nelle competenze dell'organo parlamentare, non possono infatti non essere richiamate le responsabilità degli organi e dei dipendenti dell'istituto, per le gravi negligenze e imprudenze nella sorveglianza e nei controlli, le responsabilità delle istituzioni locali, per la carenza nell'effettuazione dei controlli di competenza della Asl e, infine, le responsabilità delle stesse istituzioni nazionali, per l'inadeguatezza della normativa di settore e per l'assenza di un sufficiente coordinamento e indirizzo degli organi preposti ai controlli.

La relazione sottolinea pertanto l'urgenza che per le camere iperbariche sia in primo luogo ben precisato, a livello nazionale, il rapporto fra rischi e benefici terapeutici, e sia quindi adottata un'adeguata disciplina che assicuri una maggiore sicurezza per mezzo di controlli tempestivi e puntuali, prevedendo tra l'altro la redazione di un protocollo di accesso per ogni applicazione terapeutica.

Sempre nell'ambito degli approfondimenti in merito a situazioni relative alla sicurezza delle strutture sanitarie, la Commissione ha compiuto una specifica indagine sui casi di epatite B, di sospetta origine ospedaliera, verificatisi nei mesi a cavallo tra 1997 e 1998 nel reparto di ematologia dell'azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro.

Nella seduta del 14 maggio 1998 la Commissione ha rilevato che, sulla base di accertamenti effettuati, era emerso come nella vicenda, accanto ad aspetti squisitamente giudiziari, sussistessero anche specifiche questioni sanitarie di competenza dell'organo parlamentare.

Nella successiva seduta del 28 maggio 1998, la Commissione ha quindi proceduto all'audizione del sostituto procuratore della Repubblica

presso la Pretura circondariale di Pesaro, dottoressa Maria Letizia FUCCI, quale magistrato titolare dell'indagine sui casi di contagio occorsi nel richiamato reparto di ematologia.

Successivamente la Commissione ha deliberato di integrare il quadro conoscitivo del caso tramite il sopralluogo presso la struttura sanitaria di Pesaro. Una delegazione composta dai senatori Tomassini, Di Orio e Carla Castellani si è pertanto recata, in data 8 ottobre 1998, presso l'azienda San Salvatore.

Nel corso della visita all'azienda pesarese, la delegazione ha svolto le audizioni del professor Guido Lucarelli, primario del reparto di ematologia; del dottor Giuseppe Ricciarelli, già direttore generale dell'azienda ospedaliera; del dottor Giovanni Fiorenzuolo, già direttore sanitario dell'azienda; della dottoressa Maria Letizia Fucci, magistrato incaricato delle indagini.

La Commissione ha disposto quindi anche un ulteriore sopralluogo presso il reparto di ematologia di Pesaro, effettuato i giorni 4 e 5 novembre 1998, da parte del proprio nucleo di polizia giudiziaria.

Inoltre la Commissione ha acquisito una cospicua mole di documentazione.

Nella relazione conclusiva dell'inchiesta, predisposta dal presidente PIANETTA ed approvata nella seduta del 3 febbraio 2000, si precisa che l'aspetto giudiziario della vicenda resta estraneo alle valutazioni dell'organo parlamentare, rilevandosi peraltro che gli accertamenti compiuti presso le strutture del reparto di ematologia hanno denunciato condizioni inadeguate e non a norma per le attività di elevata specializzazione svolte, comportanti un alto rischio epidemiologico. I protocolli operativi del reparto sono risultati poco definiti, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di sorveglianza igienico-sanitaria: è emerso in particolare che i controlli di competenza della direzione sanitaria restavano sostanzialmente affidati direttamente al responsabile dell'unità operativa, il quale, al di là degli indubbi meriti scientifici, ha dimostrato di non avere adeguata formazione e qualificazione proprio nel campo della qualità delle procedure. Se non può essere messo in dubbio che il flusso di produzione scientifica e di attività svolta pone l'ematologia di Pesaro tra i centri più noti e importanti a livello internazionale, va rilevato d'altra parte che tale circostanza può avere caricato l'azienda ospedaliera di impegni non sostenibili e può essere stata causa di una attenuata attenzione nei riguardi di una struttura così delicata. Occorre altresì sottolineare che nei rapporti con la Fondazione di supporto si registra una serie di inserimenti di personale con mansioni, diritti, doveri e competenze non chiaramente definiti.

La relazione, infine, ricordato che al momento dell'ispezione parlamentare era stato da poco completamente rinnovato il vertice dell'azienda ospedaliera e che nelle fasi successive è stato assicurato un rilevante impegno per riportare la struttura in linea con le norme di accredito e per introdurre norme di comportamento e linee guida di assoluta correttezza, osserva che il problema generale della presenza di una struttura di alta specialità all'interno di un'azienda ospedaliera con attività ordinaria può

in concreto determinare una serie di difficoltà per mantenere livelli qualitativi sanitari e scientifici. Ne consegue che le politiche sanitarie dovrebbero essere indirizzate ad un accurato controllo di tali situazioni e ad interventi di sostegno, nel caso si riscontrino tutte le caratteristiche di idoneità, sia dal punto di vista economico e progettuale sia mediante un'efficace sorveglianza sanitaria.

6. Lo stato di attuazione dei servizi di emergenza

Il gruppo di lavoro coordinato dal senatore Dino DE ANNA ha avviato l'inchiesta con una preliminare ricognizione della normativa vigente.

Il sistema di emergenza sanitaria è regolamentato a livello nazionale dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" e dall'Atto di intesa tra Stato e Regioni dell'11 aprile 1996 recante "l'approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria". Obiettivo della citata normativa è inserire la rete dei servizi di emergenza-urgenza nella ristrutturazione della rete ospedaliera, in modo da consentire alle Regioni di caratterizzare gerarchicamente gli ospedali a seconda della complessità funzionale dell'attività diagnostica e terapeutica e della dotazione strutturale e tecnologica.

I compiti principali affidati alle singole Regioni sono:

- predisporre il piano regionale dell'emergenza;
- riorganizzare e potenziare i posti letto delle unità operative di rianimazione e terapia intensiva e di altre terapie specializzate;
- identificare le sedi più idonee per la gestione dell'emergenza-urgenza;
- istituire il Comitato regionale sanitario per l'emergenza con funzioni di programmazione e coordinamento.

Il fulcro dei sistemi di allarme sanitario e territoriale è rappresentato dalla centrale operativa che, a livello provinciale, raccorda le strutture sul territorio e quelle ospedaliere e stabilisce i collegamenti con le altre centrali operative e con le istituzioni pubbliche e private.

Per svolgere tali funzioni si prevede che la centrale operativa sia dotata, tra l'altro, di un sistema informativo che consenta di disporre di dati aggiornati sugli ospedali di riferimento, sulla dislocazione dei punti di primo intervento, eccetera, nonché di un sistema di radiocollegamenti con le altre centrali operative e con i mezzi mobili di soccorso attraverso 30 coppie di frequenze specificamente assegnate dal Ministero delle poste e delle telecomunicazioni.

Le modalità di risposta all'emergenza sono articolate su quattro livelli:

- punti di primo intervento (ospedalieri e non ospedalieri);
- pronto soccorso ospedaliero;
- i dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione (DEA) di I livello;

– i dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione (DEA) di II livello.

Avendo come riferimento quanto premesso, la Commissione ha compiuto approfondimenti volti ad accertare lo stato di concreta attivazione dei servizi di emergenza.

Sono così state svolte le audizioni di responsabili di uffici coinvolti nella programmazione, organizzazione e controllo dei servizi di emergenza: il dottor Oreste BRUSORI, direttore della programmazione dell'Agenzia regionale della sanità (regione Friuli-Venezia Giulia); il dottor Angelantonio VENTRELLA, dirigente coordinatore del settore sanità (regione Puglia); il professor Ubaldo MENGOZZI, presidente della Società italiana della medicina di pronto soccorso; il professor Franco PERRARO, presidente della Società italiana di verifica e revisione della qualità.

Successivamente il gruppo di lavoro ha esaminato gli studi realizzati in materia dal Ministero della sanità, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dalla centrale operativa di Roma (azienda ospedaliera S. Camillo – Forlanini) e dalla Federazione italiana di medicina di urgenza.

Il senatore De Anna ha quindi redatto una relazione che la Commissione ha approvato nella seduta del 17 giugno 1999.

Nel complesso è emerso che il sistema normativo vigente, di per sé valido e coerente con la fase di ristrutturazione della rete ospedaliera in corso, ha avuto finora un'applicazione incompleta e disomogenea nelle varie parti del territorio. Si sono riscontrate differenze tra Regione e Regione ed in generale tra nord e centro-sud, registrando quest'ultima parte del Paese ritardi ed arretratezze.

Le cause di tale situazione sono da collegare ad una serie di fattori, tra i quali in particolare:

- un'insufficiente coordinamento a livello centrale;
- la mancata attivazione dei DEA;
- l'incompleta ristrutturazione della rete ospedaliera;
- la mancata elaborazione degli allegati all'atto di intesa, riguardanti ad esempio le problematiche connesse all'emergenza pediatrica, ai centri ustioni, alle unità spinali, alla formazione e aggiornamento del personale.

