

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIII LEGISLATURA

Doc. XXII-*bis*

n. 1

Allegato 8

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

(Istituita con deliberazione del 3 aprile 1997)

**Inchiesta sul funzionamento delle aziende
sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con
particolare riferimento allo stato del processo
di aziendalizzazione**

RELAZIONI

I N D I C E

Relazione sul sopralluogo effettuato il 1° marzo 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova . . . »	5
Relazione sul sopralluogo effettuato il 2 marzo 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'azienda ospedaliera «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi» di Varese »	16
Relazione sul sopralluogo effettuato in data 21 ottobre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'azienda ospedaliera «Lancisi» di Ancona . . . »	26
Relazione sul sopralluogo effettuato il 26 novembre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl e il presidio ospedaliero di Foligno. . . . »	41
Relazione sul sopralluogo effettuato il 29 e 30 novembre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl e il presidio ospedaliero di Teramo . »	53
Relazione sul sopralluogo effettuato in data 13 e 14 dicembre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl di Lagonegro (PZ) ed i presidi ospedalieri di Lagonegro, Lauria e Maratea »	74
Relazione sul sopralluogo effettuato il 7 e 8 novembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta presso l'Asl n. 6 di Palermo. »	90
Relazione sul sopralluogo effettuato l'8 e 9 novembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta presso l'azienda ospedaliera «Sant'Antonio Abate» di Erice (TP) »	100
Relazione finale »	107

Relazione sul sopralluogo effettuato il 1° marzo 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'azienda ospedaliera «San Martino» di Genova (*predisposta dalla relatrice sen. Carla Castellani*)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 60 del 17 dicembre 1999

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende ospedaliere, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il giorno 1° marzo 1999 un sopralluogo all'«Ospedale San Martino» di Genova. Hanno fatto parte della delegazione il senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione, nonché le senatrici Carla Castellani, coordinatrice dell'indagine, e Maria Grazia Daniele Galdi.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Giorgio Girelli, preposto all'Ufficio di segreteria della Commissione medesima. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Isabella Mastrobuono, collaboratore esterno della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Genova hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo all'ospedale San Martino di Genova

Il sopralluogo alla struttura ha preso avvio con la visita al padiglione numero 10, ove sono allocate ostetricia, ginecologia e neonatologia. I componenti della delegazione parlamentare hanno effettuato un'ispezione diretta all'interno della sala operatoria di ostetricia localizzata al primo piano del reparto di ostetricia e ginecologia. Un corridoio con lettini accostati alle pareti collega il reparto alla sala operatoria, dinanzi alla quale sono stati riscontrati contenitori per rifiuti. I locali adiacenti alla sala operatoria sono adibiti a magazzini per il materiale monouso, invalidando in tal modo ogni logica di asepsi. È inoltre risultato assente qualsiasi sistema di ricircolo e filtraggio d'aria mentre gli sterilizzatori dei locali, posti a parete, da lungo tempo non sono più utilizzati.

All'interno della sala operatoria, i medicinali sono stipati in un armadietto aperto insieme a materiale vario. La medesima sala è dotata di un unico letto operatorio dove sono eseguiti interventi ginecologici ed ostetrici.

Gli spazi angusti consentono con difficoltà il movimento del personale e delle barelle. La preparazione e la pulizia (pentola di alluminio su fornello a gas) degli strumenti chirurgici avvengono in uno spazio ricavato all'interno della sala operatoria, senza un'adeguata separazione dei due momenti. La predisposizione dei *kit* chirurgici per gli interventi è realizzata in uno spazio ricavato dalla chiusura a veranda di una terrazza.

Absolutamente carenti sono apparse tutte le misure di asepsi normalmente richieste in una sala operatoria.

Il sistema di ricambio d'aria è assente, mentre è presente un normale condizionatore d'aria a finestra, con filtri risultati sporchi. Una delle finestre, con apertura dall'interno, era aperta durante l'ispezione.

Al di fuori della sala operatoria si trova un piccolo locale, con alcune barelle vuote, nel quale sono stati visti in attesa i pazienti da sottoporre ad intervento chirurgico.

La delegazione ha quindi visitato il reparto di degenza di ginecologia, le cui stanze sono attrezzate con due letti ciascuna, e successivamente il settore di neonatologia, allocato sempre al primo piano della struttura e dotato di apparecchiature (incubatrici) di vecchia fabbricazione.

Il reparto comunque è apparso nel complesso in discrete condizioni.

Lungo i corridoi dell'ospedale, nei percorsi e nei ballatoi, sono correttamente applicati cartelli sul divieto di fumo, ma la prescrizione non è rispettata, come è stato constatato direttamente.

La delegazione parlamentare si è quindi trasferita alle sale operatorie centrali. La senatrice Carla Castellani ha effettuato un riscontro diretto sullo stato del settore anestesia, mentre una verifica delle sale operatorie è stata svolta dai senatori Tomassini e Daniele Galdi.

Il corridoio di accesso alle sale operatorie centrali (zona filtro) è caratterizzato dalla presenza di apparecchiature ed attrezzature varie accostate alle pareti, mentre la fornitura dei medicinali avviene attraverso una serranda scorrevole che mette in comunicazione l'esterno e l'interno delle sale operatorie.

La sala lavaggio e preparazione del personale e la sala operatoria di oculistica appaiono di dimensioni ridotte e comunque tutti gli spazi sono occupati da armadi e contenitori vari, nei quali è allocato il materiale necessario all'esecuzione degli interventi.

All'interno, la sala operatoria di oculistica presenta in molti punti della parete danni murali con escoriazioni della copertura plastica superficiale. Da più parti del pavimento, inoltre, sporgono tubature non collegate.

La sala operatoria di ortopedia presenta anch'essa carenze strutturali ed il materiale è ammassato un po' ovunque. L'applicazione delle norme vigenti relativamente all'impianto elettrico è apparsa solo parziale.

Una breve rilevazione è stata condotta anche nella sala sviluppo radiografie, dalla quale si dipartono verso l'esterno le tubature per lo smistamento dei liquidi radiografici di scarto, che vengono poi correttamente stoccati in contenitori plastici.

La delegazione parlamentare ha quindi proceduto alla visita del monoblocco per acuti, struttura di circa 900 posti letto complessivi, che si eleva per 12 piani (più 3 interrati).

La situazione igienica nei ballatoi della struttura e all'interno degli ascensori è risultata inadeguata; l'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 solo parziale.

Nel complesso l'ispezione di questo settore ha negativamente evidenziato l'inadeguatezza delle sale operatorie per quanto riguarda le strutture, con specifico riguardo al loro isolamento rispetto all'esterno, con conseguenti rischi di contaminazione e di altri eventi dannosi.

Oltre ai problemi strutturali, nel caso di queste sale, vanno posti in rilievo i problemi collegati alla promiscuità di attività chirurgiche diverse, non compatibili tra di loro.

Anche nel resto del monoblocco, vari elementi non rispettano le normative vigenti.

All'undicesimo piano la delegazione ha visitato il settore di ematologia.

È sembrato invece corrispondente ai requisiti di idoneità e ben condotto dal punto di vista organizzativo il settore dell'ematologia, che manifesta elevata qualità professionale.

All'attività *intra moenia* sono riservate 24 camere.

Lo spazio riservato all'attività *intra moenia* è apparso adeguato ma al momento dell'ispezione la degenza non risultava attivata.

Successivamente la delegazione ha visitato il pronto soccorso, di cui il vice direttore sanitario, dottor *Giuseppe Calisto*, ha illustrato le caratteristiche. Da tale sede i pazienti, attraverso un corpo di collegamento, possono accedere direttamente alla «diagnostica ultraspecialistica» ubicata in un plesso attiguo.

Dal pronto soccorso i degenti vengono smistati verso le salette di prima visita, per poi affluire in caso di necessità alle 90 unità operative presenti in ospedale (60 chirurgiche e 30 di carattere medico). Nelle ore notturne sono attivi 14 medici di guardia.

Le salette del pronto soccorso, ove vengono ospitati i pazienti, sono intercomunicanti per esigenze di carattere funzionale. I servizi igienici sono risultati limitati e carenti. Una delle sale di visita è risultata priva di porta e chiusa con un paravento. Nella sala di rianimazione del pronto soccorso il letto è inadeguato ed impropriamente attrezzato.

I senatori Tomassini e Castellani hanno anche effettuato una visita diretta al reparto operatorio del pronto soccorso, per il quale sono stati disposti rilievi fotografici.

Un corridoio stipato di apparecchiature ed armadi, con finestre aperte all'esterno, corre lungo il perimetro delle sale operatorie del pronto soccorso, collegandosi direttamente con esse nonostante sia individuata una zona filtro di ingresso. L'impianto d'areazione non è conforme alla normativa di settore, così come i quadri elettrici.

La delegazione ha poi compiuto una verifica anche alla sala operativa del «118», struttura dipendente dalla Regione. La sala gestisce emergenze

a livello provinciale ed ha come riferimento un bacino di utenza che ammonta ad un milione di persone. È attrezzata con un elicottero, due auto medicalizzate e 356 autoambulanze.

L'accesso alla sala medesima coincide con l'accesso al servizio di anatomia istologica: l'igiene del locale è apparsa poco curata.

Il dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) è stato istituito nel 1996, e gli ampliamenti previsti termineranno nel 2002, per una spesa complessiva stimata intorno ai 25 miliardi.

Il dipartimento è dotato di un sistema informatizzato in rete che produce referti computerizzati. Sono adottati programmi di qualità ed è prevista la certificazione secondo le norme UNI ISO 9000 del reparto di medicina d'urgenza e pronto soccorso.

Il *triage* infermieristico è avviato con l'obiettivo di sviluppare una politica di miglioramento delle fasi di accettazione e cura dei pazienti.

Il pronto soccorso è dotato di un reparto di degenza breve per l'osservazione dei pazienti e di un punto di rianimazione.

Il sopralluogo è quindi proseguito presso il padiglione specialità, ove sono state visitate le unità operative di neurochirurgia e di oculistica. In particolare è stata visitata l'unità per la terapia dell'ictus, ben strutturata da un punto di vista organizzativo per le fasi di trattamento acuto della patologia, mentre numerosi sono i problemi legati al trasferimento dei malati in reparto e nelle strutture deputate alla riabilitazione.

Ben organizzata è risultata anche l'unità operativa di oculistica, dove vengono effettuati interventi di trapianto di cornea e dove le attività diurne sono svolte in 5 posti letto dedicati al *day hospital*.

È stata condotta una visita presso il padiglione n. 1, che secondo le dichiarazioni della Direzione dell'azienda ospedaliera dovrebbe ospitare le nuove sale operatorie del complesso ospedaliero. La struttura è stata completata da un punto di vista edilizio anche se non sono presenti arredi. Per quanto riguarda gli aspetti della sicurezza, è stata rilevata l'assenza di indicazioni delle vie di fuga.

La previsione secondo la quale sarebbe stato difficile rispettare i tempi prestabiliti dalla direzione, e cioè il 7 marzo 1999, per l'apertura delle nuove sale operatorie è stata in effetti confermata, perché queste sono entrate in funzione solo a partire dal mese di agosto.

Il dipartimento di medicina interna e specialità mediche (DIMI) occupa un grande padiglione dell'azienda ospedaliera San Martino, collocato all'esterno del complesso principale, ed ha carattere misto (assistenziale ed universitario): ad esso afferiscono 10 unità operative cliniche di medicina interna generale, 8 unità operative specialistiche e numerosi centri clinici aggregati.

Sono stati visitati, in particolare, l'unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) dotata di 4 posti letto utilizzati anche dall'azienda ospedaliera.

Si è rilevata nell'unità una grave carenza di spazi che investe tutti i locali. I servizi igienici presentano un unico ingresso per il personale e per i degenti, sia uomini che donne. La carenza di spazi interessa soprattutto

l'unità operativa di emodialisi, dove il materiale in uso e le apparecchiature sono accatastati in stanze anguste con gravi difficoltà di movimento per il personale sanitario e per i pazienti. Più funzionale è apparsa l'unità operativa di medicina nucleare, nella quale sono stati però evidenziati problemi legati alla mancata identificazione di un locale di stoccaggio dei prodotti di scarto, comunque conservati in contenitori idonei.

3. Le audizioni svolte

La delegazione ha quindi proceduto ad una serie di audizioni che hanno avuto inizio con la dottoressa *Paola Pistone*, direttore generale, la quale ha riferito che la regione Liguria non finanzia la struttura in base ai DRG, ma a *budget*. Nel 1998 le spese hanno ecceduto di 10 miliardi l'entità del finanziamento. Nel 1997 il disavanzo è stato ancor più elevato. La dottoressa Pistone ha comunque fatto presente che tra il 1997 e 1998 la spesa corrente è diminuita di 11 miliardi. Le specializzazioni hanno costi assai elevati e ciò è fonte di sbilanciamento nella finanza dell'Ospedale. È carente il personale infermieristico (rispetto alla pianta organica sono scoperti 93 posti); sono altresì insufficienti i medici anestesisti, con negativo riflesso su talune attività come la cardiocirurgia.

La struttura, che occupa 285.000 mq. più le cliniche, è antiquata. In particolare il padiglione che ospita le specialità è fatiscente ed andrebbe ristrutturato ricorrendo alla stipulazione di un mutuo.

I posti letto effettivi sono attualmente 2.045, il personale dipendente è di 4.500 unità (anno di riferimento 1998); nel 1993 i posti letto erano 2.600 a fronte di un numero di dipendenti superiore di 1.100 unità al numero attuale.

Attualmente i dirigenti medici di primo livello sono saliti a 40, numero effettivamente elevato. Anche al fine di utilizzare al meglio questo personale l'amministrazione ha elaborato un progetto, finanziato dall'Unione Europea ed in collaborazione con l'università, volto alla formazione di medici dell'emergenza.

È stata approvata la Carta dei servizi ed è a buon punto l'attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994; peraltro, secondo la direttrice generale, per assicurare la sicurezza sul luogo di lavoro occorrono personale qualificato ed iniziative di formazione per i dipendenti.

Rispondendo alla senatrice Daniele Galdi, la quale ha rilevato che la sala operatoria di ginecologia solleva considerazioni negative, la dottoressa Pistone ha fatto presente che l'entrata in funzione delle nuove sale operatorie, nel padiglione n. 1, era prevista per il 7 marzo 1999 (in realtà queste sono state attivate solo nel mese di agosto).

La dottoressa Pistone ha infine ricordato che il patrimonio dell'ospedale è stato interamente trasferito agli enti territoriali a seguito di apposita legge regionale e che in data 29 ottobre 1998 la Regione ha adottato la deliberazione n. 2777, riguardante il programma degli interventi di edilizia

sanitaria concernenti l'azienda ospedaliera per il periodo 1998-2003, per un complessivo importo di lire 130.750 milioni.

È stato quindi ascoltato il direttore amministrativo dottor *Mauro Barabino*, in carica dal 10 gennaio 1995, il quale ha fatto presente che la struttura non è adeguata alle dimensioni richieste dalle prestazioni fornite dall'Ospedale San Martino. È comunque stato avviato il cammino perché la situazione possa migliorare. Quanto alle modalità di amministrazione, dal mese di marzo 1999 sarà avviata la contabilità economico-patrimoniale; successivamente, attraverso i necessari passaggi, nell'anno 2000 sarà perfezionato il processo budgetario.

A tale riguardo la delegazione parlamentare ha acquisito la deliberazione n. 2996 della Giunta regionale della regione Liguria, con la quale i direttori generali delle aziende ospedaliere sono stati invitati ad assumere le iniziative «per l'avvio della contabilità economica nelle proprie aziende», preso atto che l'azienda ospedaliera Santa Corona ha concluso la gara d'appalto con l'aggiudicazione del progetto complessivo per l'introduzione della contabilità economica nelle procedure finanziarie e contabili delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere liguri alla ditta Olivetti S.p.A. «corrente in Ivrea in raggruppamento di imprese con PRAXI S.p.A. corrente in Torino e con CARISTEL S.p.A. corrente in Genova». Sono state altresì acquisite la deliberazione n. 2472 del 10 ottobre 1997 e n. 2720 del 30 ottobre 1997 riguardanti il «Progetto contabilità economico patrimoniale. Recepimento degli esiti della gara espletata dall'azienda ospedaliera Santa Corona».

In tema di formazione l'Ospedale ha usufruito del progetto «Ippocrate» della Università Bocconi sull'aziendalizzazione delle strutture sanitarie. Tale progetto ha interessato sia il personale medico che gli infermieri caposala. Su richiesta della senatrice Carla Castellani, il dottor Barabino osserva che l'ospedale San Martino ha in corso il potenziamento della informatizzazione dei servizi, anche se si incontrano resistenze per l'inserimento della azienda in rete. Circa i servizi di lavanderia e di mensa, il direttore amministrativo rileva che esistono resistenze da parte dei sindacati alla «esternizzazione» e che, in particolare, la mensa ha un costo piuttosto basso (il secondo nella Regione). Rileva in conclusione la necessità che vengano effettuati investimenti per superare positivamente il periodo di transizione, valutabile in due anni, e che non esista strumentazione acquistata di cui non sia stato attivato l'utilizzo.

La delegazione ha quindi svolto l'audizione del dottor *Gaetano Cozenza*, direttore sanitario, in carica da metà gennaio 1999 e proveniente dalla regione Emilia Romagna in cui aveva ricoperto il ruolo di direttore di distretto sanitario. Obiettivi prioritari del suo impegno sono l'attivazione di dipartimenti misti, nonché il perfezionamento del processo di informatizzazione, sia per il settore laboratori di analisi sia per l'intero ospedale. Il dipartimento è metodologia gestionale che permette di accelerare i tempi di gestione della struttura per *budget* e di conseguire una migliore flessibilità operativa. Attualmente i quattro dipartimenti programmati esistono solo sulla carta.

La degenza media dei malati è molto alta. Ciò crea problemi al pronto soccorso. I reparti di medicina hanno tempi lunghi di degenza poiché i laboratori, in assenza di informatizzazione, ritardano l'emissione dei dati di refertazione. Si progetta di portare all'esterno i servizi che non sono in connessione con l'assistenza (come la raccolta dei rifiuti, la pulizia, e così via). Il *management* dell'ospedale è tutto da costruire: sono stati programmati corsi di formazione.

La senatrice Carla Castellani ha fatto osservare che dal registro operatorio (e da quello dei ricoveri) si riscontra la promiscuità di interventi che dovrebbero invece restare separati e compartimentati; la senatrice Daniele Galdi ha fatto rilevare che nel reparto di oculistica, alle ore 12, erano già cessati gli interventi chirurgici. Il direttore sanitario ha in proposito ricordato che è prassi non operare nel pomeriggio nei grandi ospedali; è peraltro in corso un monitoraggio per verificare la produttività ed i volumi di attività (orari di lavoro compresi) di tutti i reparti. Sono in corso innovazioni, con l'apporto anche dell'università, che si è dimostrata disponibile per il perseguimento di obiettivi di efficienza.

È stato poi ascoltato il responsabile dell'ufficio sicurezza e prevenzione, dottor *Dimitri Sossai*, il quale ha rilevato che si stanno pagando anni di disattenzione da parte della pubblica amministrazione nei confronti dei problemi della sicurezza. Dal 1985 ad oggi la situazione infortunistica è peraltro migliorata e sono state attivate le iniziative necessarie per assicurare il monitoraggio degli incidenti.

Il servizio prevenzione e protezione, in collaborazione con il Comando provinciale dei Vigili del fuoco di Genova, ha anche predisposto una «nota informativa» sulla prevenzione incendi, distribuita in congruo numero di copie all'interno della struttura.

È stato successivamente ascoltato il professor *Girolamo De Ferrari*, delegato del rettore dell'Università degli studi di Genova per i rapporti con l'ospedale San Martino. Osservato che l'università rappresenta il 50 per cento dell'azienda ospedaliera e ad analoga percentuale ammonta l'incidenza sul fatturato della medesima, il professor De Ferrari ha rilevato che non sussistono problemi specifici sul versante universitario mentre persistono pesanti problemi di carattere generale. Non appare adeguata l'attenzione riservata dalla regione all'ospedale San Martino: di qui notevoli problemi di finanziamento e di personale, come nel caso della carenza di infermieri. Secondo il professor De Ferrari, la mancata attivazione dei dipartimenti è un dato assai negativo che compromette l'aziendalizzazione della struttura.

Dopo aver ascoltato le osservazioni della rappresentanza del personale medico, che in sintesi ha lamentato la carenza di finanziamenti e la mancanza di strategie, la delegazione parlamentare ha preso atto delle considerazioni del dottor *Giovanni Regesta* il quale, a nome del collegio dei primari, ha anche depositato un documento in cui si rileva come dal 1992 al 1998 gli accessi al pronto soccorso siano passati da 17.500 a 38.500, con conseguenti difficoltà di assicurare ai pazienti il posto letto. Il collegio dei primari ha inoltre rilevato che il ricovero d'urgenza è

spesso favorito dall'esistenza di problematiche socio-assistenziali non propriamente risolte, per cui pazienti difficilmente dimissibili per la carenza di idonee strutture determinano un'occupazione di posti letto clinicamente ingiustificata a costi elevati ed a detrimento dell'attività di elezione. Secondo i primari occorre decidere se il San Martino deve essere un ospedale in funzione di un pronto soccorso con accesso indiscriminato da tutta la regione, ovvero un ospedale di alta specialità con competenza territoriale limitata per quanto concerne, invece, le patologie minori e le urgenze di primo livello. Lamentato che il San Martino è tuttora il più disinformattizzato fra i grandi ospedali italiani, i primari hanno richiesto una trasparente programmazione dei ricoveri, osservando inoltre che il padiglione «specialità» è ridotto in condizioni di estremo degrado. Il dottor Giovanni Regesta ha quindi illustrato una proposta di costituzione di un consorzio tra l'azienda ospedaliera Ospedale San Martino e le cliniche universitarie convenzionate IST e CBA per la gestione di attività comuni.

Il professor *Giuseppe Cannella*, a nome dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO), ha fatto presente che, a fronte dell'impegnativo mandato che fa capo all'azienda San Martino, vi è un'esiguità di risorse del tutto sottodimensionata sia rispetto alla missione aziendale, sia nel confronto con gli stanziamenti di cui godono altre strutture nazionali di simili dimensione e importanza. La causa di ciò risiede innanzitutto nelle modalità di finanziamento regionale. A suo parere, inoltre, è necessario stabilire con l'Università un confronto franco e costruttivo, volto a fugare i sospetti ed a risolvere i conflitti per l'equa ripartizione delle risorse.

A nome della CIMO (Comitato italiano medici ospedalieri) il dottor *Alberto De Micheli* ed il dottor *Giulio Cecchini* hanno depositato un documento in cui le problematiche essenziali dell'ospedale San Martino sono così elencate:

- a) l'organizzazione del lavoro con priorità assoluta per un'adeguata organizzazione dipartimentale;
- b) l'adeguamento alle leggi sulla sicurezza dei luoghi di lavoro;
- c) l'adozione di appropriate strategie per l'aggiornamento tecnologico delle dotazioni dell'azienda;
- d) il potenziamento e la razionalizzazione dell'attività di sperimentazione cliniche;
- e) la risoluzione delle problematiche riguardanti l'attività libero-professionale dei medici, nel pieno rispetto della dignità ed autonomia dei singoli e delle esigenze reali della azienda.

Il dottor Cecchini in particolare ha lamentato le difficoltà operative quotidiane che vedono, ad esempio, i medici privi di punti di appoggio perfino per la compilazione delle cartelle cliniche dei pazienti.

Da parte invece di rappresentanti del personale sanitario non medico, ed in particolare della SNABI - Si. Na F.O., è stato rilevato che negli ultimi anni il processo di aziendalizzazione dell'ospedale ha comportato una ristrutturazione delle diverse attività ospedaliere con contemporanea ridu-

zione di posti letto ed un aumento dell'attività ambulatoriale e di *day hospital*. La rideterminazione delle piante organiche per i diversi profili professionali ha sollecitato un maggior livello di coordinamento tra i vari servizi, divisioni ospedaliere e cliniche; anche tale rappresentanza lamenta la mancanza di un sistema informatico gestionale centralizzato.

Da parte sindacale la CGIL, a nome della quale ha parlato *Mariano Bragio*, è stato fatto rilevare che l'aziendalizzazione non può procedere se non si dà corso alla formazione di dirigenti. Secondo il documento presentato dall'organizzazione, la dirigenza non può misurarsi sulla quantità di posti letto presenti nell'unità operativa assegnata, ma deve fornire un'adeguata risposta anche attraverso la sensibile riduzione dei tempi d'attesa. Anche i dirigenti amministrativi – sostiene il documento – manifestano carenza di iniziativa nel trovare adeguate soluzioni organizzative e gestionali. La CGIL lamenta che le organizzazioni sindacali e aziendali non hanno mai avuto la possibilità di ricevere ed analizzare i bilanci preventivi e consuntivi dell'azienda San Martino (fatta eccezione per il bilancio 1997). Rilievi vengono anche mossi in tema di pianta organica, di organizzazione dei dipartimenti e di esercizio della libera professione all'interno dell'azienda.

La segreteria aziendale di coordinamento della rappresentanza sindacale unitaria (RSU) ha esposto, attraverso un documento presentato da *Corrado Ruggeri* ed *Enrico Nidarbone*, rilievi circa la carenza di personale infermieristico, tecnico ed ausiliario, il ricorso al precariato, la gestione del servizio di distribuzione del metadone (situato a fianco del pronto soccorso), nonché i disagi cui è sottoposta la categoria dei fisioterapisti.

Il coordinatore aziendale dalla UIL sanità, *Michelangelo Librandi*, ha infine depositato un documento in cui vengono citati quali aspetti di forte carenza dell'azienda: la mancata autonomia gestionale, l'assenza di progetti di riorganizzazione dei servizi e delle unità operative, la demotivazione del personale sanitario ed amministrativo, la mancata attivazione dei dipartimenti, la mancanza di monitoraggio in tempo reale delle disponibilità di posti letto e divisionali a favore dell'esigenze del DEA. Altro paradosso sarebbe quello per cui, ad oggi, «forse nessuno è in grado di dire quale è il reale numero dei posti letto dell'azienda».

4. Considerazioni conclusive

In conclusione il policlinico San Martino di Genova è uno dei più grandi luoghi di ricovero e cura del Paese. Le strutture sono molto datate nel tempo ed in alcune particolari situazioni veramente degradate e non più idonee. Tuttavia i progetti di ristrutturazione appaiono tutti avviati – in alcuni casi già conclusi, in altri in via di completamento – e tutti rispondenti ad un organico disegno complessivo che porterà ad un adeguamento della struttura secondo i criteri dell'accreditamento. Per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria e i parametri di rispetto delle norme del

decreto legislativo n. 626, l'ospedale presenta nel complesso zone di luce e di ombra, come d'altra parte si è già osservato in molte altre situazioni italiane; particolarmente positivi sono sembrati alcuni reparti di degenza quali l'ematologia, il reparto riservato all'*intra moenia*, l'unità operativo-oculistica ed il *day hospital*. Notevolmente carenti e degradate sono invece apparse alcune sale operatorie in cui vi è promiscuità di interventi non compatibili; il dipartimento delle specialità mediche appare assai carente di spazi e di servizi, ma soprattutto sono risultati del tutto inadeguati il reparto di ostetricia e la sala parto. In quest'ultimo caso, pur con tutte le giustificazioni del caso, si deve esprimere una ferma censura dell'organizzazione sanitaria: infatti la neonatologia attigua a tale reparto, nelle medesime condizioni di difficoltà di spazio e di ambienti, risulta ben condotta e risponde sufficientemente alle esigenze sanitarie e a quelle di rispetto della dignità del paziente.

Il pronto soccorso - cuore centrale del reparto, e molto criticato in note giunte alla Commissione prima e durante l'ispezione - appare sicuramente non in adeguate condizioni igienico-sanitarie; tuttavia i criteri organizzativi e di funzionamento lo rendono efficiente e funzionale per i problemi del paziente: a ciò va aggiunto che una completa ristrutturazione è stata avviata (sarà terminata nel 2002), e sono state altresì avviate procedure per una certificazione UNI ISO 9000.

Occasionalmente nel giro di ispezione sono state anche osservate le strutture deputate al servizio «118», che pure non sono di diretta pertinenza dell'azienda ospedaliera. Sono state osservate in quella attività grandi livelli di efficienza ed attrezzature adeguate a rispondere ad un compito reso particolarmente difficile dalla tipologia del territorio e dalla viabilità che caratterizzano la regione Liguria.

Durante le audizioni è emersa un'apprezzabile professionalità del direttore generale, il quale senza nulla nascondere delle difficoltà e dei problemi dell'ente, ha dimostrato, pur nelle ovvie insufficienze dei tempi e dei modi dei finanziamenti, di avere un preciso programma di ristrutturazione e di adeguamento che rispetta anche scanditi ordini di priorità. Anche il direttore amministrativo ha illustrato un processo di aziendalizzazione che va nel senso della riforma sanitaria e che porterà sicuramente a migliori risultati amministrativi. Il direttore sanitario ha dimostrato professionalità ed ha illustrato un interessante piano di sviluppo dipartimentale ed uno sforzo gestionale che prevede lo sviluppo dei processi informatici e l'applicazione dei *budget*; sono in previsione anche specifici corsi di formazione per l'aggiornamento continuo del personale. Sono per altro verso emersi alcuni problemi delle attività sanitarie che provocano allungamento delle liste di attesa e difficoltà di accesso alle cure: ciò, è stato spiegato, può essere causato dalla politica complessiva dell'assessorato regionale alla sanità che ha previsto la chiusura di nosocomi limitrofi, nonché dal mancato adeguamento della pianta organica, che causa tempi ristretti di funzionamento di sale operatorie e servizi.

Il responsabile della sicurezza sta attuando un piano di adeguamento volto a normalizzare gradualmente la situazione all'interno dell'ospedale.

L'ospedale San Martino ospita anche la Facoltà universitaria di medicina e, secondo quanto ha riferito il professor De Ferrari, delegato ai rapporti con l'Università, sembra che tra i due «mondi» vi siano apprezzabili sinergie e collaborazioni: tale situazione era stata peraltro rilevata già durante l'ispezione presso l'Istituto dei tumori di Genova compiuto da una delegazione della Commissione nell'ambito dell'inchiesta sugli IRCCS.

Durante le audizioni del personale è stata registrata una comprensibile serie di critiche, peraltro costruttive, nei confronti dell'amministrazione; sono state inoltre lamentate le carenze specifiche riguardo a personale, ambienti, mezzi strumentali ed organizzazioni: deve in questo caso considerare come tali situazioni siano state esposte praticamente in tutte le strutture ispezionate, e come nel caso specifico possano essere state causate anche dal processo di ristrutturazione regionale della rete ospedaliera poco prima citato.

