

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

Doc. XXII-bis

n. 1

Allegato 10

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

Inchiesta sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale nelle isole minori e nelle aree territorialmente disagiate

RELAZIONI

Relatori sen. FERDINANDO DI ORIO e sen. FRANCESCO TIRELLI

I N D I C E

Relazione sul sopralluogo effettuato il 12, 13 e 14 settembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl n. 2 di Napoli e le strutture sanitarie dell'isola di Ischia	Pag.	5
Relazione sul sopralluogo effettuato il 17, 18, e 19 ottobre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl della provincia autonoma di Trento e l'ospedale di Cles collocato nel distretto della Val di Non »		19
Relazione finale	»	32

Relazione sul sopralluogo effettuato il 12, 13 e 14 settembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl n. 2 di Napoli e le strutture sanitarie dell'isola di Ischia

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 88 del 22 novembre 2000

1. Premessa

Nel quadro dell'inchiesta sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale nelle isole minori e nelle aree territorialmente disagiate, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 12 e 13 settembre 2000 un sopralluogo presso la Asl n. 2 di Napoli e le strutture sanitarie dell'isola di Ischia. Hanno fatto parte della delegazione i senatori Ferdinando Di Orio e Francesco Tirelli. La delegazione è stata assistita dal proprio Ufficio di segreteria e dal proprio nucleo di polizia giudiziaria, nonché dalla dottoressa Maria Degli Esposti, collaboratrice esterna della Commissione. La delegazione si è avvalsa inoltre della collaborazione della polizia scientifica della Questura di Napoli.

La Asl di Napoli 2 comprende nel suo territorio di competenza (per complessivi 261 chilometri quadrati con una popolazione di oltre 510.000 abitanti) i comuni di Giugliano (93.000 abitanti), Pozzuoli (82.000 abitanti), Marano (58.000 abitanti) e altri comuni minori dell'*hinterland* napoletano, nonché le isole di Ischia (54.000 abitanti) e di Procida (11.000 abitanti). Nella Asl sono stati istituiti nove distretti sanitari, dei quali uno comprendente i sei comuni dell'isola di Ischia e uno comprendente l'isola di Procida; l'azienda dispone di tre presidi ospedalieri, ubicati rispettivamente a Pozzuoli (144 posti letto), Giugliano (80 posti letto) e Lacco Ameno (Ischia) (attualmente 68 posti letto effettivi).

2. Le audizioni presso la prefettura di Napoli

Nel pomeriggio del 12 settembre 2000 la delegazione ha svolto, presso la Prefettura di Napoli, le audizioni del prefetto, dell'assessore alla sanità della regione Campania e dei vertici della Asl n. 2 di Napoli nonché del presidente dell'assemblea dei sindaci della medesima Asl.

Il dottor *Giuseppe Romano*, prefetto di Napoli da circa tre anni, ha inizialmente richiamato il clima di trasgressione dell'ordine pubblico che caratterizza la provincia e l'enfatizzazione da parte dei *mass media* delle disfunzioni presenti nell'apparato pubblico. Per quanto concerne la

sanità esistono, a suo giudizio, seri problemi, ma questo non deve far dimenticare l'esistenza di professionalità di prim'ordine e di strutture di elevato livello.

Ha poi rilevato che in seguito al tragico episodio della morte della piccola Ludovica Galzenati, è stato posto riparo – anche grazie alla collaborazione tra Prefettura e istituzioni locali – alle carenze dei collegamenti di emergenza con le isole dell'arcipelago campano. In particolare dal 18 agosto 2000 è attivo anche nelle ore notturne un servizio di trasferimento tramite elicottero tra gli eliporti di Casamicciola (Ischia), Capri e Procida e gli ospedali napoletani, servizio che ha già consentito di effettuare tre interventi risolutivi.

Il prefetto ha inoltre osservato che i presidi attualmente esistenti nelle isole campane appaiono sufficienti a rispondere alle esigenze della popolazione residente, ma devono essere potenziati per far fronte in maniera adeguata alle necessità dell'utenza turistica: al riguardo basti considerare che Ischia passa dai 54.000 residenti invernali alle oltre 400.000 presenza del mese di agosto. In tale prospettiva sono stati investiti oltre sette miliardi per la ristrutturazione e l'ampliamento dell'ospedale Anna Rizzoli di Ischia (i lavori sono stati realizzati per metà ed è già stato deliberato un ulteriore finanziamento di sei miliardi) e otto miliardi per quello di Capri (già spesi per un ottavo).

Infine, rispondendo a una domanda del senatore Di Orio, il prefetto ha affermato che il suo ufficio non è mai stato richiesto di interventi per l'attivazione del servizio di emergenza-urgenza «118» e che egli non è al corrente delle ragioni del ritardo di tale attivazione in Campania.

È stata poi ascoltata la dottoressa *Teresa Armato*, assessore regionale alla sanità, la quale ha ricordato che sui ritardi nell'attivazione del servizio «118» (dopo che nel 1994 era stata approvata la relativa legge regionale) la magistratura ha aperto alcuni procedimenti. Priorità assoluta della nuova Giunta regionale è stata pertanto l'attivazione della rete del «118», avvenuta in data 8 agosto 2000: sono state aperte nove centrali operative e sono stati attivati i Saut (Servizio di assistenza e urgenza territoriale); il collegamento di emergenza con le isole è assicurato da tre idroambulanze e da un elicottero ora abilitato anche per il volo notturno.

La dottoressa Armato ha dichiarato poi di avere giudicato, a seguito di un sopralluogo personalmente effettuato alla fine dello scorso mese di giugno, inadeguato l'ospedale Rizzoli di Ischia, anche sotto il profilo della manutenzione ordinaria. Aveva pertanto sollecitato l'allora direttore generale della Asl, dottor Agozzino, a realizzare alcuni interventi urgenti che tuttavia non vennero posti in essere con la dovuta tempestività; il dottor Agozzino è stato quindi sospeso dall'incarico dopo la morte della piccola Ludovica e sotto l'attuale gestione del direttore generale f.f. sono state sollecitamente adottate iniziative volte ad avviare la mobilità degli infermieri, ad acquisire una motoambulanza attrezzata, a migliorare la manutenzione ordinaria e ad assicurare la presenza permanente nell'ospedale del direttore sanitario.

L'assessore ha sottolineato che l'esigenza più pressante per le isole campane è costituita dal potenziamento delle strutture e attrezzature ospedaliere, con particolare riferimento alla telemedicina, attualmente esistente nell'ospedale Rizzoli solo per alcune specialità in collegamento con gli altri ospedali della Asl; al riguardo esiste già un progetto di collegamento anche con l'ospedale Cardarelli e con il policlinico dell'Università di Napoli. Inoltre occorre potenziare le strutture territoriali e questo è uno degli obiettivi che saranno posti ai nuovi vertici della Asl n. 2 di Napoli che sono in scadenza nel prossimo mese di ottobre. Rispetto alle necessità appare invece non condivisibile la richiesta, che probabilmente sarà avanzata dai comuni di Ischia e di Procida, di istituire un'autonoma Asl per tali isole.

Per quanto infine riguarda gli investimenti strutturali, l'assessore ha fatto presente che sono ancora disponibili per la Campania circa 2.000 miliardi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Per la distribuzione di tali risorse appare opportuno adottare criteri meno schematici rispetto al passato, al fine di tener conto, per le isole, dell'incidenza del fattore turistico. Allo stesso scopo nella ripartizione del finanziamento della spesa sanitaria corrente si dovrebbe prevedere per le isole un adeguato moltiplicatore della quota capitaria.

Il dottor *Pierluigi Cerato*, direttore generale f.f. e direttore sanitario della Asl n. 2 di Napoli, ha esposto la situazione sanitaria delle due isole comprese nella Asl, le quali presentano tra loro caratteristiche alquanto diverse. Per quanto attiene all'isola di Procida - che ha 11.000 abitanti residenti e si segnala per una vocazione turistica assai inferiore a quella di Ischia - le attuali strutture (un ospedale di tipo A con 8 posti letto, 2 letti monitorizzati, 1 sala operatoria e 1 sala parto, con personale in turno proveniente dall'ospedale di Pozzuoli; presso l'ospedale opera anche un medico Saut con una ambulanza) appaiono sufficienti al fine di effettuare il pronto soccorso e la stabilizzazione del paziente ed assicurare il suo successivo trasporto presso un ospedale attrezzato. Nell'isola è in funzione un'idroambulanza ed è attivato un collegamento tramite elicottero che, in attesa della costruzione di un vero e proprio eliporto, per il momento utilizza come pista lo stadio.

Più complessa e problematica è la situazione di Ischia, caratterizzata da un'intensa stagione turistica che si protrae da aprile a ottobre e da una viabilità assai limitata a causa della configurazione del territorio. Nell'isola sono presenti un ospedale, un distretto sanitario e un Saut.

L'ospedale Rizzoli dispone attualmente di 68 posti letto effettivi, che diventeranno 99 al termine dei lavori di ristrutturazione in corso; sono presenti reparti di pronto soccorso, medicina generale, chirurgia con rianimazione, ginecologia e ostetricia, pediatria, ortopedia, cardiologia con UTIC, radiologia e laboratori di analisi; sono attivi servizi di telemedicina radiologica e cardiologica, nonché di teleconsulto presso il letto del paziente, in collegamento con l'ospedale di Pozzuoli. La pianta organica presenta gravi carenze sia per il personale medico (mancano in media due medici

per ciascun reparto) che paramedico (mancano complessivamente quindici infermieri ed anche il numero degli ausiliari è sottodimensionato), carenze che vengono coperte tramite avvisi pubblici di sei mesi e con la mobilità interregionale. La sala operatoria è da ristrutturare completamente, mentre le apparecchiature tecnologiche risultano nel complesso insufficienti e in alcuni casi inadeguate. La situazione alberghiera dell'ospedale è carente; occorre tuttavia ricordare la particolare capacità professionale del responsabile del reparto di chirurgia.

Il Saut – come illustrato dal direttore generale f.f. – è attualmente struttura non aperta al pubblico, in cui lavorano quattro medici e che opera con un'autoambulanza con medico a bordo. Sta per essere attivato anche un Psat (Pronto soccorso attivo territoriale). Sull'isola operano per 24 ore al giorno due ambulanze di tipo B (una presso l'ospedale e una presso il Saut), un'ambulanza di tipo A utilizzata dal «118», un'autovettura medicata presso il Saut e una moto medicata (12 ore nel periodo estivo) che, con un medico rianimatore e un infermiere a bordo, precede l'autoambulanza in caso di traffico intenso.

I collegamenti con la terraferma sono assicurati da un servizio di elicottero (è stata riattivata la pista di Casamicciola) e una motovedetta catalogata come idroambulanza di tipo B (ma con a bordo attrezzature di tipo rianimativo) che staziona nel porto di Ischia ed è in servizio 24 ore.

Il distretto istituito nell'isola di Ischia – ha affermato il dottor Cerato – non presenta particolari carenze in nessuna delle unità operative previste.