A fronte di un certo ritardo del Ministero, è peraltro da segnalare l'attivazione di un "Gruppo tecnico interregionale permanente sui temi dell'emergenza", il quale ha elaborato alcuni documenti, pur restando molto da fare per quanto riguarda le carenze sopra elencate, alle quali va aggiunta la gestione delle maxiemergenze.

La relazione approvata dalla Commissione individua in conclusione le condizioni che appare prioritario soddisfare al fine di potenziare i servizi dell'emergenza-urgenza:

- a) una migliore definizione dei compiti di coordinamento a livello nazionale: in particolare il gruppo tecnico interregionale dovrebbe essere inserito in un contesto più ampio, quale la Conferenza Stato-Regioni unificata per gli ambiti di competenza;

b) un maggior sostegno alla costituzione dei DEA, che rivestono un'importanza strategica anche in considerazione della recente legge in materia di trapianti di organi e tessuti;

c) una migliore organizzazione e gestione delle centrali operative, attraverso un centro regionale di coordinamento;

d) un maggiore investimento culturale per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale medico e non;

e) il completamento degli allegati all'atto di intesa;

f) la costituzione dei Comitati regionali sanitari per l'emergenza;

g) un maggior coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché dei medici di guardia medica;

h) una più precisa definizione del ruolo e delle competenze dei medici di urgenza che operano nei pronto soccorso.

7. La responsabilizzazione gestionale nelle aziende sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere

Tale filone di inchiesta, che è stato condotto da un gruppo di lavoro coordinato dal senatore Andrea PAPINI, si è sviluppato attraverso l'invio di un apposito questionario ai direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. L'analisi delle risposte pervenute ha consentito di elaborare una relazione che è stata approvata dalla Commissione il 23 settembre 1999.

Occorre premettere che i meccanismi di responsabilizzazione gestionale rivestono un ruolo determinante per la realizzazione degli indirizzi di politica sanitaria nell'effettiva attività delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere. Essi inoltre costituiscono un requisito fondamentale per conseguire una corretta distinzione tra responsabilità politiche e responsabilità tecnico-gestionali.

La definizione da parte della Regione di obiettivi chiari e non generici, infatti, rappresenta non solo un passo necessario per indirizzare con efficacia la gestione delle aziende sanitarie, ma anche un elemento importante a tutela dell'autonomia dei direttori generali, giacché la mancanza o la genericità degli obiettivi comporta una maggiore possibilità di interferenze o pressioni esterne.

Il gruppo di lavoro ha pertanto scelto di analizzare l'operato delle Regioni dal punto di vista della concretezza e della chiarezza del processo di trasformazione delle scelte politiche in obiettivi trasmessi ai direttori generali delle aziende, senza peraltro formulare giudizi di merito sugli obiettivi trasmessi da ciascuna Regione.

E' stata quindi inviata ai direttori generali di tutte le aziende sanitarie la richiesta di indicare gli obiettivi gestionali definiti dalle rispettive Regioni, le date di assegnazione, le modalità di controllo del loro raggiungimento, gli indicatori utilizzati. Si è in tal modo cercato di realizzare una "istantanea" della situazione esistente nelle aziende sanitarie al momento dell'inoltro della richiesta della documentazione, ovvero al 21 ottobre 1997.

La richiesta di documentazione è stata inoltrata a tutte le aziende unità sanitarie locali e a tutte le aziende ospedaliere all'epoca esistenti (rispettivamente 226 e 86): le risposte non pervenute sono state 6 (pari al 3%) per quanto riguarda le prime e 16 (pari al 17%, ma delle quali 11 nella sola Sicilia) per quanto attiene alle seconde.

I meccanismi di responsabilizzazione definiti dalle Regioni sono stati esaminati sotto il profilo del grado di definizione dei risultati attesi. Il

gruppo di lavoro ha quindi classificato le Regioni nelle cinque classi di seguito elencate:

1. Nessun obiettivo espresso.
2. Indicazioni non sistematiche.
3. Obiettivi di bilancio e di organizzazione aziendale.
4. Obiettivi di bilancio, di organizzazione aziendale e di programmazione sanitaria.
5. Obiettivi di bilancio, di organizzazione aziendale e di programmazione sanitaria, accompagnati dai relativi indicatori di risultato.

Il gruppo di lavoro ha condotto poi un ulteriore tipo di analisi, riguardante il momento di trasmissione degli obiettivi per il 1997 dalle Regioni alle aziende, al fine di verificare se gli obiettivi fossero stati comunicati con sufficiente anticipo da consentire alle aziende di improntare al loro raggiungimento la gestione dell'intero esercizio.

Nella figura di seguito riportata viene presentato il quadro di sintesi che si propone di unire le risultanze delle analisi compiute.

La disposizione delle diverse Regioni è stata effettuata in modo che, procedendo da sinistra a destra e dal basso in alto nell'esame del grafico, si osserva una maggiore efficacia del processo di definizione degli obiettivi.

Appare innanzitutto evidente una situazione di difformità tra i comportamenti delle diverse Regioni: in alcuni casi (Campania, Abruzzo) l'operato dei direttori generali nel 1997 non appariva indirizzato da alcun atto formale proveniente dalla Regione; nel caso del Piemonte, per contro, il sistema di pianificazione e controllo messo a punto era contraddistinto da grande analiticità.

In secondo luogo va rilevato come l'assenza di obiettivi di riferimento per la gestione potesse condurre ad una forte differenziazione del ruolo dei direttori generali, che solo in alcuni casi potevano agire sulla base di linee guida certe e trasparenti.

In terzo luogo i dati raccolti mostrano che solo una minoranza di Regioni aveva definito i risultati attesi anche in termini di obiettivi di salute, che pure costituiscono l'aspetto più vicino alle esigenze dei cittadini.

Infine, alcune Regioni si sono limitate alla semplice riproposizione di obiettivi fissati da leggi statali, senza fornire un contributo originale frutto di una valutazione delle specifiche necessità locali.

Ricordato che la recente riforma sanitaria (decreto legislativo n. 229 del 1999) ha rafforzato e precisato le disposizioni in base alle quali le Regioni definiscono e assegnano ai direttori generali obiettivi il cui raggiungimento deve poi essere verificato ai fini della conferma dei direttori stessi, l'indicazione più significativa che si può trarre dall'indagine svolta è quella di tenere sotto osservazione il momento del "passaggio del testimone" dalle responsabilità politiche alle responsabilità tecnico-gestionali.

Tale monitoraggio è pienamente compatibile sia con l'autonomia regionale sia con l'esigenza di controllare le effettive modalità di tutela del diritto alla salute: si rispetterebbero infatti le scelte di merito delle Regioni circa gli obiettivi di salute, limitando l'intervento dello Stato al solo accertamento dell'esistenza di veri obiettivi di salute assegnati ai direttori generali.

In particolare andrebbero tenute sistematicamente sotto osservazione:

- l'esistenza di obiettivi volti ad indirizzare e regolare la gestione delle aziende sanitarie da parte dei direttori generali;
- l'articolazione e la tipologia del sistema di obiettivi;
- la tempestività dei processi di determinazione, assegnazione e verifica degli obiettivi, in modo che questi possano orientare la gestione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere per tutto il periodo di riferimento.

8. Il funzionamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con particolare riferimento allo stato del processo di aziendalizzazione

Nella deliberazione istitutiva sono riportati, all'articolo 2, i temi dei quali la Commissione deve tenere conto nello svolgimento della sua attività istituzionale: tra essi sono compresi le liste di attesa, l'individuazione e la distribuzione sul territorio delle strutture per l'attività libero-professionale *intra moenia*, la diffusione delle metodiche di verifica e revisione della qualità, il sistema delle convenzioni e degli accreditamenti, etc. Si tratta di argomenti che sono ricompresi in larga misura nel concetto di aziendalizzazione, che peraltro rappresenta il perno delle riforme introdotte a partire dal 1992: pertanto la Commissione ha istituito uno specifico gruppo di lavoro, coordinato dalla senatrice Carla CASTELLANI, con il compito di valutare il grado di aziendalizzazione raggiunto dalle diverse strutture del Servizio sanitario nazionale anche attraverso l'effettuazione di sopralluoghi in alcune aziende sanitarie del Paese.

Gli elementi conoscitivi di base dell'inchiesta sono stati raccolti mediante l'invio di un questionario a tutte le aziende sanitarie pubbliche italiane, al fine di rilevare il quadro del processo di aziendalizzazione con riferimento all'anno 1999.

Il tasso di ritorno dei questionari è stato estremamente elevato. Infatti, il 93,5% delle aziende sanitarie (292 in totale) ha compilato il questionario. Nello specifico, il numero di aziende USL che ha partecipato alla presente analisi è 185 sulle 196 esistenti determinando, così, un tasso di risposta pari al 94,4%. Le aziende ospedaliere, invece, sono state 88 sulle 96 esistenti con un tasso di risposta del 91,7%.