In conclusione l'ospedale San Martino possiede professionalità di alto livello clinico, ma soffre di insufficienze strutturali e finanziarie a fronte delle quali si creano anche difficoltà assistenziali.

Tuttavia, pur nell'ambito di queste difficoltà, vi è un apprezzabile sforzo di impegno e di volontà da parte degli amministratori e della direzione sanitaria affinché vi siano le risposte migliori possibile per gli utenti. È quindi condivisibile il giudizio contenuto in un'indagine a livello nazionale effettuata da organizzazioni mediche sulla situazione delle diverse aziende ospedaliere di tutte le Regioni, pubblicata sulle riviste specializzate: a proposito del San Martino tale indagine afferma testualmente: «Nonostante grossi problemi e casi particolari di disfunzione, l'ospedale San Martino di Genova è comunque considerato fiore all'occhiello, soprattutto in confronto con analoghe strutture nazionali», a questo va aggiunta la considerazione che il 37 per cento dei ricoverati proviene da altre Regioni italiane, ad ulteriore dimostrazione della validità delle cure erogate.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 2 marzo 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'azienda ospedaliera «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi» di Varese
(predisposta dalla relatrice sen. Carla Castellani)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 61 del 20 gennaio 2000

Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende ospedaliere, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 2 marzo 1999 un sopralluogo presso gli ospedali «di Circolo» e «Filippo Del Ponte» compresi nell'azienda ospedaliera «Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi» di Varese. Hanno fatto parte della delegazione il senatore Antonio Tomassini, presidente della Commissione, nonché i senatori Carla Castellani, Maria Grazia Daniele Galdi e Maurizio Ronconi. Nei locali della prefettura di Varese il presidente della Commissione Antonio Tomassini, assistito da un componente del nucleo di polizia giudiziaria della Commissione di inchiesta, ha svolto audizioni integrative di personale medico.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Giorgio Girelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Isabella Mastrobuono, collaboratore esterno della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Varese hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso l'ospedale «di Circolo» di Varese

L'ospedale «di Circolo» è stato visitato dalla delegazione parlamentare composta dai senatori Carla Castellani, Daniele Galdi e Ronconi, nella mattinata del 2 marzo 1999. Il sopralluogo iniziale è stato effettuato al reparto di medicina generale (ospitato presso la geriatria) che comprende 24 posti letto (altri 24 posti letto sono attivati in una struttura ubicata in prossimità della frazione di Velate): le camere di degenza prevedono 3 o 4 posti letto ciascuna e sono prive di servizi igienici autonomi. Sono presenti nell'area di degenza due servizi igienici per le pazienti (12) del reparto femminile e due servizi igienici per i pazienti

(12) del reparto maschile. I servizi igienici ispezionati sono in condizioni non adeguate e non presentano ausili per portatori di *handicap*.

Il pianerottolo delle scale di accesso al reparto funge da deposito. Sono presenti infatti, come da rilievo fotografico, una barella ed alcune carrozzelle per pazienti.

Degli altri 24 posti letto di medicina generale dislocati presso la località Velate (che la delegazione non ha però ispezionato) viene riferito un discreto *comfort* di tipo alberghiero, ma essendo la struttura ospitante priva del servizio di diagnostica laboratoristica e con una marginale presenza di quello di diagnostica radiologica è pressoché quotidiano il ricorso al trasporto su gomma di quei degenti che necessitano di indagini di tipo diagnostico-strumentale.

La visita al reparto di radiologia allocato nel sotterraneo della struttura non ha dato luogo a rilievi specifici.

Successivamente la delegazione ha visitato il padiglione centrale dove sono ubicate su tre piani le tre chirurgie, di cui una trasformata in chirurgia toracica (con approvazione recente da parte della Regione).

I posti letto di chirurgia generale sono in tutto circa 170 (di cui 114 presso l'ospedale di Circolo e 50 presso l'ospedale Filippo del Ponte), come riferito nell'audizione del direttore sanitario.

Nel piano di riorganizzazione si prevede una riduzione di una ventina di posti letto di chirurgia, potenziando per contro l'attività di *day surgery*.

Presso il padiglione centrale è previsto anche il trasferimento, con il relativo accorpamento, dei due reparti di medicina generale, quello ospitato presso la palazzina della geriatria e quello distaccato presso la frazione Velate.

Successivamente è stato visitato un reparto di chirurgia generale. Le condizioni igieniche dell'atrio e delle camere di degenza appaiono discrete. Buona la segnaletica di indirizzo.

Si rileva che in rapporto alla dimensione delle stanze, per un agevole movimento dei pazienti e per eventuali interventi sanitari d'emergenza, sarebbe stata ottimale la presenza di due soli letti di degenza per camera.

Successivamente la delegazione ha effettuato un'ispezione all'interno delle sale operatorie al secondo piano del padiglione centrale. Le sale operatorie sono precedute da un ampio locale destinato a deposito di apparecchiature coperte da teli verdi, di barelle per il trasporto malati, di un respiratore a vista, di un carrello per il trasporto bombole, di una piccola scrivania con sopra dei registri, di un piccolo frigo, di due alberi di sostegno per fleboclisi e di un contenitore per rifiuti. Una parete è attrezzata con quadro elettrico chiuso da sportelli a vetro.

Nelle sale operatorie - al momento dell'ispezione in funzione, perché in atto interventi - è apparsa buona la tenuta igienica.

I rivestimenti sono a norma sia negli ambienti chirurgici che in quelli destinati a lavaggio e sterilizzazione.

La senatrice Castellani ha rilevato che risulta poco razionale la collocazione su tre piani delle sale operatorie di chirurgia sia in termini di

corretto utilizzo del personale che di utilizzo di apparecchiature diagnostiche intra-operatorie.

Ha trovato conferma la segnalazione che spesso, essendo attive in contemporanea per interventi di *routine* tutte le sale operatorie, manca una sala operatoria predisposta per le urgenze.

La delegazione è quindi passata al pronto soccorso, verificando il percorso compiuto dai malati dal momento dell'accoglienza fino alla duplice linea di destinazione: medica o chirurgica.

È stato riscontrato che l'ambiente del pronto soccorso ha due vie di uscita (entrando una di fronte e l'altra a destra) chiuse. Nello spazio antistante le porte di uscita, utilizzato come sala di attesa, sono presenti alcune barelle e carrozzelle per trasporto malati.

Quattro sono i posti letto previsti per l'astanteria medica (a volte viene aggiunto un quinto letto). Le condizioni igieniche sono apparse scadenti.

Per i pazienti degenti e per gli utenti dell'astanteria medica è disponibile un servizio igienico in condizioni precarie.

Il reparto di degenza di pronto soccorso prevede 12 posti letto (durante l'ispezione, lungo il corridoio erano in attesa due pazienti su barelle).

Per tutti i ricoverati, uomini e donne, è disponibile un solo servizio igienico, anch'esso in condizioni precarie. Nessuno dei suddetti servizi igienici presenta ausili per portatori di *handicap*.

Lungo i soffitti dei corridoi del pronto soccorso e dell'astanteria, si evidenziano tubature a vista o racchiuse in appositi contenitori.

Nel reparto di rianimazione, la delegazione parlamentare ha riscontrato spazi troppo angusti e l'assenza di una sala per infetti.

3. Il sopralluogo presso l'ospedale «Filippo Del Ponte»

La delegazione parlamentare si è successivamente trasferita all'ospedale «Filippo Del Ponte» nel quale l'Azienda ospedaliera intende dare impulso all'attività di *day surgery*.

Effettuato un sopralluogo alla clinica ortopedica, il cui corridoio principale risulta privo di qualunque punto di appoggio o sosta per le persone in attesa, è stato visitato il reparto di chirurgia generale maschile, le cui camere di degenza sono a due o tre letti. Le condizioni igieniche del reparto e dei servizi sono parse mediocri.

Nel complesso il quartiere operatorio dispone di due sale di chirurgia ortopedica, due sale di chirurgia generale ed una sala di chirurgia ambulatoriale.

Ha riscosso giudizi positivi il reparto di pediatria, ove sono state attivate iniziative atte a facilitare il contatto e l'assistenza da parte dei genitori nei confronti dei bimbi ricoverati.

L'amministrazione della struttura ha individuato anche spazi ove praticare l'esercizio della libera professione *intra moenia*. Del tutto inad-

guata, invece, è apparsa la soluzione adottata per l'ubicazione della guardia medica, rientrante però nella diretta competenza dell'azienda sanitaria locale.

Dalla dottoressa Mastrobuono e dal maresciallo Narduzzi è stata visitata la cucina, posizionata in un locale seminterrato, dove sono preparati i pasti dei degenti. Lo spazio a disposizione è molto grande; le attrezzature, pur essendo ancora efficienti, sono ormai datate e da sostituire. Il sistema di aspirazione dei fumi è apparso appena sufficiente, mancano sistemi di controllo alle porte ed alle finestre per impedire l'ingresso di insetti e piccoli animali.

Le celle frigorifere, attigue al locale cucina, sono risultate perfettamente funzionanti e correttamente utilizzate. Il percorso delle derrate alimentari dalla dispensa alla cucina avviene lungo i corridoi comunemente utilizzati per raggiungere altre sedi dell'ospedale.

È stata visitata una delle due dispense alimentari, anch'essa posizionata in un locale seminterrato, adibita allo stoccaggio di vari generi alimentari. Al momento dell'ispezione è stata riscontrata la presenza di sostanze detergenti conservate assieme ad altri prodotti alimentari e la presenza sulle pareti di muffe ed incrostazioni.

4. Le audizioni di personale medico presso la prefettura di Varese

Nel corso del sopralluogo alle strutture di Varese, presso la sede della prefettura, il presidente della Commissione, senatore Tomassini, ha proceduto ad audizioni di personale medico.

Le audizioni hanno evidenziato problemi che sono poi stati confermati durante le ispezioni. In particolare è stata segnalata l'assenza di una sala operatoria di emergenza sempre disponibile per casi urgenti; è stata confermata la mancata segnalazione al personale sanitario medico e non medico del superamento delle soglie di sicurezza nell'esame dei prelievi ematochimici *pre* e *post* seduta operatoria ai fini della determinazione dell'inquinamento da gas e anestetici; si è altresì rilevato il mancato rispetto delle norme di sicurezza e quindi l'inagibilità di alcune sale operatorie; è inoltre emersa l'irregolarità della soppressione, operata in via di prassi, peraltro documentata, della III divisione di chirurgia e la sua diversa destinazione.

Oltre a ciò, specifiche segnalazioni sono state fatte riguardo al notevole scadimento dei servizi di radiologia e sono stati interamente confermati i problemi attinenti alla direzione della unità operativa di rianimazione. Per quanto attiene alla radiologia, va tuttavia precisato che il lamentato scadimento di qualità non riguarda tanto la professionalità del personale e le attrezzature tecnologiche in dotazione, quanto piuttosto l'organizzazione del reparto che, rispetto al passato, non sembra utilizzare al meglio le notevoli risorse disponibili.

Le altre segnalazioni che erano contenute nel *dossier* inviato alla Procura della Repubblica di Varese, e che avevano originato queste audizioni separate, si sono rivelate prive di consistenza e sussistenza.

5. Le audizioni *in loco*

La delegazione parlamentare – composta dai senatori Carla Castellani, Daniele Galdi e Ronconi – ha quindi proceduto nel pomeriggio del 2 marzo 1999 alle programmate audizioni, ascoltando anzitutto il direttore generale dell'azienda ospedaliera dottor *Renzo Tellini*. Quest'ultimo ha rilevato come negli ultimi anni l'azienda ospedaliera abbia registrato un incremento, ricomprendendo il presidio di Varese (Ospedale di Circolo; Ospedale Filippo Del Ponte; Ospedale di Cuasso al Monte; poliambulatori) ed il presidio del Verbano (Ospedale di Cittiglio; Ospedale di Luino; poliambulatori). I dipendenti sono così passati da 2.300 a 4.514. Precisa che il bilancio dell'azienda medesima viene redatto sulla base di un sistema di contabilità economico-patrimoniale, ma che il processo di *budget* subirà dei rallentamenti nel 1998 legati all'assorbimento di altri presidi ospedalieri nel contesto dell'azienda.

Il bilancio ha segnato nel 1998 una perdita di circa 13 miliardi legata, da un lato, al mancato riconoscimento da parte della regione di una serie di attività non tariffabili (ad esempio il servizio «118») e, dall'altro, alla mancata definizione, sempre a livello regionale, degli stanziamenti da riconoscere all'azienda per i diplomi universitari.

Il dottor Tellini ha poi proseguito elencando altre voci che hanno inciso negativamente sul bilancio dell'azienda con particolare riferimento a mancati rimborsi per farmaci per HIV ed altri legati alla sperimentazione Di Bella.

L'insieme di questi elementi unito ad una sottostima di circa 5 miliardi per la spesa del personale hanno contribuito a determinare il disavanzo segnalato.

Il dottor Tellini ha riferito, su richiesta della senatrice Daniele Galdi, in ordine al piano di riorganizzazione che prevede accorpamenti e trasferimenti di reparti ed un piano strategico triennale concordato con la Regione ed approvato da circa una settimana.

Nell'ambito del piano di riorganizzazione è previsto il trasferimento dei letti di ortopedia (che sono attualmente all'ospedale del Ponte) e della medicina (quelli attualmente in geriatria e presso la struttura di Velate) nel padiglione centrale al termine dei lavori di ristrutturazione.

Sono in corso lavori di ristrutturazione anche nell'attuale reparto di ostetricia e ginecologia per trasferire all'ospedale di Circolo anche questo reparto che verrà scisso prevedendo i postiletto di ginecologia presso il reparto di chirurgia.

Anche per il reparto di patologia neonatale è previsto un finanziamento regionale per la sua ristrutturazione ed adeguamento.

Per quanto concerne i rapporti con l'Università, il dottor Tellini ha precisato che esiste un protocollo preliminare di intesa tra l'azienda e l'Università di Pavia che è attualmente utilizzato, in attesa di quello definitivo, anche per l'attuale Università dell'Insubria.

La delegazione ha successivamente ascoltato il dottor *Lucio Schiantarelli*, direttore amministrativo, il quale ha tracciato un quadro dei bilanci dell'azienda premettendo di prestare attenzione alla completa esternalizzazione dei servizi di pulizia e lavanderia, al sistema telefonico, all'adeguamento tecnologico sulla base di un contenimento dei costi.

La sede delle cucine - ha affermato il dottor Schiantarelli - sarà trasferita negli ambienti dell'ex ospedale psichiatrico di recente chiuso.

A suo avviso disfunzioni sono riscontrabili per la carenza di 120 infermieri.

Per quanto riguarda l'attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, ha fatto presente che è stato nominato il responsabile per la sicurezza e sono in atto corsi per la formazione del personale.

Rispondendo ad un quesito posto dal senatore Ronconi, il direttore amministrativo ha inoltre dichiarato che le procedure di acquisto e la gestione dei servizi sono centralizzati, salvo deleghe in caso di urgenza a funzionario incaricato. La informatizzazione è in corso e sta trovando applicazione il programma «*monitor*».

È stato poi ascoltato il dottor *Pietro Zoia*, direttore sanitario, il quale ha rimarcato la complessità dell'azienda che annovera cinque ospedali e 17 punti ove vengono rese prestazioni ambulatoriali.

I dipartimenti sono stati riorganizzati su base aziendale ed ammontano a 14 dipartimenti sanitari, di cui uno infermieristico, e due dipartimenti amministrativi.

Sono già stati nominati 12 direttori di dipartimento; mancano ancora il direttore del dipartimento di anestesia ed il direttore del dipartimento delle emergenze.

Per quanto riguarda l'aggiornamento, va precisato che allo scopo è deputato un apposito ufficio formazione sulle cui caratteristiche ha chiesto chiarimenti la senatrice Daniele Galdi.

Rispondendo ad uno specifico quesito posto dalla senatrice Castellani e dal senatore Ronconi, il direttore sanitario ha affermato che il numero di postiletto della medicina interna non è sufficiente a coprire il fabbisogno del bacino di utenza, in considerazione del fatto che in tale reparto vengono ricoverati anche pazienti con patologie ematologiche e neurologiche, non esistendo nell'azienda reparti specifici.

Il dottor Zoia ha fatto quindi presente che hanno scelto l'attività libero-professionale *intra moenia* il 50% dei medici; per i primari tale percentuale scende al 25%. Per quanto attiene all'organizzazione di detta attività libero-professionale, sono stati individuati gli spazi che andranno ristrutturati ed è stato chiesto, attraverso il piano strategico triennale, un potenziamento del personale per rientrare nei parametri previsti per l'accreditamento.

È stato quindi ascoltato il dottor *Giorgio Sarcletti*, responsabile dell'ufficio sicurezza e prevenzione, il quale ha riferito che l'ente sin dal 1995 si è attivato adempiendo formalmente agli obblighi di istituzione del servizio di prevenzione e protezione, nominando responsabile lui stesso, in regime di *part time* essendo già in servizio presso la medicina del lavoro.

Il dottor Sarcletti ha osservato che per molto tempo il servizio è stato costituito dal solo responsabile e da un'impiegata, nonostante la complessità della struttura che in termini di personale aveva 2.300 dipendenti alla data del 31.12.1996, diventati oltre 4.000 dal 1° gennaio 1998.

Nonostante la carenza di risorse – il cui adeguamento è stato ripetutamente richiesto – e l'alta mole di lavoro, dovuta anche alla duplice attività, l'ufficio sicurezza e prevenzione ha comunque provveduto alla stesura del documento di valutazione dei rischi.

Da circa un mese il servizio è stato finalmente istituito nella sua collegialità, nel senso che ne faranno parte, a regime, una caposala per quanto attiene alle problematiche connesse ai rischi biologici, una fisioterapista per i problemi connessi alla movimentazione manuale dei carichi, ed un perito elettrotecnico per quanto riguarda il rischio elettrico. Sono previsti corsi di formazione del personale legati alla tipologia dei rischi.

Avendo la senatrice Carla Castellani ricordato che in sala operatoria si sono verificate delle interruzioni di somministrazione di energia elettrica e che il dosaggio dei vapori anestesiológicos è risultato al di sopra della norma, il responsabile dell'ufficio sicurezza ha precisato che nella prima circostanza riferita il gruppo elettrogeno andò in avaria perché, nel periodo estivo, si verificarono carichi di utilizzo superiori a quelli mediamente sopportati dall'apparecchiatura. Sull'altra circostanza evidenziata, il dottor Sarcletti precisa che direttore amministrativo, direttore sanitario e personale sono informati dei livelli di esposizione ai vapori. Fino alla scorsa estate sono mancate iniziative per migliorare la situazione.

Successivamente il professor *Paolo Cherubino*, preside della facoltà di medicina dell'Università degli studi di Varese, ha evidenziato la sintonia con cui l'Università e l'azienda ospedaliera operano. Dopo aver precisato che nell'azienda sono impegnati 43 docenti universitari di prima e seconda fascia ed 8 ricercatori, e che sono in divenire altri concorsi per otto professori associati e per nove ricercatori, il professor Cherubino ha rimarcato come in assenza di una nuova convenzione si continui ad operare sulla base della convenzione stipulata tra la seconda facoltà di medicina dell'Università di Pavia e l'Ospedale di Circolo – Fondazione Macchi.

Il professor Cherubino ha risposto anche a quesiti specifici postigli dai componenti della delegazione in merito a fatti oggetto di esposto.

Sono stati ascoltati, poi, i rappresentanti sindacali del personale medico operante nella struttura, nelle persone del professor *Binaghi*, rappresentante ANPO, e del dottor *Natruda*, rappresentante ANAAO, che hanno consegnato anche una memoria scritta.

Il professor Binaghi ha sottolineato come – pur essendo scaduta la convenzione a suo tempo stipulata con l'Università di Pavia ed ancora

in attesa della nuova convenzione tra l'azienda ospedaliera di Varese e la nuova Università dell'Insubria – alcuni posti di primariato nei reparti di cardiocirurgia e di chirurgia, di spettanza degli ospedalieri nella prima convenzione richiamata, siano stati assegnati a personale universitario, senza peraltro aver preventivamente interpellato il Consiglio dei sanitari.

In merito alla libera professione *intra moenia*, la struttura, a suo giudizio, è ancora lontana da una effettiva organizzazione e presenta carenze logistico-strutturali in particolare per il pronto soccorso, le rianimazioni e le terapie intensive.

Il dottor *Natruda* dell'ANAAO ha evidenziato la necessità di tempi più stringenti per la ridefinizione dei progetti obiettivo, delle posizioni dirigenziali e per il superamento delle carenze di anestesista e di infermieri.

La delegazione ha quindi acquisito documenti riguardanti i problemi dell'azienda ospedaliera, presentati dai rappresentanti del personale medico, ed ha pure ascoltato *Doriano Battistin* rappresentante della CGIL-CISL-UIL funzione pubblica, che ha depositato un documento contenente proposte dei sindacati «per la costruzione di un sistema socio-sanitario efficace per la provincia di Varese».

Per la RSU (Rappresentanza sindacale unitaria) della azienda ospedaliera *Emanuela Vanali* ha lamentato la carenza di personale infermieristico, la notevole dimensione delle liste di attesa (specie per la mammografia), lo stato critico in cui versano le cucine, nonché la limitata applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994.

Altri rilievi sono stati sollevati da esponenti sindacali sullo stato dei servizi igienici del reparto di geriatria che non consentono agli anziani di accedervi con le carrozzelle.

In data 2 giugno 1999, presso la sede della Commissione di inchiesta, è stata svolta una seconda audizione del direttore generale dell'azienda ospedaliera, dottor Tellini.

Questa audizione aggiuntiva si è resa necessaria sulla base di alcuni elementi acquisiti successivamente al sopralluogo a Varese effettuato dalla delegazione della Commissione.

L'audizione si è svolta alla presenza del Presidente, senatore Tomasini, e delle senatrici Carla Castellani e Daniele Galdi.

Il dottor Tellini ha riferito in merito alle molteplici problematiche emerse a causa di contestazioni con le ditte appaltatrici e dei conseguenti ritardi nelle ristrutturazioni dell'ospedale di Luino, in particolare del pronto soccorso, del reparto di chirurgia, della rianimazione e della mancata attivazione del «118».

È emerso che anche per l'ospedale di Luino sono carenti gli anestesisti e gli infermieri.

6. Considerazioni conclusive

L'azienda ospedaliera di Varese, composta da ben cinque presidi ospedalieri e diciassette poliambulatori, di cui sono noti per ispezione di-

retta l'ospedale di Circolo» e l'ospedale Filippo del Ponte» e, per notizie acquisite in audizione, gli ospedale di Luino, Cittiglio e di Cuasso al Monte, appare come una realtà molto estesa, con oltre 2.000 posti letto e circa 4.400 dipendenti e con numerosi problemi sul tappeto, di talché non solo si pongono con urgenti e necessari interventi di rinnovamento su strutture e strumenti, ma appaiono indispensabili buoni principi strategici e pianificatori, uniti ad energici interventi di organizzazione. L'azienda è anche sede della Facoltà di medicina dell'Università di Varese.

I sopralluoghi effettuati hanno evidenziato alcune serie carenze dell'ospedale «di Circolo»: vi è una diffusa disapplicazione delle norme del decreto legislativo n. 626 del 1994 ed in particolare alcuni precisi gravi inconvenienti, come ad esempio la non perfetta messa a norma delle sale operatorie, sono stati trascurati ed addirittura sottaciuti.

I reparti più disagiati, a parte le citate sale operatorie, sono il pronto soccorso, le rianimazioni, le medicine generali, il settore materno infantile, le cucine.

La struttura dell'ospedale «del Ponte» risulta essere più idonea, con particolare riferimento al reparto pediatrico e all'intero settore materno-infantile.

Appare quindi poco comprensibile come, nell'ambito della programmazione delle strategie, si sia ipotizzato un trasferimento del settore materno-infantile dall'ospedale «del Ponte» all'ospedale «di Circolo», ove, al momento dell'ispezione, sono state riscontrate condizioni alberghiere inferiori oltre a situazioni di inidoneità riguardo alla messa a norma ed all'accreditamento.

Le audizioni hanno evidenziato, per quanto concerne il direttore generale, una buona progettualità in ordine al rinnovo degli ospedali, ma con piani di intervento la cui realizzazione non potrà comunque avvenire prima di cinque anni.

La programmazione per la gestione della fase intermedia è apparsa a tratti insufficiente, e ciò solo in parte può essere giustificato dal fatto che l'affermamento dei vari presidi ospedalieri all'azienda ospedaliera data dal 1° gennaio 1998.

Anche l'audizione del direttore sanitario ha messo a nudo problemi relativi in particolare:

- alla gestione e organizzazione del pronto soccorso;
- alla carenza cronica di anestesisti;
- all'insufficienza della rianimazione;
- all'insufficiente dotazione e disponibilità della medicina generale;
- a soluzioni non ancora perfezionate per il settore materno infantile;
- ad insufficienza dei servizi.

Durante le audizioni del vertice dell'azienda sono stati evidenziati il grave inquinamento da gas anestetici di alcune sale operatorie, il ritardo con cui gli operatori sanitari dipendenti sono stati informati di tale situazione, la carenza dell'impianto elettrico delle sale operatorie (che solo recentemente sembra essere stato risolto dalla installazione di un secondo

gruppo elettrogeno), la mancanza di una sala operatoria sempre disponibile per gli interventi di emergenza, alcune prassi non facilmente comprensibili di soppressione e destinazione di divisioni e di gestione del personale.

Sono stati altresì pienamente confermati alcuni eventi che erano stati denunciati nell'esposto presentato alla Procura, che riguardano alcune situazioni particolari comunque già citate nella presente relazione.

Le audizioni dei responsabili della manutenzione e dell'attuazione del decreto legislativo n. 626 del 1994 hanno ulteriormente confermato tutto quanto già esposto.

Le varie audizioni del personale hanno messo a nudo uno stato di conflittualità interna, che vede contrapposto il personale universitario a quello ospedaliero, evidenziando che chi di dovere non riesce ad assicurare un sufficiente punto di equilibrio e di mediazione, ottenendo così critiche, a volte giustificate, a volte meno, da entrambe le componenti.

La programmazione e la strategia sui presidi esterni non appare adeguatamente lungimirante: al riguardo le argomentazioni addotte dal direttore generale non sono sembrate sufficienti a far ritenere infondate le critiche contenute negli esposti presentati alla Commissione.

In conclusione l'azienda ospedaliera di Varese, di dimensioni rilevanti ed articolata in vari presidi, soffre indubbiamente di insufficienze strutturali, non diverse peraltro da quelle di tante altre strutture già note alla Commissione, e lamenta altresì carenze di ordine programmatico, organizzativo, sanitario e gestionale che almeno in parte sembrano da attribuire ad insufficienze dei vertici direttivi.

Per contro, all'interno dell'ospedale «di Circolo», sede anche della Facoltà di medicina, vi è un'alta professionalità, con eccellenze di prim'ordine, sia dal punto di vista formativo che assistenziale; professionalità che impongono di dare al più presto una maggiore incisività alla conduzione dell'azienda al fine di meglio gestire le situazioni e portare a compimento le nuove opere già programmate, nonché di intervenire per ricreare un clima costruttivo tra le varie componenti del personale.

A tale proposito, va dato atto che la Regione ha recentemente provveduto all'avvicendamento del direttore generale e del direttore sanitario dell'azienda. È pertanto auspicabile che i nuovi amministratori sappiano restituire a pieno l'efficacia e l'efficienza di un nosocomio così importante, non solo per la parte formativa e di ricerca, ma anche e soprattutto per la tutela e l'assistenza sanitaria dei cittadini.

Relazione sul sopralluogo effettuato in data 21 ottobre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'azienda ospedaliera «Lancisi» di Ancona *(predisposta dai relatori sen. Carla Castellani e Francesco Bortolotto)*

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 68 dell'8 marzo 2000

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e sull'attuazione della Carta dei servizi, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 21 ottobre 1999 un sopralluogo presso l'azienda ospedaliera Lancisi di Ancona. Hanno fatto parte della delegazione la senatrice Carla Castellani, nonché i senatori Francesco Bortolotto, Valerio Mignone e Maurizio Ronconi. Nei locali della sala riunioni dell'azienda la delegazione ha svolto audizioni integrative di personale medico e sanitario.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Maria Degli Esposti e della dottoressa Isabella Mastrobuono, collaboratori esterni della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Ancona hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso l'Azienda ospedaliera Lancisi di Ancona

La visita della delegazione parlamentare ha preso avvio dall'accettazione principale dell'ospedale, che funge anche da punto informazioni; accanto a questa è localizzata l'accettazione cardiologica con accanto l'Unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), alla quale si accede tramite un breve corridoio.

Lungo il tratto di corridoio che conduce verso l'accettazione è presente un'unica uscita di sicurezza, seppure correttamente segnalata.

Al piano inferiore è ubicato il servizio di emodinamica. Scendendo la scala che collega il servizio stesso all'accettazione, l'impianto di condizionamento d'aria, sostenuto da ripiani metallici fissati al muro del sottoscala, è apparso in evidenti condizioni di precarietà.

Nel reparto di emodinamica i lavori di ristrutturazione preventivati non sono stati portati a termine su richiesta della Regione: la decisione

è legata al trasferimento di tutte le attività del Lancisi all'ospedale «Le Torrette», previsto per il 2001.

La sala di preparazione emodinamica, seppur ben strutturata ed attrezzata, presentava accatastato, alla destra dell'ingresso, materiale vario custodito in scatoloni.

Non è stato possibile visitare l'unità di scintigrafia miocardica, a causa della contemporanea presenza di pazienti.

La senatrice Castellani ed il senatore Mignone hanno visitato le due sale di emodinamica, una attivata nel 1995 e l'altra nel 1998. La tenuta igienico-sanitaria è risultata buona, mentre piuttosto angusti sono apparsi gli spazi in relazione alla tipologia delle attività svolte.

Al primo piano, la delegazione ha poi visitato la degenza cardiologica (2^a divisione), dotata di stanze a 5-6 letti con servizi igienici esterni e comuni (8), per un totale di 24 posti letto più 6 di cardiologia riabilitativa.

L'infermeria è situata al centro del corridoio e vi si accede tramite una porta scorrevole.

In una piccola stanzetta posta al termine del corridoio, si effettuano ricoveri, prelievi e tricotomie, in spazi molto angusti in rapporto alle esigenze. Migliorabile la condizione igienica.

Mancano spazi comuni di attesa e di sosta per pazienti e visitatori.