Ad Ischia esistono due presidi di guardia turistica (uno a Procida) attivi dal 15 giugno al 15 settembre. Con i medici di base è stato attuato un accordo per l'assistenza degli anziani, mentre i pediatri effettuano le vaccinazioni obbligatorie in base ad un ampliamento della convenzione. È in fase di avvio un progetto per l'assistenza domiciliare integrata e nell'isola vi sono due centri di riabilitazione in collegamento con l'ospedale; particolarmente ben funzionante è il servizio di salute mentale che dispone di un'ottima struttura residenziale (20 posti) a Barano.

Infine il dottor Cerato ha dato conto dell'esistenza ad Ischia di un responsabile distrettuale dell'URP e di un servizio di informazione per gli stranieri concernente l'assistenza sanitaria nell'isola.

La delegazione ha quindi svolto l'audizione del dottor *Giacomo Gerlini*, sindaco di Giugliano e presidente dell'associazione dei sindaci della Asl n. 2 di Napoli, il quale ha ricordato che il comitato dei sindaci ha recentemente approvato un documento sulla deficitaria situazione sanitaria dell'ospedale Rizzoli. Il comitato, peraltro, non si è mai interessato alle problematiche del collegamento delle isole con la terraferma in caso di emergenza né a quelle relative all'istituzione del 118 o alle carenze di personale. Il sindaco di Giuliano ha affermato che, nella sua esperienza, l'assemblea dei sindaci ha rilievo marginale nell'ambito della Asl e viene in effetti coinvolta solo per l'approvazione dei bilanci: in sostanza per concrete richieste il singolo sindaco si rivolge direttamente alla Asl.

Il sindaco di Giugliano ha infine evidenziato che negli ultimi anni la Asl ha dato maggior rilievo all'assistenza ospedaliera, mentre i comuni sono più favorevoli al potenziamento della sanità territoriale.

3. Il sopralluogo all'ospedale Anna Rizzoli di Ischia

L'ospedale Rizzoli è uno dei tre presidi ospedalieri direttamente gestiti dalla Asl Napoli 2; sull'isola non esistono strutture private da quando, nel 1994, è stata chiusa la clinica S. Giovanni. Il Rizzoli è stato donato all'isola da Angelo Rizzoli circa quaranta anni fa e da allora ben pochi interventi sono stati fatti per adeguarlo alle nuove esigenze della popolazione, sia di quella residente (circa 54.000 abitanti) sia di quella temporanea (pari complessivamente a sette milioni annui, con una media di presenze giornaliere di circa 200.000 persone e punte nei mesi estivi di oltre 400.000).

L'ospedale ha tre piani fuori terra, nel giardino antistante sostano le ambulanze e una moto ambulanza; molto vicino all'ospedale è ubicata la piattaforma per gli elicotteri, di dimensioni non ampie e costruita dal Comune su territorio di pertinenza del demanio marittimo.

Attualmente nell'ospedale sono in corso lavori di ristrutturazione (con un finanziamento complessivo di oltre 13 miliardi, di cui gli ultimi 6 recentemente stanziati *ex* articolo 20) i quali prevedono anche l'aggiunta di corpi attigui per l'installazione delle centrali operative; il cantiere aperto da tre anni è adiacente al corpo centrale e crea un disagio olfattivo, acustico, igienico evidentemente percepibile dai degenti e da tutti coloro che lavorano o accedono al Rizzoli. I lavori sono rimasti un anno bloccati per le rimostranze delle associazioni ambientaliste e dei Verdi che giudicavano il necessario abbattimento o spostamento di un pino marittimo, previsto dal progetto, atto incompatibile con il mantenimento del patrimonio ambientale dell'isola; al momento del sopralluogo le opere risultavano eseguite per il 50 per cento con previsione di conclusione nell'ottobre 2001.

Attigua all'ospedale è situata una scuola non operante che era stata messa a disposizione dell'azienda sanitaria; ma, dovendosi attuare un collegamento tra le due strutture con l'attraversamento di una vigna, non sono state concesse le autorizzazioni per il tracciato e pertanto la scuola non è stata utilizzata.

L'ospedale è segnalato da cartellonistica stradale e l'accesso alla struttura con motoveicoli non è intralciato da barriere architettoniche. L'atrio si presenta in cattive condizioni strutturali ed è assente un servizio di informazione o accoglienza. L'ospedale dispone di un solo ascensore.

La delegazione ha visitato il pronto soccorso, ubicato al piano terra: nel corridoio le sedie di attesa sono insufficienti e le camere di pronto soccorso sono apparse in disordine e fuori norma. Gli interventi di pronto soccorso raggiungono, nel periodo estivo, punte di 280 prestazioni giornaliere; l'ospedale svolge attività ambulatoriale, senza un sistema di preno-

tazioni informatizzato, per le specialità di chirurgia, cardiologia, ginecologia, oculistica, ortopedia e radiologia.

Sul medesimo corridoio si affaccia il reparto di radiologia, servizio accuratamente tenuto e dotato di tecnologie di avanguardia: sono presenti una TAC di ultima generazione attiva nelle 24 ore, un ecografo pluridisciplinare e un servizio di telemedicina collegato per via diretta ed esclusiva con il reparto di radiologia dell'ospedale di Pozzuoli. Tale collegamento consente l'immediata trasmissione di immagini radiologiche alla sala di lettura raggi di Pozzuoli. La delegazione ha assistito ad un collegamento in diretta, constatando la velocità di trasmissione e l'alta definizione delle immagini. È previsto l'ampliamento della telemedicina con l'avvio del collegamento con l'ospedale di Pozzuoli per la chirurgia vascolare, con il policlinico Federico II di Napoli e con l'ospedale Cardarelli per la neurochirurgia.

Ai piani superiori la delegazione ha visitato i reparti di ortopedia, chirurgia generale, anestesia e rianimazione. Le stanze di degenza sono a otto, sei e quattro letti; nel periodo estivo i ricoveri sono a piena occupazione, ma non è possibile calcolare un indice di degenza e di occupazione dei posti letto medi per la consistente variabilità della popolazione presente nell'isola. I bagni sono esterni alle stanze di degenza ed in cattive condizioni strutturali, seppure al momento dell'ispezione piuttosto puliti. Esiste una cartellonistica artigianale ma efficace, mentre non vi è traccia di Carta dei servizi o di opuscoli informativi utili a facilitare i percorsi per il pubblico.

La delegazione ha poi ispezionato l'unica camera operatoria dell'ospedale, la quale è risultata angusta e assolutamente non conforme agli standard di sicurezza igienica: è stata tra l'altro notata la presenza di materiali di deposito, di attrezzature inutilizzate e di porte rotte in più punti.

Allo stesso piano della camera operatoria si trovano in una stanza di degenza quattro posti letto attrezzati con monitor, che vengono utilizzati da pazienti cardiologici; vi sono poi sei stanze di degenza di chirurgia generale.

È stato inoltre visitato il reparto di ostetricia e ginecologia, con 10 posti letto e con un nido di 10 posti. All'interno di tale reparto si trova una sala parto piuttosto arcaica, le cui condizioni hanno suscitato osservazioni critiche essendo stati riscontrati materiali di deposito fuori posto, lavamani in disordine, prese e spine non a norma e fili vaganti.

4. La visita al distretto sanitario n. 57

L'edificio che ospita il distretto è composto da tre piani: si tratta di una ex struttura dell'opera nazionale maternità e infanzia, in discrete condizioni, anche se necessiterebbe di ripulitura esterna.

Al piano terra l'edificio ospita il servizio dialisi completamente ristrutturato e molto efficiente: sono stati ricavati spogliatoi per i pazienti, bagni per degenti e un bagno per gli accompagnatori; l'unità di dialisi

ha due letti contumaciali, di cui uno intensivo e uno di sostituzione (in caso di guasto del macchinario) e nove letti di cui uno per le urgenze. La stanza in cui sono collocati i nove letti per i dializzati è di 400 mq e corrisponde agli *standard* spaziali previsti. Nell'unità sono attualmente presenti 3 medici e 8 infermieri, a fronte dei 4 medici e dei 6 infermieri previsti per la dotazione iniziale di 6 letti. Il servizio, che svolge un turno settimanale in regime di *intra moenia*, non riesce a coprire le esigenze dell'utenza estiva, nonostante lavori su due turni; nell'estate 2000 uno specifico accordo ha permesso di ospitare 11 dializzati in turno notturno. Il progetto di avvicinare l'unità di dialisi all'ospedale e di collegarla strutturalmente a questo è caduto insieme a quello di utilizzare l'edificio scolastico attiguo all'ospedale (cfr. pag. 9).

Negli altri piani dell'edificio del distretto vi sono i servizi di controllo interno, l'URP, il servizio di igiene pubblica e il servizio di prevenzione nei luoghi di lavoro, scelta e revoca del medico di base. Il distretto sanitario, che comprende il territorio di tutta l'isola, si compone complessivamente di 13 unità operative territoriali. Oltre a quelle già citate: assistenza riabilitativa, Sert con due spazi separati (uno per la distribuzione del metadone e uno per il recupero e l'inserimento), veterinaria, salute mentale con annesso un centro crisi con quattro posti letto, una casa famiglia, specialistica ambulatoriale, materno infantile, assistenza anziani, medicina legale e del lavoro. Nell'isola ci sono 100 stabilimenti termali, dei quali 80 operanti in regime di accreditamento, su cui viene esercitato il controllo sanitario.

Le unità operative elencate sono sparse nei vari comuni dell'isola, anche per l'interesse di ciascuna comunità ad avere una struttura sanitaria nel proprio territorio.

5. Le audizioni presso il Municipio di Ischia

Nella giornata del 13 settembre la delegazione ha svolto alcune audizioni presso il Municipio di Ischia.

È stato per primo ascoltato il dottor *Alfredo Irollo*, direttore sanitario f.f. dell'ospedale Rizzoli (dirigente assunto con avviso pubblico e a contratto da circa due anni e mezzo presso l'ospedale), il quale ha evidenziato che nella ristrutturazione in corso è prevista la costruzione di un nuovo blocco operatorio con due sale di 36 mq, di un doppio ascensore, nonché l'ampliamento della rianimazione e il rifacimento della cucina.

Il dottor Irollo ha inoltre affermato che il servizio di telemedicina verrà ampliato e a regime comprenderà un collegamento stabile con gli ospedali di Pozzuoli e Giugliano e un collegamento a chiamata con l'ospedale Cardarelli e con il policlinico universitario Federico II.

Per quanto concerne le precarie condizioni igieniche della sala operatoria, ha fatto presente la concreta impossibilità di chiudere tale struttura, che è l'unica dell'isola, ed ha osservato che non si sono mai verificati fi-

nora casi di infezione e che le periodiche ispezioni dei NAS non hanno dato luogo a rilievi negativi.