Allo scopo di acquisire una conoscenza più diretta e concreta delle problematiche relative al processo di aziendalizzazione, inoltre, una delegazione della Commissione ha effettuato una serie di sopralluoghi presso aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, prescelte in base al criterio sia delle dimensioni che della collocazione geografica, svolgendo audizioni dei vertici sanitari ed amministrativi nonché delle rappresentanze sindacali. Le aziende visitate sono state le seguenti:

Aziende ospedaliere: San Martino di Genova (della delegazione hanno fatto parte i senatori Tomassini, Carla Castellani e Daniele Galdi); Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi di Varese (senatori Tomassini, Carla Castellani, Daniele Galdi e Ronconi); Lancisi di Ancona (senatori Carla Castellani, Bortolotto, Mignone e Ronconi); Sant'Antonio Abate di Erice (TP) (senatori Pianetta, Carla Castellani, Di Orio, Baldassare Lauria);

Aziende sanitarie locali: Foligno (PG) (senatori Carla Castellani, Bortolotto, Mignone e Ronconi); Teramo (senatori Tomassini e Carla Castellani); Lagonegro (PZ) (senatori Carla Castellani, Monteleone e Mignone); n. 6 di Palermo (senatori Pianetta, Carla Castellani, Di Orio e Balassare Lauria).

Al termine di ciascun sopralluogo, la Commissione ha approvato una specifica relazione in cui si dà puntuale conto della situazione riscontrata nelle singole realtà ispezionate.

Nell'ambito dell'inchiesta, inoltre, la Commissione ha svolto le audizioni della dottoressa Isabella MASTROBUONO, dirigente dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, e del dottor Romano DI GIACOMO, direttore generale dei servizi amministrativi dell'Istituto superiore di sanità.

Attraverso il questionario sono stati richiesti alle aziende (con riferimento all'anno 1999) dati relativi, tra l'altro: alla data di costituzione in azienda, all'adozione del sistema di *budget*, all'adozione di strumenti di programmazione aziendale pluriennale ed annuale, all'adozione del sistema di contabilità economico-finanziaria e patrimoniale, all'istituzione dei dipartimenti, all'istituzione dei dipartimenti di emergenza e urgenza, all'avvio della libera professione intramuraria. I dati ricevuti sono stati elaborati sia con una sintesi nazionale che con suddivisioni per macroaree geografiche.

I risultati dell'indagine sono illustrati nella relazione elaborata dalla senatrice Carla Castellani, che la Commissione ha approvato il 17 gennaio 2001.

In tale documento si osserva che la maggior parte delle aziende sanitarie è stata costituita nel 1995 (il 71,8% di quelle che hanno risposto a tale quesito); un picco del 7,2% si registra nuovamente nel 1998 e si riferisce prevalentemente alle aziende della regione Lombardia.

In ordine all'istituzione del sistema di *budget*, 208 aziende (pari al 71,2% dell'universo considerato) hanno risposto affermativamente allo specifico quesito; l'elaborazione per macroarea geografica evidenzia come tale percentuale sia pari all'84,3% nelle Regioni del nord, al 77,8% in quelle del centro e al 51% nelle Regioni del sud e nelle isole; inoltre, mentre nel nord e nel centro sono in percentuale più numerose le Asl rispetto alle aziende ospedaliere ad aver adottato il sistema budgetario, tale dato si inverte nelle Regioni meridionali.

I dati concernenti il grado di consolidamento del sistema di *budget* mettono in luce un'età media piuttosto bassa - pari a 2,19 anni relativamente al totale delle aziende, con punte in positivo che riguardano regioni come l'Emilia-Romagna e il Veneto - elemento che testimonia come il *budget* attraversi ancora una fase sperimentale e nella maggior parte delle aziende non abbia ancora assunto quel ruolo di strumento di programmazione, verifica dei risultati e responsabilità ad esso proprio. Dal confronto tra i dati testé ricordati e quelli emersi nell'indagine svolta nel 1997 dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali e dal CerGAS dell'Università Bocconi emerge che la percentuale di aziende dotate del sistema di *bud-*

get è passata dal 27,3% nel 1997 al 71,2% al 1999. Peraltro deve essere rilevato l'aspetto negativo connesso al fatto che ancora un quarto delle aziende italiane non ha provveduto ad avviare il sistema di *budget* ad oltre sei anni dall'avvio del processo di aziendalizzazione.

Anche i dati relativi all'implementazione del sistema di programmazione aziendale e del nuovo sistema di contabilità generale economico-finanziario e patrimoniale rafforzano l'impressione che mentre si è di fronte ad un significativo incremento della diffusione dei citati strumenti, d'altra parte non possa dirsi conclusa la fase di applicazione sperimentale e persistano alcune situazioni di grave ritardo; è il caso, ad esempio, della perdurante esistenza in oltre il 10% delle aziende del vecchio sistema di contabilità generale che la legge ha dichiarato non più in vigore dal 1° gennaio 1995.

Per quanto riguarda poi l'adozione del modello organizzativo di tipo dipartimentale, è emerso un differente grado di adozione tra le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, con una prevalenza di queste ultime, spiegabile con le minori difficoltà incontrate in strutture logisticamente concentrate rispetto a quelle invece distribuite sul territorio. Peraltro è da sottolineare che l'organizzazione dipartimentale non è stata completata in nessuna Regione. Appare inoltre opportuno approfondire l'analisi dei modelli dipartimentali già introdotti per comprendere se essi abbiano una natura solo formale o siano il frutto di un processo di vera modificazione dell'organizzazione e dei processi decisionali.

Il livello di risposte, significativamente più basso rispetto agli altri quesiti, relativamente all'incidenza dei ricoveri fuori Regione e alla complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero - elementi importanti perché compresi tra i criteri indicati dal decreto legislativo n.229 del 1999 per la conferma delle aziende ospedaliere da parte delle Regioni - appare interpretabile nel senso dell'esistenza di un certo iato tra la normativa vigente e la realtà applicativa, anche perché molte delle aziende hanno lamentato la mancata adozione da parte delle Regioni dei necessari parametri di riferimento.

Dall'inchiesta è emerso che il 97,4% delle aziende sanitarie che hanno risposto al questionario ha avviato la libera professione intramuraria, con prevalenza delle aziende ospedaliere, soprattutto localizzate nel nord e nel centro del Paese. La maggior parte delle aziende (pari al 65,7%) ha organizzato entrambe le tipologie di attività libero professionale, in regime ambulatoriale e di ricovero, contro un 33,2% di aziende che ha avviato solo le attività ambulatoriali. Quanto alle forme di realizzazione della libera professione ambulatoriale, prevalgono la soluzione interna, vale a dire con risorse della stessa azienda, e quella mista, ovvero in parte mediante il convenzionamento con strutture private; per quanto riguarda invece l'attività di ricovero, la forma decisamente prevalente è quella interna.

I posti letto dedicati all'attività *intra moenia*, pari a 5.867 (dei quali 3.634 collocati nelle Asl e 2.233 nelle aziende ospedaliere), rappresentano quasi il 2,9% dei posti letto complessivi delle 151 aziende sanitarie che

hanno risposto al questionario fornendo il totale dei posti letto ordinari attivi. Al riguardo appare tuttavia necessario approfondire l'indice di occupazione dei posti letto dedicati, il loro effettivo utilizzo nonché la tipologia dei casi trattati.

In conclusione l'indagine condotta ha messo in evidenza un quadro piuttosto eterogeneo di organizzazione sanitaria, con significative differenze non solo tra il nord, il centro ed il sud del Paese, ma anche all'interno della stessa macroarea geografica e talvolta della stessa Regione. La fase sperimentale del processo di introduzione dei meccanismi aziendalistici non può dirsi conclusa, mentre, sia pure in una percentuale alquanto limitata di casi, essa non è stata nemmeno avviata. Tale considerazione non deve peraltro essere necessariamente intesa come un giudizio negativo per quanto concerne la qualità delle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie che accusano ritardi. In generale, di fronte ai radicali e complessi meccanismi di cambiamento imposti dalle riforme normative iniziate nel 1992, le aziende sanitarie non sono state dotate di strumenti adeguati per procedere nel senso richiesto con sufficiente rapidità ed in molti casi sembrano aver adottato comportamenti adattativi, di stampo puramente formale.

Risulta evidente che per una più soddisfacente attuazione dell'aziendalizzazione sarebbe stato necessario un costante sistema di monitoraggio al fine di evidenziare con tempestività le criticità emergenti e consentire così le conseguenti correzioni.

L'esigenza di un'opera di costante monitoraggio è peraltro ancora attuale ed in questo senso si colloca la proposta formulata nella relazione affinché, nella prossima legislatura, il Parlamento si doti degli strumenti più opportuni per portare avanti e rafforzare l'opera di verifica e di stimolo delle attività delle aziende sanitarie avviata con profitto da questa Commissione di inchiesta.

Una seconda esigenza è quella di sostenere adeguatamente le Regioni e le aziende sanitarie in maggiori difficoltà, con modalità da definire in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni-Città. In tale contesto appare opportuno il rafforzamento del ruolo e delle funzioni dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, mentre risulta imprescindibile la necessità di assicurare lo sviluppo di competenze specifiche attraverso attività di formazione e aggiornamento con caratteristiche di continuità nel tempo.

9. Il funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), aventi natura di diritto pubblico o privato, è assegnato nel sistema sanitario italiano lo specifico ruolo di sviluppare la ricerca medica applicata all'attività clinica; pertanto essi svolgono contemporaneamente sia attività assistenziale che di ricerca scientifica.