Al terzo piano, la delegazione ha visitato un'altra degenza cardiologica, le cui stanze sono dotate di servizi igienici in camera, in quanto destinate all'esercizio della libera professione *intra moenia*. L'enorme mole di lavoro però non consente l'utilizzo *ad hoc* delle stesse, che frequentemente sono invece destinate alle urgenze.

Il direttore generale, dottoressa Tiziana Bentivoglio, ha illustrato alla delegazione le difficoltà connesse all'avvio dell'attività libero-professionale in questo specifico settore, legate soprattutto alla necessità di evitare di creare due classi di pazienti, l'una privilegiata rispetto all'altra. Anche in questo caso si avverte l'esigenza di attivare nuovi spazi, giacchè quelli disponibili sono troppo angusti sia per i degenti che per i sanitari.

Al quarto piano, la delegazione ha visitato il reparto di rianimazione. Hanno fatto accesso all'interno dello stesso la senatrice Castellani ed il senatore Mignone, oltrepassando la zona filtro correttamente posizionata, che separa quella di asepsi dal blocco operatorio. Una porta a vetri chiusa dall'interno immette in un piccolo corridoio ove sono posizionati armadi alle pareti. Nel blocco operatorio sono presenti due sale operatorie funzionanti ed una terza sarà inaugurata tra breve: nel 1998 sono stati effettuati 1.000 interventi con l'obiettivo di raggiungere i 1.200 nel 1999.

Al termine della visita i senatori Castellani e Mignone hanno riferito, relativamente al blocco operatorio, che gli spazi sono angusti e vi è la necessità di posizionare il materiale lungo le pareti; è stata inoltre rilevata la mancata separazione tra il percorso pulito e quello sporco (l'ingresso e l'uscita, infatti, sono i medesimi). L'impianto di aria condizionata è apparso sottodimensionato rispetto alle necessità. La terza sala operatoria

non ancora in funzione è dotata, dal punto di vista ambientale, di tutte le caratteristiche indispensabili al corretto funzionamento.

Successivamente è stata visitata la rianimazione adulti dotata di 6 posti letto, più 3 pediatriche che possono all'occorrenza diventare per adulti. Sono in via di attivazione (in relazione alla disponibilità di personale infermieristico) altri 2/3 posti letto da destinarsi anche ai trapianti di cuore. Vi è una promiscuità tra adulti e bambini e anche qui le attrezzature sono allocate lungo le pareti per carenza di spazi. La situazione igienica dovunque è abbastanza buona. Per entrambi i settori sono previsti cambiamenti e modifiche in attesa del trasferimento all'ospedale «Le Torrette».

La via di fuga dell'uscita di sicurezza, posta lungo il corridoio che porta alla rianimazione, appariva, al momento del sopralluogo, parzialmente impegnata dalla presenza di cesti e contenitori vuoti accatastati lungo le pareti. Numerosi macchinari perfettamente funzionanti, utilizzati per interventi al cuore, giacevano incustoditi in una rientranza del corridoio stesso. Nel pressi dei medesimi un pannello del soffitto risultava scollato.

Al primo piano, la delegazione ha quindi visitato la zona ambulatoriale, nella quale sono presenti 6 ambulatori (per pazienti interni e per i controlli esterni), più 5 studi per visite e prove da sforzo (ambulatori esterni) per la gestione del territorio.

È presente un servizio di farmacia dedicato.

Per finanziare le spese delle modifiche strutturali preventivate, sono stati utilizzati fondi regionali in conto capitale mentre per le strumentazioni sono stati adottati contratti di *leasing*. Debbono ancora essere utilizzati 9 miliardi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che saranno utilizzati per migliorare la struttura alberghiera, per l'adeguamento alle misure di sicurezza e per le apparecchiature sanitarie.

3. L'attuazione della Carta dei servizi

L'azienda ospedaliera Lancisi è formata da un solo presidio ospedaliero monotematico nel quale sono facilmente visibili le facilitazioni e le accessibilità che vengono garantite ai pazienti e risultano altresì evidenti il rapporto positivo che la struttura ha con il cittadino e il clima interno di collaborazione e di impegno, nonostante l'indubbia esiguità degli spazi disponibili.

L'azienda ha approvato una Carta dei servizi, e l'ha diffusa anche attraverso il sito *Internet* della regione Marche, in cui vengono indicati i percorsi diagnostici e le esperienze pilota. La Carta è stata distribuita a tutti gli operatori.

Il grado di coinvolgimento degli operatori rispetto al rapporto con il pubblico, all'umanizzazione e ai contenuti della Carta dei servizi è apparso elevato.

Nella Carta dei servizi sono riportati impegni di *customer satisfaction*: le indagini si svolgono regolarmente, anche attraverso un'analisi periodica

dei moduli predisposti che i cittadini possono impostare nelle apposite cassetine collocate nell'ospedale.

Nella Carta sono presenti standard di accesso: modalità di prenotazione, modalità di pagamento dei *tickets*, modalità di accesso al ricovero. Standard di organizzazione: coordinamento per visite ambulatoriali, accessibilità totale per i medici di famiglia, recapito a domicilio delle risposte dell'*holter* (a pagamento). Standard di struttura: cucinette nei reparti per pasti personalizzati dei pazienti, paraventi tra un letto e l'altro nelle stanze di degenza con più pazienti, mensa accessibile ai parenti dei ricoverati anche se a pagamento. Il rispetto degli standard viene attuato dal controllo di gestione, attraverso indicatori di appropriatezza delle cure, che tengono conto delle dimensioni della qualità; alcuni standard sono verificati attraverso monitoraggi a cura del servizio infermieristico.

Nella Carta dei servizi è prevista la stipula dei protocolli di intesa con il Tribunale dei diritti del malato in relazione a temi quali la soddisfazione degli utenti e le politiche della qualità aziendale.

L'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) è collegato funzionalmente con la direzione medica dell'ospedale e ha una postazione aperta per 12 ore di seguito; i contatti riguardano appuntamenti, modalità di ricovero e liste di attesa.

I reclami sono censiti all'interno della direzione medica del presidio e riguardano principalmente l'orario degli appuntamenti e le prestazioni ritardate; sono quasi esclusivamente verbali. Nella Carta dei servizi è inserita una scheda prestampata che può essere utilizzata per sporgere il reclamo. A seguito dei reclami sono stati promossi interventi disciplinari nei confronti del personale ed è stato organizzato un corso di comunicazione per aumentare la cortesia del personale.

L'azienda ha deliberato la forma di risarcimento *bonus/malus* in caso di prestazioni non erogate, ma la sua utilizzazione non è mai stata effettivamente richiesta dall'utenza.

Gli operatori che lavorano all'Urp sono amministrativi e infermieri professionali.

La Conferenza dei servizi non è stata indetta autonomamente dall'azienda per ragioni comprensibili (struttura monotematica inserita nel contesto di una piccola città); tuttavia l'azienda ha partecipato alla Conferenza dei servizi cittadina che ha deliberato la realizzazione di un Centro unico di prenotazione. Tale Conferenza si è svolta alla presenza del sindaco, delle organizzazioni sindacali, dei direttori di tutte le aziende sanitarie cittadine e delle associazioni di rappresentanza dei cittadini.

Il Centro unico di prenotazione (CUP) ha una sola postazione presso l'ospedale, non è informatizzato ed è aperto mattina e pomeriggio; vi è un numero dedicato per le prenotazioni telefoniche; vi è anche una convenzione con lo sportello salute dell'azienda sanitaria locale Ancona 7 in rete con l'intera città. L'invio del paziente alla struttura avviene attraverso altri ospedali per la maggior parte dei casi, oppure attraverso la segnalazione di medici liberi professionisti oppure tramite il «118» cittadino.

Il sopralluogo presso l'ospedale ha consentito di verificare l'esistenza, all'ingresso, di una postazione di prima accoglienza e di informazione, che gestisce anche le prenotazioni: lo spazio per l'attesa è capiente e dotato di poltroncine, vi è un «elimina code» funzionante. Allo sportello esiste una striscia per evitare l'ascolto dei dati da parte degli altri cittadini in fila.

Le informazioni logistiche sono molto curate, esiste tutta la cartellonistica antincendio e quella in ottemperanza al decreto legislativo n. 626 del 1994. Il foglio informativo sulla struttura è evidenziato ovunque. Ci sono mappe dell'ospedale ad ogni piano.

La Carta dei servizi è consultabile per esteso nella direzione sanitaria dell'ospedale, mentre appesi alle pareti di ogni piano ve ne sono ampi stralci.

Tutto il personale è ben individuabile attraverso il cartellino di riconoscimento.

Sotto il profilo logistico, evidentemente carenti risultano le stanze per il personale; mancano altresì i locali di soggiorno per i pazienti e non ci sono spazi dedicati alle associazioni. Non esiste parcheggio neppure per i visitatori.

4. Le audizioni *in loco*

Terminato il sopralluogo, la delegazione parlamentare ha proceduto all'audizione dei vertici sanitari ed amministrativi dell'azienda, nonché delle rappresentanze sindacali del personale sia medico che non medico. È stata ascoltata per prima la dottoressa *Tiziana Bentivoglio*, direttore generale, la quale ha posto l'accento sulla buona fama di cui gode l'ospedale Lancisi che, nato come ambulatorio per le cardiopatie dei bambini e dopo un periodo piuttosto difficile sotto la gestione delle Usl, è stato trasformato in azienda ospedaliera il 1° febbraio 1995. Durante il primo anno e mezzo di attività, l'azienda fu governata da una direzione generale la cui legittimazione fu successivamente annullata dal Tribunale amministrativo regionale. Fece seguito un periodo di commissariamento: lei stessa fu nominata commissario straordinario ed avviò il risanamento del bilancio, nonostante il persistere di problemi riguardanti la pianta organica, non ancora approvata, e la mancanza di fondi per i necessari investimenti in tecnologie; va tenuto presente che all'epoca si registrava una consistente migrazione extraregionale per le malattie cardio-vascolari.

La dottoressa Bentivoglio ha quindi ricordato che rispetto al progetto originario, che prevedeva l'installazione di una terza sala operatoria presso la struttura di Torrette, la Giunta regionale preferì – su sua proposta – procedere alla realizzazione della terza sala all'interno della struttura del Lancisi e, contemporaneamente, all'allestimento di una seconda sala di emodinamica, in modo da evitare la duplicazione delle unità operative.

Il direttore generale ha poi informato che l'ospedale ha ottenuto un finanziamento di 9 miliardi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, che saranno utilizzati per migliorie alla struttura alberghiera, per l'adeguamento alle misure di sicurezza, per infrastrutture ed apparecchiature.

La pianta organica è stata approvata agli inizi del 1997, tuttavia il personale è sottoposto ad una mole di lavoro piuttosto pesante svolta peraltro, in linea generale, con particolare dedizione. Si registra un esodo di personale infermieristico. È stato introdotto un meccanismo che prevede la distribuzione degli incentivi non «a pioggia» ma sulla base di specifici progetti. Sono stati altresì avviati nuovi programmi per la formazione.

In seguito ad una specifica domanda della senatrice Carla Castellani, il direttore generale, premesso che si sono in passato registrati considerevoli tassi di fuga dei pazienti per le specialità di emodinamica e di cardiocirurgia, ha fatto presente che l'obiettivo posto dalla Regione è stato in partenza quello di soddisfare la domanda di alta specializzazione dell'utenza regionale; successivamente, a partire dal 1997, ci si è adoperati per collocare correttamente l'ospedale nella rete sanitaria regionale. Il *budget* utilizzato da tre anni è di tipo «medicalizzato»: sono stati posti obiettivi di qualità e di *performance* senza tuttavia trascurare gli elementi di spesa, che sono monitorizzati tramite il controllo di gestione e il sistema di contabilità. In un'ottica volta a privilegiare l'appropriatezza («fare quello che serve per chi serve quando serve»), si persegue una «selezione» dei pazienti con priorità per quelli che presentino la necessità di cure complesse. Sono stati pertanto adottati protocolli utili anche a disincentivare il ricovero improprio e sono stati enunciati obiettivi con la specifica indicazione dei DRG da privilegiare.

L'ospedale effettua interventi di primo, secondo e terzo livello, per la cui definizione fungono da filtro sia gli ambulatori, sia il servizio «118», sia i cardiologi del territorio. Attraverso la mediazione nell'ingresso dei pazienti si è dunque ottenuta una riduzione drastica dei DRG medici diagnostici, e l'ospedale si è andato specializzando nel settore interventistico e chirurgico.

Di seguito, il direttore generale ha illustrato il progetto della Regione circa l'istituzione di un'unica azienda di grandi dimensioni, con sede alle Torrette, ed ha in merito manifestato la preoccupazione, presente nell'ospedale, che l'alta specializzazione possa perdere evidenza qualora diluita in un contesto più ampio. Ha quindi rilevato la differenza del livello organizzativo e di dettaglio della struttura di Torrette, ricordando esemplificativamente come in quest'ultima non sia ancora stato adottato un regolamento per l'attività libero-professionale, dichiarandosi personalmente contraria alla perdita della specificità monotematica dell'ospedale Lancisi.

Il direttore generale ha poi ricordato che il processo di *budget* è stato attivato sin dal 1997, e che l'ultimo bilancio presenta complessivamente una situazione di attivo, tuttavia successivamente trasformata in una sofferenza di 1,4 miliardi a causa della riduzione, nella misura di 4 miliardi, operata dalla Regione attraverso il piano delle prestazioni.

A proposito delle liste di attesa, il direttore generale ha specificato che queste non sono presenti per le esigenze cardiologiche, mentre sussiste una programmazione per l'emodinamica.

Rispondendo a domande del senatore Mignone, la dottoressa Bentivoglio ha spiegato che il 75 per cento delle prestazioni per malattie cardio-

vascolari vengono effettuate a favore di pazienti provenienti dal territorio di Ancona, mentre sussiste una migrazione verso altri centri da parte di pazienti provenienti dalla provincia di Pesaro-Urbino, da San Benedetto, da Ascoli e da Fermo. Tale migrazione extraregionale (nel 1998 un saldo negativo di circa 400 procedure) è dovuta in parte all'invio verso altre strutture operato dai cardiologi, in parte all'incapacità del Lancisi di soddisfare la domanda: vi è pertanto l'esigenza di attivare la coronarografia ed il *day surgery*, ed a tal fine sono stati resi disponibili 6 letti per ricoveri brevi; si può prevedere che con l'attivazione della terza sala operatoria (prevista nel 2000) il *deficit* possa essere riassorbito.

A seguito di una specifica domanda del senatore Mignone, ha precisato che ad Ancona esiste solo una casa di cura con le specialità di base, mentre a Jesi, presso una casa di cura non convenzionata, è attivo un servizio di emodinamica. Essendo quest'ultima struttura autorizzata alla riabilitazione, è allo studio un progetto per la parte assistenziale. In merito la dottoressa Bentivoglio ha specificato che nella struttura di Torrette non esiste spazio per la riabilitazione.

Rispondendo a domande del senatore Bortolotto, il direttore generale ha ricordato l'avvenuto svolgimento di una Conferenza dei servizi e di diversi incontri fra i direttori delle aziende anconetane e le rappresentanze sindacali, aventi ad oggetto la concertazione di città. Ha altresì ricordato il varo di alcuni progetti di informazione ai cittadini ed il coinvolgimento di diverse associazioni di cittadini che seguono le attività nell'ospedale in un progetto di *customer satisfaction*, che ha dato risultati positivi circa il livello di soddisfazione degli utenti.

Successivamente è stata ascoltata la dottoressa *Franca Rossi*, direttore amministrativo, in carica dal 1° luglio 1996, la quale ha ricordato di aver proceduto in una prima fase alla verifica dell'organizzazione, alla razionalizzazione della pianta organica e alla riduzione del personale a tempo determinato, cui tuttora viene fatto ricorso per fronteggiare l'esplosa mobilità del personale infermieristico. A riguardo è stato indetto un concorso unificato per oltre 200 posti fra tutte le aziende della provincia.

Si è poi proceduto ad un significativo potenziamento dei reparti di emodinamica e di cardiocirurgia al fine di soddisfare i bisogni dell'utenza regionale; sulla base di accordi sindacali, la distribuzione delle risorse finanziarie è stata riorganizzata secondo criteri legati alla produttività, differenziando le varie unità operative, ed è stato adottato un progetto di incentivazione che modula una quota della produttività (sia dei medici che degli infermieri) del 30 per cento a seconda della disponibilità e della capacità personale.

L'azienda ha regolamentato l'esercizio della libera professione e, per quelle specialità in cui risulta più improbabile l'esistenza di una domanda da parte di singoli pazienti, ha avviato un meccanismo di incentivazione dei medici che utilizza parte della fatturazione di prestazioni erogate dall'azienda in quanto tale in favore di pazienti ricoverati presso altre strutture.

Di seguito il direttore amministrativo ha illustrato l'applicazione del nuovo contratto di comparto e le modalità di attivazione dell'attività libero-professionale sia in regime di ricovero che in studi medici privati.

La dottoressa *Serenella David*, direttore sanitario, ha illustrato, rispondendo ad uno specifico quesito della senatrice Carla Castellani, l'esistenza nell'attuale struttura di locali dedicati a studio per ciascuno dei primari e di altre stanze (circa 8/9) per il personale medico, sia per le divisioni cardiologiche che per la cardiocirurgia e l'anestesia di rianimazione.

In merito all'Ufficio per i rapporti con il pubblico, ha specificato l'esistenza di un *front office* che costituisce il primo punto di contatto. Il pubblico può, attraverso questo, rivolgersi alla direzione medica di presidio che si incarica delle controversie sorte. Spesso anche la direzione generale svolge analoga funzione per i reclami ad essa diretti. La tipologia dei conflitti riguarda tipicamente le attese troppo lunghe. Sono in uso moduli prestampati ma, salvo i casi più gravi, i reclami vengono ricevuti verbalmente. In materia sono stati effettuati corsi di formazione per il personale di contatto. Al *front office* opera sia personale amministrativo che infermieri professionali e lo stesso ufficio effettua anche la prenotazione degli esami. In direzione sanitaria il personale dedicato è sia amministrativo che sanitario.

In risposta a domande della senatrice Carla Castellani, il direttore sanitario ha poi spiegato che viene effettuata un'analisi periodica del gradimento, che ha evidenziato gli ottimi risultati ottenuti, e parallelamente viene fornita la libera disponibilità di moduli.

Il servizio «118» è stato avviato in un primo tempo su base locale, ma è ora esteso anche nelle altre aziende, con un apprezzabile incremento di funzionalità. In un secondo tempo sono stati istituiti comitati per la qualità che hanno contribuito all'adeguatezza dei ricoveri: in particolare un gruppo si è occupato del ritardo evitabile per il paziente cardiopatico. In materia è stato adottato un protocollo.

Il direttore sanitario ha poi specificato che le aziende di Ancona non hanno posti letto di cardiologia. Esiste un servizio di cardiologia universitario nell'ospedale «Umberto I» di Torrette che effettua solo attività ambulatoriale; nell'ambito della Asl n. 7, l'ospedale di Osimo ha alcuni posti di medicina dedicati; il «Salesi», azienda pediatrica, ha una convenzione attraverso la quale l'azienda «Lancisi» svolge presso detta sede consulenza per la cardiologia pediatrica. Nel piano strategico è prevista l'attivazione di una rete cardiologica marchigiana con un sistema di teleconsulto che dovrebbe rendere uniformi i percorsi diagnostico-terapeutici.

Il direttore sanitario ha quindi confermato che gli organici medici risultano coperti, fatto salvo un posto di anestesista per cui è già stato bandito il concorso, e che sussiste un accordo con le organizzazioni sindacali per la revisione della pianta organica del personale di comparto. Infine ha rilevato che, data la notevole intensità assistenziale che caratterizza i reparti del Lancisi, il rapporto fra il numero dei dipendenti (487) e il numero dei posti letto (136) può considerarsi adeguato.

Il dottor *Roberto Sampaolesi*, responsabile dell'Ufficio sicurezza e prevenzione, in carica dal novembre 1995, ha illustrato la situazione di grave inadeguatezza rilevata all'epoca del proprio insediamento. Ha quindi spiegato di aver sollecitamente presentato un progetto di prevenzione degli incendi, corredato del parere favorevole del locale comando dei Vigili del fuoco.

Si è quindi proceduto alla nomina delle figure di responsabilità previste nell'ambito di applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, conformemente al quale è stato effettuato nel 1997 un corso di formazione; la redazione del piano di valutazione dei rischi è stato affidato ad una società esterna. Nel 1998 si è proceduto ad una revisione della mappa dei rischi che ha posto in evidenza l'efficacia degli adempimenti intervenuti.

Su prescrizione del comando dei Vigili del fuoco, l'azienda ha eseguito una serie di adeguamenti (rete idrica antincendio, segnaletica di sicurezza, porte antincendio, etc.) per un impegno di circa 2 miliardi. È stato altresì previsto, con fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, il completamento della compartimentazione e la realizzazione del sistema di rilevazione ed allarme antincendio. L'impianto elettrico è stato rifatto nel 1988, in epoca antecedente all'emanazione della legge n. 46 del 1990 (infortuni sul lavoro e malattie professionali), e conseguentemente è sprovvisto di certificazione di conformità: viene peraltro sottoposto ai controlli semestrali ed annuali previsti dalla normativa comunitaria.

In risposta ad una domanda della senatrice Carla Castellani, il responsabile dell'Ufficio prevenzione e sicurezza ha spiegato che, con riguardo ai gas anestesivi, le prese dei gas medicali presenti nella struttura sono fuori produzione, e che pertanto ne è imminente la sostituzione e, conseguentemente, l'adeguamento dell'impianto. Ogni sei mesi, inoltre, tramite l'Università, viene effettuata una rilevazione sui gas nelle sale operatorie, da cui solo raramente è risultato il superamento dei livelli massimi consentiti.

Il responsabile dell'Ufficio prevenzione e sicurezza ha precisato che le centrali termiche, i compressori, gli ascensori e gli impianti di terra sono soggetti a controlli periodici ed ha infine riferito circa l'esistenza di una casistica degli infortuni sul lavoro presso la direzione sanitaria, precisando che non sono stati registrati incidenti che abbiano coinvolto il personale tecnico.

Il dottor *Michele Caporossi*, responsabile dei servizi di gestione, programmazione, formazione e qualità, ha illustrato l'impianto integrato - che caratterizza l'azienda - fra le funzioni di redazione degli strumenti di programmazione strategica (piano aziendale triennale e *budgeting* annuale) e le funzioni di staff manageriali (politiche della qualità e della formazione). Il processo di *budgeting* adottato (*budgeting* medicalizzato) privilegia l'efficacia terapeutica ed il criterio di appropriatezza rispetto ai caratteri di efficienza economica, caratterizzando analogamente il sistema di incentivazione. Quest'ultimo si basa, infatti, sul sistema di rilevazione di *customer satisfaction* articolato sugli indicatori di qualità di cui all'articolo

10 del decreto legislativo n. 502 del 1992. Esiste inoltre un sistema di valutazione della *performance*, e quindi della rispondenza dei percorsi di cura ai percorsi diagnostico-terapeutici, cui è affiancato un ulteriore sistema di verifica degli spostamenti fra lo standard prestabilito e gli indicatori. Attualmente sono in via di completamento l'elaborazione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente ischemico e quello relativo al paziente aritmico, cioè delle due tipologie elettive. Il percorso diagnostico-terapeutico si rivolge specificatamente ai pazienti che necessitano di una struttura di terzo livello con prestazioni ad alta tecnologia.

Il dottor Caporossi ha aggiunto che l'azienda fronteggia le difficoltà di applicazione di questo sistema per le carenze del sistema DRG e che è in via di attuazione una sperimentazione di sistemi di isoseverità, ed in particolare la sperimentazione del sistema *disease staging* o di *atlas scoring* o di altro sistema di *old patient refined DRGs*.

Il 1° luglio 1999 è stato adottato il sistema di rilevazione a cinque cifre ICD-9-CM, mentre dal 1° gennaio 2000 è previsto l'avvio della predetta sperimentazione in collaborazione con l'Agenzia sanitaria regionale, con la probabile adozione del *disease staging* e con l'estensione della sua applicazione a tutto l'ospedale.

Il valore di *budget*, e quindi il risparmio di gestione, verrà comunque stabilito sulla base di un criterio di appropriatezza e della comparazione con parametri standard relativi ai costi sostenuti da ospedali con analoga dimensione e specificità qualitativa. Per questi motivi è stato scelto un sistema di *benchmarking* (valutazione delle prestazioni) che, non esistendo in Italia strutture pubbliche con caratteristiche analoghe, è stato attivato in linea con l'ospedale cardiologico di Lione e con il *Munche Heart Zentrum* della Baviera.

Il dottor Caporossi ha quindi rappresentato la possibilità che il sistema di *benchmarking* sia aperto anche alle strutture private, ma ha specificato che ciò potrebbe verificarsi solo in una seconda fase, attese le diverse caratteristiche di gestione ed i minori vincoli applicabili alle strutture private.

Alla redazione del piano strategico sono stati chiamati i dirigenti medici e ne è stato previsto un aggiornamento annuo per adeguarlo ai progressi scientifici, tecnologici e metodologici. All'interno del piano strategico si ritrovano le politiche della qualità e di gestione del personale, e particolarmente la formazione.

Per quanto riguarda il progetto di Carta dei servizi, elaborato dalla direzione sanitaria, in esso sono presenti gli standard di accessibilità e di equità, per i quali, ai fini della massima comparabilità dei dati, sono stati adottati i parametri tradizionali, quali il trattamento alberghiero, l'accessibilità alle liste di attesa ed altri. Il dottor Caporossi ha quindi precisato che la verifica del rispetto di tali standard compete in parte all'ufficio cui è preposto, ed in parte risulta di competenza medico-infermieristica ed è pertanto affidato alla direzione sanitaria. La valutazione della soddisfazione degli utenti è passata alla competenza dell'ufficio da lui diretto giacché su di essa fa perno il sistema di incentivi che viene ora gestito in ac-

cordo con la rappresentanza dell'utenza e con le organizzazioni sindacali a livello confederale, attraverso l'istituzione di una «commissione mista conciliativa» per la valutazione della risposta dell'utenza ai questionari.

In merito all'informatizzazione, ha specificato che il sistema di contabilità generale e quello di gestione del personale sono sviluppati in ambiente UNIX conformemente ai requisiti del Ministero della sanità. È attivo anche un programma informatico di controllo di gestione che contempla il sistema assai articolato dei centri di costo e consente di calcolare l'utilizzo delle risorse umane attraverso una valutazione concordata fra il personale ed il referente del centro di costo.

È inoltre in via di implementazione la gestione informatizzata delle cartelle cliniche che sarà integrata con il sistema di isoseverità ed è in progetto un sistema *Intranet* di teleconsulto con tutte le cardiologie regionali, concepito come *joint venture* con la Regione e con due sponsor privati. L'azienda è già presente nel sito *Internet* della Regione, sul quale saranno resi disponibili i percorsi diagnostico-terapeutici, accanto a contributi scientifici sulle esperienze pilota che immetteranno l'ospedale in un circuito internazionale di confronto clinico-scientifico.

In materia di personale, il dottor Caporossi ha quindi specificato di far parte del nucleo di valutazione che si riunisce periodicamente e che risulta composto altresì di tre consulenti esterni, di cui due medici ed un tecnologo, e la cui segreteria è anch'essa di competenza dell'ufficio da lui diretto.

A seguito di domande del senatore Mignone, ha poi spiegato che il personale amministrativo, in media di età piuttosto giovane ed inquadrato su livelli più bassi rispetto alle funzioni svolte, affronta un processo di formazione caratterizzato da una cultura aziendale nella quale un alto grado di partecipazione (anche fra figure professionali diverse) si accompagna ad un'elevata circolarità delle informazioni.

Ha quindi sottolineato la necessità di implementare ulteriormente i sistemi di qualità già adottati ed ha in merito ricordato l'adozione del sistema ISO 9001 in cardiocirurgia, esperienza unica fra le strutture pubbliche, ed il sistema di accreditamento di eccellenza nel laboratorio di analisi. Ha poi illustrato l'intenzione di conformare alla certificazione ISO 9000 anche la funzione di programmazione e di formazione per migliorare la circolarità funzionale.

Facendo riferimento al previsto trasferimento presso l'ospedale di Torrette, il dottor Caporossi ha sottolineato i vantaggi dell'autonomia dell'azienda rispetto ai risultati conseguibili nell'ambito di un dipartimento, anche ben organizzato ma afferente ad una struttura di grandi dimensioni. Ha infine ricordato il ruolo extraregionale affidato all'azienda dal decreto istitutivo e la conseguente autonomia ad essa riservata, nonché la effettiva sussistenza di un bacino di utenza esteso alle regioni limitrofe, osservando che la subordinazione ad una programmazione regionale risulta limitativa rispetto alla rilevanza nazionale dell'azienda, in un modo che sarebbe invece ovviabile attraverso la conversione in IRCCS.

È stato quindi ascoltato il dottor *Vittorio di Gregorio*, dirigente medico di presidio dell'azienda dall'agosto 1998, il quale si è soffermato sulle iniziative adottate per assicurare un percorso diagnostico-terapeutico rapido e sicuro ai pazienti acuti. Le linee guida, concordate con il dipartimento di emergenza che ha sede nell'ospedale di Torrette, sono in fase di ultimazione: esiste un protocollo, che riguarda anche l'altra terapia intensiva situata presso l'INRCA di Ancona, per consentire ai pazienti cardiopatici acuti di raggiungere nel minor tempo la struttura più idonea. Il percorso all'interno dell'azienda è agevolato dalla strutturazione per dipartimenti. La nuova accettazione cardiologica d'urgenza, inaugurata nel dicembre 1998, sviluppa il percorso a partire da una zona di osservazione breve antistante l'area di terapia intensiva.

L'area di terapia sub-intensiva, prevista dal Piano sanitario regionale e la cui esigenza risulta sensibile, esiste ma è non ancora in piena operatività. Si articola in 24 posti letto che scenderanno a 20 per necessità logistiche. La relativa dotazione di apparecchiature è in via di completamento.

La terapia intensiva, che consta di 8 posti letto, risulta insufficiente per far fronte alle necessità ed è pertanto in programma un suo ampliamento.

Il dirigente medico di presidio ha quindi specificato che nell'ottica dipartimentale il paziente raramente esaurisce il proprio *iter* permanendo su un solo reparto. La degenza media complessiva è di 9,4-10,4 giorni, con i dovuti scostamenti tra degenza medica e chirurgica.

Fra i punti critici, il dottor Di Gregorio ha posto in evidenza la complessità nella gestione degli orari dei medici che prestano la loro opera in diversi reparti. Ha peraltro sottolineato l'elevata motivazione del personale.