Il dottor Irollo ha ricordato la precarietà della situazione del personale medico e paramedico dell'ospedale: non ci sono agevolazioni di nessun tipo per trattenere i vincitori di mobilità e di avvisi pubblici; il costo del traghetto per i non residenti ha notevole importo e d'altra parte è difficile ed oneroso reperire un alloggio sull'isola. Le carenze più gravi rispetto alla pianta organica sono quelle degli infermieri e degli ausiliari, mentre la gran parte dei dirigenti medici tende a trasferirsi sulla terraferma. Per le indispensabili coperture la Asl si è impegnata a bandire i concorsi nel prossimo mese di ottobre; resta l'esigenza di disporre di una dotazione di personale in qualche misura flessibile in modo da tener conto dell'aggravio estivo. Appare inoltre necessario accelerare lo scorrimento delle graduatorie per il personale interessato a rispondere all'avviso pubblico.

Rispondendo ad uno specifico quesito, il dottor Irollo ha dichiarato che, stante la carenza del personale ausiliario, la pulizia dell'ospedale è affidata ad una ditta esterna. Esiste peraltro la necessità di istituire un ufficio di manutenzione sull'isola o quanto meno di assicurare la possibilità di rivolgersi prioritariamente a ditte isolane per la realizzazione di piccoli interventi.

Il dottor Irollo ha infine affermato di avere tempestivamente segnalato per iscritto ai vertici della Asl, in numerose occasioni, le carenze e le disfunzioni che affliggono l'ospedale Rizzoli.

È stato poi audito il dottor *Pasquale Mandato*, direttore amministrativo dell'ospedale Rizzoli e *ad interim* del distretto n. 57, il quale ha consegnato un promemoria relativo alle carenze di organico, in cui si sottolinea la mancanza di norme che tengano adeguatamente conto delle specificità che caratterizzano le isole minori. In particolare ha richiamato l'esigenza di adottare un moltiplicatore della quota capitaria in sede di ripartizione dei finanziamenti per quelle realtà, come Ischia, caratterizzate da una massiccia presenza turistica.

Il dottor Mandato ha poi affermato che l'ospedale dispone di uno specifico fondo per le piccole spese (50 milioni a trimestre) ed ha precisato che la direzione e la responsabilità dei lavori di ristrutturazione non è affidata alla direzione amministrativa dell'ospedale.

Il dottor *Alessandro Iacono*, responsabile dell'unità operativa di medicina di base del distretto, ha illustrato l'attività svolta dall'unità da lui diretta - di cui è stata avviata l'informatizzazione - precisando che il servizio di guardia medica turistica è gestito dalla Regione; a suo giudizio, peraltro, tale servizio è allo stato insufficiente sia in termini di personale medico e infermieristico dedicato, sia in termini di periodo annuale di apertura. In ausilio alla medicina di base è stato attivato il Saut ed è in prospettiva prevista la costituzione del Psat (pronto soccorso attivo territoriale) con accesso all'utenza per prestazioni di primo intervento che non

richiedono esami radiologici o di laboratorio: l'obiettivo è decongestionare il pronto soccorso ospedaliero eliminando i tempi di attesa per l'eventuale invio del paziente ai servizi di emergenza ospedaliera. Il sistema tuttavia, per essere pienamente operativo, richiede un adeguamento strutturale e di personale appena avviato.

Il dottor Iacono ha poi dichiarato che l'assistenza domiciliare integrata è ancora alla fase iniziale, mentre la medicina scolastica è di competenza dell'unità operativa materno-infantile (la medicina di base è coinvolta solo per l'oculistica e le vaccinazioni).

Ha inoltre precisato che sono presenti ad Ischia 46 medici e 9 pediatri di base.

Il responsabile della medicina di base ha infine segnalato un certo scollamento tra le amministrazioni comunali e le strutture sanitarie, auspicando invece una maggiore integrazione tra l'organizzazione degli interventi sociali dei comuni e le iniziative del distretto.

Il dottor *Nello Carraturo*, responsabile del distretto sanitario di Ischia, dopo aver consegnato un promemoria relativo alle dotazioni e alle attività delle unità operative territoriali del distretto, ha sottolineato che le esigenze sanitarie poste dal massiccio afflusso turistico sono solo parzialmente soddisfatte dal rafforzamento degli ambulatori, i quali registrano comunque carenze di personale. La domanda di prestazioni specialistiche proveniente dai residenti è soddisfatto per l'80 per cento nell'isola: per il resto vi è una mobilità verso l'Asl n. 1 di Napoli e verso il Nord per l'alta specializzazione (pari all'1 per cento della domanda).

Il dottor Carraturo ha poi giudicato nel complesso adeguato lo schema strutturale della sanità ad Ischia, incentrato su un ospedale di piccole dimensioni e sul distretto, con mezzi di collegamento rapido (elicottero, idroambulanza) per i casi di emergenza; ha peraltro fatto presente che per circa venti giorni l'anno le condizioni atmosferiche sono così avverse da determinare il completo isolamento dell'isola. Un ulteriore problema è costituito dalla carenza del personale medico e infermieristico e dall'accentuato *turnover* (sotto questo profilo l'unità operativa che incontra le maggiori difficoltà è quella della prevenzione nei luoghi di lavoro). Infine ha auspicato un accorpamento in un'unica sede delle varie strutture del distretto ora disperse nel territorio dei sei comuni dell'isola, indicando l'esigenza di procedere alla istituzione di un comune unico.

Il dottor *Dario Golia*, dirigente di primo livello responsabile del servizio «118» per le Asl Na/2 e Na/3 (servizio operativo dall'8 agosto 2000), ha illustrato la disponibilità dei mezzi di trasporto per l'emergenza: sono presenti complessivamente nove autoambulanze di tipo B, di cui due nell'isola di Ischia e una a Procida. Presso la centrale operativa interaziendale vi sono, oltre al responsabile, sei medici Saut e dodici infermieri professionisti. Il sistema di trasporto tramite elicottero non è gestito dalla centrale interaziendale giacché opera esclusivamente per il trasferimento di pazienti da ospedale a ospedale.

Durante i primi mesi di attività, il servizio del «118» non ha evidenziato problemi funzionali, a parte quelli conseguenti al gran numero di chiamate a vuoto da parte dell'utenza.

Il dottor Golia ha peraltro rilevato che per il sistema dell'emergenza, stanti le gravi carenze di personale infermieristico e medico (soprattutto per gli anestesisti rianimatori), è essenziale la collaborazione delle associazioni di volontariato.

Nel pomeriggio del 13 settembre la delegazione parlamentare ha svolto le audizioni dei rappresentanti sindacali dei medici e del personale non medico della Asl Na/2. Il rappresentante della CGIL per la funzione pubblica, signor *Ernesto Viola*, ha posto l'accento sulle differenze delle tre Usl che sono confluite nella Asl Na/2, all'interno della quale Ischia (ex Usl 21) ha finito per subire un'indubbia penalizzazione: pur essendo ben note da anni le gravi carenze strutturali e di personale dell'ospedale Rizzoli, solo la morte della piccola Ludovica, con le conseguenti polemiche, ha determinato un effettivo impegno da parte dei vertici aziendali. Tra i vari interventi di urgente necessità, ha segnalato quello di sbloccare i concorsi per l'assunzione di infermieri.

Il dottor *Roberto Ielasi*, responsabile dell'ANAAO, nel concordare con le affermazioni del rappresentante della CGIL, ha evidenziato la carenza di personale ausiliario dell'ospedale Rizzoli, la maggior parte del quale è stato riqualificato e viene impiegato in lavori di ufficio.

Il rappresentante della UIL, signor *Salvatore Esposito*, ha richiamato l'esigenza di svolgere il concorso per gli infermieri e di far sì che i vincitori assegnati all'isola di Ischia assicurino una permanenza di almeno quattro anni.

Per la CGIL medici il dottor *Giuseppe Parisi*, responsabile del reparto di pediatria dell'ospedale, ha esposto l'esigenza di ridurre i disagi per il personale pendolare (circa il 50 per cento), di rendere il pronto soccorso indipendente dagli altri reparti in termini di personale e di colmare i vuoti di pianta organica esistenti; ha inoltre espresso avviso contrario all'ipotesi di creare una Asl autonoma nell'isola.

Il dottor *Giuseppe Trani*, (AAROI), responsabile del reparto di rianimazione del Rizzoli ha denunciato la situazione logistica deficitaria e la grave carenza di attrezzature di tale reparto, che con quattro posti letto provvede a circa 210/220 ricoveri all'anno, oltre ad assicurare il servizio di pronto soccorso di emergenza per i pazienti da trasferire ad altro ospedale.

Il dottor *Giacomo Spera*, (sindacato nazionale dei radiologi) ha affermato che il reparto di radiologia, pur molto attivo, soffre per la carenza di

personale tecnico (sono presenti quattro tecnici degli otto previsti in pianta organica).

Ancora per la CGIL, il signor *Beniamino Esposito* ha rilevato che la Asl sta ora operando un rafforzamento delle guardie mediche attraverso incentivi economici: a suo giudizio tale politica dovrebbe essere estesa per compensare i costi dell'alloggio e del trasporto per i sanitari che lavorano nell'isola.

Rispondendo ad una specifica domanda, il dottor Parisi (CGIL medici) e il dottor Trani (AAROI) hanno concordato nel valutare penalizzante per i medici ischitani l'applicazione delle disposizioni contrattuali relative allo stipendio variabile delle unità semplici, in quanto sono stati adottati parametri quali, ad esempio, il numero dei posti letto.

Infine il dottor *Luigi Cimmino*, (CIMO), responsabile del reparto di chirurgia del Rizzoli, ha illustrato le grandi difficoltà in cui opera tale reparto, dotato ancora di una sola sala operatoria anche se egli sin dal 1991 aveva rappresentato la necessità di approntarne una seconda. Ha inoltre espresso valutazioni critiche sulla scelta di realizzare la ristrutturazione senza provvedere a delocalizzare i degenti, come sarebbe stato possibile utilizzando la struttura del Pio Monte della Misericordia (presidio termale dismesso).

La delegazione ha infine proceduto alle audizioni dei sindaci dei sei comuni ischitani.

L'avvocato *Luigi Telese*, sindaco di Ischia, ha rilevato che la classe dirigente ischitana, in quanto più giovane e meno consolidata, ha un peso inferiore nell'ambito della Asl Na/2: pertanto i comuni dell'isola di Ischia e Procida si stanno orientando per avanzare la richiesta di costituire sull'isola una Asl distinta. A suo giudizio, peraltro, occorre comunque procedere sin d'ora al potenziamento delle strutture sanitarie dell'isola, soprattutto di quelle distretto.

Il signor *Domenico Desiano*, sindaco di Lacco Ameno, ha affermato che l'istituzione di una Asl autonoma si giustifica sia per le caratteristiche di insularità del territorio (per alcuni giorni all'anno completamente isolato dalla terraferma) sia per la scarsa attenzione dimostrata dalla Asl Na/2 rispetto alle esigenze sanitarie di Ischia.

Il sindaco di Forio, signor *Francesco Paolo Monti*, ha riferito che la Asl Na/2 riceve annualmente un milione di lire per abitante (il parametro nazionale è di 1.890.000 lire) e che l'isola di Ischia è ulteriormente penalizzata all'interno della Asl nella ripartizione delle risorse: è pertanto necessaria, a suo giudizio, l'istituzione di una distinta Asl che tenga conto della vocazione turistica del territorio.