Anche nella prospettiva di un'imminente riforma legislativa del settore (va ricordato che gli IRCCS pubblici sono in regime di commissariamento da circa sette anni), l'inchiesta della Commissione, coordinata inizialmente dal presidente TOMASSINI e successivamente dalla senatrice Anna Maria BERNASCONI, si è proposta in primo luogo di verificare la validità di tale modello gestionale. E' stata inoltre approfondita la rispondenza degli IRCCS esistenti ai requisiti stabiliti dal decreto legislativo n. 269 del 1993 per il riconoscimento come istituti a carattere scientifico, nonché il rispetto, almeno in linea prevalente, della specifica *mission* scientifica (monotematica o pluritematica) che dovrebbe essere propria di ciascun istituto.

Le indagini si sono sviluppate sia attraverso audizioni da parte della Commissione, sia attraverso sopralluoghi presso singoli istituti, sia, infine, mediante un questionario inviato a tutti gli IRCCS pubblici e privati.

In sede di audizione la Commissione ha ascoltato: il ministro della sanità, onorevole Rosy BINDI; il professor Enrico SOLCIA, direttore scientifico del policlinico San Matteo di Pavia; il dottor Luciano GATTINONI, direttore scientifico del policlinico di Milano; il dottor Carlo CALTAGIRONE, direttore scientifico dell'istituto Santa Lucia di Roma; il dottor Gianni LOCATELLI, commissario straordinario dell'istituto nazionale tumori di Milano.

Una delegazione della Commissione si è recata presso i seguenti IRCCS (tra parentesi è riportato il nome dei senatori che di volta in volta hanno partecipato all'ispezione): Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano (senatori Tomassini, Bernasconi, Monteleone); Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori Fondazione Giovanni Pascale di Napoli (senatori Tomassini, Di Orio, Bernasconi e Pianetta); Istituto Regina Elena di Roma (primo sopralluogo: senatori Tomassini, Bernasconi, Lavagnini, De Anna; secondo sopralluogo: senatori Tomassini, Bernasconi, Lavagnini); Istituto nazionale per la ricerca sul cancro di Genova (senatori Tomassini, Daniele Galdi, Monteleone, Saracco); Ospedale Maggiore di Milano (senatori Tomassini, Bernasconi, Zilio); Ospedale San Matteo di Pavia (senatori Tomassini, Bernasconi, Pianetta); Fondazione

Salvatore Maugeri di Pavia (senatori Tomassini, Bernasconi, Pianetta); Istituto Neuromed di Pozzilli (IS) (primo sopralluogo: senatori Tomassini e Bernasconi; secondo sopralluogo: senatori Bernasconi, Monteleone, Camerini, De Anna, Baldassare Lauria, Mignone); Ospedale San Raffaele di Milano (senatori Tomassini, Bernasconi, Bruni, Zilio); Centro di riferimento oncologico di Aviano (PN) (senatori Bernasconi, De Anna, Tirelli); Istituto nazionale riposo e cura dell'anziano di Ancona (senatrici Bernasconi e Carla Castellani).

Ogni ispezione ha previsto lo svolgimento di audizioni *in loco* dei dirigenti dell'istituto interessato e delle rappresentanze sindacali del personale dipendente, nonché l'acquisizione di materiale documentale.

A seguito di ciascun sopralluogo è stata approvata dalla Commissione una specifica relazione, nella quale si dà dettagliato conto della situazione riscontrata, sotto il profilo sia dell'attività di ricerca che di quella di assistenza dell'istituto in oggetto.

In una successiva fase dell'inchiesta, a tutti gli IRCCS è stato inviato un questionario comprendente quesiti concernenti: il personale (con, tra l'altro, l'indicazione del personale universitario nonché dei borsisti, contrattisti e consulenti utilizzati a carico dei finanziamenti ministeriali per la ricerca), l'attività scientifica svolta, l'attività clinica (con la specificazione della percentuale di attrazione extraregionale e dei DRG prevalenti), i risultati di bilancio relativi agli anni 1997-1998-1999 e i finanziamenti a vario titolo ricevuti per la ricerca.

I risultati complessivi dell'inchiesta sono stati compendati nella relazione, predisposta dalla senatrice Bernasconi, che la Commissione ha approvato il 1° marzo 2001.

Il quadro che è emerso dagli accertamenti condotti presenta una realtà non univoca, nel senso che il livello di operatività dei diversi istituti è assai differenziato, sia per quanto riguarda le prestazioni cliniche erogate sia, soprattutto, per quel che concerne la fedeltà alla vocazione scientifica.

Alcuni elementi di problematicità sono connessi al ritardo nell'approvazione di una normativa di riassetto istituzionale del settore. Ciò è vero soprattutto per gli istituti pubblici, che il prolungato regime di commissariamento ha in alcuni casi penalizzato per quanto riguarda le possibilità di programmazione e sviluppo a medio e lungo termine.

In altri casi (di istituti sia pubblici che privati) è stata invece riscontrata una non puntuale corrispondenza con i requisiti che dovrebbero giustificare il riconoscimento del carattere scientifico dell'istituto o un'insufficiente aderenza alla *mission* scientifica di elezione (monotematica o pluritematica).

In terzo luogo è emersa l'opportunità di rivedere alcune modalità dell'erogazione dei finanziamenti ministeriali alla ricerca, sembrando preferibile considerare, ai fini della valutazione della produttività scientifica, la produzione media di ogni istituto su un arco temporale di almeno tre anni.

10. Lo stato di attuazione della Carta dei servizi e degli altri strumenti di tutela

In tale ambito di indagine, che riguarda strumenti assai rilevanti sotto il profilo di un auspicabile miglioramento del rapporto tra cittadini utenti e Servizio sanitario nazionale, la Commissione ha svolto le audizioni della professoressa Nirina DIRINDIN, docente di economia sanitaria presso l'Università di Torino; del dottor Giorgio VERDECCHIA, direttore del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità; del dottor Gianni GIORGI, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Parma; del dottor Giampaolo BRAGA, direttore generale dell'Azienda ospedaliera di Pavia.

Anche sulla base delle indicazioni ottenute, il senatore Francesco BORTOLOTTI ha quindi coordinato un gruppo di lavoro nello svolgimento di una specifica indagine, sfociata nella relazione approvata dalla Commissione il 16 marzo 2000.

L'inchiesta condotta tiene conto ed integra i dati raccolti dal Ministero della sanità in ordine all'attuazione della Carta dei servizi, la quale, contenendo l'indicazione dei servizi offerti dalla struttura sanitaria con i relativi *standards* di efficienza e i connessi tempi di attesa, dovrebbe rappresentare lo strumento cardine per realizzare la partecipazione ed il controllo degli utenti e nello stesso tempo costituire un insieme di impegni che, per essere assolti, richiedono il coinvolgimento dell'intera azienda. Dai dati ministeriali emergeva una situazione assai positiva per quanto concerne l'adozione della Carta dei servizi, che è stata in effetti adottata dalla quasi totalità delle aziende sanitarie: l'indagine condotta dal gruppo di lavoro della Commissione si è peraltro proposta di verificare l'attuazione sostanziale della Carta e l'effettivo contributo assicurato per un concreto miglioramento dei servizi.

A tal fine è stato inviato alle aziende sanitarie locali, alle aziende ospedaliere, ai policlinici, agli istituti di ricerca e cura a carattere scientifico, nonché ad un campione di cliniche private accreditate, un sintetico questionario, incentrato sui seguenti punti: data dell'ultimo aggiornamento della Carta dei servizi; relazione tra l'adozione della Carta e lo svolgimento della Conferenza dei servizi; livelli di assistenza aggiuntivi al Piano sanitario nazionale; eventuali intese raggiunte con le associazioni dei cittadini e servizi eventualmente modificati attraverso il rapporto con tali associazioni; numero dei reclami annualmente censiti; eventuale applicazione, e relative modalità, del *bonus* a favore dei cittadini per mancata prestazione; attivazione della Commissione mista conciliativa; approvazione dei regolamenti aziendali previsti rispettivamente dalla legge per

la trasparenza degli atti amministrativi e dalla legge per la tutela della *privacy*.

Tra le risultanze emerse dall'analisi delle risposte pervenute, pari complessivamente al 94% delle strutture interpellate, il primo elemento da sottolineare è il consolidamento del processo di adozione e aggiornamento della Carta nel corso degli ultimi anni; tale dato è sicuramente positivo ma deve essere letto prendendo in considerazione alcuni elementi che consentono di individuare il percorso seguito per l'aggiornamento della Carta. In questa prospettiva, la Conferenza dei servizi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n. 502 del 1992 dovrebbe costituire un momento fondamentale per il confronto e la verifica delle linee strategiche aziendali e per la crescita di quella cultura delle relazioni assolutamente necessaria per dare vita a processi di partecipazione. I dati concernenti la relazione temporale tra lo svolgimento della Conferenza dei servizi e l'adozione o l'aggiornamento della Carta non sono tuttavia soddisfacenti, giacché quest'ultima è stata adottata o aggiornata dopo la convocazione della Conferenza solo nel 27% dei casi. Inoltre ben l'86% delle aziende non ha introdotto livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli previsti dal Piano sanitario nazionale, mentre solo il 26% delle aziende nel settore pubblico (e il 27,5% per quanto concerne il campione di aziende private accreditate) ha raggiunto intese con le associazioni dei cittadini su un numero di argomenti pari o superiore a quattro; tali percentuali non variano in misura significativa per quel che riguarda il numero dei servizi modificati attraverso il rapporto con le associazioni dei cittadini.