Attualmente su un totale di 73 medici, solo 6 o 7 (fra cui 1 dirigente di secondo livello) esercitano l'attività libero-professionale extramuraria.

La delegazione parlamentare ha quindi ascoltato i rappresentanti sindacali.

Sono quindi stati auditi per primi il dottor *Domenico Gabrielli*, rappresentante della ANAAO, ed il dottor *Gianfranco Curzi*, rappresentante della CIMO, entrambi cardiologi.

Il dottor Gabrielli ha ricordato come la precedente gestione della Usl avesse determinato un declino delle strutture, delle dotazioni e della formazione del personale del Lancisi, laddove l'aziendalizzazione ha invece comportato una riqualificazione. Fra i risvolti negativi della trasformazione in azienda, ha evidenziato il maggiore controllo nei confronti dei dipendenti e l'accresciuta richiesta di prestazioni a fronte di una inadeguata incentivazione economica. La prospettiva del trasferimento presso l'ospedale «Le Torrette» se presenta aspetti positivi per quanto concerne la modernità della struttura e l'adeguatezza degli spazi, d'altra parte suscita preoccupazione per quanto attiene alla trasformazione del Lancisi in mero dipartimento, pur di alta specializzazione, sia in termini di motivazione del personale che di riscontro economico.

Il dottor Curzi ha espresso considerazioni circa l'opinabilità della scelta di nominare personale esterno all'azienda per la direzione di alcuni reparti, scelta che ha comportato un'ingiustificata mortificazione, anche di immagine, del personale medico interno. Inoltre, il dottor Curzi ha manifestato disappunto per il trattamento economico di favore riservato ai nuovi assunti, circostanza che ha avuto conseguenze negative per l'armonia del personale.

A proposito del trasferimento di struttura, il dottor Curzi ha sottolineato l'attuale situazione di grave carenza di spazi che si ripercuote sul personale e sulle necessità dei pazienti. In particolare, ha fatto riferimento alle corsie con sei letti e spesso con letti aggiunti, alla carenza di servizi igienici e di docce, all'assenza di parcheggio, di camera mortuaria, di sala di lettura e di sala da pranzo. Ha peraltro sollecitato la soluzione delle questioni riguardanti l'autonomia e la difesa del patrimonio organizzativo su base dipartimentale del Lancisi.

Sono state quindi audite le rappresentanze del personale non medico. Il signor *Luciano Cesaretti*, coordinatore della Rappresentanza sindacale unitaria, ha sollecitato il trasferimento dell'ospedale sottolineando l'inadeguatezza dell'attuale struttura, che sotto numerosi profili (ad esempio, l'impianto elettrico) non rispetta i requisiti normativi e determina rischi per la vita stessa degli operatori. Ha inoltre lamentato la carenza di personale infermieristico, la difficile turnazione, l'assenza di spogliatoi per il personale, pur dando atto della disponibilità e dell'impegno della direzione generale.

Il coordinatore della RSU ha infine concordato con il signor *Olivio Montesi*, rappresentante della CISAL, sull'esigenza di mantenere l'autonomia funzionale ed economica del Lancisi.

La signora *Cinzia Zuppini*, rappresentante dello SNATOSS, membro della rappresentanza sindacale unitaria, infermiera professionale, ha lamentato l'inadeguatezza delle retribuzioni per il personale infermieristico a livello nazionale.

5. Considerazioni conclusive

L'azienda ospedaliera «Lancisi» di Ancona è costituita da un solo presidio ospedaliero monotematico, con un unico dipartimento, il dipartimento cardiologico, articolato in unità operative.

È dotato di 136 posti letto ed ha un organico di 487 unità, tra operatori amministrativi (21), operatori sanitari medici (70) e non medici.

La struttura del Lancisi risale agli anni '60, era nata come colonia marina ed ambulatorio per bambini affetti da cardiopatie reumatiche, è divenuta poi ospedale cardiologico della città sotto la gestione delle Usl. Solo il 1° febbraio 1995 è stata trasformata in azienda ospedaliera.

La visita ispettiva della delegazione ha evidenziato nel complesso un'inadeguatezza strutturale oltre che funzionale del presidio in rapporto alla tipologia, alla quantità ed alla qualità delle prestazioni erogate.

È apparsa particolarmente evidente la carenza di spazi per pazienti ed operatori sanitari; sono carenti i servizi igienici e le docce.

Per quanto attiene alle norme di sicurezza, l'azienda ha eseguito una serie di adeguamenti (rete idrica antincendio, segnaletica di sicurezza, porte antincendio) per un impegno di spesa di circa 2 miliardi. L'impianto elettrico è stato rifatto nel 1988 in epoca antecedente all'emanazione della legge n. 46 del 1990 (infortuni sul lavoro e malattie professionali) e conseguentemente è sprovvisto di certificazione di conformità; viene peraltro sottoposto ai controlli semestrali ed annuali previsti dalla normativa comunitaria.

Le prese dei gas medicali presenti nella struttura sono fuori produzione e pertanto ne è prevista un'imminente sostituzione con il relativo adeguamento dell'impianto. La rilevazione della concentrazione dei gas anestetici nelle sale operatorie è effettuata dall'Università ogni sei mesi e solo raramente si è verificato il superamento dei livelli massimi consentiti.

Per finanziare le spese delle modifiche strutturali preventivate sono stati utilizzati fondi regionali in conto capitale, mentre per le strumentazioni sono stati adottati anche contratti di *leasing*.

Debbono ancora essere utilizzati 9 miliardi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 che saranno destinati al miglioramento della struttura alberghiera, all'adeguamento delle misure di sicurezza ed al rafforzamento e rinnovamento delle attrezzature tecnologiche.

Le audizioni hanno evidenziato che la dirigenza aziendale opera in un'ottica volta a privilegiare l'appropriatezza degli interventi («fare quello che serve, per chi serve, quando serve») attraverso una «selezione» dei pazienti con priorità per quelli che presentino la necessità di cure complesse. Sono stati pertanto adottati protocolli utili a disincentivare il ricovero improprio e sono stati enunciati obiettivi con la specifica indicazione dei DRG da privilegiare. Attraverso la mediazione nell'ingresso alla struttura dei pazienti (per la cui definizione fungono da filtro sia gli ambulatori, sia il servizio «118», sia i cardiologi del territorio), si è ottenuta una riduzione drastica dei DRG medici diagnostici e l'ospedale si è andato specializzando nel settore interventistico e chirurgico.

Il processo di *budget* è stato attivato sin dal 1997 e l'ultimo bilancio presenta una sofferenza di 1,4 miliardi a causa della riduzione (nella misura di 4 miliardi) operata dalla Regione per l'abbattimento dei DRG. Gli organici medici sono completi, manca solo la copertura di un posto di anestesista. C'è invece un esasperato *turnover* di personale infermieristico.

L'azienda ha regolamentato l'esercizio della libera professione e la distribuzione delle risorse finanziarie è stata riorganizzata sulla base di criteri legati alla produttività, differenziando le varie unità operative.

La formazione professionale è attivata ed interessa sia il personale amministrativo che quello sanitario ed infermieristico.

L'azienda ha approvato la Carta dei servizi (diffusa anche attraverso il sito *Internet* della regione Marche), in essa sono presenti gli *standard* di accessibilità e di equità per i quali ai fini della massima comparabilità

dei dati, sono stati adottati i parametri tradizionali, quali il trattamento alberghiero, l'accessibilità alle liste di attesa, i percorsi diagnostici e le esperienze pilota. La Carta è stata diffusa a tutti gli operatori e il grado di coinvolgimento degli operatori, rispetto al rapporto con il pubblico, all'umanizzazione ed ai contenuti della Carta dei servizi, è apparso elevato.

Concludendo l'azienda ospedaliera Lancisi di Ancona è fra tutte le aziende fino ad ora ispezionate quella che più ha raggiunto un buon livello di aziendalizzazione.

Va detto però che questo processo, accanto ad una buona professionalità del vertice aziendale, è stato facilitato dalla monotematicità dell'azienda oltre che dalle dimensioni ridotte dell'azienda stessa.

La capacità gestionale del vertice aziendale appare evidente anche se a tratti alcune scelte operative possono apparire *border line* tra azienda pubblica ed azienda privata.

La dinamicità degli interventi però ha contribuito ad una ripresa dell'immagine del Lancisi, riducendo la mobilità extraregionale per quelle patologie cardiovascolari che richiedono risposte di alta specialità, ed anzi ha reso possibile una mobilità attiva dalle Regioni limitrofe.

La prospettiva del trasferimento presso l'ospedale «Le Torrette» se presenta aspetti positivi per quanto concerne la modernità della struttura e l'adeguatezza degli spazi, d'altra parte suscita preoccupazione in tutti gli auditi per quanto attiene alla trasformazione del Lancisi in mero dipartimento, pur di alta specializzazione, nell'ambito di una struttura di grandi dimensioni. Pertanto è stato da tutti auspicato che, con il trasferimento alle Torrette, il dipartimento cardiologico del Lancisi possa mantenere l'autonomia gestionale, magari attraverso una conversione in IRCCS, tenuto conto che già nel 1992 un decreto ministeriale ha istituito il «Lancisi» come struttura di rilevanza nazionale dotata di autonomia gestionale.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 26 novembre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl e il presidio ospedaliero di Foligno (*predisposta dai relatori sen. Carla Castellani e Francesco Bortolotto*)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 64 del 10 febbraio 2000

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e sull'attuazione della Carta dei servizi, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 26 novembre 1999 un sopralluogo presso l'Asl n. 3 dell'Umbria e il presidio ospedaliero di Foligno. Hanno fatto parte della delegazione la senatrice Carla Castellani, nonché i senatori Maurizio Ronconi, Francesco Bortolotto e Valerio Mignone.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Isabella Mastrobuono e della dottoressa Maria Degli Esposti, collaboratori esterni della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Perugia hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Foligno

L'Ospedale ha sede all'interno di un edificio del '700, successivamente ampliato con aggiunte di altre componenti edilizie; la ristrutturazione dopo il terremoto del 1997 è stata ultimata nel novembre 1999. L'ospedale ha una capienza teorica di 411 posti letto dei quali, a causa dei danni prodotti dal terremoto, solo 250 effettivi nel 1999 (nel 2000 saranno 350) con un tasso di utilizzo pari all'80 per cento.

All'ingresso dell'ospedale, sulla destra, è situata la postazione per le informazioni al pubblico, mentre a sinistra è presente l'ingresso al reparto di radiologia.

La visita della Commissione di inchiesta ha avuto inizio dal pronto soccorso, caratterizzato dalla presenza di uno spazio ampio per l'ingresso delle autoambulanze; le emergenze sono convogliate in tre ambulatori adiacenti dove si svolgono le visite: una delle sale è generalmente utilizzata per la gestione dei casi più gravi.

Accanto al pronto soccorso vi è una stanza dedicata con tre posti letto per la osservazione breve.

Le prestazioni di pronto soccorso ammontano in media a 150 al giorno, con il 60 per cento di codici bianchi e verdi.

Nella sala di attesa del pronto soccorso vi sono 12 posti a sedere, ed è questa la sede del *triage*. Altri posti a sedere sono localizzati all'esterno degli ambulatori di visita.

I servizi igienici per i pazienti sono limitati ad un'unica stanza (non sono presenti servizi igienici per soggetti portatori di *handicap*).

Accanto all'area dell'emergenza, una stanza è utilizzata come spogliatoio del personale del pronto soccorso.

Al primo piano la delegazione ha poi visitato il reparto di chirurgia generale 2, (24 posti letto), che è previsto sia presto ricollocato al piano superiore dove sono terminati i lavori di ristrutturazione. Alcune camere sono dotate di servizi igienici dedicati, per altre i servizi sono in comune.

Il reparto di chirurgia generale 1 (18 posti letto) è ubicato al piano superiore: per accedervi si passa parallelamente al blocco operatorio, con 8 posti di rianimazione. Accanto alla rianimazione è presente un'unità di terapia intensiva coronarica (4 posti letto) che serve 13 posti letto di cardiologia.

I reparti operatori non sono centralizzati ma organizzati in quattro blocchi, per un totale di 9 sale operatorie.

La chirurgia 1 riprende la disposizione dei letti del reparto sottostante (una media di 4 posti letto per stanza), ed è affiancata all'urologia. La separazione è definita da un muro divisorio che sarà abbattuto per creare un'ampia area di *day hospital*. Il reparto di urologia è speculare rispetto a quello di chirurgia generale.

La sede dei poliambulatori è nuova, recentemente ristrutturata, e comprende nuove sale di attesa.

3. L'attuazione della Carta dei servizi

Livello aziendale

Nel 1995 l'azienda ha approvato la Carta dei servizi divisa in più fascicoli, uno per presidio ospedaliero e altri per le prestazioni ambulatoriali e del dipartimento di prevenzione. La Carta è stata diffusa a tutti gli operatori, alle istituzioni di riferimento e alle associazioni di cittadini. Attualmente ne è stata scritta una seconda edizione che non è ancora stata pubblicata, ma di cui si ha bozza.

Il grado di coinvolgimento degli operatori rispetto al rapporto con il pubblico, all'umanizzazione e ai contenuti della Carta dei servizi è alto, la seconda edizione è nata a seguito di riunioni con tutte le unità operative aziendali che hanno contribuito a definire impegni, standard e indicatori.

La Carta viene dichiarata lo strumento di trasparenza gestionale; in essa sono presenti standard di accesso: modalità di prenotazione, modalità di pagamento dei ticket, modalità di accesso al ricovero. Sono presenti standard di organizzazione e standard di struttura. Il rispetto degli standard viene attuato da ogni singolo servizio, attraverso una forte partecipazione

richiesta a tutti gli operatori. Anche il personale amministrativo è stato coinvolto. Nella Carta sono contenuti anche impegni e obiettivi della direzione generale.

Sono previste analisi sistematiche sul gradimento per i ricoverati, analisi dei dati e individuazione degli interventi correttivi necessari. È attualmente in corso un'informativa sui dati raccolti alle singole unità operative per l'analisi locale dei dati raccolti. Nella Carta dei servizi è presente la stipula dei protocolli di intesa con il Tribunale dei diritti del malato sui tempi massimi delle prestazioni ambulatoriali.

Nell'azienda trova collocazione una sede del Tribunale dei diritti del malato.

L'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) è collocato funzionalmente dentro la direzione generale dell'azienda. Le postazioni URP sono quattro; ne è prevista la prossima apertura di un'altra presso l'ospedale di Foligno, con valenza di punto informazione. Le postazioni sono aperte dalle ore 9 alle ore 12, il pomeriggio del lunedì e del venerdì il servizio è attivo dalle ore 15 alle ore 18, il sabato l'URP è aperto dalle ore 8 alle ore 14. Al mattino è attivo un numero verde per le informazioni. La banca dati contiene tutte le informazioni dell'offerta delle prestazioni e dei tempi di attesa. Gli operatori dedicati sono dieci appartenenti ai ruoli sanitario, amministrativo, tecnico. La formazione degli operatori è continua e avviene attraverso riunioni periodiche di servizio con analisi critica della casistica. Vengono poi effettuati incontri monotematici con i responsabili di unità operative o di progetti. Tre operatori hanno partecipato a corsi nazionali nel 1999 di miglioramento continuo della qualità; un operatore a un corso sulla *privacy*; un operatore al corso sul sanitometro; un operatore a un corso di *customer satisfaction*.

I reclami sono censiti all'interno dell'URP. Il cittadino può servirsi di una scheda prestampata che può essere utilizzata per sporgere il reclamo. Ad ogni reclamo l'azienda risponde al cittadino.

L'azienda non ha attuato la forma di risarcimento *bonus/malus* anche se avvengono rimborsi o restituzioni di *ticket* in caso di mancata prestazione.

La Conferenza dei servizi è stata indetta già due volte, la prossima è convocata per il 12 novembre 2000; l'impegno della direzione generale è di convocarla a cadenza annuale. Le modalità di preparazione hanno coinvolto tutti i dirigenti e una riunione plenaria con tutti gli operatori. La Conferenza dei servizi ha determinato la realizzazione delle schede di *budget* per l'avvio della contabilità analitica e la promozione di progetti di salute.

Le azioni di miglioramento concordate con le associazioni di cittadini riguardano il miglioramento degli spazi dei poliambulatori, le sale di attesa, la riduzione dei tempi di attesa per ottenere le prestazioni, l'individuazione di canali diversificati per l'urgenza e l'urgenza differibile, i tempi massimi prevedibili per le prestazioni programmabili; la riduzione dei tempi per le prenotazioni allo sportello del centro unico di prenotazione (CUP); l'attivazione dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico.

Il CUP ha trentasette punti di prenotazione informatizzati, nell'ospedale di Foligno vi sono due operatori dedicati. Gli orari di apertura vanno dalle ore 8 alle ore 13 e dalle ore 15 alle ore 18 nei punti di maggiore afflusso, nei punti con minore affluenza il pomeriggio è chiuso. Sono attivi tre *farmacup* presso le farmacie, tali postazioni nel 2000 dovrebbero diventare 40/50. Si prevede una postazione di prenotazione telefonica. È attualmente in corso una versione più aggiornata e veloce del programma CUP per accelerare i tempi di prenotazione. Le postazioni sono accessibili ai disabili e hanno posizione centrale rispetto ai servizi.

Il presidio ospedaliero di Foligno

Sotto lo specifico profilo dell'attuazione della Carta dei servizi, il sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Foligno ha suggerito le seguenti notazioni. La visita ha avuto luogo nel primo pomeriggio, in un momento in cui non vi erano pazienti in attesa al pronto soccorso. Il presidio ha un aspetto dimesso, la cartellonistica nell'atrio è insufficiente; la sala di attesa di pronto soccorso è poco confortevole, il bagno per i visitatori è inagibile per i portatori di *handicap*.

Le informazioni logistiche risultano poco curate e sono realizzate in modo artigianale; esiste la cartellonistica antincendio e quella in ottemperanza al decreto legislativo n. 626 del 1994. Non c'è traccia di informativa relativa alla Carta dei servizi. Tutti i reparti sono segnalati da cartelli, ci sono gli orari di ricevimento dei medici e le liste di attesa sono consultabili presso la direzione sanitaria del presidio. Esiste lo spazio di prenotazione CUP con due sportelli in cui si danno anche informazioni soprattutto quando c'è poca affluenza come al momento del sopralluogo.

Ai piani sono situate alcune cucine per i pazienti; non ci sono spazi per soggiorno dei pazienti ricoverati; le camere sono a 2 o 4 letti con bagno; gli ascensori sono tre, di cui uno riservato alle urgenze; alcune opere d'arte decorano le pareti. In pediatria ci sono spazi per i genitori dei bambini. Tutto il personale è facilmente individuabile grazie al cartellino di riconoscimento.

4. Le audizioni *in loco*

La delegazione parlamentare ha proceduto nella mattinata del 26 novembre 1999 alle programmate audizioni, ascoltando anzitutto il direttore generale dell'azienda sanitaria, dottor *Luigi Macchitella*, in carica dal 1° luglio 1998. Quest'ultimo ha fatto presente che l'azienda n. 3 dell'Umbria comprende 23 comuni, con una popolazione complessiva di 160.000 abitanti: sono stati istituiti tre distretti, quello di Foligno (90.000 abitanti), quello di Spoleto (40.000 abitanti) e quello della Val Nerina (15.000 abitanti), oltre al distretto di Gualdo Tadino (15.000 abitanti) interaziendale con la Asl n. 1 dell'Umbria. L'azienda dispone dei presidi ospedalieri di Foligno (250 posti letto effettivi nel 1999), di Spoleto (186 posti letto),

di Montefalco (25 posti letto nell'unica divisione di pneumologia, in via di trasformazione in RSA) e di Trevi (20 posti letto dedicati alla riabilitazione neuromotoria); vi sono inoltre due ospedali di comunità: quello di Gualdo Tadino (80 posti letto) e quello della Val Nerina (70 posti letto complessivi, di cui 30 nel presidio di Cascia e 40 nel presidio di Norcia).

Il dottor Macchitella ha precisato che la struttura dell'ospedale di Foligno è in fase di dismissione (la consegna del nuovo ospedale è prevista tra tre anni). Il terremoto ha causato gravi danni soprattutto nei reparti di chirurgia e ciò ha determinato una fuga di pazienti per tutte le patologie verso le Marche e il Lazio: nel 1999 il *deficit* di mobilità extraregionale è stato pari a 4 miliardi, ma ora si è in fase di recupero e il tasso di produttività dell'ospedale è salito, sempre nel 1999, del 26 per cento.

Su domanda del senatore Ronconi, il direttore generale ha precisato che è la Regione ad essere committente di tutte le ristrutturazioni e costruzioni ospedaliere, la cui gestione è affidata al consorzio «Umbria sanità»; l'azienda in quanto tale non ha voce in capitolo.

L'ospedale di Spoleto è in corso di ristrutturazione con fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, ma si segnala comunque per un accettabile livello alberghiero. Anche l'ospedale di Trevi ha subito danni dal terremoto: i lavori di ristrutturazione in corso sono peraltro finanziati *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Per quanto riguarda i presidi della Val Nerina, si è deciso di indirizzare quello di Norcia alle attività di medicina e chirurgia, e quello di Cascia prevalentemente alla riabilitazione, pur conservando a quest'ultimo un'area di medicina e chirurgia che consente i ricoveri in situazioni di emergenza.

Il dottor Macchitella ha poi rilevato che l'azienda (la quale deriva dall'unificazione di quattro precedenti Usl) ha provveduto ad unificare l'assetto amministrativo: a Foligno sono ubicati i servizi economico-finanziario e del provveditorato-economato, mentre il servizio del personale è situato a Spoleto.

Nel 1998 e nel 1999 è stato avviato il processo di *budget* in termini però sperimentali e parziali: per il 2000 si prevede tuttavia di attuare pienamente la contabilità analitica e per il concreto avvio del sistema budgetario sono state consegnate apposite schede di *budget* ad ogni responsabile di centro di costo affinché siano formulate richieste di risorse rispetto agli obiettivi da conseguire. A partire dal dicembre 1999 è previsto l'inizio della fase di verifica della compatibilità delle richieste e di successiva negoziazione.

Il direttore generale ha poi ricordato che il Piano sanitario regionale stabilisce la direttiva di spostare risorse dalla sanità ospedaliera a quella territoriale (nel 1998 il passivo *import-export* ospedaliero è stato pari a 7 miliardi), ferma restando l'appropriatezza delle cure e con un obiettivo di tasso di ospedalizzazione di 160 ricoveri per mille abitanti; in realtà, tuttavia, nel 1999 tale tasso è stato di 220 per mille.

Il piano attuativo locale per il triennio 2000-2002 è già stato predisposto e sottoposto alla Conferenza dei sindaci, mentre quello precedente è stato quasi interamente applicato.

In attesa che l'espletamento della gara consenta la realizzazione di una attrezzatura fissa di risonanza magnetica a Spoleto, è attualmente disponibile un'attrezzatura mobile, il cui costo è di 900 milioni annui e che viene utilizzata per circa 70 esami a settimana.

La delegazione parlamentare ha quindi proceduto all'audizione del dottor *Claudio Ricciotti*, direttore amministrativo dell'azienda dal 1° agosto 1998, il quale ha rilevato come, benché nel concetto di azienda rientri un carattere di spiccata dinamicità, sulla concreta operatività della Asl pesino in realtà taluni vincoli procedurali, soprattutto per quanto concerne l'espletamento delle gare, che oltretutto espongono l'azienda a non trascurabili rischi di illegittimità formale. L'azienda sta compiendo un particolare sforzo per passare alla contabilità analitica: nel 1999 si è fatto un primo tentativo, pur definendo obiettivi di carattere generico e non di vera e propria programmazione budgetaria, ma nel 2000 si procederà con maggior decisione. Peraltro i dirigenti non sono abituati ad una gestione effettivamente autonoma e per tale passaggio è necessaria una certa gradualità; l'azienda si sta comunque impegnando nell'aggiornamento e nella formazione dei dirigenti.

Per quanto riguarda il fondo per l'incentivazione, nel 1999 sono stati distribuiti oltre 2 miliardi in base alla valutazione da parte di una commissione degli obiettivi conseguiti, evitando quindi una distribuzione a pioggia.

L'azienda ha provveduto ad istituire il dipartimento di prevenzione e dispone anche di un presidio multizonale.

In ordine all'elevato numero di ospedali presenti nell'azienda, il dottor Ricciotti ha fatto presente che la chiusura di un ospedale rappresenta un'impresa assai ardua (giacché l'ospedale è considerato fattore di sicurezza nella mentalità della popolazione residente) e che pertanto si sta tentando di diversificare le funzioni dei vari presidi; è altresì necessario sviluppare i distretti.

Rispondendo ad un quesito del senatore Ronconi - volto a conoscere come l'azienda faccia fronte al rischio di una migrazione dei medici, soprattutto di quelli che soffrono il disagio derivante dall'operare in diversi presidi ospedalieri - il dottor Ricciotti ha osservato che è difficile arginare il dinamismo professionale dei giovani chirurghi, ma che comunque appaiono necessari un'adeguata incentivazione nonché la disponibilità di apparecchiature tecnologicamente avanzate.

Da ultimo il direttore amministrativo ha rilevato che l'azienda soffre di un disavanzo gestionale cronico, che nel 1998 è stato pari a 10 miliardi (circa il 5-6 per cento del bilancio), dato comunque migliore rispetto a quello dell'anno precedente.

È stato quindi ascoltato il dottor *Denio D'Ingecco*, direttore sanitario, il quale ha evidenziato che mentre gli ospedali di Foligno e Spoleto sono in linea con i requisiti di presidi dell'emergenza, gli altri presidi dell'azienda hanno carattere di ospedali di comunità e, grazie all'opera di riqualificazione e razionalizzazione intrapresa, si può dire che ora essi operino in rete. In particolare si è provveduto a differenziare i presidi originaria-

mente gemelli di Norcia e Cascia: in quest'ultimo si effettuano ora interventi di chirurgia programmata ed è stato chiuso il punto nascita. Quanto all'ospedale di Gualdo Tadino, sulla base di una intesa con la Asl di Perugia, è previsto che si specializzi in cardiologia diagnostica ed interventistica.

Per quanto attiene al problema della troppo elevata ospedalizzazione, occorre tener presente che la popolazione dell'azienda è particolarmente anziana (il 24 per cento ha età superiore ai 65 anni). Sono stati attivati i dipartimenti sia verticali che orizzontali; per quanto in particolare concerne la diagnostica è in fase avanzata una sperimentazione di unificazione funzionale dei laboratori: il materiale raccolto nei vari punti periferici viene processato in due sole strutture, quelle di Foligno e di Spoleto.

Circa gli spazi per l'esercizio della libera professione, posto che non vi è richiesta da parte degli utenti per camere a pagamento, per quanto riguarda l'ospedale di Foligno sono stati comunque individuati 6 posti letto per l'area chirurgica in base ad una convenzione in via di perfezionamento con una casa di cura; nel progetto del nuovo ospedale tali spazi sono stati opportunamente previsti (saranno disponibili camere da un posto letto più un posto aggiunto per il familiare). Per l'attività ambulatoriale spazi adeguati saranno assicurati grazie alla ristrutturazione dei poliambulatori ed anche attraverso convenzioni.

Il direttore sanitario ha quindi sottolineato le difficoltà di copertura degli organici degli infermieri professionali. L'emergenza più acuta è per il servizio «118»; è stato comunque bandito un concorso per 75 posti (l'organico complessivo è di 695). Eventuali carenze nell'organico dei medici potranno invece essere valutate soltanto dopo il completamento del processo di dipartimentalizzazione. I posti di dirigente medico sono al momento quasi tutti coperti, salvo in particolare la direzione di ortopedia dell'ospedale di Spoleto e di urologia dell'ospedale di Foligno.

Su richiesta di chiarimenti dei senatori Ronconi e Mignone, il dottor D'Ingecco ha precisato che, nel distretto della Val Nerina, sia presso il presidio ospedaliero di Cascia che presso quello di Norcia, esiste una postazione del «118» e, per quanto concerne le emergenze, opera un *pool* di medici costituito da 20 medici ospedalieri, circa 10 di medicina generale ed alcuni medici che assicurano la continuità assistenziale.

Per il 1998, su un totale di 37.000 ricoveri, l'*export* intraregionale ha registrato 6.480 casi di medio-bassa specialità (circa il 70 per cento di medicina ed il 30 per cento di chirurgia) e 561 casi di alta specialità, in direzione per lo più dell'azienda di Perugia; l'*export* extraregionale è stato di 2.000 casi di medio-bassa specialità e 291 di alta specialità. In effetti, a giudizio del direttore sanitario, tali dati evidenziano una situazione non propriamente in linea con un modello efficiente di rete ospedaliera regionale, nella quale il policlinico di Perugia da un lato ha attratto dall'azienda n. 3 molti casi di medio-bassa specialità e dall'altro ha ceduto alla concorrenza extraregionale numerosi casi di alta specialità. In un sistema basato sul funzionamento per quota capitaria, peraltro, è inevitabile che i casi di alta specialità sfuggiti all'ospedale di Perugia, provenienti dall'Ausl di Fo-

ligno, siano stati pagati da quest'ultima, che pure ha dovuto subire la chiusura di più di un presidio ospedaliero. L'azienda comunque sta operando, intervenendo anche sui medici di medicina generale, per ridurre il *deficit* esistente.

La delegazione parlamentare ha successivamente svolto l'audizione della dottoressa *Gigliola Rosignoli*, responsabile dell'Ufficio controllo e sicurezza, la quale ha fatto presente come, per quanto concerne l'ospedale di Foligno, la mappatura dei rischi realizzata nel 1996 abbia evidenziato carenze relativamente agli impianti elettrico e antincendio, che sono però in via di adeguamento: in particolare sono state rifatte due sale operatorie e si è proceduto ad una verifica delle altre, anche se i finanziamenti disponibili non hanno consentito di realizzare tutti gli interventi di messa a norma necessari.

L'azienda ha organizzato molti corsi di informazione al personale, relativi anche alle emergenze e alle evenienze di evacuazione immediata della struttura: nel giugno 2000 è prevista la prima simulazione.

Nelle competenze dell'Ufficio controllo e sicurezza rientra il monitoraggio e la protezione dai rischi radiologici e anestesiológicos; il personale dipendente viene periodicamente sottoposto a visita medica, come pure le unità che rientrano in servizio dopo lunghe assenze; stanno prendendo avvio i controlli di qualità.