La dottoressa *Tilde Trofa*, sindaco f.f. di Serrara Fontana, ha concordato sull'istituzione di una Asl autonoma, rivendicando il riconoscimento delle peculiarità dell'isola.

Il sindaco di Barano, dottor *Giuseppe Gaudio*, ha ricordato che sotto la gestione della Usl 21 sono state assunte iniziative assai utili, quale in particolare lo svolgimento di concorsi che hanno portato nell'ospedale Rizzoli valenti professionisti; negli ultimi anni, invece, le migliori energie dell'ospedale si sono trasferite altrove e sono state rimpiazzate con personale in regime di precarietà.

La dottoressa *Maria Elena Stasi*, commissario straordinario al comune di Casamicciola, ha comunicato di avere presentato alla Regione il progetto definitivo dell'eliporto che dovrebbe sostituire la pista esistente.

Tutti i sindaci presenti si sono poi mostrati sorpresi all'idea di un possibile utilizzo sanitario della struttura del Pio Monte della Misericordia, giudicato edificio troppo datato per essere convenientemente riconvertito a tale scopo. Hanno poi illustrato i progetti in ambito sociale gestiti dai rispetti comuni ed hanno concordato sull'esistenza, allo stato attuale, di rapporti insufficienti con il distretto n. 57. In particolare il sindaco di Lacco Ameno ha ravvisato come causa di tale scollamento la lontananza del distretto dalla sede centrale della Asl, con conseguente insufficiente autonomia e ritardi burocratici.

Infine sono stati ascoltati l'avvocato Nicolaniello Buono, il dottor Carmine Barile e il ragioniere Giuseppe Brandi, i quali hanno illustrato le ragioni alla base della richiesta, formulata da un comitato civico spontaneo, di istituire nelle isole di Ischia e Procida un'autonoma ASL. Tale proposta dovrà essere approvata dai comuni interessati per essere poi presentata agli organi della Regione.

6. Considerazioni conclusive

Le audizioni dei responsabili della sanità, a livello sia regionale che aziendale e di presidio, e il sopralluogo effettuato presso l'ospedale Rizzoli di Ischia hanno permesso di accertare con sufficiente chiarezza una situazione che del resto, per la sua evidenza, è stata confermata da tutte le autorità ascoltate, sia pure con qualche differenza di tono.

Alle valutazioni che seguono – le quali contengono diversi elementi di critica per i gravi ritardi e le insufficienze che caratterizzano la gestione della sanità nell'isola di Ischia – occorre premettere una considerazione preliminare, volta a sottolineare la collocazione geografica di insularità del territorio considerato. Si tratta di un dato allo stato ineliminabile, che determina per almeno 20-30 giorni all'anno, quando le condizioni atmosferiche sono più avverse, la completa impossibilità di collegamenti

con il continente sia via mare che via aria. Questa situazione determina specifici elementi di problematicità per la sanità dell'isola e deve pertanto essere tenuta presente con particolare evidenza.

Indubbiamente assai grave è che si sia dovuto attendere l'agosto 2000 per vedere attivata in Campania la rete regionale di emergenza-urgenza con il servizio «118», a seguito per di più delle inevitabili polemiche scatenatesi dopo il tragico episodio della morte della piccola Ludovica Galzenati.

Ugualmente deprecabile è che alla necessità di incrementare i mezzi di collegamento con le isole per il trasporto d'urgenza, pur da tempo evidenziata, si sia trovata risposta solo sulla spinta dell'ennesimo caso di malasanità. Tale giudizio non può che essere rafforzato dall'osservazione che una delle difficoltà emerse in quella drammatica circostanza è stata di ordine prevalentemente organizzativo e burocratico, avendo riguardo alla mancata autorizzazione al volo notturno dell'elicottero civile a disposizione della Asl Na/2.

Analoghe valutazioni devono farsi in ordine allo stato dell'ospedale Rizzoli, la cui inadeguatezza, sia in termini di strutture e di attrezzature che di personale, era da tempo stata denunciata e ben nota ai vertici aziendali e regionali.

Il sopralluogo effettuato ha puntualmente confermato anche le gravi carenze del presidio ospedaliero di Ischia sotto il profilo della manutenzione ordinaria, nonché la preoccupante situazione igienica dell'unica sala operatoria al momento esistente; perplessità ha suscitato altresì la scelta di effettuare i lavori di ristrutturazione con cantiere aperto da numerosi anni, senza provvedere alla delocalizzazione dei degenti.

A fronte di tale situazione non può stupire la richiesta di istituire una Asl autonoma per Ischia e Procida avanzata da un comitato civico all'uopo costituitosi e sostenuta da tutti i sindaci dell'isola: la richiesta viene motivata sulla base della penalizzazione che la sanità ischitana avrebbe subito nell'ambito della Asl Na/2, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio (con i problemi di isolamento cui si è già fatto richiamo) e delle particolari esigenze sanitarie legate alla sua elevata vocazione turistica.

È evidente che non rientra nei compiti di questa Commissione di inchiesta pronunciarsi sulla richiamata richiesta, in ordine alla quale la competenza a decidere appartiene alla Regione.

Ciò posto, occorre rilevare che l'impegno ora in atto sia da parte della Regione che della Asl per recuperare il ritardo accumulato è apparso correttamente indirizzato alla realizzazione per l'isola di Ischia di un modello di sanità che si configura articolato in un ospedale di pronto soccorso attivo, dotato nelle intenzioni di attrezzature tecnologicamente adeguate (che in particolare utilizzino al meglio le possibilità offerte dalla telemedicina), e un distretto territoriale integrato con il Saut, con la disponibilità di sufficienti mezzi di collegamento anche notturno (elicotteri, idroambulanze) con gli ospedali della terraferma per i casi di emergenza.

In particolare la dirigenza della Asl si propone di contemplare due livelli di assistenza - uno per i mesi invernali e uno per i mesi estivi -

utilizzando nei mesi estivi i medici specialisti degli ospedali di Pozzuoli e Giugliano per potenziare alcuni servizi dell'ospedale Rizzoli. Questa opzione appare preferibile, secondo i vertici della Asl, rispetto all'altra di puntare per Ischia ad una struttura ospedaliera più grande e complessa, che per un lato rischierebbe inevitabilmente di essere sovradimensionata (anche nei mesi estivi, tenendo conto delle caratteristiche della popolazione turistica sotto il profilo della domanda sanitaria) e per l'altro finirebbe con il determinare il decadimento della professionalità dei medici specialisti che vi operassero.

Non vi è dubbio che l'isola di Ischia presenta una vocazione turistica di dimensioni così notevoli, sia per la durata della stagione che per il numero delle presenze, da comportare una consistente ricaduta sulla domanda di prestazioni sanitarie e da rendere pertanto in qualche misura inadeguati e penalizzanti criteri di ripartizione delle risorse nell'ambito aziendale esclusivamente riferiti al numero degli abitanti residenti. La situazione esistente richiede non solo il rafforzamento della medicina territoriale e del circuito dell'emergenza Saut-Psat, ma anche uno sforzo per mettere a norma l'ospedale Rizzoli e potenziarlo sia sotto il profilo strutturale che delle apparecchiature tecnologiche. A quest'ultimo riguardo certamente apprezzabile risultata l'accelerazione impressa negli ultimi mesi ai lavori di ristrutturazione e ampliamento, come pure è da condividere il progetto volto al potenziamento dei servizi di telemedicina; occorrerà tuttavia che tale impegno non subisca affievolimenti nel corso del tempo e che anzi si estenda anche ad aspetti, come in particolare una più assidua cura della manutenzione ordinaria, che solo a torto possono essere considerati secondari per il buon funzionamento di un presidio ospedaliero.

Un'attenzione specifica dovrebbe poi essere prestata alla soluzione dei problemi attinenti al personale, non solo al fine di risolvere, con lo svolgimento dei concorsi, le numerose situazioni di precariato esistenti a tutti i livelli, ma anche allo scopo di evitare un eccesso di *turnover*, favorendo l'assunzione del personale residente ed utilizzando in modo più efficace gli strumenti disponibili per incentivare i vincitori a restare nell'isola per un congruo periodo di tempo.

Per quanto concerne la medicina territoriale, da tutti riconosciuta è la necessità di procedere al suo rafforzamento, coerentemente agli indirizzi della sanità nazionale. In particolare, gli aspetti che presentano le maggiori carenze sono apparsi quelli relativi alla prevenzione nei luoghi di lavoro, all'assistenza sanitaria domiciliare e in generale all'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali. Da quest'ultimo punto di vista sembra auspicabile una maggiore collaborazione tra Comuni e distretto, ed è inoltre senz'altro utile, anche tenuto conto della limitata viabilità dell'isola di Ischia, procedere ad una razionalizzazione dell'ubicazione delle varie unità operative territoriali, attualmente dislocate sul territorio dei sei comuni esistenti.

Da potenziare risulta infine anche il servizio di guardia turistica, di competenza regionale.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 17, 18, e 19 ottobre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl della provincia autonoma di Trento e l'ospedale di Cles collocato nel distretto della Val di Non

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 88 del 22 novembre 2000

1. Premessa

Nel quadro dell'inchiesta sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale nelle isole minori e nelle aree territorialmente disagiate, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 17, 18 e 19 ottobre 2000 un sopralluogo presso la provincia autonoma di Trento e le strutture sanitarie del distretto della Val di Non. Hanno fatto parte della delegazione i senatori Ferdinando Di Orio e Francesco Tirelli. La delegazione è stata assistita dal proprio nucleo di polizia giudiziaria, nonché dalla dottoressa Maria Degli Esposti, collaboratrice esterna della Commissione. La delegazione si è avvalsa inoltre della collaborazione della polizia del commissario di Governo della provincia di Trento.

La Asl della Provincia Autonoma di Trento comprende nel suo territorio di competenza il distretto della Val di Non, territorio nel quale si è realizzato il sopralluogo.

2. Le audizioni presso il commissariato di Governo della provincia di Trento

Nel pomeriggio del 17 ottobre 2000 la delegazione ha svolto, presso il commissariato del Governo della provincia di Trento, le audizioni del commissario di Governo, dell'assessore alla sanità alle politiche sociali della provincia autonoma di Trento, del direttore generale dell'azienda provinciale per i servizi sanitari, del responsabile della direzione cura e riabilitazione, nonché responsabile del «118», del responsabile della direzione igiene e sanità pubblica; sono state infine ascoltate le rappresentanze sindacali sia confederali che interne.

Il dottor *Efisio Orrù*, commissario del Governo presso la provincia autonoma di Trento dal 6 luglio 2000, ha dichiarato che a partire da tale data non si sono verificati casi eclatanti di malasanità, ad eccezione della denuncia (nel mese di agosto 2000), da parte di alcuni medici, della situazione delle sale operatorie della clinica Villa Igea, relativa in partico-

lare alla carente protezione dalle radiazioni che avrebbe causato taluni casi di tumore. Il sequestro da parte della magistratura delle sale operatorie in questione si è peraltro concluso con la riconsegna delle stesse per l'accelerazione dei lavori di ammodernamento già in corso e senza che fosse accertata una connessione diretta tra le carenze segnalate e i casi di tumore. In ordine a tale episodio un'indagine promossa dal Ministero della sanità è stata fortemente contestata dalla Provincia in quanto ritenuta invasiva delle competenze provinciali. L'assistenza sanitaria nella provincia è regolata dalla legge n. 10 del 1993: è ora in discussione nel Consiglio provinciale un suo adeguamento ed armonizzazione con il decreto legislativo n. 229 del 1999.