Le risposte acquisite indicano inoltre che la Commissione mista conciliativa è stata attivata soltanto nel 25% delle strutture, mentre l'applicazione del *bonus* per mancata erogazione della prestazione, pur previsto dalle linee guida ministeriali, è stata attivata solo dal 10% circa delle aziende.

L'indagine ha poi permesso di appurare che i regolamenti aziendali previsti dalla legge n. 241 del 1990 (trasparenza degli atti amministrativi) e dalla legge n. 675 del 1996 (tutela della *privacy*) sono stati approvati rispettivamente dal 75% e dal 42% delle aziende, il che dimostra inequivocabilmente la lentezza con cui si concretizzano nella pubblica amministrazione i processi volti ad introdurre strumenti a tutela dei diritti dei cittadini.

Anche allo scopo di verificare l'attendibilità delle risposte fornite al questionario, sono stati svolti alcuni sopralluoghi (presso l'azienda ospedaliera Lancisi di Ancona e le aziende sanitarie locali di Lagonegro, di Teramo e di Foligno) il cui esito complessivo induce a ritenere che le risposte acquisite consentano di tracciare un quadro corrispondente alla realtà effettiva.

In conclusione, l'indagine ha consentito di verificare che il processo di approvazione delle Carte dei servizi ha raggiunto livelli sicuramente positivi, progredendo forse in parallelo con il processo di aziendalizzazione. Se indubbiamente alcuni indicatori segnalano una sofferenza nel processo di costruzione di un nuovo rapporto con i cittadini ed un'inadempienza di

norme strettamente correlate non solo all'approvazione della Carta, ma più in generale alla gestione dei meccanismi di partecipazione, tutela ed accesso, emerge tuttavia – in una percentuale intorno al 20% delle aziende – un processo positivo in cui avanzano di pari passo i percorsi di verifica aziendale, di partecipazione e di applicazione degli strumenti di tutela.

Successivamente all'approvazione della relazione, sempre su coordinamento del senatore Bortolotto, sono stati compiuti ulteriori accertamenti, il cui esito è contenuto in una integrazione alla relazione stessa, approvata dalla Commissione il 24 gennaio 2001.

L'integrazione consta di due elementi: un'analisi di ulteriori informazioni fornite dalle Regioni ed una verifica di alcuni dati relativi all'applicazione del *bonus* per mancata prestazione contenuti nella citata relazione conclusiva.

Per quanto concerne il primo aspetto si è infatti ritenuto opportuno approfondire una serie di elementi al fine di valutare l'eventuale sostegno fornito dalle singole Regioni all'attivazione dei processi aziendali connessi all'attuazione della Carta dei servizi. È stato pertanto inviato alle Regioni un questionario incentrato sui seguenti punti: l'eventuale adozione di provvedimenti regionali integrativi sulla Carta dei servizi; la stipula di protocolli di intesa con le associazioni dei cittadini; il finanziamento di progetti specifici e di corsi di aggiornamento in tema di politiche relazionali; l'attivazione di una struttura tecnica regionale di riferimento per la Carta dei servizi.

Hanno risposto al questionario 16 Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano; non hanno risposto le regioni Abruzzo, Campania e Puglia.

L'indagine si sostanzia in schede relative alle singole Regioni e complessivamente ha messo in evidenza un livello di attivazione e di iniziative di sostegno piuttosto differenziato tra le varie Regioni. In particolare il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna mostrano una situazione più avanzata rispetto alla media nazionale, mentre altre Regioni, tra le quali la Lombardia e la Sicilia oltre a quelle che non hanno risposto al questionario, si segnalano per un indubbio ritardo. Da sottolineare che, nel settore considerato, non sembra sussistere la consueta differenziazione tra nord e sud del Paese.

Quanto infine all'applicazione del *bonus* per mancata prestazione, gli approfondimenti hanno condotto ad alcune precisazioni relative alle risposte fornite dalle aziende a tale quesito, precisazioni che comunque non modificano sostanzialmente il dato già acquisito in sede di relazione.

11. Lo stato di attuazione dei Dipartimenti di prevenzione

Scopo dell'inchiesta condotta dalla Commissione è stato quello di approfondire gli elementi di conoscenza sul processo di istituzione e di organizzazione presso ciascuna Asl del Dipartimento di prevenzione, previsto dall'articolo 7 del decreto legislativo n. 502 del 1992, così come modificato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 517 del 1993, ed ulteriormente precisato dal decreto legislativo n. 229 del 1999, che lo definisce "struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita"; lo stesso decreto n. 229 ridefinisce funzioni, organizzazione (con autonomia organizzativa e contabile) e momenti di coordinamento interno (con gli altri servizi e dipartimenti aziendali) ed esterno (con l'Agenzia regionale per la protezione ambientale, gli Istituti zooprofilattici, ecc.).

Il gruppo di lavoro coordinato dal senatore Giancarlo ZILIO ha provveduto a raccogliere, tramite un apposito questionario inviato alle aziende sanitarie locali, dati informativi concernenti i seguenti punti:

1. eventuale attivazione del Dipartimento di prevenzione;
2. area sanitaria di appartenenza del direttore del Dipartimento;
3. disponibilità di *budget* assegnato al Dipartimento e suo ammontare;
4. assegnazione al Dipartimento dell'intera percentuale della quota capitaria destinata alla prevenzione;
5. istituzione del SIAN (Servizio per l'igiene degli alimenti e della nutrizione);
6. istituzione dello sportello unico dipartimentale;
7. organizzazione dipartimentale, per funzioni o competenze;
8. sistema informativo aziendale e necessità informative del Dipartimento;
9. piano formativo aziendale e previsione di specifica attività di formazione per il Dipartimento;
10. istituzione dell'Arpa (Agenzia regionale per la protezione ambientale), con effettivo svolgimento di funzioni di prevenzione ambientale.

La Commissione ha inoltre svolto una serie di audizioni, aventi ad oggetto le problematiche connesse al funzionamento dei Dipartimenti di prevenzione, di alcuni esperti e dirigenti sanitari a livello ministeriale, regionale ed aziendale. Sono in particolare stati ascoltati: il professor Gaetano FARA, direttore dell'Istituto di igiene "G. Sanarelli" dell'Università

La Sapienza di Roma; il professor Fabrizio OLEARI, dirigente generale del Dipartimento di prevenzione del Ministero della sanità; il professor Vittorio CARRERI, responsabile del Servizio di prevenzione sanitaria della regione Lombardia; il dottor Bruno CRAVEDI, responsabile del Servizio di prevenzione della regione Toscana; il dottor Giovanni BOLLECCINO, direttore del Dipartimento di prevenzione della Asl Rm/c della regione Lazio; il dottor Michele CONVERSANO, responsabile del Dipartimento di prevenzione della Asl Taranto/1 della regione Puglia.

I dati raccolti per mezzo del questionario sono quindi stati analizzati e confrontati con alcuni elementi emersi nel corso delle citate audizioni: ne è scaturita la relazione elaborata dal senatore Zilio, approvata dalla Commissione il 4 ottobre 2000.

Il livello di risposta delle strutture sanitarie al questionario loro inviato può dirsi soddisfacente dal momento che hanno risposto 195 Asl, con l'unica eccezione di quella di Catanzaro.

Tra i dati emergenti dalle risposte fornite, assai chiaro in termini positivi è quello concernente l'istituzione dei Dipartimenti di prevenzione, che risulta avvenuta nel 92,8 per cento delle Asl. In proposito è da osservare peraltro che nelle 4 Asl della provincia di Bolzano è stato istituito un unico Dipartimento interaziendale, mentre nella regione Sicilia delle 9 Asl presenti solo una ha provveduto all'istituzione del Dipartimento.

Alcuni indicatori segnalano tuttavia la distanza ancora esistente tra il livello raggiunto dal processo formale di istituzione e quello della effettiva attivazione degli strumenti operativi e gestionali dei dipartimenti: in particolare è da sottolineare che la quota di finanziamento prevista per legge, pari al 5 per cento delle risorse disponibili per la Asl, è stata assegnata integralmente soltanto al 26,2 per cento dei Dipartimenti di prevenzione istituiti. Allo stesso modo deve essere interpretato il dato concernente l'assegnazione di specifico *budget*, che ha avuto luogo solo nel 50,7 per cento dei casi. Inoltre ancora largamente incompleta è risultata l'implementazione del sistema informativo dipartimentale (previsto nel 50,3 per cento dei casi) nonché dell'attività di formazione destinata al Dipartimento di prevenzione (prevista nel 64,1 per cento dei casi).

I processi di integrazione funzionale, tipici del modello organizzativo dipartimentale, sono sicuramente in atto solo in circa il 38 per cento dei dipartimenti, permanendo ancora modelli organizzativi che tendono a mantenere i livelli autonomi di competenza.

Quanto all'istituzione del Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione, esso è stato istituito in circa l'80 per cento delle strutture del nord e del centro del Paese; tale dato scende invece al 68 per cento nel sud e nelle isole.