È stato successivamente ascoltato il dottor *Sandro Fratini*, responsabile sanitario del presidio ospedaliero di Foligno, il quale si è soffermato su alcuni aspetti problematici, quali in primo luogo la carenza degli spazi per la degenza derivante soprattutto dai gravi danni provocati dal terremoto del 1997, ma connessa anche alla vetustà della struttura, che richiede continui e costosi interventi di manutenzione straordinaria (da ultimo è stato messo a norma l'impianto elettrico, ma quello idraulico resta inadeguato). Sta per essere riattivata una parte della vecchia struttura dove verrà ricollocata l'intera area chirurgica, recuperando circa 65 posti letto da utilizzare per i reparti non chirurgici che nel frattempo erano stati accorpati. Tra breve - ha precisato - si inizierà la ristrutturazione e l'ampliamento del pronto soccorso e del *day hospital*.

Rispondendo ad un quesito della senatrice Carla Castellani, il dottor Fratini ha poi fatto presente che la fuga di pazienti verificatasi è da attribuirsi in gran parte alla non ottimale situazione dell'accoglienza (ad esempio nel reparto di chirurgia 1, a causa del terremoto, si è passati da 45 a 18 posti letto), ma non ad una perdita di fiducia nei confronti dei sanitari. Il direttore sanitario ha ricordato che nel passato recente l'azienda registrava un *import-export* in attivo ed è comunque impegnata in un'azione di recupero grazie al fatto che l'ospedale è in grado di compiere anche interventi di alta specialità, tranne quelli neurochirurgici e pochi altri.

Il dottor Fratini ha poi informato che esiste una convenzione con l'Università di Perugia per medicina, emodinamica e oncologia e che presso l'ospedale si svolge il tirocinio di specializzandi dell'Università.

Infine, rispondendo ad una domanda del senatore Ronconi, il dottor Fratini ha fatto presente che il reparto di chirurgia 2 - che è stato spostato

a Foligno dal presidio di Montefalco – aveva inizialmente carattere generale, ma si è recentemente deciso di dedicarlo alla chirurgia toracico-vascolare.

La delegazione parlamentare ha quindi proceduto all'audizione della dottoressa *Maria Vittoria Natalini*, dirigente amministrativo dell'ospedale di Foligno, la quale ha segnalato, limitatamente alla sua breve permanenza nell'incarico, alcune problematiche connesse alla fusione delle precedenti Usl. Ha poi affermato che in base alla legge regionale la responsabilità gestionale complessiva è affidata al dirigente amministrativo medico, confermando che il sistema di contabilità analitica verrà introdotto a partire dal 2000.

È stato poi ascoltato il dottor *Carlucci*, responsabile dell'Ufficio qualità, il quale ha osservato che il numero dei reclami presentati nel 1998 è stato estremamente basso, pur essendo disponibili appositi questionari che tuttavia venivano per lo più utilizzati per esprimere apprezzamento per le prestazioni ricevute; peraltro nel sistema premiante dell'azienda non vi è alcun elemento connesso al gradimento manifestato dagli utenti. Un significativo mutamento della situazione si è però verificato con la rifondazione dell'ufficio relazioni con il pubblico, avvenuta a seguito dell'esito negativo di un'indagine regionale, che ha messo in rilievo l'inadeguatezza di tutte le strutture a tal fine create dalle varie aziende sanitarie dell'Umbria. Ora la casistica è molto più nutrita e la prima valutazione dei questionari restituiti dai degenti è effettuata non più a livello centrale, ma dal responsabile dell'unità operativa interessata.

La delegazione parlamentare ha quindi proceduto all'audizione dei rappresentanti sindacali del personale medico operante nell'azienda, i quali hanno anche depositato una memoria scritta.

Il dottor *Sandro Venanzi*, in rappresentanza dalla ANAAO, ha sottolineato come la riduzione della spesa ospedaliera, non traducendosi in una riduzione del numero dei presidi, abbia comportato una riduzione delle risorse disponibili per i singoli ospedali, con la conseguenza di determinare il deperimento sia strutturale che delle attrezzature e di causare una situazione di superlavoro per i medici, ai quali oltretutto resta a disposizione un tempo insufficiente per l'aggiornamento.

I fondi per il salario variabile sono stati ridotti al minimo e distribuiti a pioggia e con ritardo. L'azienda si è riservata comunque una quota per i progetti di interesse aziendale.

In risposta ad un quesito del senatore Ronconi, il dottor Venanzi ha affermato che l'*export* negativo è dipeso anche da carenze strutturali di alcuni settori progressivamente decaduti e nei quali non sono stati fatti investimenti, soprattutto in termini di risorse umane, in grado di invertire la tendenza. Ha inoltre dichiarato che i rapporti con l'Università presentano indubbiamente potenzialità positive, a condizione però che siano visti in un'ottica di reciproca collaborazione, e che il contratto scaduto è stato quasi integralmente applicato, anche se per certi versi con modalità virtuali, data la scarsità delle risorse disponibili.

Il dottor *Alfredo Crescenzi*, responsabile della UIL medici, ha quindi evidenziato come l'insufficienza dei fondi per lo stipendio variabile abbia, nell'applicazione contrattuale, determinato una sostanziale invarianza dello stipendio percepito dai medici associata però ad un maggiore carico di lavoro e a maggiori responsabilità.

Per quanto concerne gli spazi per l'attività libero-professionale, per la quale comunque esiste una scarsissima domanda (soprattutto per i ricoveri), la prospettata convenzione con una casa di cura privata appare accettabile per le attività ambulatoriali, apparendo peraltro utile prevedere anche l'utilizzo di apparecchiature per la diagnostica strumentale.

Da ultimo la delegazione parlamentare ha ascoltato una rappresentanza del personale non medico. Il rappresentante della CGIL ha depositato una memoria scritta nella quale si esprime un giudizio positivo sui servizi resi dall'azienda e sull'attuale gestione, anche sotto il profilo programmatico; nel documento inoltre si condivide l'obiettivo, perseguito dall'azienda, di valorizzare le professionalità mediche esistenti, mentre si auspica una maggiore attenzione in ordine alle prospettive di sviluppo dell'ospedale di Gualdo Tadino. Il rappresentante della CISL, *Sandro Simoni*, ha esposto le seguenti osservazioni sull'andamento dell'azienda, a suo parere complessivamente buono sotto il profilo della qualità delle prestazioni erogate: posto che i lavori per il nuovo ospedale di Foligno sembrano finalmente sbloccati, il ridimensionamento degli altri presidi può essere considerato accettabile; un apprezzabile elemento innovativo è stata l'istituzione, risalente al 1998, del dipartimento infermieristico, del quale è stato già nominato il responsabile; al fine di rafforzare la medicina del territorio sarebbe utile prevedere un'indennità integrativa anche per gli infermieri non ospedalieri; le carenze di organico degli infermieri dovrebbero essere colmate dal concorso già bandito, mentre resta insufficiente il numero degli impiegati amministrativi. Infine, per quanto concerne la distribuzione degli incentivi di produttività, il rappresentante della CISL ha riconosciuto che l'iniziativa dell'azienda di procedere in modo differenziato sulla base di specifici progetti è stata in qualche misura frenata dai sindacati.

5. Considerazioni conclusive

L'Asl n. 3 dell'Umbria comprende 23 Comuni ed ha un bacino di utenza di 160.000 abitanti. Sono stati istituiti tre distretti: quello di Foligno (90.000 abitanti), quello di Spoleto (40.000 abitanti) e quello della Val Nerina (15.000 abitanti) oltre al distretto di Gualdo Tadino (15.000 abitanti), interaziendale con l'Asl n. 1 dell'Umbria.

L'azienda comprende l'ospedale di Foligno (250 posti letto effettivi nel '99), l'ospedale di Spoleto, l'ospedale di Gualdo Tadino (80 posti letto) ed i presidi ospedalieri di Montefalco (25 posti letto di pneumologia), di Trevi (20 posti letto di riabilitazione neuromotoria) e della Val Nerina (Cascia 30 posti letto e Norcia 40 posti letto).

La delegazione ha effettuato un sopralluogo presso l'ospedale di Foligno; esso è stato ricavato da un edificio del '700 ristrutturato ed a cui sono state successivamente aggiunte alcune unità relativamente recenti. La vetustà di detta struttura e gli eventi sismici hanno reso necessari alcuni interventi di ristrutturazione per renderla più agibile in attesa della realizzazione del nuovo ospedale il cui completamento è previsto fra tre anni.

Le stanze di degenza della chirurgia e dell'urologia sono a 4 posti letto. Alcune camere sono dotate di servizi igienici, altre li hanno in comune. Sono carenti gli spazi comuni per pazienti e visitatori e nessuno dei servizi igienici è dotato di ausili per portatori di *handicap*. Nonostante la vetustà della struttura, si evidenzia una buona impostazione igienico-organizzativa.

La sede dei poliambulatori è stata ristrutturata recentemente.

L'audizione del direttore generale ha fatto rilevare che l'azienda deriva dall'unificazione di 4 Usl e che ha fortemente risentito dei danni e dei disagi causati dal terremoto alle strutture sanitarie, tanto che si è verificata una forte mobilità passiva sia regionale che extra-regionale non solo per patologie di alta specialità, ma anche di media specialità, cause primarie del deficit di bilancio che nel 1998 è stato di 10 miliardi.

Nel 1998 e nel 1999 è stato avviato il processo di *budget* in termini parziali, e per il 2000 è previsto di attuare la contabilità analitica e la concreta definizione del processo di *budget*.

L'audizione del direttore amministrativo ha confermato lo sforzo per passare alla contabilità analitica prevedendo anche corsi di formazione ed aggiornamento del personale amministrativo; ha rilevato anche come, a fronte di un concetto di azienda che dovrebbe caratterizzarsi per una estrema dinamicità, pesino, in realtà, taluni forti vincoli procedurali sulla concreta operatività della Asl. Ha evidenziato inoltre come rappresenti un'impresa assai ardua la chiusura di un ospedale seppur piccolo, a fronte della sicurezza che genera l'ospedale nella popolazione residente, e si sta pertanto tentando di diversificare le funzioni dei vari presidi, lasciando agli ospedali di Foligno e di Spoleto le funzioni dell'emergenza-urgenza.

L'audizione del direttore sanitario ha evidenziato come l'elevata ospedalizzazione (220/1.000 abitanti), sia il frutto di un'ancora scarsa territorializzazione dei servizi che facilita ricoveri impropri e dimissioni lente anche a causa dell'elevato tasso di popolazione anziana.

Per l'attività libero-professionale *intra moenia*, sono stati individuati dall'Azienda, in convenzione con una casa di cura, 6 posti letto. Spazi appositi sono previsti nella erigenda struttura.

Il direttore sanitario ha rilevato anche carenze di infermieri professionali (è stato bandito un concorso per 75 posti), mentre l'eventuale carenza di organico medico potrà essere valutata solo dopo il completamento dei dipartimenti.

L'audizione del responsabile dell'Ufficio di controllo e sicurezza ha confermato che è in atto l'adeguamento alle norme del decreto legislativo n. 626 del 1994 ma, per la vetustà delle strutture e la carenza dei finan-

ziamenti, è ancora lontano dal completamento. Particolarmente attivo è il monitoraggio e la protezione dei rischi anestesiológicos e radiologici.

Il responsabile dell'Ufficio qualità ha evidenziato come nella bozza della nuova edizione della Carta dei servizi sia prevista l'indicazione di obiettivi e standard di prestazione a differenza della precedente edizione del 1996.

In conclusione, l'Asl n. 3, come anche altre aziende della stessa tipologia, presenta un processo di aziendalizzazione ancora *in itinere*, il cui completamento è reso ancor più problematico e lento dagli esiti dei fenomeni sismici.

La Commissione auspica che possano essere rese il più possibile snelle le procedure e ridotti i tempi per la consegna della nuova struttura ospedaliera di Foligno anche al fine di restituire a quelle popolazioni fiducia e serenità.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 29 e 30 novembre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl e il presidio ospedaliero di Teramo (predisposta dai relatori sen. Carla Castellani e Francesco Bortolotto)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 74 del 1° giugno 2000

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e sull'attuazione della Carta dei servizi, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato nei giorni 29 e 30 novembre 1999 un sopralluogo presso la Asl e il presidio ospedaliero di Teramo. Hanno fatto parte della delegazione il presidente Antonio Tomassini e la senatrice Carla Castellani.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Melania De Nichilo e della dottoressa Maria Degli Esposti, collaboratrici esterne della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Teramo hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Teramo

Il presidio ospedaliero di Teramo è collocato in una zona collinare della città, è facilmente raggiungibile e gode di un panorama di grande bellezza paesaggistica.

Il presidio comprende tre strutture:

– la più grande (l'ospedale generale) è in funzione dai primi anni '70 ed ospita tre divisioni di chirurgia generale, due divisioni di medicina, oncologia, ostetricia e ginecologia, urologia, pneumologia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, neurochirurgia, neurologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, oculistica, pediatria, il gruppo operatorio, la rianimazione generale, la radiologia e la radiodiagnostica, il servizio di cardiologia, la medicina nucleare, il laboratorio analisi, la fisioterapia, il pronto soccorso e la sede operativa del «118»;

– una seconda struttura (ospedale cardiologico) è in funzione dagli inizi degli anni '80 ed ospita l'unità coronarica, la divisione di emodinamica, la divisione cardiocirurgica, il gruppo operatorio e la terapia inten-

siva cardiocirurgica, il centro trasfusionale, la dialisi, il reparto malattie infettive, la direzione sanitaria e gli ambulatori;

– una terza struttura (ospedale Alessandrini) *ex* ospedale sanatoriale ed *ex* geriatrico, in gran parte ristrutturata e messa a norma, attualmente non è utilizzata.

Il presidio è dotato, nell'area di insidenza delle tre strutture logisticamente vicine, di ampio parcheggio (per operatori e visitatori e con posti riservati per portatori di *handicap*) gestito per conto dell'ospedale da una cooperativa che dovrebbe anche provvedere, con i proventi della quota parcheggio, alla manutenzione del verde circostante. Nell'ampio ingresso del presidio, la cartellonistica di indirizzo è insufficiente ed incompleta.

Il sopralluogo ha avuto inizio dal pronto soccorso il cui ingresso, abbastanza agevole, è in posizione laterale rispetto all'ingresso principale. Accanto al pronto soccorso generale ne esiste uno specifico per l'ortopedia in cui, di mattina, vengono eseguite anche le visite di controllo successive al primo intervento e ciò con notevole aumento del flusso di pazienti. Lo spazio di attesa del pronto soccorso generale ed ortopedico è notevolmente disagiato perché ubicato in uno stretto corridoio che, per di più, funge da passaggio essendo utilizzato da personale e visitatori anche come ingresso alla struttura ospedaliera; i posti a sedere sono insufficienti, come insufficiente è l'unico, piccolo servizio igienico dedicato, in condizioni igieniche scadenti, sprovvisto anche di ausili per portatori di *handicap*.

Il pronto soccorso generale è costituito da un'unica stanza relativamente grande, con rivestimento di mattonelle sulle pareti; la stanza è suddivisa in 4 box da un letto ciascuno, separati da tende in tessuto verde che scorrono su appositi supporti. Lo spazio di manovra in ogni box è insufficiente, le attrezzature e la strumentazione medico-chirurgica sono obsolete. Completano la dotazione del pronto soccorso una scrivania, un computer, un lettore per lastre, un armadio contenente medicinali e materiale d'uso, un piccolo lavabo per le mani. I rifiuti ospedalieri vengono gettati in appositi contenitori posti al centro della stanza. Non esiste *triage*, né sono predisposti letti di osservazione.

Accanto al pronto soccorso generale è collocato il pronto soccorso ortopedico dotato di due piccole sale: una per le visite ed una per i gessi; in quest'ultima è presente un archivio a vista per lastre effettuate, un armadietto contenente i presidi per le medicazioni ed i gessi, un frigorifero in cattivo stato per la conservazione dei medicinali ed una vuota in condizioni igieniche scadenti.

Sono stati altresì visitati i locali per il personale: una cucinetta, un piccolo bagno, la stanza del medico di guardia, apparsi in condizioni molto scadenti anche dal punto di vista igienico.

Le prestazioni di pronto soccorso sono state 3.077 nel 1998 a cui si aggiungono circa 1.000 prestazioni di accettazione per ricoveri di elezione.

L'inadeguatezza degli spazi, le stesse condizioni strutturali ed il notevole afflusso di pazienti al momento della visita ispettiva, hanno dato

l'impressione di un reparto meritevole di una più incisiva attenzione e per gli stessi pazienti e per gli operatori sanitari.

La delegazione si è quindi recata al 1° piano dove si trova il gruppo operatorio; è da notare che l'ascensore che porta le barelle non è interno ai locali dedicati, per cui i pazienti barellati attraversano un tratto di corridoio (di accesso ad altri reparti) per salire dal pronto soccorso o per essere trasportati ai vari reparti.

La prima stanza del gruppo operatorio è riservata agli anestesisti (complessivamente sono 17) ed è utilizzata come ambulatorio anestesiologicalo e di terapia antalgica, oltre che come studio degli anestesisti addetti alle sale operatorie e come sede di riunione scientifico-organizzative di interesse anestesiologicalo; la stanza è sprovvista di impianto di condizionamento. L'intero presidio soffre la carenza di spazi dedicati al personale sanitario.

Il gruppo operatorio consta di 6 sale operatorie nelle quali vengono svolti circa 6.000 interventi l'anno (al momento dell'ispezione erano in corso lavori per l'ampliamento del gruppo operatorio, lavori che prevedono la costruzione di 4 nuove sale operatorie). È sempre disponibile una sala per le urgenze.

La visita alle sale operatorie è stata effettuata dal Presidente della Commissione senatore Tomassini e dalla senatrice Carla Castellani con l'assistenza della dottoressa De Nichilo; è stata ispezionata solo una sala in quanto nelle altre erano in corso interventi chirurgici: lo stato igienico-organizzativo è apparso nel complesso buono, fatta eccezione per gli arredi ormai vecchi. La strumentazione, i dispositivi di sterilità, l'impianto di condizionamento, i dispositivi di sicurezza sono risultati sostanzialmente rispondenti alla normativa. È evidente però una carenza di spazi di supporto all'attività delle sale operatorie in quanto i corridoi di accesso fungono da deposito di materiale ed attrezzature sanitarie sia di uso corrente che dismessi.

La delegazione ha poi visitato, al 4° piano, il reparto di urologia (reparto universitario) che dispone di 16 posti letto per gli uomini ed 8 per le donne; le camere di degenza sono a 6 posti letto; i servizi igienici sono esterni: 2 per gli uomini (dotati di doccia) e 2 per le donne; le condizioni generali sono scadenti e mancano ausili per portatori di *handicap*.

Il reparto è dotato anche di due stanze ad 1 posto letto con servizio interno riservato ai pazienti più gravi; una delle stanze di degenza è destinata a *day hospital* ed è dotata di 3 posti letto separate da tende.

In ogni reparto si trovano cucinette in quanto il servizio di mensa è ad approvvigionamento misto, con una centrale di cottura esterna (appaltata) a cinque chilometri dal presidio ed una distribuzione del vitto mediante carrelli contenuta in caldo.

La vecchia cucina, dismessa di recente, si trova nel seminterrato e sarà destinata a magazzino di farmacia nella prevista ristrutturazione.

Oltre alla mensa, anche i servizi di lavanderia, di pulizia e di smaltimento rifiuti sono appaltati all'esterno.

È stato successivamente visitato il reparto di radiologia dislocato su 2 piani (piano terra e piano seminterrato), dotato di diverse sezioni operative di diagnostica radiologica ed ecografica. È apparso buono il livello organizzativo, meno buone le condizioni strutturali del reparto; alcune apparecchiature in dotazione sono superate, altre, come la TAC, decisamente obsolete.

La risonanza magnetica e l'acceleratore lineare, per quanto previsti, non sono stati ancora acquistati.

Il reparto sta lavorando per il progetto obiettivo, finanziato dalla regione Abruzzo, di *screening* per la diagnosi precoce del carcinoma alla mammella che riguarda le donne dai 49 ai 70 anni. Le liste di attesa dichiarate dal primario per le mammografie sono di circa 30 giorni. Nel giorno dell'ispezione non venivano effettuate mammografie per assenza del personale tecnico; generalmente gli orari di esame sono 8-14, 15-18,30.

La delegazione ha poi visitato il reparto di rianimazione; l'aspetto igienico-organizzativo è apparso buono, le attrezzature in discreto stato ma non di ultima generazione; il reparto è fornito di impianto di condizionamento e l'attività assistenziale è adeguata. I posti letto, al momento dell'ispezione, erano tutti occupati.

Il presidio di Teramo, dotato tra l'altro di un reparto neurochirurgico, è sede di prelievo di organi.

Il reparto operatorio ed il centro di rianimazione sono dotati di monitoraggio periodico sia ambientale che del personale; esiste inoltre la sorveglianza sanitaria per le infezioni ospedaliere, inclusa la ricerca per la legionella.

La delegazione si è poi recata nel nuovo padiglione dell'ospedale collegato al primo mediante un tunnel sotterraneo (alcuni punti della pavimentazione risultano rotti) con una segnaletica di indirizzo abbastanza chiara.

È stato visitato il reparto di emodinamica diagnostica, situato nel piano sotterraneo, attualmente dotato di una sola sala (è in progetto la realizzazione di una seconda sala utilizzando parte di un finanziamento di 25 miliardi).

Nel 1990 è stata fatta richiesta alla Regione, da parte dell'allora direzione ospedaliera, di abilitare l'ospedale come punto di riferimento regionale per i trapianti di cuore, autorizzazione peraltro mai accordata.

La delegazione ha inoltre visitato al 2° piano il reparto di cardiologia II che è articolato in stanze di degenza a due posti letto con bagno (20 posti letto nel complesso) e presenta un aspetto moderno ed abbastanza ordinato.

Infine sono stati ispezionati gli ambulatori per esterni (9 in tutto) dotati di una sala di attesa capiente e luminosa ma, non essendo stato previsto un *display* che avverta i pazienti del loro turno, i pazienti sostano lungo il corridoio accanto alle stanze di visita. Per carenza di personale gli ambulatori sono aperti prevalentemente il mattino. Anche la dotazione strumentale è stata riferita insufficiente.

3. L'attuazione della Carta dei servizi

L'azienda sanitaria locale di Teramo ha un bacino di utenza di 294.000 abitanti, con una popolazione in crescita, anche per l'insediamento di extracomunitari, per i quali sono regolarmente previsti i livelli di assistenza garantiti dal Piano sanitario nazionale.

L'azienda ha approvato una Carta dei servizi nel gennaio 1996, elaborata da un gruppo di lavoro di 15 operatori. La Carta è stata stampata in 10.000 copie ed è stata diffusa a tutti gli operatori, alle istituzioni di riferimento e alle associazioni di cittadini. Gli *standards* non sono definiti all'interno della Carta, ma sono attualmente in elaborazione a cura del gruppo di lavoro. Vi è stata una particolare collaborazione e il totale coinvolgimento al processo Carta di tutta l'*équipe* che lavora presso l'Ufficio di relazioni con il pubblico. È prevista e realizzata per i servizi una scheda di aggiornamento della Carta.

Sono distribuiti questionari ai pazienti per valutare il gradimento della struttura, modalità verificata anche nel sopralluogo. Sono stati realizzati protocolli di intesa con il Tribunale dei diritti del malato, con la Croce rossa, con l'AVIS, con le associazioni ANFAS e AVULS, anche se all'interno delle strutture non sono previsti spazi dedicati. Sono state censite tutte le associazioni di volontariato presenti nel territorio, ed è stata prevista una scheda notizie sui servizi che offrono. Con moltissime associazioni sono state raggiunte intese su temi diversi.

La Carta non è segnalata all'interno del presidio ospedaliero visitato. Sono state realizzate Carte dei servizi per il turista in quattro lingue, che sono state diffuse attraverso gli albergatori, le agenzie di soggiorno, e le associazioni di campeggiatori. Sono state inoltre elaborate Carte dei servizi per settore, guide all'utilizzo dei presidi ospedalieri dell'azienda, Carte per i portatori di *handicap*, guide per i percorsi integrati tra servizi comunali e sanitari, guide per gli immigrati. È previsto l'aggiornamento della Carta per il 1999.

L'Ufficio relazioni con il pubblico (Urp) è stato istituito nel 1996 e collocato funzionalmente nella direzione amministrativa dell'azienda. Le postazioni aperte sono sei, con orario di apertura dalla ore 8 alle ore 14 tutti i giorni feriali; il martedì e il giovedì dalle ore 15 alle ore 18. La banca dati contiene tutte le informazioni sull'offerta delle prestazioni e sulle modalità di accesso. Gli operatori dedicati sono 15 (di cui 3 dirigenti), il responsabile è uno psico-sociologo, ci sono 5 amministrativi e 6 assistenti sociali. La formazione del personale è permanente e viene attuata con corsi di aggiornamento specifici e con visite in altre strutture. L'analisi della domanda viene fatta sui contatti ricevuti e ha permesso di tracciare un quadro rappresentativo delle richieste anche di carattere informativo, dei cittadini e di verificare il grado di soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi forniti. I reclami sono regolarmente censiti sia per tipologia sia per presidio. Nel 1998 sono stati catalogati 222 reclami; la maggior parte si riferisce al presidio ospedaliero di Teramo e riguarda per lo

più il mancato rispetto dei tempi di attesa. A tutti i reclami viene data risposta. Attraverso l'analisi sistematica dei reclami sono stati attuati interventi di miglioramento dei rapporti tra operatori e cittadini, abbassati i tempi di attesa delle prestazioni. Esiste una modulistica per la presentazione dei reclami. L'azienda ha elaborato e attivato un regolamento di pubblica tutela.

L'azienda non ha attivato la forma di risarcimento *bonus/malus*, anche se avvengono rimborsi o restituzioni di *tickets* in caso di mancata prestazione.

Il regolamento per l'accesso ai documenti è stato deliberato ed è utilizzato dai cittadini e dal personale interno; sono stati individuati i responsabili del procedimento ed i tempi per l'accesso.

L'Urp ha anche compiti di ufficio stampa, nonché di programmazione di progetti finalizzati al miglioramento qualitativo e funzionale delle strutture sanitarie.

La Conferenza dei servizi è stata convocata il 29 dicembre 1995. Le azioni di miglioramento concordate con le associazioni di cittadini riguardano l'attivazione del servizio Centro unico di prenotazione (Cup), l'unificazione del tariffario delle prestazioni sanitarie, un'intesa operativa tra Asl e Ministero del tesoro per le pratiche di invalidità civile, la divulgazione nelle scuole dei servizi forniti dall'Urp, l'aggiornamento della segnaletica interna, la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni. È stata avviata una campagna per la donazione del sangue e per la sensibilizzazione in collaborazione con il provveditore agli studi di Teramo.

Il Cup ha quattro punti di prenotazione informatizzati, gli orari di apertura vanno dalle ore 8 alle ore 13,30, vi è un'informativa specifica sul servizio; attraverso le postazioni Cup si è aggiornati sulle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali. L'informatizzazione in rete dell'azienda non è ancora stata attivata.

Nel sopralluogo presso l'ospedale di Teramo, la delegazione parlamentare ha riscontrato uno spazio destinato a parcheggio per i visitatori e posti riservati per i portatori di *handicap*. Nell'ingresso del presidio la cartellonistica è insufficiente e di tipo artigianale, non c'è un *display* e neppure uno spazio di attesa. Al momento del sopralluogo, vi era una lunga fila di utenti alla postazione Cup. Anche al pronto soccorso sono stati notati molti pazienti attendere in spazi inadeguati e con pochi posti a sedere. Il bagno per i visitatori è collocato presso la stanza del medico di guardia.

Tutti i reparti dell'ospedale sono segnalati da cartelli insufficienti, alcuni di tipo artigianale, ci sono gli orari di ricevimento dei medici e le liste di attesa per i ricoveri sono consultabili presso la direzione sanitaria del presidio, collocata nella parte nuova dell'ospedale; in tale sede un assistente sociale cura i rapporti con il cittadino. I questionari di soddisfazione sono a disposizione dei pazienti.

Tutto il personale è ben individuabile attraverso il cartellino di riconoscimento.

L'ospedale ha un aspetto prevalentemente ordinato, gli ascensori per i visitatori sono apparsi sufficienti.

4. Le audizioni *in loco*

La delegazione parlamentare ha svolto nel pomeriggio di lunedì 29 novembre 1999 le audizioni dei vertici sanitari e amministrativi dell'azienda. È stato ascoltato per primo il direttore generale, dottor *Angiolino Di Francesco*, il quale ha fatto presente che l'azienda, istituita il 1° febbraio 1995, ha 3.300 dipendenti e dispone - a fronte di una popolazione residente nella provincia di circa 294.000 unità - di quattro presidi ospedalieri per complessivi 1.498 posti letto, dei quali 674 nell'ospedale di Teramo, 340 in quello di Atri, 270 in quello di Giulianova e 214 in quello di Sant'Omero. Nel 1998 la Regione ha assegnato all'azienda 451 miliardi, saliti a 480 nel 1999. Per lavori di ristrutturazione dell'ospedale di Teramo e per la messa a norma sia degli altri presidi ospedalieri che di strutture della sanità territoriale sono attualmente aperti venti cantieri per complessivi 50 miliardi di investimenti *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Per quanto riguarda l'istituzione dei distretti, è attualmente al lavoro una commissione di studio che dovrà sottoporre alla Conferenza dei sindaci uno specifico progetto, nell'ambito del quale si prevede al massimo di istituire cinque distretti: Teramo, Nereto-Martinsicuro, Giulianova-Roseto, Atri-Silvi e Montorio al Vomano, Isola del Gran Sasso d'Italia con i comuni montani.

Rispondendo ad un quesito posto dalla senatrice Carla Castellani, il dottor Di Francesco ha poi affermato che è attualmente in corso la ristrutturazione della residenza sanitaria assistenziale di Casalena, mentre quella di altre due Rsa è stata completata. Nell'ambito dell'azienda esiste una sola Rsa accreditata (a Giulianova, con 60 posti letto) mentre tutte le altre strutture del comparto sono pubbliche: quella di Teramo è l'unica Asl abruzzese in cui il processo di deospedalizzazione - che coinvolge Rsa, case protette e centri diurni - è stato compiuto senza il concorso dei privati. I finanziamenti per il complesso delle ristrutturazioni in corso non sono tuttavia adeguati alle esigenze.

Esiste una convenzione, che dovrà essere rinnovata nel 2000, tra l'Università de L'Aquila e il presidio ospedaliero di Teramo relativamente ai reparti di clinica medica, chirurgia toracica, semeiotica chirurgica e urologia; tuttavia i rapporti tra l'ospedale e l'università non sono privi di conflittualità.