La situazione della sanità nella Provincia evidenzia – a giudizio del commissario del Governo – un buono *standard* di base, con punte di eccellenza in diverse specialità; il saldo della mobilità sanitaria è da considerare sostanzialmente in pareggio. Per quanto riguarda l'agibilità delle comunicazioni per assistere le aree montane, si possono dire in buona misura colmate le difficoltà esistenti in passato: le strade sono percorribili anche d'inverno, ed il servizio del «118» non si è mai trovato nell'impossibilità di operare. La riforma della citata legge provinciale n. 10 del 1993 potenzierà i mezzi per assicurare la mobilità del paziente nei centri di alto livello; rispetto alla creazione di specialità ospedaliere economicamente e professionalmente non funzionali (per la scarsità della domanda) si ritiene preferibile utilizzare strutture già esistenti, quale in particolare il policlinico di Verona. Tale riforma punta sul potenziamento dei presidi ospedalieri e una riduzione dei distretti esistenti con una valorizzazione della medicina territoriale.

L'attività turistica della zona non ha ricadute, in termini di domanda sanitaria, tali da compromettere il funzionamento del sistema, neppure per l'assistenza di base o per fare fronte ai numerosi casi traumatologici legati alla stagione sciistica. Il *deficit* di personale, anche infermieristico, è sensibilmente ridotto rispetto ad altre zone d'Italia.

Il commissario ha sottolineato poi che, in modo particolare per il soccorso alpino, il volontariato è di livello elevatissimo.

È stato poi ascoltato il dottor *Mario Magnani*, assessore alle politiche sociali e alla salute della provincia autonoma di Trento da circa un anno e mezzo, il quale ha ribadito che, nonostante le caratteristiche orografiche del territorio, la viabilità consente un adeguato accesso alle strutture di riferimento. Il Piano sanitario organizza l'assistenza secondo il modello di rete, è istituita un'unica Asl a cui fanno capo 13 distretti sanitari con un bacino di utenza di 450.000 abitanti. Nella riforma in elaborazione i distretti si ridurranno a 6. Nella Asl sono attivi ospedali di distretto: Santa Chiara e Villa Igea (Ortopedico) a Trento, per complessivi 950 posti letto; due ospedali a Rovereto per complessivi 350 posti letto; uno a Cles con 174 posti letto; uno a Riva con 150 posti letto; uno a Tione con 120 posti letto; uno a Borgo con 100 posti letto; uno a Mezzolombardo per 50 posti letto; ad Arco vi è una struttura ospedaliera incompiuta la cui attivazione è

prevista per il 2001. Complessivamente vi sono 6,3 posti letto ogni 1000 abitanti a fronte del 5,5 posti letto per 1000 abitanti previsti dal Piano sanitario nazionale. Nell'intera Provincia è presente un sistema di rete con pronti soccorsi efficienti ed attrezzati, mezzi di trasporto veloci che comprendono anche elicotteri (tra breve abilitati anche al volo notturno) e una medicina territoriale ben organizzata. Il servizio «118» è stato attivato quattro anni fa ed è ben funzionante, giovandosi per il soccorso in montagna di una buona collaborazione fra le province di Trento e Bolzano; in Val di Fassa e nel territorio di Madonna di Campiglio operano, tramite una convenzione, associazioni di volontariato.

L'assessore ha quindi precisato che la quota capitaria erogata dal fondo provinciale è di lire 2.400.000 per abitante e che l'alto numero delle strutture ospedaliere ne consiglia una riconversione, per esempio in strutture per cure palliative (come si sta facendo il presidio di Mezzolombardo). L'assistenza domiciliare integrata è stata avviata; le residenze sanitarie assistite dispongono complessivamente di 4.200 posti letto distribuiti in 45 strutture, il cui costo è finanziato per una parte, dalla provincia (129 miliardi all'anno, più del doppio rispetto alla media nazionale) e per una parte relativa alla quota alberghiera di circa 60-80.000 lire al giorno, dal cittadino (è allo studio un fondo assicurativo per garantire l'autosufficienza).

L'assessore ha inoltre dichiarato che il Piano sanitario provinciale ha spostato l'attenzione dagli ospedali al territorio favorendo l'associazionismo medico; è stata elaborata una convenzione per i medici di medicina generale in cui è prevista la campagna vaccinale e l'assistenza domiciliare integrata, con opportuni incentivi indirizzati anche al personale di supporto; è stata creata la figura di operatore sanitario sociale con un corso di 1.400 ore al quale stanno partecipando 300 operatori (questa figura professionale è prevista in supporto agli infermieri muniti di diploma universitario per svolgere le funzioni di minor specializzazione).

Il dottor *Carlo Favaretti*, direttore generale dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari dal 1° gennaio 2000, ha affermato che gli ospedali più grandi, quelli di Trento e di Rovereto, supportano logisticamente e con personale medico specialistico (ad esempio per l'anestesia) gli ospedali periferici di distretto, i quali ultimi assicurano un'offerta di servizi in certa misura sovradimensionata rispetto al solo parametro del numero di abitanti, ma che ovviamente tiene conto della conformazione orografica del territorio e della connessa viabilità. Il 118 svolge un'attività molto soddisfacente ed è in collegamento costante con gli ospedali di Bolzano e di Verona per la neurochirurgia (non presente nei presidi dell'azienda), assicurando tempestività nell'assistenza. È attivo un collegamento informatico per la teleradiologia e la telecardiologia fra i vari presidi e gli ospedali di Trento e Rovereto. Nell'organizzazione aziendale sono stati previsti due dipartimenti strutturali interospedalieri (quello radiologico e quello di laboratorio) e alcuni dipartimenti funzionali, tra cui risultano particolar-

mente ben funzionanti quello di cardiologia e quello materno infantile con punti nascita diffusi anche nelle valli.

Il direttore generale ha poi fatto presente che il sistema di prenotazione informatizzato è diffuso solo al 60 per cento e utilizza un numero verde provinciale; 52 medici di base aderiscono a progetti sperimentali in collegamento con la rete informatica aziendale con attività di teleconsulto, teleinformazione, assistenza a pazienti oncologici; tali progetti sono finanziati anche con fondi comunitari finalizzati. Nel territorio dell'azienda esistono solo alcune strutture private accreditate con un peso del 7 per cento; in particolare sono presenti nei comuni vicini al lago di Garda strutture private dedicate alla riabilitazione e alla lungo degenza.

Dopo aver osservato che l'utenza è ben consapevole dei propri diritti in campo sanitario, il direttore ha dichiarato di essere l'interlocutore privilegiato dei reclami; i rapporti con le associazioni di volontariato sono costanti e buoni, ed esiste una commissione mista conciliativa presieduta dal difensore civico.

Il primo contratto collettivo del comparto è stato applicato in contrattazione decentrata; il contratto della dirigenza medica è stato chiuso dalla Provincia e stanno iniziando le contrattazioni decentrate.

La delegazione ha quindi svolto l'audizione del dottor *Claudio Buriani*, responsabile della direzione cura e riabilitazione, nonché responsabile del «118», il quale ha affermato che il «118», pur operando in un territorio complesso, ha da una parte riferimenti in ogni valle e dall'altra un'organizzazione capillare che prevede molte sedi di ambulanza con 12 sedi di erogazione distrettuale e 20 sedi di erogazione volontaria: le sedi di emergenza sono gestite da personale dipendente, i volontari vengono di norma utilizzati per prestazioni programmate. Ogni distretto ha un'unità mobile di rianimazione, con ambulanze in grado di trasportare il paziente in assistenza anestesiológica fino al centro di riferimento. Il personale di base delle ambulanze di soccorso (200 dipendenti) è composto da autisti e da infermieri (progressivamente gli autisti che vanno in pensione sono sostituiti da infermieri); i medici sono presenti sulle autoambulanze soltanto a Trento e fanno capo alla centrale operativa. Il sistema ha una centrale operativa unica che smista tutte le chiamate che sono direttamente a cura del cittadino.

I costi – ha rilevato il dottor Buriani – sono contenuti per la notevole presenza del volontariato, ma in proposito non è mai stato fatto un confronto con altre aziende. Complessivamente il servizio potrebbe addirittura essere ridondante, anche se è da sottolineare che ha sempre risposto tempestivamente alle emergenze verificatesi.

È stato successivamente audito il dottor *Alberto Betta*, responsabile della direzione igiene e sanità pubblica, il quale ha osservato che la direzione sanitaria è diversamente organizzata dal resto d'Italia: non esiste infatti il dipartimento di prevenzione, bensì vi sono due direzioni (di igiene e sanità pubblica e di promozione ed educazione alla salute) che insieme

alla terza direzione di cura e riabilitazione attuano i tipici compiti delle direzioni sanitarie aziendali. La direzione di promozione ed educazione alla salute è composta da due servizi: un osservatorio epidemiologico che fornisce i dati e i flussi correnti per la macro programmazione, i risultati degli *screening*, la valutazione degli stessi in termini di efficacia preventiva e raccoglie dati di iper morbilità sul territorio, quali forme di morbilità tumorale complessiva (nella provincia particolarmente alta); l'osservatorio effettua altresì il controllo dei tassi di malformazioni nelle piccole aree (legate alla monocultura di frutteto) e della diffusività della sindrome di Down, ed opera in collegamento con gli osservatori epidemiologici regionali del Veneto e del Friuli. Il secondo servizio di questa direzione è l'educazione alla salute che si realizza attraverso protocolli con la scuola; sono state individuate fasce di età *target* per aspetti e tematiche di educazione sanitaria; nel territorio la scolarità è alta, i programmi sono rivolti anche agli insegnanti e il messaggio formativo riguarda particolarmente l'educazione ad una corretta alimentazione e nelle scuole superiori anche ad una disassuefazione dall'uso dell'alcool.

La direzione igiene pubblica comprende la prevenzione ambientale, la medicina del lavoro, la prevenzione infortuni, la veterinaria e il laboratorio per l'analisi delle acque e degli alimenti, per un totale di sette servizi che sono in rapporto funzionale con l'agenzia per l'ambiente; la dotazione organica di tali strutture (ognuna delle quali ha proprio personale) è, a giudizio del dottor Betta, soddisfacente: si svolgono attività coordinate per obiettivi in comune, i dirigenti sono titolari di *budget*. Alle attività di prevenzione è destinato il 3,5 per cento del bilancio aziendale.

La delegazione parlamentare ha quindi svolto le audizioni dei rappresentanti sindacali del personale non medico della azienda sanitaria.