Emerge inoltre una preoccupante assenza di iniziative dirette a migliorare il rapporto con i cittadini attraverso la semplificazione delle procedure e l'indicazione di percorsi facilitati: solo il 79 per cento dei Dipartimenti di prevenzione hanno infatti provveduto all'istituzione dello sportello unico dipartimentale.

Per quanto riguarda infine l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (Arpa), essa risulta non istituita per il 12,9 per cento delle Asl, istituita per il 28,2, ed istituita con funzioni operative per il 58,9 per cento. Questo dato riveste una certa singolarità poiché scaturisce dall'informazione fornita dalle Asl sull'istituzione di un organismo esterno e di rilevanza regionale. Tuttavia se i dati pervenuti si analizzano per aggregazione regionale, emerge in alcuni casi una differenza tra i contenuti dell'informazione fornita dalle singole Asl in merito alla stessa Arpa. In particolare l'informazione è sostanzialmente univoca – segnalando l'istituzione dell'Arpa con funzioni realmente operative – nelle regioni Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Basilicata e nelle provincie autonome di Trento e Bolzano; l'informazione è poi altrettanto univoca nelle regioni Sicilia e Sardegna, segnalando la mancata istituzione dell'Arpa. È invece contraddittoria nelle altre Regioni, dove Asl della stessa Regione hanno fornito risposte differenti, sia in relazione all'effettiva operatività che alla formale istituzione dell'Arpa: in Lombardia, ad esempio, secondo 8 Asl l'Arpa svolge funzioni operative, mentre così non è secondo le restanti 6 Asl della Regione.

È da aggiungere, infine, che alla relazione è stata allegata un'aggregazione per Regione dei dati raccolti con il questionario; ciò al fine di disporre di una visione di maggiore insieme che consenta di effettuare utili comparazioni.

12. L'organizzazione della rete dei servizi di rianimazione sul territorio nel quadro della tematica sui trapianti

A distanza di oltre un anno dall'entrata in vigore della legge 1° aprile 1999 n. 91 che, come è noto, ha introdotto una complessiva riforma della disciplina in materia di trapianti d'organo, concernente tanto le forme di espressione del consenso alla donazione quanto gli aspetti organizzativi dell'attività di prelievo e di trapianto, la Commissione ha ritenuto opportuno svolgere un'indagine al fine di valutare lo stato di applicazione della nuova normativa.

L'inchiesta, avviata nel giugno del 2000 e coordinata dal senatore Dino DE ANNA, si è articolata procedendo ad una preliminare ricognizione dell'evoluzione della disciplina giuridica della materia nonché all'esame della normativa introdotta con la citata legge n. 91, ed è proseguita attraverso attività di audizione in Commissione e di ispezione in alcuni centri di trapianto di organi, unitamente all'acquisizione del materiale documentale ritenuto di interesse.

Oggetto precipuo dell'indagine è stato quello di individuare, con particolare riferimento al funzionamento della rete dei servizi di rianimazione (che rappresentano il bacino di elezione dei potenziali donatori), eventuali punti deboli del sistema italiano e di suggerire di conseguenza i più opportuni correttivi.

Questo anche nella consapevolezza che, nelle more della completa attuazione del nuovo sistema di silenzio-assenso informato previsto dalla legge n. 91, è proprio sugli aspetti organizzativi che sembra al momento più urgente e più produttivo concentrare l'attenzione e gli sforzi.

In sede di audizione davanti alla Commissione sono stati ascoltati: il dottor Alessandro NANNICOSTA, direttore generale del Centro nazionale per i trapianti; il professor Carlo Umberto CASCIANI, professore ordinario di chirurgia generale e segretario della Società italiana dei trapianti di organi; il professor Licinio CONTU, direttore del centro regionale per i trapianti d'organo della regione Sardegna; il professor Alfredo SALLERNO, direttore del centro regionale per i trapianti d'organo della regione Sicilia; il professor Gerardo MARTINELLI, direttore del servizio anestesia e rianimazione del policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna; ed infine il professor Salvatore MONTANINI, presidente della Società italiana anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva.

Al fine di verificare da vicino la concreta operatività di alcuni centri di trapianto situati in Regioni sotto questo profilo più avanzate, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta (di cui ha fatto parte, oltre al senatore De Anna, anche la senatrice Carla Castellani) ha

quindi proceduto a due ispezioni esterne, visitando i centri trapianti dell'ospedale Borgo Trento di Verona e del policlinico universitario di Modena, presso i quali sono anche state svolte le audizioni dei vertici sanitari delle strutture.

Al termine degli accertamenti, il senatore De Anna ha presentato una relazione, approvata dalla Commissione nella seduta del 7 febbraio 2001, in cui sono illustrati i risultati dell'inchiesta.

Come evidenziato dai dati statistici recentemente pubblicati dall'Istituto superiore di sanità, si registra una perdurante carenza ed un marcato disequilibrio nel numero delle donazioni tra le diverse aree geografiche del Paese: il numero dei donatori delle Regioni del nord Italia è (nel 1999), infatti, decisamente superiore rispetto alla media nazionale (che è pari a 13,7 donatori per milione di popolazione), risultando pari a 20,3 donatori pmp; quello delle Regioni del centro Italia (pari a 13,8 donatori pmp) è invece sostanzialmente conforme alla media nazionale, mentre del tutto insufficiente si rivela il risultato del sud Italia e nelle isole (ad eccezione della Sardegna, il cui dato è nella media nazionale), ove si registrano appena 5,5 donatori pmp. Si ricorda che la media dei Paesi dell'Unione Europea è di 16,5 donatori pmp.

Causa primaria di tale situazione è senza dubbio il diverso grado di efficienza della rete sanitaria, assai più carente al Sud, soprattutto per quanto attiene all'organizzazione dei servizi di emergenza ed alla funzionalità dei reparti di rianimazione, caratterizzati da una grave carenza di posti letto, sovente utilizzati, tra l'altro, per trattamenti di terapia intensiva post-operatoria, con conseguente necessità di riorganizzare tali reparti in modo da destinare effettivamente ai medesimi un numero adeguato di posti letto.

Attualmente si è pertanto in presenza di uno squilibrio tra la domanda di trapianti e l'offerta degli organi necessari ad effettuare gli interventi richiesti. Il conseguente fabbisogno di organi determina la formazione di cospicue liste di attesa.

Per quanto riguarda poi i centri di trapianto esistenti, il loro numero appare soddisfacente rispetto al fabbisogno della popolazione, ma appare squilibrata la loro distribuzione sul territorio nazionale (dei 120 centri autorizzati ben 74 sono situati nelle Regioni settentrionali, 23 in quelle del Centro e 23 nel Sud e nelle Isole) e diverso il loro indice di efficienza. I centri di trapianto, inoltre, si rivelano spesso non coordinati tra di loro e non totipotenti, ossia non in grado di effettuare l'intera tipologia degli interventi oggi possibile.

L'inchiesta ha permesso di verificare anche la perdurante insufficienza delle campagne informative e di sensibilizzazione nei confronti dei cittadini. La diffusione della cultura del trapianto risulta tuttora carente in Italia come dimostrano, da un lato, il ritardo fatto registrare rispetto ai valori medi degli altri Stati dell'Unione Europea quanto a numero di donatori e, dall'altro, il fenomeno del rifiuto al prelievo di organi opposto dai familiari, che in Italia raggiunge valori percentuali quasi doppi rispetto alla media europea.

Da ultimo si è accertato un inadeguato impegno economico nel settore trapiantologico, quando invece lo stanziamento di risorse rappresenta una condizione indispensabile per superare le attuali carenze organizzative e modulare in termini di efficienza il sistema.

Traducendo tali rilievi in proposte operative, la relazione indica le linee strategiche di intervento ritenute necessarie per l'eliminazione delle liste d'attesa e per assicurare l'uniformità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Il progetto si articola nei seguenti punti:

1. riorganizzazione e potenziamento della rete dell'emergenza ed in particolare dei servizi di rianimazione, principalmente neurochirurgica, che costituiscono il bacino naturale di provenienza dei potenziali donatori di organi;

2. formazione ed aggiornamento professionale degli operatori specializzati e destinati specificamente al settore trapiantologico;

3. valorizzazione del ruolo del coordinatore locale per i trapianti;

4. svolgimento di campagne informative e di sensibilizzazione nei confronti dell'opinione pubblica;

5. adeguata e razionale strutturazione e distribuzione sul territorio dei centri di trapianto: in linea tendenziale appare opportuno, ove possibile in relazione alle varie realtà regionali, raggruppare i centri idonei al trapianto oggi esistenti sul territorio nazionale in unità totipotenti e funzionali, rispettando le indicazioni normative che fanno riferimento al criterio del bacino di utenza;

6. investimento delle risorse economiche necessarie alla realizzazione del progetto indicato, quantificate in una cifra complessiva di circa 200 milioni di lire da distribuire nell'arco di due esercizi finanziari.

13. Il funzionamento del Servizio sanitario nazionale nelle isole minori e nelle aree territorialmente disagiate

Tale filone di inchiesta, coordinato dai senatori Ferdinando DI ORIO e Francesco TIRELLI, per ragioni di tempo non ha potuto dispiegarsi secondo gli intendimenti originari, essendo stato avviato in prossimità della conclusione della legislatura.