In ordine all'applicazione del vecchio contratto, il direttore generale ha rilevato che sulla retribuzione di risultato per la dirigenza non è ancora stato raggiunto un accordo con le organizzazioni sindacali. Quanto invece al rinnovamento tecnologico, è in corso un programma di acquisizioni per 25 miliardi, che è volto in gran parte a soddisfare le esigenze dell'ospedale di Teramo.

In seguito ad una serie di accorpamenti di attività, il personale dipendente dell'azienda è diminuito di 600 unità negli ultimi anni. I quattro presidi ospedalieri sono collegati per via telematica, le procedure sono state uniformate e tutta l'attività amministrativa è stata concentrata a Teramo; sono stati attivati i centri unici di prenotazione (uno per ogni ospedale più uno aggiuntivo, tra loro collegati in rete); è possibile conoscere i tempi di attesa in ogni presidio ed è altresì previsto il collegamento con le farmacie e i medici di base.

Problemi di mobilità passiva coinvolgono al momento l'ospedale di Atri - sovradimensionato, ad avviso del direttore generale - a causa del recupero di produttività registrato dall'ospedale di Pescara ed anche della crescita di strutture private.

Il direttore generale ha poi riconosciuto che si registra un certo ritardo nell'attivazione dei centri di costo, prevista per l'inizio del 2000; esiste un piano strategico aziendale 1998-2000 che è stato aggiornato nel 1999.

Per quanto concerne l'organico, i ruoli di secondo livello medico sono tutti coperti, salvo una decina per i quali sono stati già avviati i relativi concorsi. Le carenze nel settore infermieristico dovrebbero essere in buona misura colmate con le imminenti assunzioni a seguito dell'espletamento di un concorso per 104 posti.

In ordine all'attività libero-professionale *intra moenia*, gli spazi necessari sono assicurati per le attività ambulatoriali anche attraverso convenzioni con studi privati e si sta ora procedendo anche all'individuazione di spazi all'interno delle singole divisioni dei presidi ospedalieri.

Infine il direttore generale ha fatto presente che sono stati attivati i seguenti dipartimenti: medicina, chirurgia, diagnostica per immagini, materno-infantile, cardiologia e psichiatria.

Successivamente è stato ascoltato il dottor *Vincenzo Villante*, direttore amministrativo dall'8 febbraio 1995, il quale ha illustrato il sistema di contabilità finanziaria ed economico patrimoniale. Il sistema di *budget* sarà adottato a partire dal 2000 secondo gli indirizzi della Regione.

Il direttore amministrativo ha quindi precisato che l'avviato piano di rinnovo strumentale - per un importo complessivo di 25 miliardi - pur non risolvendo tutti i problemi, consentirà tuttavia miglioramenti significativi.

Il sistema di pagamento dei *tickets* è articolato in punti cassa dislocati presso gli ospedali ed i singoli distretti, ma non sono previste forme di pagamento tramite banca, né con carta di credito o carta sanitaria.

La procedura di *bonus/malus* per mancate prestazioni non è ancora stata attivata. La Carta dei servizi ha attualmente un buon livello di applicazione. A seguito dell'attivazione di un comitato per le conflittualità emerse nei rapporti con il pubblico, si sono verificati diversi interventi a seguito di reclami. La procedura prevede l'intervento dell'Ufficio relazioni con il pubblico e dei responsabili dei quattro dipartimenti amministrativi (affari generali, personale, economato, ufficio tecnico) e dei cinque dipartimenti finanziari, con la collaborazione della direzione amministra-

tiva. L'azienda non ha organizzato corsi di formazione per il personale dirigente e amministrativo, che però ha partecipato a corsi della Regione.

La gestione amministrativa ha risentito in passato della mancanza di un'organizzazione dipartimentale dei servizi amministrativi. Attualmente l'organizzazione dipartimentale prevede un ufficio di staff, collegato al servizio amministrativo, che si occupa delle relazioni con il pubblico.

Rispondendo a specifici quesiti posti dalla senatrice Carla Castellani in merito all'applicazione del contratto di lavoro, il direttore amministrativo ha spiegato che sono state individuate le unità operative ed i criteri per la graduazione delle funzioni, e che in merito è in atto il confronto con le organizzazioni sindacali. Metodologicamente si procede nel senso di individuare prima le funzioni, poi il connesso grado di responsabilità e quindi i soggetti.

In risposta a domande del senatore Tomassini, il direttore amministrativo ha quindi fatto presente che i servizi di lavanderia, di pulizia, di smaltimento rifiuti e di mensa sono in prevalenza affidati ad appalti esterni. Alla gestione interna è rimasta soltanto la lavanderia e il servizio mensa della struttura di Atri. A seguito dell'accorpamento delle quattro Usl nell'azienda, si è dato corso all'accorpamento delle gare di appalto e dei concorsi per l'assunzione del personale.

Il trasporto dei malati è gestito dall'azienda con propri mezzi ed anche in convenzione con la Croce rossa, la Croce bianca e la Croce verde.

In merito alle normative sulla sicurezza, il direttore amministrativo ha precisato che l'adeguamento è in via di attuazione, che la valutazione dei rischi è stata realizzata nel 1998, mentre non si è dato luogo alla nomina dei responsabili interni a causa del ritardo delle rappresentanze sindacali pur ripetutamente sollecitate.

Sussiste un limitato ricorso al comodato d'uso per le apparecchiature con una preclusione della fornitura dei relativi materiali da parte degli stessi soggetti. La procedura di recupero dei materiali dalle radiologie risponde agli obblighi di legge e si procede regolarmente al monitoraggio dei gas tossici.

Infine, il direttore amministrativo ha ricordato le difficoltà nella gestione di un'azienda di dimensioni notevoli, difficoltà dovute anche alle vicende giudiziarie che hanno riguardato, nel 1995, l'ufficio di medicina del lavoro ed ai reiterati esoneri, negli anni 1996-1998, del direttore generale.

Il dottor *Amedeo Budassi*, direttore sanitario in carica dal 16 maggio 1997, ha ricordato le problematiche derivanti dall'estensione del territorio di competenza dell'azienda e dalla complessità dell'articolazione risultante dall'accorpamento in essa di diversi presidi ospedalieri e strutture Usl caratterizzate da distinte autonomie gestionali. A questo proposito ha sottolineato il persistere di resistenze diffuse alla trasformazione, giustificate in nome dell'esigenza di garantire comunque la facilità di accesso all'utenza, anche a costo di oneri crescenti e di un uso non razionale delle risorse. Ha inoltre evidenziato i problemi di mobilità passiva che si riscontrano a causa della situazione orogeografica e del sistema viario del territorio di

competenza che incidono in misura consistente sul bilancio. Il direttore sanitario ha portato l'esempio di Vallecastellana, località scarsamente abitata, la cui mobilità passiva in direzione della più vicina Ascoli Piceno comporta un passivo di circa 1 miliardo l'anno. Il problema non appare peraltro risolvibile con la prevista attivazione di strutture ambulatoriali.

A seguito di una richiesta di precisazioni da parte del senatore Tomassini, il direttore sanitario ha spiegato che il potenziamento delle specializzazioni consentirebbe il recupero dell'emigrazione, ma comporterebbe lo smantellamento di alcune strutture, ipotesi che potrebbe essere percorribile a condizione di disporre sul territorio di distretti sanitari ben funzionanti. Ha tuttavia evidenziato le difficoltà di dar luogo ad un tale processo a causa della scarsità di risorse finanziarie e dell'impossibilità di sottrarre alle esigenze presenti delle strutture.

In risposta ad una domanda della senatrice Carla Castellani, il direttore sanitario ha illustrato l'esigenza di provvedere alla sostituzione del primario di cardiocirurgia dell'ospedale di Teramo (trasferitosi ad Ancona) - anche se tale trasferimento ha determinato una modesta perdita di DRG - e soprattutto di potenziare il reparto di emodinamica.

Il direttore sanitario ha poi illustrato l'istituzione dei dipartimenti, che in effetti consente di risolvere numerosi problemi di impiego sia di personale che di tecnologie, sottolineando peraltro l'attuale carenza di un'adeguata formazione culturale al riguardo.

Esistono nell'azienda quattro presidi con pronto soccorso ed un unico dipartimento di emergenza ed accettazione, di secondo livello, dislocato a Teramo dove ha sede anche il servizio «118». È in progetto l'ampliamento delle strutture dedicate e l'applicazione di un *triage*, che richiederà il potenziamento dell'organico.

È avvertita la carenza di personale infermieristico che però dovrebbe essere almeno in parte colmata entro breve con l'assunzione di 104 unità.

Le liste di attesa registrano aggravii per la fisioterapia. Esistono servizi di fisioterapia in convenzione a S. Stefano ma la maggior parte delle richieste sono evase dall'azienda, dando priorità alle situazioni acute. Le liste saranno rese pubbliche fra breve, allorché saranno definiti i previsti tempi di refertazione. Non è invece prevista la consegna a domicilio dei referti.

Rispondendo ad una domanda della senatrice Carla Castellani, il direttore sanitario ha poi specificato che, per far fronte alla domanda, si è provveduto a potenziare presso alcuni distretti gli orari di assistenza oculistica in convenzione, mentre per la chirurgia, per ovviare alla carenza di anestesisti, sono stati previsti incentivi a seduta che hanno portato a buoni risultati, sebbene non risolutivi.

L'azienda ha registrato difficoltà nell'attuazione dell'esercizio della libera professione intramuraria a causa dell'elevato numero di richieste soprattutto per l'attività ambulatoriale. Pertanto, si intende consentire lo svolgimento dell'attività negli studi privati.

Il dottor *Vito Liberati*, responsabile del servizio prevenzione e sicurezza dell'azienda dal marzo 1999, dirigente di primo livello, ha fatto pre-

sente che il servizio è attualmente costituito, oltre che dallo stesso responsabile, da un assistente tecnico che tuttavia è in procinto di cessare dall'incarico.

Precedentemente alla sua assunzione di incarico, era già stata effettuata una valutazione dei rischi risalente al marzo 1998 e nel servizio sussisteva una situazione complessivamente soddisfacente. L'attività di sorveglianza sanitaria è attualmente svolta da due medici con competenze territoriali differenziate. Non risultano invece nominate le figure dei rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e di questo è stata investita la direzione generale.

Vengono periodicamente eseguite rilevazioni nelle sale operatorie, sia per i gas anestetici che per gli agenti microbiologici. Si sta altresì provvedendo alla rilevazione di agenti patogeni negli impianti di aria climatizzata ed in quelli idrici, particolarmente con riferimento alla legionella. Sono state avviate le attività di informazione e formazione, iniziando dal personale delle sale operatorie; a tal fine vengono anche utilizzate le aziende che hanno in appalto la manutenzione degli impianti maggiori.

È in corso un'importante ristrutturazione che riguarda anche le sale operatorie e l'adeguamento dei relativi impianti. Un ulteriore problema affrontato riguarda i farmaci antiblastici: è stato organizzato uno specifico convegno divulgativo per il personale infermieristico.

La sicurezza antincendio - ha proseguito il responsabile del Servizio prevenzione e sicurezza - non è confortata da un piano di evacuazione. Tuttavia la dotazione dei presidi ospedalieri risulta soddisfacente, la compartimentazione della struttura di Teramo è stata completata, mentre nella struttura di Giulianova è stata ultimata per un padiglione e sarà completata con il ricorso a nuovi finanziamenti. La lunghezza dei corridoi risulta generalmente adeguata. È stato redatto un documento di analisi dello stato dei presidi ospedalieri sulla base del quale si è ipotizzato il ricorso ai finanziamenti previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per la realizzazione dei necessari adeguamenti.

Il dottor Liberati ha quindi fornito risposte ai quesiti postigli dai componenti della delegazione in ordine ai controlli relativi agli apparecchi a pressione, agli ascensori, alle apparecchiature radiologiche. In merito a queste ultime, ha specificato che il servizio è stato esonerato dalle attività di controllo delle radiazioni ionizzate. La manutenzione degli apparecchi elettromedicali è affidata ad una ditta esterna, ma sussiste la possibilità che talune apparecchiature nelle strutture periferiche non siano conformi alle vigenti prescrizioni normative.

Il dottor *Guido Canzio*, responsabile dell'Ufficio relazioni con il pubblico, psicosociologo, ha illustrato lo sviluppo dell'ufficio (che dispone di 15 dipendenti, di cui 4 amministrativi, 3 sociologi ed i restanti assistenti sociali) e lo stato di attuazione della Carta dei servizi. La Carta, elaborata nel corso del 1995, è stata seguita da una Conferenza dei servizi e distribuita al pubblico in 10.000 copie; la sua attivazione vede coinvolti operatori esterni, associazioni di volontariato e il Tribunale dei diritti del malato. A causa delle vicende che hanno risolto la continuità della direzione

generale, non ha avuto luogo la seconda Conferenza, che sarà svolta presumibilmente nel 2000.

Sono stati rilevati problemi riguardanti i portatori di *handicap* dovuti all'insufficienza dei fondi erogati dalla Regione a fronte dell'elevato numero dei soggetti disabili presenti; la situazione è migliorata in seguito ad un accordo di programma ed alla erogazione di risorse anche da parte dei comuni. Rilevante risulta l'incidenza dei problemi di tutela sociale. Nell'ambito dell'azione di educazione sanitaria viene svolta anche l'educazione sessuale ed è stato aperto un centro sociale nei vecchi locali dell'Università di Teramo dove si presta assistenza a bambini disabili. È attivo un accordo di programma con il Provveditorato agli studi e con i presidi della provincia di Teramo per sensibilizzare i ragazzi a donare il sangue. Ai fini di fornire comunque risposte operative ai problemi segnalati si dà particolare impulso alle forme di collaborazione con le associazioni del volontariato.

Il dottor Canzio ha quindi rilevato che la segnaletica relativa ai percorsi è stata modificata e sussiste una gamma di formulari attraverso cui si accolgono i reclami che possono altresì essere ricevuti telefonicamente. Si è inoltre proceduto, attraverso il ricorso a fonti di finanziamento private, alla pubblicazione di materiale informativo e, con un altro progetto, all'implementazione della segnaletica esterna sul territorio.

Il dottor *Lanfranco Rossetti*, responsabile del presidio ospedaliero di Giulianova, in carica da oltre undici anni, ha evidenziato l'avanzato stato di integrazione dei procedimenti amministrativi nell'ambito delle diverse realtà accorpate in seno all'azienda, pur rilevando talune difficoltà cui tale processo va incontro in relazione alla nuova impostazione strategica che riduce l'autonomia delle amministrazioni periferiche.

Rispondendo a specifici quesiti del senatore Tomassini, il responsabile del presidio di Giulianova ha confermato che l'assimilazione delle procedure informatiche nei vari presidi è in via di completamento, ed ha ritenuto soddisfacente nell'ottica delle economie di scala l'accorpamento delle procedure di acquisto di beni e servizi; per ciascuna delle gare viene istituita una commissione *ad hoc*. La sopravvenuta strategia aziendale non ha modificato la specificità dei reparti del presidio di Giulianova, né ha intaccato il rispetto delle esigenze sanitarie: per quanto riguarda l'adeguamento alle apparecchiature, il presidio ha provveduto a comunicare la scala delle priorità ed in funzione di questa ha ottenuto una risposta in tempi adeguati alla centralizzazione della procedura di fornitura. La manutenzione viene svolta attraverso contratti appositamente stipulati *in loco*.

I piani di evacuazione sono allo studio ed è in corso l'adeguamento della dotazione di sicurezza della struttura ultratrentennale, che risulta non idonea e necessita assolutamente di interventi per la messa a norma. Sono stati adottati i questionari di *customer satisfaction* ed è disponibile un opuscolo informativo relativo al presidio. La dirigenza è stata sensibilizzata in merito al consenso informato, che viene gestito da ciascuna divisione in

ossequio alla specifica natura delle prestazioni. I registri relativi ai ricoveri programmati sono collocati presso le divisioni e sono pubblici.

In risposta a domande della senatrice Carla Castellani e del senatore Tomassini, il dottor Rossetti ha poi evidenziato l'aggravio dell'attività del pronto soccorso di Giulianova che si verifica durante la stagione turistica estiva, aggravio che non viene sufficientemente alleggerito dal servizio di guardia appositamente istituito dalla Regione a causa della preferenza attribuita dagli utenti alla struttura ospedaliera. Il pronto soccorso di Giulianova è inserito, per disposizione della direzione generale, nel dipartimento di medicina ed è dotato di proprio organico. Le situazioni di emergenza sono affrontate con ordini di servizio che attingono al personale dei reparti.

Il dottor *Michele Farinacci*, responsabile del presidio ospedaliero di Sant'Omero dal 15 settembre 1995 (salvo un periodo intermedio durante il quale ha ricoperto l'incarico di direttore sanitario dell'Ospedale civile di Teramo) ha spiegato che il presidio di Sant'Omero, inaugurato il 5 maggio 1985, serve una zona territoriale costituita da dodici comuni con 67.000 abitanti, contigua ai territori di San Benedetto e di Ascoli Piceno. La struttura ha una dimensione media con 210 posti letto nella sede più altri 4 in una struttura situata nel vicino comune di Nereto, dedicati alla psichiatria, e per la qualità delle prestazioni erogate è definibile come medio-alta.

Il dottor Farinacci ha sottolineato le problematiche derivanti dalla scarsità di personale del comparto e dall'insufficienza degli spazi in rapporto al numero di posti letto, con conseguente situazione di disagio per pazienti, controbilanciato però da consolidato livello di fiducia nel personale medico. La situazione logistica sarà alleviata con l'utilizzo di alcune strutture *ex* Usl in via di ristrutturazione. Nella struttura di Sant'Omero sono confluite le divisioni preesistenti in due vecchie strutture dislocate a Nereto ed a Sant'Omero: sono attive le discipline di chirurgia, generale ed ortopedica, pediatria e medicina generale; un precedente modulo di cardiologia è confluito nella riabilitazione cardiologica; salvo quest'ultima variazione, l'avvento dell'azienda non ha comportato modifiche nell'assetto dei reparti. Il trasporto dei malati poggia anche sulla collaborazione delle Croci sulla base di una convenzione e risente dell'insufficiente rete viaria. L'informatizzazione, tempestivamente avviata già prima della confluenza del presidio nell'azienda, è soddisfacente, anche se personalmente il dottor Farinacci ha espresso perplessità su un'estensione troppo spinta delle procedure informatizzate centralizzate. La manutenzione è organizzata a livello centrale dall'azienda e le forniture si svolgono con regolarità.

L'attività libero-professionale è svolta a livello ambulatoriale, anche se in forma limitata dalle carenze strutturali e dalla scarsa disponibilità del personale di supporto (dovuta ad una retribuzione poco conveniente). Anche sugli acquisti di attrezzature particolarmente sofisticate influisce la scarsità del personale addetto. Sono stati individuati posti letto per l'attività libero-professionale, ma non sussiste un'effettiva richiesta. Il monito-

raggio delle liste d'attesa era già attivo prima dell'emanazione della relativa normativa ed attualmente i controlli sono svolti periodicamente attraverso il centro unico di prenotazione del presidio, con il raccordo della direzione sanitaria. È inoltre stato realizzato un opuscolo informativo distribuito ai pazienti, con allegato un questionario che ha peraltro avuto una risposta numericamente scarsa.

In merito alla sicurezza interna alla struttura, il responsabile di presidio ha specificato che sono state individuate le linee di fuga ma il piano necessita di un adeguamento per talune carenze della dotazione antincendio difficilmente rimediabili a causa della scarsità di risorse finanziarie. Particolare cura viene rivolta agli aspetti igienici ed estetici.

Il dottor *Italo Tilli*, responsabile del presidio ospedaliero di Atri, ha spiegato che il presidio, che conta 340 posti letto, ha mantenuto l'antica strutturazione in reparti ed ha avviato l'istituzione di un'unità di terapia intensiva cardiologica con 4 posti letto per i quali è stata avviata la fornitura di macchinari finanziata dalla Regione. Il pronto soccorso è un'unità autonoma con 6 medici; non è dotata di un dirigente di secondo livello, ma di un responsabile che fa riferimento al direttore sanitario. Durante il periodo estivo i turni vengono rafforzati.

La struttura, che soffre della vicinanza di tre cliniche private dotate dal Piano sanitario regionale di servizi di degenza, gode di un'ottima tradizione e per anni ha attratto pazienti dall'ospedale di Pescara, che però è attualmente in fase di recupero. Atri eccelle ancora nei servizi (soprattutto diabetologia ed endoscopia), ma registra qualche problema nelle degenze divisionarie; l'istituzione della terapia intensiva cardiologica dovrebbe peraltro coprire una domanda specifica già presente, in un quadro che esalta l'alta tradizione della struttura.

Il dottor Tilli ha evidenziato come la dotazione di apparecchiature sia soddisfacente (in particolare sono all'avanguardia quelle del reparto di endoscopia) e i tempi di espletamento delle gare nel complesso accettabili.

La struttura attuale risale per una parte agli anni '50 per una seconda parte al 1979. È in via di completamento l'adeguamento alle normative sulla sicurezza, comprensivo dei nuovi percorsi, delle porte degli ascensori e degli altri requisiti secondo le prescrizioni del comando dei Vigili del fuoco.

Per l'adeguamento alle disposizioni in tema di libera professione intramuraria, si registrano alcune difficoltà che sono tuttavia in fase di superamento. È stato recentemente avviato il monitoraggio delle liste di attesa in coordinamento con gli altri tre presidi dell'azienda. Il rapporto con i medici di famiglia è stretto e spesso questi accompagnano i pazienti, ma non è ancora applicato alcun protocollo di preospedalizzazione.

La delegazione ha proseguito le audizioni nella mattinata del 30 novembre ascoltando la dottoressa *Gabriella Palmeri*, responsabile del presidio ospedaliero di Teramo dall'ottobre 1990, la quale ha posto in evidenza la mancata realizzazione dei benefici che avrebbero dovuto far seguito alla trasformazione in azienda. In particolare, ha rilevato la mancata attuazione dell'accentramento amministrativo, che è rimasto sulla carta.

Le Usl accorpate, difatti, hanno mantenuto il personale amministrativo ed il presidio di Teramo ne è rimasto sprovvisto. Detta grave carenza di personale riguarda altresì l'area medica e quella infermieristica in particolare, anche se per quest'ultima è stato finalmente completato il concorso per 104 posti indetto nel dicembre 1996; di questi l'ospedale ne ha richiesti 40 per far fronte ai pensionamenti e consentire di allungare a 12 ore l'orario di servizio del poliambulatorio. Tale situazione di carenza ha determinato la costituzione di divisioni promiscue, come specificamente quella che vede accorpate la geriatria con la pneumologia; analoghe condizioni di disagio per carenza di personale si riscontrano in chirurgia di urgenza e vascolare, mentre pure la semeiotica chirurgica è costretta a coabitare con la chirurgia generale. La successiva riduzione di posti letto ha marginalmente ridotto il problema, accrescendo però il tasso di occupazione dei posti letto all'87 per cento. Il gruppo operatorio produce circa 6.000 interventi (1000 per sala), con considerevoli risultati di performance. Complessivamente l'attività degenziale ammonta a 115-110 miliardi e quella ambulatoriale a 18-20 miliardi.

La responsabile di presidio di Teramo ha stimato inadeguata ed inattuale la ristrutturazione prevista ed ha svolto considerazioni sul mancato recepimento di una richiesta di variazione del progetto da lei avanzata. In particolare per quanto concerne il previsto rafforzamento a 12 posti letto della rianimazione, ha sottolineato che l'originaria previsione di istituire una terapia intensiva post-operatoria di neurochirurgia al posto della neurologia appare superata a seguito del trasferimento del chirurgo specializzato negli interventi sui tumori alla base del cranio: risulta pertanto più coerente con un razionale impiego delle risorse istituire un'unità di terapia intensiva indistinta. Inoltre, la responsabile di presidio ha fatto presente la necessità di destinare i locali in precedenza occupati dal servizio di cucina al servizio farmaceutico. A proposito della cucina, ha evidenziato che per questo servizio si è resa necessaria la chiusura per l'inadeguatezza dei locali.

A proposito del pronto soccorso - dei cui locali è prevista la ristrutturazione - ha osservato come la chiamata per gli interni, che si svolge la mattina, sia indistinta per le diverse esigenze, risentendo anch'essa della ristrettezza dei locali; fra le necessarie modifiche di struttura, è attesa la ricollocazione del Sert, che attualmente occupa la seconda via di accesso al pronto soccorso.

È stato richiesto un aggiornamento della segnaletica interna ed esterna. Con un finanziamento in conto capitale *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 è prevista l'umanizzazione di una sola ala della struttura, che accoglierà una parte del reparto materno infantile, che opera circa 600 parti l'anno, una divisione di chirurgia, la pneumologia, l'urologia, l'oncologia e la neurologia. È stata avviata la richiesta di strumenti per gli ambulatori ed è atteso l'espletamento delle relative gare.

La dottoressa Palmeri ha quindi rilevato che la riorganizzazione per dipartimenti è rimasta priva di effetti concreti e che la turnazione nei reparti è gestita dalla direzione sanitaria. Il servizio per le 24 ore è garantito

con una guardia nel pronto soccorso, due in anestesia e rianimazione, una in ostetricia e ginecologia, in neurochirurgia, cardiocirurgia, due in medicina ed una in chirurgia. L'attuazione delle norme igienico-sanitarie è regolata dalle linee guida della direzione sanitaria tramite affissioni e circolari. Nel corso degli ultimi due anni si è registrato uno sviluppo del contenzioso con conseguenti richieste di risarcimento di danni.

Rispondendo a domande della senatrice Carla Castellani, la responsabile del presidio di Teramo ha poi ribadito l'insufficienza di organico che influisce anche sulla pratica di *day hospital* che è in fase di razionalizzazione con l'accorpamento nelle rispettive divisioni.

A fronte di un fabbisogno per l'innovazione strumentale quantificabile in 30 miliardi, la direzione generale ne ha resi disponibili 10, di cui 2 per il cablaggio e l'informatizzazione a beneficio del distretto. Pertanto, delle priorità individuate, sarà soddisfatta soltanto quella della sala di emodinamica, del rinnovo della diagnostica per il pronto soccorso, degli apparecchi mobili di radiologia; resterà tra l'altro insoddisfatta, l'esigenza di disporre di un acceleratore lineare.

La delegazione parlamentare ha quindi ascoltato le rappresentanze sindacali nella persona del dottor *Cosimo Napoletano*, segretario regionale della ANAAO ASSOMED, che ha sottolineato l'importante ruolo storicamente svolto dall'ospedale osservando, tuttavia, che il perdurare di una fase di transizione organizzativa concomitante con l'introduzione dei nuovi criteri di gestione economica ha causato il declino del presidio: si sono scontate in tal modo, a detrimento dei pazienti e degli operatori, politiche incentrate esclusivamente sul risparmio, poste in atto da direttori generali talvolta privi di alcuna competenza specifica nel settore sanitario. Il dottor Napoletano ha lamentato il grave ritardo nell'applicazione dei benefici derivanti dal nuovo contratto; le esigenze di gestione ed il ritardo nella erogazione dei fondi regionali, inoltre, hanno penalizzato l'ammmodernamento delle attrezzature ed hanno avuto ripercussioni negative sulla qualità complessiva delle prestazioni. Il dottor Napoletano, infine, ha manifestato perplessità circa i criteri adottati dalla direzione generale nell'individuazione di alcune figure professionali assunte per concorso, che hanno avuto esiti inadeguati alle potenzialità della struttura, ed ha richiamato i problemi relativi all'individuazione degli spazi per l'*intra moenia*.

Non essendosi presentati in sede di audizione altri rappresentanti sindacali, a causa di un possibile problema di comunicazione con la direzione generale, la Commissione ha successivamente invitato le rappresentanze a trasmettere documenti scritti di valutazione del funzionamento dell'azienda.

In risposta a tale sollecitazione, è pervenuta la memoria del dottor *Guido Malvezzi*, responsabile provinciale della FESMED, in cui sono poste in evidenza le principali carenze dell'ospedale di Atri, derivanti principalmente dall'inadeguatezza degli investimenti conferiti, ed in particolare le carenze relative alla pianta organica, al rinnovo delle attrezzature ed all'adeguamento degli impianti di ventilazione delle camere operatorie alle norme sulla sicurezza. In merito al trattamento economico del perso-

nale, il rappresentante della FESMED ha osservato che l'erogazione degli incentivi è effettuata «a pioggia» e che non viene rispettata la necessaria procedura previsionale per i budget di spesa. Ha altresì sottolineato la carenza di ambienti per l'esercizio libero professionale *intra moenia*.

Sono altresì pervenute anche le memorie della CGIL del comparto e del CGIL medici che sottolineano come la Asl di Teramo si trova ad essere penalizzata per non aver mantenuto il passo con la innovazione tecnologica non provvedendo né al rinnovo delle tecnologie di base né a quelle di alta specializzazione. Sottolineano anche le gravi carenze degli organici medici (di 1° e 2° livello), infermieristici, le inadempienze contrattuali ed una disomogenea organizzazione dell'attività libero-professionale ambulatoriale *intra moenia* nei quattro presidi, oltre ad un atteggiamento di sufficienza della direzione generale dell'Asl verso le organizzazioni sindacali e nei confronti degli operatori che determinerebbe situazioni di conflittualità e demotivazione degli operatori stessi.

5. Considerazioni finali

L'azienda sanitaria locale di Teramo, istituita il 1° febbraio 1995, deriva dall'accorpamento di quattro *ex* Usl (Teramo, Giulianova, Sant'Omero ed Atri).

È dotata complessivamente di 1.498 posti letto (674 nel presidio ospedaliero di Teramo, 270 nel presidio ospedaliero di Giulianova, 214 nel presidio ospedaliero di Sant'Omero e 340 nel presidio ospedaliero di Atri) per un bacino di utenza di una popolazione residente di 294.000 abitanti.

Il personale dipendente dell'azienda ammonta a circa 3.300 unità; negli ultimi anni c'è stata una contrazione del personale, soprattutto infermieristico, di circa 600 unità, ed una riduzione di posti letto in linea con la normativa nazionale.

Il vertice aziendale è in carica rispettivamente: il direttore generale dal febbraio 1995, il direttore amministrativo dal febbraio 1995, il direttore sanitario dal maggio 1997.

Va evidenziato che la sanità provinciale teramana è ad indirizzo totalmente pubblico; non esistono, come invece accade per le altre tre provincie abruzzesi, strutture private-accreditate o private-private, fatta eccezione per una sola Rsa (accreditata) per anziani con 60 posti letto e con sede a Giulianova.

La delegazione ha svolto una visita ispettiva presso il presidio di Teramo, degli altri tre presidi ha avuto notizie ed informazioni da parte dei rispettivi direttori sanitari nel corso delle audizioni effettuate.