Il rappresentante della CISL, signor *Silvano Parzian*, ha illustrato un documento presentato congiuntamente con la CGIL in cui si sollevano problematiche riguardanti le periferie aziendali, le quali sono dichiarate svantaggiate rispetto alla sede centrale, in modo particolare per quanto attiene all'assistenza in emergenza.

Il rappresentante delle RSU, signor *Delle Donne*, portavoce di 54 rappresentanti eletti, i quali partecipano alla delegazione trattante attraverso un regolamento interno in funzione da due anni, ha affermato che la delegazione ha raggiunto con l'Azienda accordi importanti sulla produttività e su altre problematiche contrattuali. A novembre inizierà la trattativa decentrata. Come capo sala di pronto soccorso di periferia, il signor Delle Donne ha sottolineato la carenza di personale infermieristico e ha rilevato l'esigenza di sviluppare l'emergenza in quelle sedi dove sono presenti le ambulanze solo con autisti. Alla domanda del senatore Di Orio se diminuiscano in qualità i servizi mano a mano che ci si spinge in periferia, il rappresentante delle RSU ha affermato che l'emergenza è gestita al centro (Trento e Rovereto) da professionisti, in alcune periferie la gestione è

di buon livello mentre in altre (quali le zone della Val di Sole, di Vigo di Fassa e Cavalese e della Val di Cembra) è totalmente in mano al volontariato.

Il rappresentante della CIDA, signor *Mattedi*, ha giudicato sostanzialmente condivisibili le scelte della direzione aziendale.

Il rappresentante della FIALS, signor *Cestari*, ha evidenziato che per la ridotta attività di prevenzione sono aumentati i morti per infortuni; il rappresentante della UIL, signor *Tabarelli*, ha rilevato che l'apparato verticistico non rispetta le autonomie dei direttori dei distretti, ed ha lamentato l'inesistenza di concorrenza tra pubblico e privato come causa della deresponsabilizzazione della dirigenza e della paralisi del sistema, in cui la carenza dei servizi viene cronicizzata da vincoli capestro come il blocco della spesa.

Il rappresentante delle RSU, rispondendo a quesiti posti dai senatori Di Orio e Tirelli, ha affermato che esistono progetti di buon livello per l'integrazione della medicina di base, mentre la rete dei servizi di emergenza tende ad essere meno efficiente nelle zone periferiche.

Il rappresentante dello SNATOSS, signor *Rossi*, ha dato lettura di una nota in cui si individua nell'inadeguatezza del trattamento economico degli infermieri la causa principale della loro carenza numerica, con conseguenti malfunzionamenti del servizio sanitario.

Il signor *Conci* della CISL ha indicato l'esigenza di potenziare e mettere in rete i servizi per l'assistenza all'anziano, e di fissare i parametri di accreditamento per il volontariato al fine di inserirlo correttamente nelle soluzioni organizzative.

3. Il sopralluogo all'ospedale di Cles

L'ospedale di Cles è strutturato in due distinti padiglioni, collegati a mezzo di tunnel: l'edificio principale - che ospita i reparti di medicina, ortopedia, chirurgica, ostetricia-ginecologia e pediatria, nonché le unità operative di laboratorio analisi, radiodiagnostica, pronto soccorso, poliambulatori - ed il padiglione che ospita il reparto di geriatria, gli ambulatori del servizio igiene ed il servizio di fisiokinesiterapia, la cui costruzione risale al 1969. Attualmente l'ospedale è dotato di 174 posti letto, 157 destinati a ricoveri ordinari e 17 riservati al *day hospital*. Il numero dei ricoveri nel 1999 è stato complessivamente pari a 3595 (3208 ordinari, 387 *day hospital*). Sono stati effettuati 2.470 interventi chirurgici; il numero totale dei parti assistiti presso il reparto di ostetricia è ammontato a 491. Il tasso di ospedalizzazione, relativo al 1998, è pari al 202,5 per la Valle di Non e a 196,3 per la Valle di Sole. Nello stesso periodo il tasso provinciale è del 198,9. Il bacino di utenza comprende circa 36.000 residenti nella Val di Non più i 15.000 della vicina Val di Sole, a cui sono da aggiungere le presenze turistiche (pari nel complesso a circa 4,5 milioni nel 1999).

La delegazione parlamentare ha visitato, nel secondo padiglione, il reparto geriatrico il quale verrà accorpato nella nuova ristrutturazione all'ospedale stesso. Il reparto è stato aperto nel 1969 come casa di riposo; attualmente ha anche 15 posti letto di riabilitazione e svolge attività di *day hospital* per pazienti neurologici e ortopedici, sono inoltre presenti letti monitorizzati per terapie subintensive. Il reparto in cui lavorano 5 medici e un fisiatra, ha un aspetto molto curato. Le stanze da degenza sono da 2-3 posti senza bagno; non esistono camere a pagamento in quanto non c'è richiesta. I ricoveri sono 300 annui con una degenza media di 9,5 giorni, con punte di 18 giorni per le lungo degenze; i posti letto sono 49, gli esami di preospedalizzazione e di postospedalizzazione sono tutti considerati nei DRG e sono tutti eseguiti attraverso un percorso individuato dal reparto e contenuti nella cartella clinica. La presenza di una Rsa a Cles permette progetti coordinati per intensificare la parte riabilitativa. Nel reparto si trattano i lesomidollari, gli utenti stanziali sono il 99 per cento; esiste il servizio di fisioterapia con 3 terapisti a tempo pieno e 2 *part time* con un volume di 2.000 pazienti e di 30.000 prestazioni annue.

Nel padiglione è presente un centro dialisi che dipende da Trento con 10 posti letto in cui vengono effettuati due turni di dialisi per sei giorni alla settimana; i posti, non sempre totalmente utilizzati, servono anche i turisti. Il paziente viene seguito presso l'unità di assistenza limitata (sono 6 nel territorio provinciale, di cui questa è la terza per importanza) quando sta bene, mentre quando ha bisogno di cure si rivolge alla divisione di nefrologia (50 posti letto) di Trento. I pazienti seguiti sono 300 dei quali il 65 per cento oltre i 65 anni (la patologia ipertensiva scatenante il diabete in Trentino ha tassi simili a quelli della Germania). Il responsabile del centro dialisi, dottor Rovati, ha dichiarato che un impegno notevolissimo viene profuso in questa realtà itinerante ed ha informato che nel 2000 i pazienti trapiantati sono stati 140, tutti seguiti negli ambulatori. I pazienti con nefropatie sono 946 per milione di abitanti e sono tutti seguiti; anche per i pazienti infantili vi è un'alta incidenza di diabete. Il servizio si avvale anche di un dietologo, di un angiologo e di un ambulatorio fisiatrico.

Nello stesso edificio si trovano ambulatori, un centro di prenotazione, l'ufficio di igiene e sanità pubblica e gli uffici del distretto: la segnaletica è abbondante ed efficace.

La delegazione si è poi recata presso l'edificio principale, dove ha visitato il servizio radiologico, collocato nel sotterraneo: nel servizio sta per essere installata una TAC dell'ultima generazione, con qualche ritardo nei lavori a causa di una inadempienza dell'impresa appartenente al consorzio vincitore dell'appalto. Il servizio radiologico ha due aree: una per la TAC spirale (a marzo 2001), per la mammografia e per l'ecografia, e una per la radiologia tradizionale. La delegazione ha visitato le sale che sono ottimamente tenute e con apparecchiature tecnologicamente avanzate: il servizio di ecografia abbinato alla mammografia permette di leggere l'e-

same dell'ago aspirato inviandolo a Trento per la lettura istologica: la tele-radiologia funziona in tutta la provincia. Nel reparto è presente un ambulatorio alcolologico in cui si svolge la terapia di gruppo e familiare. È in corso di elaborazione un accordo con le associazioni turistiche per le consulenze radiologiche.

Al primo piano dell'ospedale si trova il centro prelievi che ha un flusso di 100 persone al giorno e che realizza autonomamente il 90 per cento della refertazione; il rimanente 10 per cento degli esami (ormonali e microbiologici) è refertato a Trento. Vi sono due punti prelievi a Fondo e a Marilleva, l'accesso è diretto, le refertazioni vengono consegnate il giorno dopo per il 95 per cento degli esami, con una refertazione in tempo reale che riguarda i soggetti in cura chemioterapica, con insufficienza respiratoria e altre categorie a rischio che godono di corsie preferenziali indicate anche nella Carta dei servizi. La strumentazione del laboratorio è tecnologicamente avanzata ed in ottimo stato di manutenzione; per il paziente interno il referto è informatizzato e viene immediatamente trasmesso al reparto che ha richiesto l'intervento. Il laboratorio funziona con 4 laureati e 10 tecnici utilizzando anche la pronta disponibilità notturna; il servizio trasfusionale raccoglie 1200 sacche all'anno.

La delegazione ha poi visitato i locali del pronto soccorso (dove manca la sala di stantaria) che svolge circa 60 prestazioni giornaliere in 3 sale ambulatoriali. Una delle problematiche evidenziate è la mancanza di un organico autonomo per tale reparto.

Il reparto di medicina dispone di 40 posti letto (più attività di *day hospital*), e svolge 1200 ricoveri annui con una degenza media di 6,7 giorni; vi è un raccordo costante con i medici del territorio per la riduzione dei tempi di degenza. Nel reparto operano 2 medici per le endoscopie, 2 medici dedicati per la medicina cardiovascolare, 2 medici per la pneumonologia, 2 medici per la diabetologia. Esistono anche due stanze con due posti letto e bagno per eventuali richieste di camere a pagamento ma che in realtà, in mancanza di domanda, vengono usate per i pazienti più gravi.

Il reparto di ostetricia è inserito in un'area omogenea con il reparto di pediatria e ginecologia. Sono presenti due sale parto, di cui una con letto da parto trasformabile e una predisposta per il parto in acqua; si effettuano 500 parti all'anno ed è attivo il programma *recovery rooming*. Le stanze di degenza sono a due letti con bagno, il nido ha 10 culle. Il medico responsabile ha informato che ci sono otto punti nascita in tutta la Provincia (ma in alcuni di essi il pediatra visita il bambino dopo tre giorni) ed ha sottolineato l'importanza di procedere all'accreditamento delle strutture in termini di sicurezza e per criteri omogenei di assistenza.

La delegazione ha infine verificato che la cucina è interna all'ospedale (con cuochi dipendenti), ed i pasti vengono consegnati con carrelli su piatti aperti, senza protezione.

4. Le audizioni presso la sede del distretto sanitario di Cles

Nella giornata del 18 ottobre la delegazione ha svolto alcune audizioni presso la sede del distretto sanitario di Cles.

È stato per primo ascoltato il responsabile del distretto sanitario della Val di Non, dottor *Giuseppe Penasa*, il quale ha precisato che i disagi dovuti al maltempo non influenzano la qualità e la parità dell'assistenza tra gli abitanti di Trento e quelli delle valli. Il punto più distante dall'ospedale di Cles si trova nella Valle di Sole, a Pejo, paese a 1.500 mt. s.l.m., ma la copertura sanitaria è assimilabile a quelle delle altre zone, grazie all'esistenza di postazioni per l'emergenza in vari punti della valle. Negli ultimi anni solo in un caso, a causa di un'abbondante nevicata, si è verificato in Val di Rabbi un problema di collegamento, risolto grazie all'intervento dei Vigili del fuoco e di un corpo di volontari.