Si è quindi preso atto delle ragioni di pratica impossibilità che ostavano all'effettuazione dei sopralluoghi inizialmente programmati, e si è stabilito di approfondire due sole realtà: la Val di Non nella provincia autonoma di Trento e l'isola di Ischia.

Una delegazione della Commissione, composta dai senatori Di Orio e Tirelli, ha effettuato un sopralluogo presso la Asl della provincia autonoma di Trento e l'ospedale di Cles nel distretto della Val di Non; in tale occasione sono state svolte le audizioni dell'assessore alle politiche sociali e alla salute della Provincia autonoma, dei vertici della Asl, tra cui il responsabile del servizio di emergenza «118», del presidente del Comitato di distretto, nonché dei rappresentanti sindacali del personale.

Nella successiva relazione, approvata dalla Commissione il 22 novembre 2000, si dà atto del buon livello del servizio sanitario assicurato nella realtà trentina: la rete provinciale di emergenza e assistenza con il servizio «118» funziona con efficacia ed efficienza, i collegamenti tra le periferie e il centro sono garantiti da mezzi sufficienti e l'ospedale di Cles risulta del tutto soddisfacente, sia in termini strutturali che di attrezzature tecnologiche disponibili. Assai interessante risulta poi il progetto di riforma dell'assistenza sanitaria provinciale che prevede uno snellimento organizzativo e l'adozione di un modello di rete dei servizi coinvolgente l'intero territorio.

Per quanto riguarda l'isola di Ischia, gli accertamenti già previsti sono stati anticipati in seguito al tragico episodio della morte della piccola Ludovica Galzenati, avvenuta la sera del 14 luglio 2000 nell'ospedale Santobono di Napoli dopo il trasporto dall'ospedale Rizzoli di Ischia, probabilmente anche a causa dei ritardi e delle inefficienze dei soccorsi.

Su tutte le problematiche sanitarie dell'isola, la Commissione ha ascoltato in audizione, il 26 luglio 2000, il dottor Salvatore AGOZZINO e il dottor Pier Luigi CERATO, rispettivamente direttore generale e direttore sanitario della Asl Napoli 2 competente per le isole di Ischia e Procida.

Successivamente una delegazione della Commissione, composta dai senatori Di Orio e Tirelli, ha effettuato un sopralluogo nell'isola di Ischia, nel corso del quale ha ispezionato l'ospedale Rizzoli e ha svolto le audi-

zioni del prefetto di Napoli, dei responsabili sanitari aziendali e di presidio, dei responsabili politici a livello regionale e dei comuni interessati, nonché dei rappresentanti sindacali del personale.

Le risultanze di questi accertamenti sono state illustrate in una relazione predisposta dai senatori Di Orio e Tirelli ed approvata dalla Commissione il 21 novembre 2000, in cui si ponevano in evidenza una serie di preoccupanti carenze concernenti i mezzi di collegamento con Ischia e Procida per il trasporto di urgenza verso gli ospedali sulla terraferma e di gravi ritardi nell'operatività del servizio di emergenza «118»; emergeva anche l'allarmante inadeguatezza dell'ospedale Rizzoli di Ischia sotto il profilo sia strutturale che igienico e sanitario. Decisamente deficiente risultava anche la situazione del personale sanitario, caratterizzata da pesanti carenze di organico e da un *turnover* eccessivo. A fronte di tale situazione, non stupiva che un comitato civico all'uopo costituitosi invocasse, con il sostegno dei sindaci ischitani, l'istituzione di una Asl autonoma per Ischia e Procida.

Nella relazione, peraltro, si dava atto ai vertici aziendali (rinnovati con la nomina del dottor Cerato a direttore generale) di aver assunto, purtroppo dopo la tragica morte della piccola Ludovica, corrette iniziative al fine di colmare le lacune emerse; si sottolineava tuttavia l'esigenza che gli impegni assunti trovassero puntuale e tempestiva concretizzazione.

Proprio al fine di verificare l'evoluzione della situazione, una delegazione della Commissione, composta dai senatori Di Orio e Monteleone, è tornata ad Ischia l'8 febbraio 2001. In tale occasione è stato nuovamente ispezionato l'ospedale Rizzoli e sono state svolte le audizioni dei responsabili sanitari dell'isola e dei sindaci dei comuni ischitani.

Infine il successivo 14 febbraio, la Commissione ha svolto una seconda audizione del dottor Cerato, direttore generale della Asl Napoli 2.

I risultati emersi da tali ultimi accertamenti sono nel complesso da giudicare positivi, perché registrano un sensibile miglioramento rispetto alla situazione riscontrata nel precedente mese di settembre. Ciò vale sia per quanto riguarda l'ospedale Rizzoli, la cui situazione igienico-sanitaria è diventata accettabile ed i cui lavori di ristrutturazione dovrebbero completarsi nell'estate 2001 (comprendendo l'attivazione, tra l'altro, di una seconda sala operatoria e di una unità di terapia intensiva cardiologica), sia per quanto attiene il circuito dell'emergenza, la cui dotazione di mezzi è stata adeguata, prevedendo tra l'altro uno specifico rafforzamento nei mesi di affluenza turistica. Anche in ordine alle carenze di personale medico, infermieristico e tecnico, la dirigenza aziendale ha posto in essere opportuni correttivi volti ad incrementare il personale di ruolo e ad assicurare un buon livello di professionalità.

Sono queste le principali indicazioni fornite dal secondo sopralluogo che è stato oggetto, insieme ai due precedenti di cui si è dato conto, della relazione finale sul filone di inchiesta in argomento, illustrata dal senatore Di Orio ed approvata dalla Commissione nella seduta del 14 febbraio 2001.

14. Conclusioni

L'assolvimento dei compiti affidatili dalla delibera istitutiva ha condotto la Commissione a disegnare, attraverso i vari filoni di indagine svolti, un quadro esteso ed aggiornato della sanità italiana, privilegiando quelle chiavi di lettura, o quegli aspetti problematici, che appaiono essenziali per comprendere la fase di profondo e complesso mutamento che il sistema sanitario italiano sta attraversando.

A partire dal decreto legislativo n. 502 del 1992, si sono infatti succeduti numerosi interventi normativi – basti ricordare i decreti legislativi n. 517 del 1993 e nn. 229 e 517 del 1999 – che hanno radicalmente modificato l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, rendendo ancor più pressante l'esigenza (cui si ispira la delibera istitutiva) di verificare l'attuazione della nuova disciplina.

In un certo modo propedeutico, rispetto all'assolvimento di tale compito, è stato lo svolgimento dell'inchiesta sui cosiddetti ospedali incompiuti, attraverso la quale la Commissione ha fatto luce su un fenomeno per lungo tempo sottovalutato e quasi occultato, rivelandone le cospicue dimensioni e l'ingente danno derivato per l'erario. Gli ospedali incompiuti rappresentano emblematicamente un certo modo di concepire e gestire la sanità, in cui cause tra loro diverse – interessi clientelari, assoluta mancanza di programmazione, farraginosità burocratiche, insufficienza di stanziamenti – hanno concorso tutte, soprattutto nel Mezzogiorno, al medesimo risultato: la frustrazione del bisogno di salute dei cittadini.

Ecco quindi che un simile modello fallimentare – ben documentato dalle fotografie delle strutture incompiute ispezionate dalla Commissione, veri e propri monumenti allo sperpero di risorse, cattedrali fatiscenti e obsolete prima ancora di entrare in funzione – si caratterizza idealmente come il polo negativo dal quale la sanità italiana intende prendere definitivamente le distanze.

Gli interventi normativi di riforma sopra citati prevedono in questa prospettiva un percorso caratterizzato in primo luogo da quello che è stato definito come il "processo di aziendalizzazione". In effetti, proprio sulla capacità delle strutture del Servizio sanitario nazionale di adottare moduli organizzativi, strategie programmatiche e procedure amministrative più efficaci e efficienti, oltre che finanziariamente compatibili, si decide la sfida che la sanità italiana è chiamata a raccogliere.

L'inchiesta relativa allo stato di aziendalizzazione delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si è proposta pertanto l'obiettivo di fornire un'aggiornata verifica di carattere generale in ordine all'adozione dei principali strumenti di innovazione da parte delle aziende sanitarie.

Aspetti più specifici, ma rientranti nel medesimo contesto, sono stati posti in luce dalle indagini sulla responsabilizzazione gestionale nelle aziende sanitarie – ovvero sulle modalità con cui le Regioni hanno fornito ai direttori generali delle aziende indirizzi ed obiettivi in termini di salute, la cui realizzazione dovrebbe poi essere lasciata ai direttori con adeguati margini di autonomia operativa e di connessa responsabilità – e sull’attuazione della Carta dei servizi, vale a dire di uno strumento fondamentale per rendere l’organizzazione aziendale trasparente ai cittadini e per riconoscere a questi ultimi e alle loro associazioni forme di partecipazione volte a rendere l’erogazione delle prestazioni sanitarie più adeguata alle esigenze degli utenti.

I risultati cui sono pervenute queste tre inchieste disegnano un quadro abbastanza univoco: le riforme normative in senso aziendalistico approvate a livello centrale hanno avuto un’applicazione sicuramente estesa (anche se con sensibili differenze, e non soltanto tra nord e sud del Paese), ma nella maggioranza dei casi si è trattato di un’applicazione più formale che sostanziale, non ancora sufficiente cioè a modificare in senso profondo il modello organizzativo ed operativo delle aziende sanitarie.