Nel complesso la visita ispettiva non ha evidenziato gravissime carenze strutturali, pur rilevando che soprattutto l'ospedale generale, più che trentennale, come del resto i presidi di Giulianova ed Atri, (il presidio di S. Omero è attivo dal 1985), rispondono a criteri e requisiti, anche di tipo alberghiero, oggi ampiamente superati dalle nuove norme per l'accre-

ditamento e meritevoli certamente di una maggiore attenzione per quanto attiene alle opere di manutenzione sia ordinaria che straordinaria.

È emersa una sostanziale carenza di adeguati spazi di degenza, di attesa e di sosta per pazienti e visitatori, oltre che di spazi dedicati al personale sanitario, specialmente quello del gruppo operatorio.

La cartellonistica di indirizzo interna ed esterna alla struttura è apparsa insufficientemente esplicativa, non aggiornata e spesso di tipo artigianale.

Nessuno dei servizi igienici ispezionati è provvisto di ausili per portatori di *handicap*.

Particolarmente carente è apparsa alla delegazione la condizione logistico-organizzativa del pronto soccorso.

La mancanza di una sala di attesa per i pazienti e gli accompagnatori che aspettano il loro turno lungo uno stretto ed affollato corridoio di transito con scarsi posti a sedere, la mancanza di *triage* e di letti di osservazione, l'obsolescenza e l'inadeguatezza delle attrezzature e della strumentazione medico chirurgica, il non adeguamento dell'impiantistica alle norme di sicurezza, ma più ancora la carenza di spazi e servizi che rendono difficile non solo il lavoro degli operatori sanitari, ma anche il rispetto dei più elementari diritti di *privacy* dei pazienti, rendono questo reparto l'anello più critico del presidio di Teramo.

Al momento dell'ispezione risultavano aperti ed operanti i cantieri per l'ampliamento del pronto soccorso, delle sale operatorie e per la realizzazione di un tunnel di collegamento tra l'ospedale generale e l'ex ospedale sanatoriale in gran parte ristrutturato, messo a norma qualche anno fa e attualmente non utilizzato.

È peraltro emerso nel corso di un'audizione che la prevista ristrutturazione potrebbe risultare inadeguata ed inattuale.

Per i lavori di ristrutturazione del presidio di Teramo e per la messa a norma sia degli altri presidi ospedalieri che di strutture della sanità territoriale, sono attualmente aperti venti cantieri per complessivi 50 miliardi di investimenti *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1998.

I finanziamenti per il complesso delle ristrutturazioni in corso non sono tuttavia adeguati alle reali esigenze.

Il Servizio di prevenzione e sicurezza è stato formalmente istituito nel gennaio del 1996 ma è dotato di organico carente considerata la complessità dell'azienda. L'attuale responsabile è un dirigente medico a tempo pieno, nominato nel marzo del 1999, ed è stato affiancato da un altro componente (con la qualifica di assistente tecnico) che però è in procinto di cessare dall'incarico. Non risultano nominati i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

La mappatura dei rischi risale al 1998 e sembra in via di aggiornamento.

La sicurezza antincendio non è confortata da un piano di evacuazione.

L'attività di sorveglianza sanitaria è attualmente svolta da due medici con competenze territoriali differenziate.

Per i controlli sull'inquinamento da gas anestetici ed i valori di contaminazione microbica nelle sale operatorie di tutti e quattro i presidi ospedalieri il servizio di prevenzione e sicurezza si è avvalso fino al 1998 del Presidio multizonale di igiene e profilassi e successivamente dell'Agenda regionale per la prevenzione e l'ambiente (Arpa).

Le valutazioni sono eseguite con cadenza semestrale per quanto riguarda i gas anestetici e trimestrale per la contaminazione microbica.

Particolare attenzione è stata rivolta agli aspetti di partecipazione dei cittadini e delle associazioni; l'Urp appare ben avviato e gestito, e particolarmente curata è stata la compilazione della Carta dei servizi.

Il processo di aziendalizzazione è invece ancora in una fase iniziale nonostante l'azienda sia stata istituita il 1° febbraio del 1995.

Il processo di *budget* non è stato attivato, né sono stati individuati i centri di responsabilità ed i centri di costo. Il bilancio viene ancora redatto sulla base della doppia contabilità, sia quella finanziaria che quella economico-patrimoniale.

Nell'azienda non è stato identificato alcun sistema di verifica della qualità, finalizzato al controllo delle fasi critiche, né sono stati previsti ed effettuati specifici corsi di formazione per gli operatori svolti alla acquisizione di tecniche di valutazione e revisione della qualità.

Le procedure relative alla gestione delle attività pre-ospedalizzazione ed ospedalizzazione domiciliare non hanno sostanziale attuazione.

Anche l'attivazione dei distretti sanitari di base è ancora nella fase prodromica, è attualmente al lavoro una commissione di studio che dovrà sottoporre alla Conferenza dei sindaci uno specifico progetto nell'ambito del quale si prevede di istituire al massimo cinque distretti.

Il tasso di ospedalizzazione è del 232 per mille (per tutti i ricoveri dei residenti nella Asl di Teramo compresa la mobilità passiva) tasso che, rispetto a quello nazionale del 160 per mille, è tra i più alti riscontrati dalla Commissione e può essere un segnale della scarsa organizzazione della sanità territoriale che non riesce così a svolgere la funzione di filtro per i ricoveri impropri presso i presidi ospedalieri che erogano servizi di medio-alta specialità.

Anche il *day hospital*, che potrebbe sensibilmente ridurre le degenze ospedaliere per alcune patologie, è parzialmente praticato per le carenze degli organici.

Per quanto attiene agli organici, negli ultimi anni c'è stata una contrazione, riguardante soprattutto gli infermieri di circa 600 unità complessive, contrazione che ha portato all'accorpamento, con oggettive difficoltà di alcuni reparti.

La prevista assunzione di oltre cento unità infermieristiche essendo spalmata su tutti e quattro i presidi e sul territorio potrà risolvere solo in parte il problema.

Anche il personale amministrativo dell'azienda risulta numericamente carente; sono però in atto concorsi in questo settore.

Gli organici medici sono carenti per diverse figure professionali di primo e secondo livello, soprattutto in settori strategici come l'emodinamica, la chirurgia vascolare e l'anestesia sia generale che cardiocirurgica.

La carenza di anestesisti è un altro dei punti critici dell'azienda, ma particolarmente sentito nel presidio ospedaliero di Teramo che è ad indirizzo prevalentemente chirurgico: ben 12 chirurgie tra cui alcune specialità ed alte specialità.

La soluzione di questo problema (comune tra l'altro ad altre aziende sanitarie già visitate) necessita di una più attenta e coraggiosa strategia aziendale anche in vista della prossima apertura di 4 nuove sale operatorie.

L'istituzione di alcuni dipartimenti è rimasta sostanzialmente sulla carta, non avendo prodotto effetti concreti di ottimizzazione nell'impiego delle risorse umane e tecnologiche.

L'applicazione integrale del contratto dell'area medica e del comparto è ancora lontana ed anche la retribuzione del sistema incentivante avviene con estremo, incomprensibile ritardo, causando spesso conflittualità tra operatori sanitari e vertice aziendale.

Il rinnovo del patrimonio tecnologico in gran parte oramai obsoleto e carente, talora non adeguabile alle normative di sicurezza e comunque abbisognevole di ammodernamento in molti settori di rilievo strategico, procede anch'esso con una preoccupante e poco comprensibile lentezza pur essendo stati da tempo destinati dalla Regione finanziamenti (anche se insufficienti rispetto alle oggettive necessità).

L'informatizzazione in rete delle strutture è ancora in via di programmazione, ad oggi solo i Cu dei quattro presidi sono stati collegati in rete.

I tempi di attesa per alcune indagini diagnostiche, per alcuni interventi chirurgici e soprattutto per la fisioterapia e la riabilitazione sono ancora lunghi.

L'attività libero professionale intramuraria è stata regolamentata ma, essendo stata scelta dalla gran parte dei sanitari, è difficilmente organizzabile per carenza di spazi adeguati, attrezzature e personale di supporto. L'azienda è orientata verso la stipula di convenzioni con gli studi privati per quella ambulatoriale; per quella in regime di ricovero la richiesta è assai modesta, secondo quanto riferito.

Esiste una convenzione, che dovrà essere rinnovata nel 2000, tra l'Università dell'Aquila ed il presidio ospedaliero di Teramo relativamente ai reparti di clinica medica, chirurgica toracica, semeiotica chirurgica ed urologia. I rapporti tra ospedale e Università non sono privi di conflittualità.

Concludendo, l'Asl teramana è certamente un'azienda complessa per estensione territoriale e presenta non poche difficoltà gestionali.

Dalla visita ispettiva, dalle audizioni effettuate (in alcuni punti contrastanti), dalla documentazione fornita alla Commissione è emerso che il cammino verso un compiuto processo di aziendalizzazione appare ancora lento e caratterizzato da luci ed ombre.

Nonostante l'azienda sia stata istituita nel febbraio 1995 e si sia dotata di strumenti di pianificazione e di due piani strategici triennali in li-

nea con quanto previsto dal Piano sanitario regionale e dalle normative di legge, strumenti in cui erano ben delineate le scelte strategiche da perseguire nell'ottica della aziendalizzazione (integrazione in rete dei quattro presidi per razionalizzare l'utilizzo di risorse finanziarie, attivazione del processo di *budget*, dipartimentalizzazione per ottimizzare le risorse umane e tecnologiche, differenziazione delle risposte sanitarie implementando la sanità territoriale in relazione ai mutati bisogni di salute di una popolazione sempre più anziana, potenziamento delle alte specialità presenti nell'azienda per incentivare gli accessi anche da fuori Regione), nel concreto queste scelte strategiche, fino ad oggi, non sono state perseguite.

L'azienda in questi ultimi anni ha trasferito all'esterno i servizi di pulizia, di lavanderia, di smaltimento rifiuti, di mensa, ha definitivamente chiuso l'ospedale psichiatrico (il processo di deospedalizzazione che ha coinvolto Rsa, case protette, centri diurni è stato compiuto senza il concorso di privati), ha avviato i lavori di ristrutturazione ed adeguamento dei presidi ospedalieri e di altri edifici sanitari alle norme di sicurezza; ma ha poco investito nella formazione professionale e manageriale del personale sanitario amministrativo, nella modernizzazione gestionale attraverso l'attivazione dei *budget* con l'individuazione dei centri di responsabilità e di costo e di un sistema di verifica della qualità, nello snellimento e velocizzazione delle procedure burocratiche, nella innovazione tecnologica e strumentale, nella concreta valorizzazione delle professionalità presenti (le due figure apicali delle alte specialità cardiocirurgica e neurochirurgica hanno lasciato l'azienda teramana per le aziende sanitarie rispettivamente di Ancona e dell'Aquila) punti cardine questi, senza la realizzazione dei quali si è determinata una diminuzione di competitività dell'azienda che, nonostante le ottime professionalità che esprime a tutti i livelli, a fronte di forti realtà sanitarie pubbliche e private della Regione e fuori Regione, ha visto non solo l'utenza locale rivolgersi sempre più spesso, con oggettivi disagi, verso queste realtà con un aggravio di spesa sul bilancio di circa 50 miliardi annui per mobilità passiva, ma anche una progressiva, giustificata demotivazione di molti operatori sanitari e una connessa perdita di posti di lavoro.

È auspicabile che questa fase di transizione possa trovare un rapido sbocco attraverso anche un rinnovato, più attento e più incisivo impegno delle Istituzioni preposte, affinché anche l'Azienda sanitaria teramana possa ritrovare quei livelli di efficacia ed efficienza che le competono e che storicamente ha sempre avuto, nell'interesse precipuo dei cittadini e della loro salute, e nel rispetto di tutte le professionalità che operano all'interno dell'azienda sanitaria stessa.

Relazione sul sopralluogo effettuato in data 13 e 14 dicembre 1999 da una delegazione della Commissione parlamentare d'inchiesta presso l'Asl di Lagonegro (PZ) ed i presidi ospedalieri di Lagonegro, Lauria e Maratea (predisposta dai relatori sen. Carla Castellani e Francesco Bortolotto)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 67 del 2 marzo 2000

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e sull'attuazione della Carta dei servizi, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 13 e 14 dicembre 1999 un sopralluogo presso l'Asl di Lagonegro (PZ) e i presidi ospedalieri di Lagonegro, Lauria e Maratea. Hanno fatto parte della delegazione la senatrice Carla Castellani, nonché i senatori Valerio Mignone e Antonino Monteleone (quest'ultimo non ha partecipato alla visita al presidio ospedaliero di Lagonegro).

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Isabella Mastrobuono e del signor Francesco Prost, collaboratori esterni della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Potenza hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Lagonegro-San Giovanni

L'ospedale, che è in fase di ristrutturazione, dispone di 68 posti letto distinti nelle unità operative di chirurgia generale, medicina di urgenza, cardiologia, broncopneumologia ed i servizi.

La visita ha avuto inizio dal pronto soccorso, al quale si accede con difficoltà dalla strada ad alta densità di traffico ed a doppio senso di marcia.

L'ingresso principale è molto angusto. La rampa di accesso è assai stretta e rende complicata la manovra alle ambulanze.

Il pronto soccorso effettua un numero di prestazioni pressoché costante in rapporto ai diversi periodi dell'anno.

Dall'ingresso si passa all'accettazione con una piccola sala, dove è posizionata una panca per i pazienti in attesa. I pazienti sono inviati verso

un'angusta area medica di osservazione breve con due letti, oppure verso un'angusta area chirurgica con tre posti letto. I servizi igienici per i pazienti sono localizzati alle due estremità del pronto soccorso; non sono presenti servizi igienici per portatori di *handicap*.

È stato successivamente ispezionato il reparto di radiologia, dove è presente un controsoffitto molto basso. La sala Tac è piuttosto angusta ed anche l'archivio è assai ristretto.

Gli ascensori sono in corso di ristrutturazione (come gran parte dell'ospedale): attualmente inadeguati ed insufficienti gli ascensori, utilizzati sia per il trasporto dei pazienti in lettiga che dai visitatori.

La delegazione non ha ritenuto opportuno visitare la sala operatoria localizzata al secondo piano a causa di un intervento chirurgico in corso.

La sala operatoria è utilizzata per le attività dell'unica unità operativa di degenza chirurgica; manca una sala operatoria destinata alle urgenze.

Il reparto di rianimazione – ispezionato dalla senatrice Carla Castellani, dal senatore Mignone e dalla dottoressa Mastrobuono – è dotato di 3 posti letto, ubicati accanto all'ingresso della sala operatoria.

Non è presente un letto di rianimazione isolato per il trattamento intensivo dei pazienti con infezioni in atto.

Accanto alla sala è dedicata una stanza per la raccolta dei rifiuti e per lo stoccaggio del materiale utilizzato.

L'ispezione è poi proseguita nel reparto di chirurgia dove è stata visitata una stanza dotata, come tutte le altre, di due letti con bagno.

Si rileva che le stanze di degenza sono molto anguste come pure i corridoi di accesso alle stanze stesse che risultano anche poco luminosi e poco arieggiati. Mancano del tutto sale di attesa e servizi igienici per i visitatori.

L'area medica, che comprende la medicina di urgenza con 14 posti letto e la broncopneumologia con 10 posti letto, è localizzata al primo piano, ed è adiacente agli uffici per la direzione sanitaria ed alle stanze per le attività ambulatoriali (ambulatorio oculistico, diabetologia ed ecografia). Una stanza con 2 posti letto è dedicata esclusivamente al *day hospital*.

La delegazione parlamentare ha proseguito l'ispezione al piano sottostante dove, terminati i lavori di ristrutturazione, saranno localizzate la rianimazione con 6 posti letto e tre sale operatorie, con l'individuazione di un percorso sporco sul quale si affacciano tutte e tre le sale operatorie.

La delegazione ha visitato il seminterrato dove dovrebbe essere trasferito il laboratorio di analisi cliniche; anche qui gli spazi da utilizzare appaiono insufficientemente arieggiati ed illuminati da finestre poste in alto.

Per ultima è stata visitata l'unità operativa di cardiologia (10 posti letto: 4 uomini, 4 donne più 2 attrezzati per i trattamenti delle emergenze).

3. Il sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Lauria

Nel presidio ospedaliero di Lauria sono presenti un reparto di riabilitazione multidisciplinare (36 posti letto), uno di lungodegenza (12 posti letto), un centro di salute mentale ed un reparto dialisi (12 posti letto).

La struttura garantisce quindi molti servizi territoriali ed è in collegamento con gli altri servizi distrettuali per il mantenimento e lo sviluppo delle citate funzioni.

L'ospedale è stato ristrutturato con fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988; sono ancora in corso i lavori di adeguamento della struttura alle norme previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994.

4. Il sopralluogo presso il presidio ospedaliero di Maratea

L'ospedale è costituito da due parti: una più moderna realizzata intorno agli anni '70 e un'altra meno recente; esse sono collegate tra di loro da un corridoio di facile accesso.

La parte più vecchia dovrebbe trasformarsi in residenza sanitaria assistenziale con fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Attualmente i lavori sono sospesi in attesa dell'autorizzazione regionale.

L'ospedale è provvisto di reparto di medicina, ostetricia e ginecologia, nido, pediatria, ortopedia e servizi.

È stato ispezionato il pronto soccorso, partendo dalla rampa di accesso, agevole per ambulanze e persone. Sono state ispezionate le due sale di visita: una di chirurgia e una di accettazione e prestazioni mediche, risultate ben attrezzate e che effettuano, durante i mesi estivi, un numero di prestazioni decisamente superiori alla media mensile, specialmente per prestazioni non richiedenti il ricovero.

Dal pronto soccorso si accede ad un ampio ingresso, dove ad una parete è esposta una chiara legenda con la dislocazione dei reparti di ogni singolo piano. Buona è la cartellonistica di indirizzo e di informazione. Sempre all'ingresso è localizzata la postazione di portineria-centralino.

La delegazione parlamentare ha visitato il reparto radiologico con alcune stanze dedicate ad attrezzature radiologiche di nuova generazione. La radiologia è completa, manca la Tac che è stata approntata a Lagonegro.

Il sopralluogo è proseguito presso il reparto operatorio dislocato al piano terra. La tipologia del reparto è apparsa razionale essendo presenti due sale operatorie ampie (ortopedia e chirurgia), una stanza adibita a sterilizzazione, una sala lavaggio per i chirurghi ed una sala dedicata ed attrezzata per le anestesie periferiche. Ogni sala operatoria è dotata di una sala induzione e di una sala risveglio. Le sale operatorie sono a norma con ancora qualche problema per le aspirazioni ad alti volumi. Lungo il corridoio del reparto operatorio è localizzata una farmacia per le esigenze della sala operatoria. I rifiuti speciali vengono conservati, prima dello smaltimento, in un apposito ripostiglio.

La delegazione ha visitato quindi, sempre al piano terra, il reparto di ortopedia dotato di 21 posti letto, sala gessi e 3 letti per il *day hospital*.

Al piano superiore è localizzata l'ostetricia, dove la delegazione ha visitato la sala monitoraggio, accanto alla quale è localizzata la sala travaglio con 2 posti letto. Anche la sala parto è dotata di 2 posti letto. Adiacente c'è la sala operatoria per l'ostetricia e una sala attrezzata per l'assistenza al neonato (culla termica ed una postazione per la rianimazione neonatale). Apprezzabile la dotazione strumentale sia chirurgica che anestesiologicala.

Adiacente alla sala parto è presente il nido: il reparto di ostetricia e ginecologia è dotato di 26 posti letto, in stanze ampie e luminose da 3 letti ciascuna e servizi igienici in comune.

Sono presenti 6 posti letti predisposti per l'UTIC (non attivata) nel reparto di medicina geriatrica ed endocrinologica.

Il sopralluogo ha avuto termine con la visita all'area degli ambulatori e del consultorio con i servizi sociali ubicati al piano terra.

5. L'attuazione della Carta dei servizi

I risultati della verifica sugli strumenti di partecipazione e di tutela devono essere suddivisi in due parti, la prima relativa alle iniziative assunte a livello aziendale e la seconda riferita alla specificità dei presidi ospedalieri visitati.

Livello aziendale

La Carta dei servizi è stata approvata per la prima volta nell'ottobre del 1995: la prima stesura è stata però intesa come adempimento di un obbligo istituzionale, senza l'attivazione di un processo di coinvolgimento degli operatori e dei cittadini.

Nell'ottobre del 1997 la Asl ha proceduto ad un primo aggiornamento, a cui ha lavorato uno specifico gruppo (composto dai responsabili dei servizi, dei presidi ospedalieri, di quelli territoriali e dell'ufficio per le relazioni con il pubblico).

Attualmente è in fase di completamento un nuovo aggiornamento della Carta (non ancora diffusa), a cui ha lavorato il preesistente gruppo, integrato dal Nucleo di valutazione e da quello per la Verifica rendimento e qualità (VRQ).

La Carta dei servizi è stata diffusa all'interno dell'azienda con consegna a tutti i dipendenti e con 2.000 copie distribuite ai cittadini tramite gli uffici, è stata inoltre inviata a tutte le amministrazioni pubbliche (nelle varie articolazioni territoriali).

Sono stati promossi alcuni incontri con le associazioni dei cittadini e le organizzazioni di volontariato e di tutela per illustrare e verificare i contenuti della Carta; con il loro contributo sono state adottate alcune misure di semplificazione delle procedure e di riduzione dei tempi d'attesa (visite domiciliari, invalidità civile, protesica ecc.).

La Carta ha anche previsto l'istituzione di una consulta permanente delle associazioni e delle organizzazioni di tutela, di cui però non sono state fornite notizie dettagliate.

La verifica degli impegni assunti e le analisi di gradimento sarebbero state effettuate con l'attivazione dei gruppi per l'analisi partecipata della qualità, previsti in un programma regionale.

Le Conferenze dei servizi hanno avuto un percorso autonomo rispetto al progetto Carta dei servizi; le prime due convocazioni delle conferenze non hanno prodotto risultati apprezzabili, poiché sarebbero state presenti forti accentuazioni campanilistiche dei problemi sanitari.

Solo nel febbraio 1998 si è svolta regolarmente la prima Conferenza dei servizi, in cui sarebbero state discusse le linee di riorganizzazione aziendale; non sono state indicate specifiche proposte ed azioni di miglioramento scaturite dalla conferenza.

La Carta dei servizi prevede una convocazione annuale della Conferenza, anche se risultano imprecisate le modalità di convocazione.

L'Ufficio per le relazioni con il pubblico (Urp) sarebbe stato attivato presso la sede della direzione generale e nei tre distretti; nella Carta dei servizi è prevista l'attivazione delle postazioni Urp in tutte le sedi dei distretti e nei presidi ospedalieri. È stato attivato un numero telefonico verde.

Nel corso della verifica è risultata realmente attiva la sola postazione presso la direzione generale, peraltro con assegnazione ridotta di personale (1 dipendente ed il responsabile), che garantisce un'apertura del servizio limitata (solo dalle 9 alle 11.30 dal lunedì al venerdì); nelle sedi distrettuali non esiste personale assegnato all'Urp che utilizza - in modo assolutamente parziale - personale di altri servizi. Nei presidi ospedalieri visitati non esistevano indicazioni sull'URP (né tantomeno sulle modalità di accesso) ed il personale di accoglienza ne aveva una conoscenza limitata (qualcuno non era a conoscenza dell'esistenza del numero telefonico verde).

Indeterminato il numero dei contatti con i cittadini; i reclami sono registrati (nel 1998 sono stati 168) e classificati per tipologia. Quanto emerso dall'analisi dei reclami, viene affrontato nell'area critica per individuare possibili soluzioni sia specifiche che generali.

Non sono state attivate le previste forme di risarcimento per mancate prestazioni.

Il Centro unico prenotazioni (CUP) è stato istituito nel giugno 1998, secondo un programma regionale, con postazioni a Senise, Lagonegro, Lauria, Chiaromonte e Maratea; vaghe le informazioni acquisite sul grado di integrazione aziendale (peraltro negli ambulatori del presidio ospedaliero di Lagonegro vengono ancora utilizzate agende manuali per le prenotazioni); dopo il completamento dell'integrazione aziendale è prevista quella regionale; gli orari di apertura non sono uniformi in tutte le postazioni.

I presidi ospedalieri

Per il presidio di Lauria (destinato ad attività non esclusivamente ospedaliere ed oggetto di un processo di riorganizzazione che prevede una progressiva riduzione delle attività ospedaliere) non è possibile una valutazione dei livelli di accoglienza garantiti, anche perché questi andrebbero analizzati in rapporto alle varie attività svolte ed all'utenza di riferimento.

Nel presidio ospedaliero di Lagonegro l'ingresso è di limitate dimensioni, con una cartellonistica insufficiente e confusa che non facilita l'individuazione dei percorsi (anche perché il presidio è interessato da numerosi lavori di ristrutturazione); anche la cartellonistica specifica nei vari reparti (e negli spazi ad essi antistanti) è assolutamente confusa e provvisoria, con numerosi cartelli compilati a mano e talvolta non più attuali.

Il personale di accoglienza ha a disposizione la Carta dei servizi ma non è in grado di fornire indicazioni sulla stessa e sull'Urp.

Il grado di coinvolgimento degli operatori al processo Carta dei servizi sembra essere stato assolutamente modesto.

La sala d'attesa del pronto soccorso è di dimensioni e di *comfort* insufficienti; esiste un bagno destinato ai pazienti in attesa, ma non è segnalato né è utilizzabile da persone con *handicap* fisico.

L'orario per il ritiro dei referti è dalle 8.30 alle 10.30; l'orario di ingresso per i visitatori dalle 12.45 alle 14.15 e dalle 18.45 alle 20.15.

Nei reparti di degenza non esistono spazi comuni a disposizione dei ricoverati e dei parenti in visita.

Nella zona ambulatoriale non esiste una cartellonistica che faciliti l'accesso ai servizi od orienti sulle procedure (es. prenotazioni e *tickets*); sono scarsi gli spazi per l'attesa.

Non è stata reperita modulistica prestampata a disposizione dei cittadini per segnalazioni o reclami.

Nel presidio ospedaliero di Maratea l'ingresso è di ampie dimensioni, con una cartellonistica semplice e completa, sicuramente comprensibile ed efficace per l'individuazione dei percorsi; anche la cartellonistica specifica nei vari reparti (e negli spazi ad essi antistanti) è sicuramente completa ed efficace.

Il personale d'accoglienza ha a disposizione la Carta dei servizi, ma sostanzialmente non la conosce né è in grado di dare informazioni precise sull'Urp.

Il grado di coinvolgimento degli operatori al processo Carta dei servizi sembra essere stato assolutamente modesto.

La sala d'attesa del pronto soccorso è di dimensioni e di *comfort* sufficienti; esistono due bagni destinati ai pazienti in attesa, segnalati ma non adeguati per essere utilizzati da persone con *handicap* fisico. La sezione radiologica è dotata di due sale d'attesa, una per i pazienti ricoverati o provenienti dal pronto soccorso e l'altra per i pazienti esterni.

In tutti i reparti di degenza esistono spazi comuni (ampi e accoglienti, con poltrone e TV) a disposizione dei ricoverati e dei parenti in visita; in

tutti i reparti è esposto il *menu* settimanale offerto ai ricoverati; talvolta nella porta d'accesso ai reparti è affisso l'elenco nominativo del personale in servizio.

L'orario per il ritiro dei referti va dalle 12.30 alle 14.000 e dalle 16.30 alle 17.30; l'orario di ingresso per i visitatori: dalle 12.30 alle 14.30 e dalle 18.30 alle 20.

Le vie di fuga e gli estintori sono sempre chiaramente segnalati.

Esistono gli «elimina code» negli sportelli per il pubblico.

Tutto il personale esibisce il cartellino di riconoscimento. Nessuna informazione sulle misure adottate a tutela della *privacy*.

Non è stata reperita modulistica prestampata a disposizione dei cittadini per segnalazioni o reclami.

È presente una sezione del Tribunale per i diritti del malato, con locali in posizione periferica rispetto all'ingresso del presidio ed ai percorsi interni.

6. Le audizioni *in loco*

Nel pomeriggio del 13 dicembre la delegazione parlamentare ha proceduto alle programmate audizioni dei vertici sanitari ed amministrativi dell'azienda, nonché i rappresentanti sindacali del personale sia medico che non medico.

È stato ascoltato inizialmente il dottor *Edmondo Iannicelli*, direttore generale dal 22 novembre 1996, il quale ha fornito elementi sulla situazione demografica della Regione ed ha specificato che l'azienda serve il territorio a più bassa densità abitativa della Regione, con un bacino di circa 81.000 abitanti, caratterizzato inoltre da una notevole migrazione sanitaria proveniente dalle zone interne.

Nell'azienda sono confluite le due Usl soppresse del Senese e del Lagonegrese, in un contesto in cui gli ospedali - ne esistono quattro, con tre blocchi operatori - costituiscono, sia sotto il profilo sanitario che sotto quello socio-assistenziale, la principale fonte di sostegno all'interno di ogni economia municipale. Un contesto con risvolti campanilistici che ha determinato comportamenti anche violenti da parte della popolazione, poi sfociati nelle dimissioni di diversi direttori sanitari che ne sono stati l'oggetto.

In risposta ad una domanda del senatore Monteleone, il dottor Iannicelli ha illustrato le circostanze nelle quali fu avviata, nei confronti dell'azienda, un'indagine del consiglio regionale della Basilicata. A seguito di una verifica sulla conduzione dei lavori di ristrutturazione degli impianti elettrici dell'ospedale di Lagonegro, egli dispose la sostituzione del direttore dei lavori e, stante l'esistenza di una situazione di grave rischio elettrico che metteva a repentaglio l'incolumità del personale e dei pazienti, la sospensione delle attività ospedaliere. A tale ultima iniziativa fece seguito una violenta azione di piazza intimidatoria ai danni suoi, del direttore sanitario e di altre persone sequestrate all'interno della struttura, che co-

strinse la direzione sanitaria a revocare l'ordine di sospensione delle attività, fino all'intervento delle forze di polizia. In considerazione di questi eventi, la direzione sanitaria chiese, senza esito, alla Procura della Repubblica il sequestro preventivo, ai sensi dell'articolo 321 codice di procedura penale, della struttura ospedaliera. Il dottor Iannicelli ha inoltre dato conto di ulteriori episodi di minacce ai danni del personale medico ed amministrativo, ed ha manifestato viva preoccupazione per la propria incolumità.