Ad una domanda del senatore Di Orio sui ricoveri impropri nell'ospedale di Cles, il direttore del distretto ha risposto che il fenomeno è presente e riguarda soprattutto le prestazioni specialistiche erogate solo dall'ospedale; peraltro le liste di attesa sono contenute entro limiti accettabili (tranne che per il servizio di ecografia, in cui la media di attesa è di 2 mesi e mezzo). Per le prenotazioni di esami diagnostici l'informatizzazione verrà completata nel marzo 2001 e si provvederà anche a codificare chiaramente i casi di urgenza non differibile. L'unificazione delle preesistenti Usl in una unica azienda ha comportato, nella prima fase, un'accentuazione del governo centrale su taluni aspetti al fine di razionalizzare la spesa, ma anche l'avvio di progetti (ad esempio la teleradiologia) che hanno migliorato la capacità di risposta in periferia. L'unificazione ha altresì comportato la razionalizzazione della distribuzione territoriale degli ambulatori, invertendo la precedente tendenza alla loro proliferazione che aveva avuto conseguenze negative in termini di qualità delle prestazioni erogate.

Il dottor Penasa ha poi rivendicato quali punti di forza del distretto: l'alto senso di responsabilità degli operatori verso la comunità e la capillarità del servizio assicurato dai medici di famiglia. Nel campo della prevenzione vengono regolarmente svolti programmi di educazione sanitaria nelle scuole nonché alcuni *screening* in età evolutiva, con il coinvolgimento, oltre che degli operatori del distretto, del consultorio familiare e di alcuni specialisti.

Rispondendo ad un quesito del senatore Tirelli sui progetti che coinvolgono i medici di famiglia, il dottor Penasa ha quindi illustrato la campagna per le vaccinazioni antinfluenzali (45 per cento della popolazione *target* già vaccinata) e l'accordo, in via di definizione, per la somministrazione dei farmaci per l'alzheimer. Infine ha esposto le modalità di attivazione dell'assistenza domiciliare integrata che viene assicurata in quantità che senza dubbio, a suo parere, deve essere incrementata.

È stato poi audito il dottor *Pierantonio Scappini*, direttore sanitario dell'ospedale di Cles, il quale ha fatto presente che, a suo giudizio, gli utenti mostrano apprezzamento per le prestazioni erogate dalla struttura, che si giova di un'organizzazione tale da escludere situazioni di isolamento dei comuni montani anche più distanti. Esiste naturalmente una migrazione verso altri ospedali provinciali, ed in qualche caso extraprovinciali, per il trattamento di particolari patologie non coperte dal presidio di Cles (ad esempio alcuni tipi di fratture, le cardiopatie, ecc.). Il pronto soccorso è gestito a rotazione dai medici dei reparti, non ha personale assegnato ma ciò non influisce sulla funzionalità della struttura. I casi acuti affluiscono sempre all'ospedale, salvo i casi di emergenza per i quali è subito evidente la necessità di interventi che il presidio non è in grado di erogare. Ci sono alcuni ricoveri di pronto soccorso impropri, determinati spesso dall'intento di superare alcune liste di attesa, o legati alla carenza di strutture di accoglienza successive alla dimissione; al fine di limitare il fenomeno è stato introdotto un filtro di osservazione prima di procedere al ricovero, ma in prospettiva la soluzione del problema richiede un'adeguata educazione della popolazione.

La direzione medica dell'ospedale - ha precisato il dottor Scappini - non è sovraordinata alle altre unità operative e risponde direttamente al direttore di distretto.

È stato in seguito ascoltato il dottor *Giorgio Raguzzi*, responsabile del servizio amministrativo dell'ospedale di Cles da cinque anni, il quale ha affermato che l'utenza si rivolge preferibilmente alle strutture periferiche, salvo che per prestazioni da queste non erogate. Non sono state effettuate assunzioni di personale da quattro anni e l'obiettivo aziendale prevede di non ampliarlo, anche considerando il pregresso esubero: la situazione attuale non consente però ulteriori riduzioni. Vi è un controllo sulle spese sugli appalti e sul materiale sanitario, e il blocco degli straordinari. Nei contratti integrativi si è tenuto conto delle situazioni disagiate.

Si è proceduto quindi all'audizione del dottor *Luigi Palano*, responsabile dell'unità operativa di assistenza territoriale, che ha sottolineato la presenza di 38 medici di famiglia, 5 pediatri e 9 infermieri distribuiti nelle cinque articolazioni del distretto sul territorio, mentre la guardia medica è attiva in 4 sedi. Per quanto attiene alle vaccinazioni, sono state utilizzate tutte le sedi comunali per consentire la massima copertura della popolazione: in generale è buona la collaborazione con gli enti locali. Il dottor Palano ha poi osservato che la mobilità passiva si registra solo per prestazioni di 2° livello; non esistono strutture private, mentre il Sert fa riferimento ad unità sovradistrettuali anche se presenti sul territorio; esiste un servizio psichiatrico territoriale (con 4 medici), ma i posti di degenza sono allocati presso l'ospedale di Mezzolombardo.

La delegazione ha successivamente audito il dottor *Giorgio Bianchini*, presidente del Comitato di distretto della Val di Non, il quale ha evidenziato i grandi bisogni di assistenza specifica nei mesi di affluenza

turistica, carenza soprattutto lamentata da sciatori e albergatori della Valle di Sole, dal momento che in inverno per raggiungere l'ospedale di Cles si impiega un'ora, e un'altra ora è necessaria per arrivare a Trento. L'assistenza del 118 nelle due vallate è comunque buona, ma è senza dubbio necessario permettere l'operatività del volo notturno degli elicotteri dedicati al soccorso. Il Comitato dei sindaci ha avanzato numerose richieste e rappresenta un'interfaccia dell'Azienda per gli obiettivi da raggiungere.

Il dottor Bianchini ha poi lamentato il fatto che nel distretto il rapporto tra infermieri e popolazione è il più basso del Trentino. La mobilità verso Trento, a suo giudizio, è alta anche per specialità di base: ad esempio nel 1996 i ricoveri pediatrici erano coperti dall'ospedale di Cles per il 92 per cento, mentre nel 1999 sono stati coperti solo per il 70 per cento. La partecipazione dei sindaci alle riunioni annue dell'assemblea è alta per la Val di Sole e bassa per la Val di Non, anche perché la popolazione residente è frazionata in comuni molto piccoli; peraltro in tempi relativamente recenti (1995) nelle valli si era attivato un movimento trasversale dei sindaci con l'obiettivo di contrastare il disegno provinciale di depotenziare gli ospedali di distretto: una volta raggiunto tale obiettivo, la partecipazione è però scemata.

Da ultimo il dottor Bianchini, rispondendo a quesiti da parte del senatore Tirelli, ha affermato che l'assistenza domiciliare integrata, la cui necessità è assai avvertita, è al momento ancora in una fase prodromica e che i comuni non hanno assunto al riguardo specifiche iniziative autonome.

La delegazione della Commissione ha infine auditato le organizzazioni sindacali.

Il rappresentante dell'ANPO, dottor *Fiorentini*, (dirigente medico di 2° livello del reparto di medicina dell'ospedale) ha sottolineato l'esigenza di definire con precisione i servizi di primo livello che le strutture periferiche sono chiamate ad erogare ed ha giudicato sufficiente, anche sulla base del riscontro fornito dai pazienti, le prestazioni fornite sia dal presidio ospedaliero di Cles che dalle strutture territoriali.

Il rappresentante della CISL, signor *Bruno Ranzi*, (autista del trasporto infermi), ha lamentato la mancanza, di notte, del medico e dell'infermiere nelle postazioni di emergenza.

Il rappresentante della ANAAO e ASSOMED, dottor *Bertagnolli* (dirigente medico di primo livello del pronto soccorso dell'ospedale) ha osservato che è stato fatto molto con il 118, ma che al pronto soccorso di Cles di notte vi è un solo medico di guardia che si avvale della reperibilità per gli specialisti di reparto: ha inoltre rilevato che di notte è disattivato il servizio di radiologia, affidato solo alle macchine con referto della telera-diologia in collegamento con Trento, privo di valore legale. Nell'ospedale manca una banca del sangue ed è necessario chiederlo a Trento con un minimo di tre ore di attesa. I medici hanno moltissime ore di extra orario non retribuito, e di notte il trasporto dal pronto soccorso all'ospedale di

Trento viene effettuato dal medico di guardia e si verifica che pazienti intubati non abbiano l'assistenza dell'anestesista.

Il dottor *Andrea Graiff* (CIMO) ha evidenziato che solo di recente nelle sale operatorie dell'ospedale è stato installato l'impianto di aspirazione dei gas ed ha anche espresso una certa frustrazione dei medici per condizioni di lavoro non soddisfacenti, in particolare per la mancanza di una precisa definizione delle prestazioni da erogare, da un lato, e delle risorse allo scopo sufficienti, dall'altro.

Il rappresentante del SNR, dottor *Portolano*, ha ribadito che di notte si fa ricorso alla teleradiologia, sottolineando peraltro l'assenza dell'ecografia notturna. Riguardo ai ricoveri impropri, rileva che il fenomeno è in qualche misura alimentato anche dal disagio geografico, in quanto è difficile non accogliere un paziente venuto da lontano.

Il rappresentante dell'AIPAC, dottor *Alberto Martolla*, ha illustrato i problemi connessi all'aumento dei pazienti ambulatoriali, con particolare riferimento alla carenza di personale medico per l'attività ambulatoriale. Rispondendo ad un quesito del senatore Tirelli, ha poi affermato che esiste, sia pur limitatamente, un fenomeno di sovrapposizione dei medici di base agli specialisti per quanto concerne le prescrizioni di esami di laboratorio.

Il dottor *Alberto Valli* (CIMO) ha indicato come esigenze prioritarie da soddisfare il rafforzamento del pronto soccorso di Cles (cui assegnare medici specialisti dedicati), l'incremento delle possibilità di trasporto dalle periferie al centro, ed il potenziamento della ginecologia.

Per la CISL il dottor *Bortoli* ha ribadito l'importanza del pronto soccorso con medici dedicati e preparati per le emergenze.

Il signor *Pallaver* (CGIL) ha fatto presente la carenza di personale dedicato all'unità di geriatria e soprattutto di quello necessario per l'assistenza territoriale agli anziani.

In conclusione i rappresentanti dell'AIPAC, della CISL, dell'ANAAO e del SNR hanno espresso un giudizio complessivamente positivo sul livello dei servizi assicurati dall'ospedale di Cles e dalle strutture territoriali del distretto.

5. Considerazioni conclusive

Le audizioni svolte, a livello sia regionale che aziendale e di presidio, e il sopralluogo effettuato presso l'ospedale di Cles hanno permesso di accertare una situazione di buono *standard* di servizio sanitario e in alcuni casi di ottimo livello, situazione che è stata confermata anche dai rappresentanti sindacali aziendali sia medici che del personale non medico.