Anche gli esiti dell’inchiesta compiuta in tema di liste di attesa – altro argomento oggetto delle riforme introdotte negli ultimi anni, che tra i vari obiettivi si sono proposte la riduzione di tale fenomeno – testimoniano di uno stadio ancora iniziale di attuazione delle riforme, con risultati per il momento tutt’altro che soddisfacenti. Si tratta di un aspetto sul quale i dati raccolti sono ancora insufficienti, come pure, per quanto concerne la connessa tematica dell’erogazione di prestazioni libero-professionali in regime di *intra moenia*.

Connesse a queste valutazioni sono altresì le risultanze emerse dall’inchiesta sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), ai quali è affidato un ruolo importante nello sviluppo della ricerca applicata all’attività clinica. In questo caso, infatti, si ritrovano le stesse luci ed ombre già delineate, alle quali si aggiungono problematiche specifiche legate, da un lato, ad una non sempre soddisfacente rispondenza al carattere scientifico dell’istituto ed alla *mission* di elezione (monotematica o pluritematica) e, dall’altro lato, alle perduranti incertezze sull’assetto istituzionale degli IRCCS (in materia è da anni in fase di elaborazione parlamentare un disegno di legge di riordino). È da aggiungere che sembra preferibile, ai fini della valutazione della produttività scientifica di ogni istituto da parte del Ministero della sanità, prendere a riferimento la produzione media su un arco temporale di almeno tre anni.

Congruenti con il quadro tracciato sono pure le conclusioni dell’inchiesta sull’istituzione dei Dipartimenti di prevenzione, struttura deputata, nell’ambito della riforma, a svolgere un ruolo di importanza primaria per la tutela della salute pubblica. I Dipartimenti di prevenzione risultano in effetti istituiti, come è previsto dalla legge, nella quasi totalità delle aziende sanitarie locali ma la loro operatività appare piuttosto limitata rispetto ai compiti loro affidati.

Se nel caso dei Dipartimenti di prevenzione i limiti operativi sembrano essere dovuti per la maggior parte a carenze di ordine finanziario (assai poche sono le aziende sanitarie che destinano alla prevenzione il 5% del *budget*), per quanto riguarda invece il processo di aziendalizzazione i vincoli finanziari si aggiungono a ritardi e insufficienze di carattere culturale, sembrando necessario un vero e proprio salto di qualità in termini di formazione e aggiornamento professionale del personale. Anche in relazione all'attivazione della Carta dei servizi e al monitoraggio delle liste di attesa, peraltro, risulta non più procrastinabile un cambiamento di approccio culturale da parte degli operatori, che in primo luogo deve comportare il riconoscimento agli utenti di un vero e proprio diritto all'informazione e alla partecipazione.

La rete ospedaliera è stata oggetto di innumerevoli sopralluoghi, effettuati da delegazioni della Commissione nell'ambito di diversi filoni di inchiesta. E' stata confermata l'esigenza di procedere ad un ammodernamento sia strutturale che tecnologico dei presidi esistenti, con particolare riferimento al rispetto dei parametri di sicurezza stabiliti dal decreto legislativo n. 626 del 1994. Occorre peraltro rilevare che tale esigenza è da tempo stata posta in evidenza, anche a livello normativo, senza che essa possa dirsi compiutamente soddisfatta; elementi in qualche misura confortanti sono emersi, tuttavia, proprio dall'inchiesta sugli ospedali incompiuti, nel corso della quale è stata verificata l'adozione di procedure più rapide ed efficienti per quanto concerne l'utilizzazione per l'edilizia sanitaria dei fondi posti a disposizione dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Specifiche indicazioni sono derivate poi dall'inchiesta sullo stato di attuazione dei servizi di emergenza-urgenza (cosiddetto 118). Nel contesto di una rete ospedaliera in fase di ristrutturazione, si è osservato infatti che il sistema di emergenza previsto, in sé coerente, soffre di un'applicazione incompleta e disomogenea, soprattutto con riferimento alle Regioni del centro-sud, che registrano pesanti ritardi e arretratezze.

Meritevoli di attenta riflessione sembrano inoltre le conclusioni dell'indagine condotta sulla rete dei servizi di rianimazione nell'ambito della tematica sui trapianti, le quali hanno evidenziato un gravissimo ritardo da parte del Mezzogiorno e della Sicilia per quanto concerne sia il numero e la funzionalità dei reparti di terapia intensiva, che il numero delle donazioni di organo nonché dei centri autorizzati ad effettuare attività di trapianto.

La quasi totalità delle inchieste condotte, del resto, ha posto in luce un notevole divario nel livello delle strutture sanitarie e delle prestazioni erogate tra il Mezzogiorno e la Sicilia, da un lato, e il resto del Paese dall'altro. Si ha anzi l'impressione che il divario esistente stia relativamente aumentando: ciò è vero in particolare per quanto attiene ai servizi e alle terapie più avanzate, che sempre più risultano appannaggio esclusivo delle Regioni settentrionali.

I rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università costituiscono un altro fronte di recente intervento normativo (il riferimento è al decreto

legislativo n. 517 del 1999) per il quale la Commissione ha avvertito l'esigenza di condurre una specifica indagine. In particolare, è stata verificata l'applicazione del nuovo modello delle aziende ospedaliero-universitarie che dovrebbe realizzare, in forza della stipula di specifici protocolli d'intesa, una più omogenea e coordinata collaborazione fra Regioni e Università, inserendo l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali di queste ultime nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale e assicurandone le funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. L'indagine ha conclusivamente accertato che la normativa recata dal citato decreto legislativo n. 517 risulta largamente condivisa sia in ambito universitario che ospedaliero: vi è pertanto l'esigenza di procedere con tempestività all'emanazione delle previste linee guida, sulla base del riconoscimento che, al fine di rispondere adeguatamente alle nuove necessità nel campo della formazione, l'unica via concretamente perseguibile nella generalità del territorio nazionale è quella delle aziende miste ospedaliero-universitarie, soluzione peraltro delineata dal decreto n. 517.

In conclusione emerge con forza la necessità di sostenere in maniera più efficace, sotto i diversi profili, i processi di cambiamento in atto. In un panorama delle aziende sanitarie in cui è possibile distinguere punte avanzate, una maggioranza ancora in via di transizione ed una minoranza in evidente difficoltà, non può non imporsi l'esigenza di fornire un particolare supporto alle realtà che incontrano maggiori ostacoli e resistenze.

È questo un impegno che chiama in causa, per le rispettive competenze, tutti gli organi istituzionalmente deputati ai vari livelli, da quello centrale con il Governo e gli organi di consulenza tecnica, a quello regionale, a quello locale. Al riguardo la stessa Commissione si è posto il problema di come interpretare il proprio ruolo e di quale contributo fornire.

Va osservato in proposito che, nello svolgimento dei suoi compiti istituzionali, la Commissione non ha mai fatto uso dei poteri propri dell'autorità giudiziaria, preferendo non utilizzare le prerogative assegnatele in chiave inquisitoria o addirittura sanzionatoria. L'approfondimento della conoscenza delle situazioni e dei problemi esistenti e la proposta delle soluzioni praticabili sono state le modalità operative prescelte.

Ma nello stesso tempo, in più di un'occasione, la Commissione ha riconosciuto la limitata validità di un'attività inquirente che, dopo aver accertato una determinata situazione ed aver suggerito alcune iniziative, rinunciava a compiere un ulteriore passo: quello del controllo a distanza di qualche tempo di quella stessa situazione, allo scopo di accertare le evoluzioni intercorse e puntualmente verificare se le soluzioni prospettate, sulle quali i responsabili operativi si erano impegnati, fossero poi state effettivamente tradotte in realtà.

Questa azione di monitoraggio e di positiva collaborazione con gli organi dirigenti delle strutture interessate ha consentito di smuovere ed avviare a miglioramenti sostanziali situazioni obiettivamente complesse e consolidate nel tempo.

Non può che essere sottolineata, pertanto, anche in prospettiva futura, l'opportunità che tale opera di monitoraggio e verifica sia adottata con carattere di continuità e sistematicità.

Nel rigoroso rispetto delle prerogative delle altre istituzioni, sembra inoltre appropriato che un organo del Parlamento, come rappresentante dell'unità nazionale, abbia parte nel sistema di verifiche prospettato. In tal modo, infatti, oltre a contribuire alla salvaguardia del principio dell'uniformità sull'intero territorio nazionale delle prestazioni minime essenziali erogate, il Parlamento potrà acquisire tempestivamente quegli elementi di conoscenza oggettiva e globale che sono indispensabili per facilitare, tramite eventuali correzioni ed integrazioni alla disciplina vigente, il processo di trasformazione in atto.

Un'ultima considerazione riguarda l'unanimità che ha caratterizzato l'intero svolgimento dei lavori della Commissione, le cui relazioni sono state tutte approvate con il consenso di ciascuna forza politica rappresentata. Ciò costituisce un elemento di indubbia forza e credibilità delle conclusioni cui sono pervenute le inchieste compiute, nell'auspicio che esse possano recare un apporto utile ad una più ampia garanzia del diritto dei cittadini alla salute.