La rete provinciale di emergenza e assistenza con il servizio «118», attivo dal 1994, funziona efficacemente e efficientemente, seppure con le problematiche di carenza, nei presidi più periferici, di personale di ruolo e/o specialistico e il largo ricorso a volontariato non accreditato; i collegamenti tra le periferie e il centro sono garantiti da diversi mezzi e il

volo notturno degli elicotteri di soccorso sta per essere autorizzato. Mai nella serie storica degli ultimi anni si è verificato un caso di emergenza in cui un paziente sia deceduto per insufficienza o inefficienza della rete di soccorso.

Lo stato dell'ospedale di Cles è assolutamente adeguato in termini strutturali e di attrezzature tecnologiche, con aree di eccellenza per quanto attiene al laboratorio di patologia medica e ai reparti di radiologia e di ostetricia, nonché all'unità decentrata di dialisi.

Il sopralluogo effettuato ha confermato che sotto il profilo della manutenzione e della situazione igienica la realtà è di estrema cura, così come il personale e i percorsi manifestano estrema accoglienza da parte della struttura nei confronti dei cittadini utenti.

Il saldo della mobilità sanitaria aziendale è sostanzialmente in pareggio; la domanda proveniente dal distretto della Val di Non per ricoveri extraprovincia per le patologie per le quali tale richiesta è più elevata (patologie del sistema muscolo scheletrico ed in particolare gli interventi sul ginocchio) è nella media degli altri distretti.

Si può fare una considerazione, semmai, sul forse eccessivo uso di risorse, sia di personale sia di spazi di cura e riabilitazione, che rendono insolita la situazione della Provincia rispetto alla maggior parte della realtà nazionale. Del resto è largamente al di sopra della media nazionale la spesa sanitaria *pro capite* che si registra nella provincia di Trento.

Particolarmente interessante risulta la riforma, in fase di discussione nel Consiglio provinciale, della normativa regionale dell'assistenza sanitaria: nel progetto in esame vengono ridotti i distretti sanitari con un'ottica di snellimento organizzativo e viene enfatizzato l'utilizzo ottimale delle risorse, secondo un modello di rete dei servizi che coinvolge l'intero territorio.

Altrettanta attenzione viene data alla programmazione e alla ricerca epidemiologica che la supporta, il che ha permesso di attrezzare servizi specifici per patologie di particolare incidenza nel territorio (sono stati ad esempio istituiti ambulatori per l'alcolismo).

Ancora in fase di avvio, invece, appaiono i progetti di assistenza domiciliare integrata, mentre il conseguimento dell'obiettivo di contenere il fenomeno dei ricoveri ospedalieri impropri appare evidentemente connesso ad un rafforzamento della medicina territoriale, anche sotto il profilo della conoscenza da parte dei cittadini dei servizi offerti e del conseguente cambiamento di abitudini.

RELAZIONE FINALE

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 94 del 14 febbraio 2001

Il filone di inchiesta in oggetto 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.

Come affermato nella successiva relazione, approvata dalla Commissione il 22 novembre 2000, le audizioni svolte, a livello sia regionale che aziendale e di presidio, e il sopralluogo effettuato presso l'ospedale di Cles hanno permesso di accertare una situazione di buono *standard* di servizio sanitario e in alcuni casi di ottimo livello, situazione che è stata confermata anche dai rappresentanti sindacali aziendali sia medici che del personale non medico.

La rete provinciale di emergenza e assistenza con il servizio 118, attivo dal 1994, funziona efficacemente e efficientemente, seppure con le problematiche di carenza, nei presidi più periferici, di personale di ruolo e/o specialistico e il largo ricorso a volontariato non accreditato; i collegamenti tra le periferie e il centro sono garantiti da diversi mezzi e il volo notturno degli elicotteri di soccorso sta per essere autorizzato. Mai nella serie storica degli ultimi anni si è verificato un caso di emergenza in cui un paziente sia deceduto per insufficienza o inefficienza della rete di soccorso.

Lo stato dell'ospedale di Cles è assolutamente adeguato in termini strutturali e di attrezzature tecnologiche, con aree di eccellenza per quanto attiene al laboratorio di patologia medica e ai reparti di radiologia e di ostetricia, nonché all'unità decentrata di dialisi.

Il sopralluogo effettuato ha confermato che sotto il profilo della manutenzione e della situazione igienica la realtà è di estrema cura, così come il personale e i percorsi manifestano estrema accoglienza da parte della struttura nei confronti dei cittadini utenti.

Il saldo della mobilità sanitaria aziendale è risultato sostanzialmente in pareggio.

Si può fare una considerazione, semmai, sul forse eccessivo uso di risorse, sia di personale sia di spazi di cura e riabilitazione, che rendono insolita la situazione della Provincia rispetto alla maggior parte della realtà nazionale. Del resto è largamente al di sopra della media nazionale la spesa sanitaria *pro capite* che si registra nella provincia di Trento.

Particolarmente interessante è apparsa la riforma, in fase di discussione nel Consiglio provinciale, della normativa regionale dell'assistenza sanitaria: nel progetto in esame vengono ridotti i distretti sanitari con un'ottica di snellimento organizzativo e viene enfatizzato l'utilizzo ottimale delle risorse, secondo un modello di rete dei servizi che coinvolge l'intero territorio.

Altrettanta attenzione viene data alla programmazione e alla ricerca epidemiologica che la supporta, il che ha permesso di attrezzare servizi specifici per patologie di particolare incidenza nel territorio (sono stati ad esempio istituiti ambulatori per l'alcolismo).

Ancora in fase di avvio, invece, sono sembrati i progetti di assistenza domiciliare integrata, mentre il conseguimento dell'obiettivo di contenere il fenomeno dei ricoveri ospedalieri impropri appare evidentemente connesso ad un rafforzamento della medicina territoriale, anche sotto il profilo della conoscenza da parte dei cittadini dei servizi offerti e del conseguente cambiamento di abitudini.

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.

Pertanto, in generale 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 di Ischia, nel corso del quale ha ispezionato l'ospedale Rizzoli e ha svolto le audizioni 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.

È da premettere che la situazione di Ischia presenta la peculiarità di una variazione assai sensibile della popolazione, che passa dai 54.000 residenti nei mesi invernali a punte di oltre 300.000 presenze nella stagione turistica, che oltretutto si protrae da marzo sino a ottobre.

Va anche posto in evidenza che la collocazione geografica di insularità comporta, quando le condizioni atmosferiche sono più avverse (il che si verifica almeno 20-30 giorni all'anno), la completa impossibilità di collegamento con il continente sia via mare che via terra.

Le risultanze degli accertamenti condotti sono state illustrate in una relazione predisposta dai senatori Di Orio e Tirelli ed approvata dalla Com-

missione 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 (attivato in Campania solo a partire dall'8 agosto 2000); emergeva anche la allarmante inadeguatezza dell'ospedale Rizzoli di Ischia sotto il profilo sia strutturale che igienico e sanitario. Decisamente deficitaria 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 evidenziate; 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 in 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.

Nel dettaglio, come ha puntualizzato il dottor Cerato nell'audizione del 14 febbraio 2001, i mezzi per l'emergenza prevedono ora la disponibilità di due ambulanze di tipo B dedicate, 24 ore su 24, una presso l'ospedale Rizzoli (nel comune di Lacco Ameno) ed una in convenzione presso il Saut del comune di Ischia con la presenza di un medico rianimatore a bordo. Vi è poi una autovettura medicata presso il Saut, 24 ore su 24, con a bordo un medico rianimatore e attrezzatura per interventi di urgenza; una moto medicata, in servizio 12 ore al giorno, per il periodo maggio-ottobre, con medico rianimatore ed infermiere a bordo, in grado di orientare il ricovero prima dell'intervento dell'ambulanza; una idroam-

bulanza presso il porto di Ischia, in servizio 24 ore su 24, con a bordo attrezzature per la rianimazione; una eliambulanza, assegnata dalla Regione, autorizzata anche all'atterraggio notturno presso l'eliporto di Ischia; un'ambulanza di tipo A presso l'ospedale Rizzoli, utilizzata dal servizio 118, in collaborazione con gli anestesisti e gli infermieri dell'ospedale. Esiste anche un servizio di telemedicina con collegamento, 24 ore su 24, tra la radiologia di Ischia e gli ospedali di Pozzuoli e Giugliano e un collegamento, sempre 24 ore su 24, tra la cardiologia di Ischia e gli ospedali di Pozzuoli e Giugliano. Vi sono poi altri strumenti come il collegamento con cardiovaligetta tra il Saut di Ischia, il domicilio del paziente e la cardiologia di Pozzuoli e Giugliano e la possibilità di video consulto con invio delle immagini agli stessi ospedali di Pozzuoli e Giugliano.

Per il periodo estivo il modello operativo proposto prevede un'ulteriore ambulanza di tipo B dedicata, presso il Saut o altro comune decentrato rispetto all'ospedale ed a Ischia; un'ambulanza di tipo A dedicata presso il Rizzoli, una moto medicata con defibrillatore, elettrostimolatore cardiaco e sistema di rianimazione.

Per quanto riguarda la struttura ospedaliera, i lavori in corso (che dovrebbero concludersi entro i prossimi mesi estivi) prevedono la sistemazione del complesso operatorio con una seconda sala operatoria, una sala parto, con nido e pediatria, una struttura Utic di cardiologia e una struttura di ortotraumatologia. Sono state nel frattempo aggiornate le attrezzature con l'acquisizione di strumenti quali *monitor* e piastre di defibrillazione, laringoscopi, stetoscopio neonatale, saturimetri, elettrocardiografo, *pace-maker* transvenoso, videogastroscoPIO e videocolonscoPIO.

Per quanto attiene al personale, occorre ancora potenziare il numero delle unità operative di emergenza in forma stabile e programmata con una rotazione di personale medico qualificato da Pozzuoli e Giugliano per raddoppiare i turni pomeridiani e notturni, liberando così i medici specialisti per i trasporti in urgenza e occorre continuare il potenziamento del personale paramedico. La situazione del personale paramedico, rispetto al mese di luglio 2000, presenta un aumento da 134 a 163 unità di ruolo e una diminuzione da 63 a 29 unità precarie. Occorrerà completare la pianta organica con nuove procedure concorsuali.

Il commissario governativo del comune di Casamicciola ha fatto notare la necessità di ulteriori finanziamenti per l'eliporto ed è questo un aspetto che merita di essere segnalato alla Regione perché costituisce l'ultimo tassello degli interventi posti in atto.

In conclusione l'inchiesta condotta dalla Commissione, pur con il rammarico di non aver potuto toccare un maggior numero di realtà, soprattutto del Mezzogiorno, si è rivelata utile per migliorare la situazione sanitaria nelle zone dove questa è apparsa carente. Da questo punto di vista, le sollecitazioni della Commissione hanno senza dubbio rappresentato un utile stimolo per le istituzioni chiamate ad intervenire, contribuendo ad avviare un percorso che, anche se non si è ancora concluso, deve essere considerato virtuoso.