A seguito di domande della senatrice Carla Castellani, il dottor Iannicelli ha poi ricordato di aver interpellato l'Agenzia per i servizi sanitari regionali e di avere attuato le indicazioni da essa ricevute in merito alla ristrutturazione della rete ospedaliera. Ha rilevato la necessità di creare un'unica struttura ospedaliera per l'emergenza-urgenza, pur non intendendo nell'immediato chiudere altre strutture che sarebbero invece da destinare ad altro utilizzo. Per la realizzazione dell'ospedale unico, dopo l'approvazione di uno studio di prefattibilità che prevedeva una spesa di 55 miliardi, già impegnati dalla Regione, è stata nominata dalla Giunta regionale della Basilicata una commissione per realizzare lo studio di fattibilità e l'individuazione del sito; peraltro, pur essendo trascorso il termine fissato dalla Giunta stessa, la predetta commissione non ha ancora indicato il sito.

In merito all'ospedale di Maratea, il direttore generale ha precisato che la competenza a determinare la destinazione d'uso della struttura è della Regione che, d'intesa con il Ministro della sanità, ne ha previsto l'acquisizione da parte dell'INAIL, nella prospettiva di convertire la struttura in un polo multispecialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa.

Rispondendo a quesiti dei senatori Mignone e Monteleone, il dottor Iannicelli ha evidenziato taluni aspetti di necessità sorti a fronte del ritardo nella realizzazione del nuovo ospedale, e particolarmente nell'ambito della rete di emergenza-urgenza: la Regione ha ritenuto la struttura di Lagonegro l'unica idonea a svolgere funzioni di pronto soccorso attivo, rimanendo invece escluse Lauria per le condizioni inadeguate e Chiaromonte per la posizione decentrata nel territorio. Ha inoltre sottolineato le necessità emerse in seguito alla decisione di chiudere il blocco operatorio di Maratea, e particolarmente l'esigenza di dotare la struttura di Lagonegro di nuove sale operatorie, della rianimazione e delle specialità di base.

A seguito di domande della senatrice Carla Castellani, il direttore generale ha quindi riferito di aver trasferito il reparto di medicina generale di Lauria presso l'ospedale di Lagonegro, e di aver escluso Lauria dal circuito degli acuti.

Ha inoltre ricordato di aver individuato, nell'ambito dell'azienda, due distretti di secondo livello, caratterizzati da prestazioni più specialistiche e più complesse, di cui uno a Lauria e l'altro a Senise, nonché cinque distretti di primo livello. Ciò per far fronte ad una non facile situazione che vede nell'azienda, per disposizione regionale, un pronto soccorso attivo e ben tre ospedali distrettuali (nelle more dell'acquisizione della struttura di Maratea da parte dell'Inail) a fronte di un finanziamento in quota

capitaria di soli 42 miliardi, mentre, ad esempio, l'Asl n. 2 della Basilicata riceve 29 miliardi disponendo di un solo ospedale.

Ciononostante è stato sottoscritto un accordo con le organizzazioni sindacali mediche al fine di individuare le figure mediche necessarie e le relative assunzioni sono state avviate. Il dottor Iannicelli ha quindi manifestato la preoccupazione per i problemi di carenza che, come peraltro avviene a livello nazionale, si presentano per gli anestesisti e per i radiologi. Per questi ultimi le difficoltà potrebbero, a suo dire, essere risolte da un accorpamento dei reparti dei quattro plessi esistenti.

Rispondendo ad una domanda del senatore Mignone, il direttore generale ha confermato l'esistenza di alcune limitazioni strutturali dell'ospedale di Lagonegro poste in rilievo da uno studio di prefattibilità effettuato dall'azienda nel luglio 1997, ed ha inoltre affermato che la struttura di Lagonegro non presenta caratteristiche idonee per diventare ospedale unico, e che la decisione, sancita dalla legge regionale n. 21 dell'agosto 1999, di realizzare in essa il pronto soccorso attivo rappresenta il male minore, essendo non la soluzione migliore ma quella al momento più attuabile nel contesto esistente.

Di seguito la senatrice Carla Castellani ha posto in rilievo la valenza temporanea degli investimenti applicati alla struttura di Lagonegro, le cui funzioni verranno da ultimo sostituite dall'ospedale unico.

Terminando la propria audizione, il dottor Iannicelli ha illustrato sinteticamente le funzioni svolte dalla struttura di Chiaromonte e ha dato conto della sperimentazione gestionale (tipo SEUT) che vede coinvolti i medici di continuità assistenziale e i medici di guardia medica per l'assolvimento delle funzioni di pronto soccorso.

Successivamente è stato ascoltato il dottor *Antonio Coiro*, direttore amministrativo, che ha rilevato come nel 1999 sia stato redatto un bilancio economico-patrimoniale mentre dal prossimo anno dovrebbe partire il sistema di *budget*, sulla base della consulenza affidata dalla Regione all'Istituto IRIS di Firenze allo scopo di uniformare le procedure di contabilità analitica delle varie aziende. Il bilancio del 1997 si è chiuso in attivo, quello del 1998 è stato chiuso in pareggio, mentre permane un'incertezza per il bilancio del 1999 relativa all'indeterminatezza dell'entità dei finanziamenti della Regione.

Su specifiche domande dei senatori Carla Castellani e Monteleone, il dottor Coiro ha sottolineato che l'azienda effettua, a livello regionale, la minore spesa per singolo presidio. Ha poi riferito circa l'avvenuta attivazione dei dipartimenti; l'applicazione del contratto è avvenuta integralmente per il personale sanitario della dirigenza, mentre per quello del comparto non medico sono ancora in via di definizione alcuni passaggi. L'attività libero-professionale è stata disciplinata, anche se si prospetta l'esigenza di procedere ad una rivisitazione dell'apposito regolamento aziendale: l'attività è già in corso per la parte ambulatoriale, anche attraverso convenzioni con studi privati, mentre sono state individuate le stanze per l'attività di ricovero *intra moenia* (peraltro mai utilizzate).

Infine, il dottor Coiro ha specificato che sono stati individuati i centri di costo su base fisica, ma al momento è ancora in fase di avvio la definizione delle schede di *budget* e degli obiettivi annuali.

Il dottor *Carlo Michele Pierri*, direttore sanitario, ha confermato l'avvenuta attivazione dei dipartimenti materno infantile, di chirurgia, dell'area medica e di prevenzione, di cui sono già stati nominati i responsabili. Ha inoltre fornito indicazioni circa l'attività di prevenzione svolta e circa l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata con l'avvio di un programma per 300 pazienti annui gestito dai distretti con una commissione di verifica per ogni distretto, coordinate da una commissione centrale.

Rispondendo a domande dei senatori Carla Castellani e Monteleone, il dottor Pierri ha precisato che l'organico del personale medico ed infermieristico è al di sopra della media nazionale per abitante, ma al di sotto delle esigenze dei quattro ospedali e che in merito è stata avviata una operazione di razionalizzazione. Vi è certamente l'esigenza di rafforzare la presenza territoriale e di renderne i servizi più accessibili anche in termini di informazione agli utenti, ma occorre tenere presente che la situazione è sensibilmente migliorata rispetto al passato. In tale contesto l'assistenza territoriale è sufficientemente garantita anche in quelle zone, come Chiaramonte, che vedono l'ospedale locale non più al livello di 10-15 anni fa. Del resto occorre prendere atto che la Regione ha previsto l'esistenza di un solo pronto soccorso attivo (Lagonegro) e di tre ospedali distrettuali, in cui concentrare tutte le specialità in attesa della costruzione del nuovo ospedale unico. Rispetto a tale obiettivo, la soluzione adottata ha carattere transitorio, ma in qualche misura obbligato.

Sollecitato dal senatore Mignone in merito ai problemi tuttora irrisolti, il dottor Pierri ha citato le difficoltà di razionalizzare l'utilizzo delle attrezzature disponibili per l'opposizione della popolazione locale e per l'exasperato campanilismo e, in linea generale, l'esigenza ancora insoddisfatta di disporre di un ospedale qualificato anche al fine di concentrare in esso tutte le attrezzature tecnologicamente avanzate.

Infine il dottor Pierri ha ricordato come in passato per ben due volte l'indizione della Conferenza dei servizi per la presentazione della Carta dei servizi abbia determinato le dimissioni del direttore sanitario dell'epoca.

È stato quindi ascoltato il signor *Domenico Camardo*, responsabile del servizio prevenzione e sicurezza, il quale ha illustrato l'attuazione delle norme sulla sicurezza previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994, ed in particolare la deliberazione del direttore generale n. 277 del 18 marzo 1996 con la quale furono nominati egli stesso in qualità di responsabile del servizio, il medico competente, e fu indicata la relativa dotazione di personale. Con successive deliberazioni furono poi nominati, per ogni plesso ospedaliero, i responsabili ed i rappresentanti per il servizio di prevenzione degli incendi. La mappatura dei rischi, già effettuata nel 1996, è stata recentemente aggiornata.

La nomina di un responsabile per ciascuno dei plessi ospedalieri trova motivazione nella distribuzione sul territorio delle strutture e comporta la competenza di ciascuno dei responsabili per l'intero distretto.

Il responsabile del servizio di prevenzione e sicurezza, dopo aver affermato che non sono state effettuate simulazioni di evacuazione, ha illustrato le principali iniziative assunte, sottolineando peraltro l'accentuata propensione al degrado che denunciano le strutture ospedaliere dell'azienda. È stato creato un fondo *ad hoc* per l'applicazione del decreto legislativo n. 626. Sono stati attivati corsi di formazione anche in collaborazione con i Vigili del fuoco e sono stati adottati, laddove necessario, dispositivi di protezione individuale per il personale. Sono infine stati installati i necessari dispositivi per l'evacuazione dei gas anestetici dalle sale operatorie.

Il dottor *Giuseppe Cascini*, responsabile dell'attuazione della Carta dei servizi, ha illustrato il progetto di attuazione e la relativa metodologia di comunicazione, sia nei confronti del personale, sia all'esterno attraverso la distribuzione di copie della Carta agli uffici *tickets*, ad altri enti pubblici territoriali, alle associazioni di volontariato, ai medici di famiglia ed alle farmacie.

Rispondendo ad un quesito della senatrice Carla Castellani, il dottor Cascini ha illustrato il sistema di prenotazione a vista e telefonico attivato dalle postazioni informatizzate, attualmente in via di collegamento fra loro e dislocate a Senise, Chiaromonte, Lauria, Lagonegro e Maratea.

Per quanto riguarda i reclami, è stato attivato un numero verde ed è stata allegata alla Carta una apposita modulistica, mentre non è attivo un programma di verifica della qualità collegato con la dimissione del paziente. Ai reclami è dedicato un procedimento di analisi e classificazione che individua le aree critiche e sfocia nelle direttive di indirizzo della direzione generale per l'anno successivo.

A seguito di domande del senatore Mignone, il dottor Cascini ha illustrato le principali cause della emigrazione sanitaria all'interno dell'azienda, tra cui particolarmente la bassa specialità dell'offerta rispetto alla domanda di prestazioni complesse. Infine, a proposito delle prestazioni prenotate e non erogate, ha specificato che non è previsto un *bonus*, che peraltro non sarebbe esente da complicazioni attuative nel caso, ad esempio, di prenotazioni telefoniche.

Il dottor *Antonio Gagliardi*, dirigente responsabile dei presidi ospedalieri, ha illustrato le tabelle relative all'analisi partecipata della qualità effettuata dalla regione Basilicata, da cui l'azienda di Lagonegro risulta al primo posto per soddisfazione degli utenti.

Il dottor Gagliardi ha rilevato la sussistenza di una migrazione sanitaria in uscita al livello di specialità medio-alta, ed ha rilevato che il numero dei medici ospedalieri dipendenti dell'azienda sarebbe in astratto sufficiente, ma in effetti l'elevato numero di presidi determina seri problemi con particolare riferimento ai radiologi e agli anestesisti.

Di seguito il responsabile dei presidi ospedalieri ha ricordato che, a causa dell'impossibilità di affrontare le emergenze (essendo al momento

disponibile una sola sala operatoria), aveva intenzione di chiudere il plesso ospedaliero di Lagonegro ed in tal senso aveva chiesto l'intervento del Procuratore della Repubblica di Lagonegro. Ha poi descritto la diversa situazione dell'ospedale di Maratea nel quale sussistono tre sale operatorie, ma ha ricordato le difficoltà di apportare modifiche funzionali in tale struttura a fronte delle minacce di morte ripetutamente ricevute. Ha quindi confermato che presso il presidio di Chiaromonte esiste un pronto soccorso affidato al servizio emergenza-urgenza in grado di affrontare i casi di emergenza 24 ore su 24.

Il dottor Gagliardi ha infine fornito dati sul tasso di ospedalizzazione (attualmente pari a 230 ricoveri ogni 1000 abitanti) ed ha illustrato il piano per la sua riduzione.

La delegazione parlamentare ha quindi ascoltato una rappresentanza del personale medico. Il dottor *Pasquale Mitidieri*, rappresentante della CGIL medici, ha fornito indicazioni circa lo stato di attuazione del contratto di lavoro, applicato quasi per intero, e del regolamento per l'attività libero-professionale, ritenuto soddisfacente, nonché sull'elaborazione del codice di autoregolamentazione dello sciopero; la retribuzione di risultato è stata applicata nel triennio, ed in particolare per il 1999 è stata collegata a progetti volti a ridurre le liste di attesa.

Il dottor *Giuseppe Papaleo*, dirigente medico di secondo livello, ha sottolineato l'importanza dello sforzo organizzativo in atto nell'azienda ed il valore dello sforzo individuale necessario anche per fronteggiare la difficile situazione di ordine pubblico.

La dottoressa *Alfonsina Guarino*, responsabile del Centro di salute mentale e rappresentante della FIALF medici, ha illustrato le migliorie apportate al Centro e l'istituzione di ambulatori periferici dislocati sul territorio.

Il signor *Nicola Donadio*, membro della rappresentanza sindacale unitaria dell'azienda, ha manifestato la propria insoddisfazione per il livello di sicurezza negli ospedali e per l'insufficiente informazione disponibile a riguardo, ed ha espresso riserve circa l'adeguatezza delle strutture a rispondere alle esigenze dei cittadini nella fase di trasformazione delle strutture medesime, con particolare riguardo al ridimensionamento di taluni presidi, come quello di Chiaromonte, in attesa della effettiva operatività della sanità territoriale.

Il signor *Antonio Corizzo*, responsabile del Sulp, ha fatto presente l'esistenza di una mappa dei rischi elettrici ed ha illustrato i principali provvedimenti adottati per mettere a norma i sistemi elettrici delle strutture ospedaliere e degli ambulatori.

Il signor *Benedetto Mitidieri*, componente della rappresentanza sindacale unitaria, ha espresso insoddisfazione per lo stato di attuazione del modello organizzativo dell'azienda previsto dal Piano sanitario regionale, e particolarmente per la situazione organizzativa, finanziaria e di efficienza generale. Il signor Mitidieri ha definito soddisfacenti i rapporti fra le rappresentanze sindacali e la direzione generale ed ha evidenziato

l'esistenza di posizioni diverse nelle rappresentanze sindacali circa la realizzazione dell'ospedale unico.

Il signor *Egidio Costanza*, componente della rappresentanza sindacale unitaria dell'ospedale di Chiaromonte, si è detto favorevole al potenziamento di tale presidio per rispondere alle esigenze di una zona disagiata sotto il profilo delle vie di comunicazione.

La signora *Maria Panza* e la signora *Maria Romano*, della rappresentanza sindacale unitaria dell'ospedale di Maratea, hanno manifestato contrarietà per il progetto di costruzione di un nuovo ospedale unico, ritenendo adeguata a tale uso la struttura già esistente a Maratea.

Il signor *Luigi Cersosimo*, membro della rappresentanza sindacale unitaria del presidio di Lauria, ha manifestato il proprio favore per l'ospedale unico.

Il signor *Tullio Adesso*, infermiere professionale del pronto soccorso di Lagonegro e membro della rappresentanza sindacale unitaria, pur esprimendo apprezzamento per la qualità dell'ospedale di Maratea, ha posto in rilievo l'esigenza di un ospedale unico ubicato in un punto centrale della Regione e facilmente raggiungibile.

7. Considerazioni conclusive

L'Asl n. 3 di Lagonegro serve un territorio che è a più bassa densità abitativa della regione Basilicata (81.000 abitanti) e disagiato dal punto di vista della viabilità.

L'azienda n. 3, in cui sono confluite le due Usl soppresse, quella del Senese e quella del Lagonegrese, attualmente comprende quattro plessi ospedalieri: Chiaromonte, Lagonegro, Lauria e Maratea.

La delegazione ha ispezionato le strutture di Lagonegro, Lauria e Maratea.

L'ispezione del plesso ospedaliero di Lagonegro, destinato con legge regionale del 1990 a sede del pronto soccorso attivo, ha evidenziato alcune gravi carenze, riferite anche nello studio di prefattibilità del luglio '97 commissionato dal direttore generale dell'azienda Usl n. 3 al fine di illustrare la proposta di intervento relativa alla realizzazione di un nuovo ospedale nell'ambito della 2° fase del programma straordinario di intervento *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

La struttura, costruita negli anni '60 (originariamente era una scuola) e successivamente ampliata, insiste su un'area di circa 10.500 mq. sita nel centro urbano di Lagonegro.

La sua ubicazione lungo una strada ad alta densità di traffico urbano e l'insufficienza della superficie esterna che non permette interventi migliorativi rende difficile l'accesso ed un transito agevole delle ambulanze; c'è una diffusa presenza di barriere architettoniche e carente è l'adeguamento del complesso impiantistico alle norme di sicurezza ed alla normativa antincendio.

Le stanze di degenza a 2 letti sono gradevoli ma anguste, e non permettono una buona agibilità. Mancano spazi comuni e servizi per pazienti e visitatori. Il loro allestimento, necessario per ottemperare ai dettati di legge, potrà comportare una diminuzione di posti letto.

La carenza di spazi, quindi, potrebbe rendere problematica, nel plesso ospedaliero di Lagonegro, la collocazione di letti per l'attivazione delle unità operative di ostetricia, ginecologia, del nido, della pediatria, dell'ortopedia e traumatologia, necessarie per dare completezza al pronto soccorso attivo.

L'eliporto è stato realizzato presso lo spazio adiacente agli uffici della Asl distante circa due chilometri dal plesso ospedaliero.

È in corso la costruzione del nuovo gruppo operatorio che prevede 3 sale operatorie ed un reparto di rianimazione di 6 posti letto.

Il plesso ospedaliero di Lauria, già struttura privata rilevata poi dalla Regione, risale agli anni '70; è uscito dal circuito degli acuti ed in esso sono presenti 36 posti letto di riabilitazione multidisciplinare, 12 posti letto di lungodegenza, un centro di salute mentale ed un reparto di dialisi di 12 posti letto.

La struttura garantisce quindi servizi territoriali ed è in collegamento con gli altri servizi distrettuali per il mantenimento e lo sviluppo delle citate funzioni.

La struttura di Maratea sorge su un'area di 20.000 mq. e risale agli anni '70; è collegata tramite un corridoio ad una struttura più datata che sarà destinata a Rsa. La parte più recente, costruita già in origine come struttura ospedaliera, è certamente razionale nella tipologia e nella disposizione di spazi e servizi.

Le sale operatorie sono a norma per l'evacuazione dei gas mentre ancora carente l'adeguamento delle reti impiantistiche della struttura alle norme di sicurezza ed antincendio. A tal fine è stato destinato un fondo per l'applicazione del decreto legislativo n. 626 del 1994, sono stati attivati corsi di formazione anche in collaborazione con i Vigili del fuoco, come riferito dal responsabile della sicurezza e prevenzione.

L'analisi del numero dei ricoveri evidenzia che esso è superiore nel plesso ospedaliero di Maratea rispetto a quello di Lagonegro, ed altrettanto si evidenzia per l'attività del pronto soccorso che rimane sostanzialmente costante nei mesi di luglio e agosto nel plesso di Lagonegro, mentre ha una vera impennata nel plesso di Maratea specialmente per le prestazioni senza ricovero. Complessivamente l'ospedale di Maratea sembra esercitare sul territorio un maggior richiamo per gli utenti.

L'audizione del direttore generale ha evidenziato come (a fronte di un finanziamento a quota capitaria di 42 miliardi per il territorio ed i quattro presidi ospedalieri), al fine di superare diseconomie gestionali, ottimizzare l'impiego delle risorse umane e superare il «pendolarismo» degli utenti dovuto alla comprensibile indisponibilità di tecnologie avanzate in ogni singolo presidio, nonché l'inadeguatezza funzionale e strutturale del presidio di Lagonegro, si sia ritenuto di realizzare una nuova struttura ospedaliera per l'emergenza-urgenza, posizionata in maniera baricentrica

rispetto al territorio, per la quale la regione Basilicata ha già impegnato 55 miliardi, ma non ha ancora individuato il sito. Il direttore generale ha precisato inoltre che avendo la Regione, d'intesa con il Ministro della sanità, previsto l'acquisizione da parte dell'INAIL del plesso ospedaliero di Maratea nella prospettiva di convertire la struttura in un polo multispecialistico di riabilitazione e lungodegenza riabilitativa; rimanendo esclusa Lauria per le condizioni strutturali inadeguate e Chiaromonte per la posizione decentrata sul territorio, la Regione ha altresì ritenuto di destinare la struttura di Lagonegro a svolgere le funzioni di pronto soccorso attivo. L'ispezione fatta in loco dalla delegazione, e più ancora lo studio di prefattibilità, hanno evidenziato che questa scelta potrà comportare, per l'inadeguatezza della struttura, non poche difficoltà e disagi nella realizzazione nonché una non ottimizzazione nell'impiego delle risorse finanziarie proprio in conseguenza della transitorietà della scelta stessa.

Il direttore generale ha poi riferito di numerosi episodi di protesta dei cittadini e di minacce ai danni del personale medico ed amministrativo ed ha manifestato viva preoccupazione anche per la propria incolumità.

L'audizione del direttore amministrativo ha evidenziato che il processo di aziendalizzazione è ancora incompleto perché, anche se sono stati individuati i centri di costo, la definizione delle schede di *budget* e degli obiettivi annuali è ancora in fase di avvio. Ha riferito anche che il bilancio '99 è stato definito sulla base della contabilità economico-patrimoniale, ma risulta ancora incerto per l'indeterminatezza dei finanziamenti da parte della Regione.

L'attività libero-professionale è stata disciplinata ed è già in corso per la parte ambulatoriale anche attraverso convenzioni con studi privati, e sono state individuate le stanze per l'attività di ricovero *intra moenia*, peraltro mai utilizzate.

L'audizione del direttore sanitario ha confermato l'avvenuta attivazione dei dipartimenti materno-infantile, di chirurgia, dell'area medica e di prevenzione, i cui responsabili sono stati nominati. Ha lamentato una carenza di anestesisti e radiologi ed ha precisato che l'organico del personale medico ed infermieristico è al di sopra della media nazionale per abitante, ma al di sotto delle reali esigenze dei quattro plessi ospedalieri.

L'audizione del responsabile della Carta dei servizi ha illustrato, tra l'altro, le principali cause dell'emigrazione sanitaria, evidenziando particolarmente la bassa specificità dell'offerta sanitaria rispetto alla domanda anche di prestazioni complesse.

Anche il dirigente responsabile dei presidi ospedalieri ha rilevato la sussistenza di una emigrazione sanitaria in uscita al livello di specialità medio-alto ed ha ribadito le difficoltà, espresse anche dagli altri, di apportare le opportune modifiche funzionali alle strutture previa sospensione di alcuni servizi a fronte di minacce di morte ripetutamente ricevute.

Le altre audizioni hanno ribadito quanto già esposto, ed alcuni hanno sollecitato una maggiore attenzione da parte dei vertici aziendali al plesso ospedaliero di Chiaromonte, per rispondere alle esigenze sanitarie di una zona disagiata anche sotto il profilo delle vie di comunicazione.

Concludendo, l'azienda Usl n. 3 di Lagonegro presenta non poche difficoltà gestionali, sia per la tipologia del territorio che per il contesto socio-economico in cui i quattro plessi rappresentano la principale fonte di sostegno all'interno di ogni economia municipale.

La realizzazione della Carta dei servizi è apparsa più un adempimento formale pur pregevole del gruppo di lavoro ad esso preposto ma, non avendo coinvolto sufficientemente operatori e cittadini, ha avuto scarsi effetti sulla organizzazione dei servizi.

Il tasso di ospedalizzazione, seppure in diminuzione rispetto agli anni precedenti, è pur sempre alto (230/1.000 abitanti) e può essere un segnale della non completa organizzazione della medicina territoriale che non riesce a svolgere appieno la funzione di filtro per i ricoveri impropri presso i presidi ospedalieri che erogano servizi di bassa-media specialità. Differenziando forse l'offerta delle specialità ed elevandone il livello, si potrebbe limitare l'emigrazione sanitaria. Nel complesso l'azienda Usl n. 3 della Basilicata evidenzia luci ed ombre nel percorso di completamento del processo di aziendalizzazione.

Va rilevato che, durante le audizioni alcuni dirigenti, compreso il direttore generale, hanno comunicato di essere stati minacciati nello svolgimento delle loro delicate funzioni.

La Commissione non può non prendere atto delle riferite minacce ed intimidazioni che potrebbero distorcere i processi decisionali nella gestione della Asl ed auspica che tutte le Istituzioni si impegnino a ripristinare un clima di serenità e di legalità per consentire un lavoro proficuo dei dirigenti e degli operatori sanitari nell'interesse di tutti i cittadini.

Relazione sul sopralluogo effettuato il 7 e 8 novembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta presso l'Asl n. 6 di Palermo (*predisposta dalla relatrice sen. Carla Castellani*)
Approvata dalla Commissione nella seduta n. 90 del 14 dicembre 2000

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato il 7 e 8 novembre 2000 un sopralluogo presso la Asl n. 6 di Palermo. Hanno fatto parte della delegazione la senatrice Carla Castellani, nonché i senatori Enrico Pianetta, Ferdinando Di Orio e Baldassare Lauria.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Isabella Mastrobuono, collaboratore esterno della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Palermo hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Le audizioni *in loco*

Nel pomeriggio del 7 novembre 2000 la delegazione parlamentare ha svolto le audizioni dei vertici sanitari e amministrativi della Asl n. 6 di Palermo, nonché delle rappresentanze sindacali sia del personale medico che non medico.

È stato per primo ascoltato il dottor *Giancarlo Manenti*, direttore generale dell'azienda dal febbraio 1997, il quale ha ricordato che la Asl è stata costituita nel luglio 1995 e deriva dalla unificazione di 14 Usl: si tratta di una realtà assai complessa, caratterizzata da un territorio di competenza molto esteso e differenziato (comprendente anche le isole di Ustica, Linosa e Lampedusa) con un bacino di utenza pari a circa 1.200.000 abitanti, anche se va ricordato che nel medesimo territorio è presente anche il policlinico universitario di Palermo, dotato di oltre 1.300 posti letto. La Asl dispone di 11 presidi ospedalieri, dei quali 4 nella città di Palermo e 7 in altri comuni, per un totale complessivo di circa 1.270 posti letto; nella Asl sono inoltre stati istituiti 14 distretti e lavorano complessivamente circa 7.500 dipendenti.

Per quanto concerne la situazione degli ospedali, il direttore generale, dopo aver ricordato che la Regione, in assenza fino a pochi mesi fa di un piano sanitario complessivo, aveva approvato alla fine del 1996 un piano

sanitario stralcio per la rete ospedaliera, ha fatto presente che alcuni presidi – come quello di Palazzo Adriano – andrebbero chiusi, mentre altri – come quello di Corleone – presentano caratteristiche di vetustà piuttosto accentuate. D'altra parte sono in via di completamento oppure sono stati appena completati nuovi presidi, come in particolare quelli di Cefalù e di Petralia Sottana. Ha poi evidenziato che per la Casa del Sole è prevista la costituzione di un polo pediatrico per la cui realizzazione è già pronto il progetto e si è in attesa del finanziamento. Anche per l'ospedale Enrico Albanese di Villa Igea – in cui attualmente vi è una divisione di ortopedia per adulti, una di ortopedia pediatrica ed una di chirurgia pediatrica – esiste un progetto già completo per la costituzione di un polo di riabilitazione, così come previsto dal piano sanitario; tuttavia tale progetto, comportante una spesa di 2 miliardi, non è ancora stato finanziato con i fondi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Il senatore Di Orio a tale ultimo proposito ha precisato che tutti i progetti segnalati con carattere di priorità dalle Regioni sono stati finanziati con i fondi *ex* articolo 20 e che pertanto se così non è accaduto per l'ospedale Enrico Albanese è da ritenersi che il relativo progetto non sia stato segnalato come prioritario dalla regione Sicilia.

In ordine al personale dipendente, il direttore generale ha sottolineato che il suo eccessivo numero rende difficile l'applicazione di misure volte ad incrementarne la produttività. Sono molti i casi di infermieri ed ausiliari che svolgono in realtà mansioni di tipo diverso, mentre per quanto attiene ai dirigenti medici si è in presenza di una situazione variegata che vede presenti ottime professionalità insieme a indubbe carenze.

Con l'ausilio dell'Università di Palermo è stato approntato un progetto di *budget* per l'attività sia degli ospedali che del territorio: il nuovo sistema verrà completamente avviato a partire dal 1° gennaio prossimo. È altresì pronto un progetto di rivisitazione complessiva dell'azienda, realizzato con la consulenza dell'Università Bocconi di Milano proprio al fine di accelerare il processo di aziendalizzazione.

Il dottor Manenti ha affermato poi che il processo di informatizzazione dell'azienda è ancora agli inizi e che al riguardo uno specifico incarico è stato affidato a una grande ditta esterna.

Sono in atto convenzioni con l'Università di Palermo per le specialità di neuropsichiatria infantile, pediatria, chirurgia pediatrica ed oncologia pediatrica. Corsi di formazione e riqualificazione del personale vengono svolti con l'ausilio delle Università Bocconi di Milano e Luiss di Roma.

Per quanto concerne l'attività libero-professionale *intra moenia*, il direttore generale ha lamentato la carenza di strutture dedicate; sono in corso contatti con cliniche private per la realizzazione di specifiche convenzioni.

Da ultimo la senatrice Castellani ha fatto presente al direttore generale che la Asl n. 6 di Palermo è una delle dodici Asl che non hanno restituito, debitamente compilato, il questionario loro inviato dalla Commissione (e successivamente sollecitato), contenente alcune richieste di dati e informazioni sullo stato di aziendalizzazione.

Il direttore generale ha attribuito tale inadempienza a disservizi di ordine burocratico, per cui il documento in questione, da lui ricevuto e smistato ad altro ufficio, sarebbe per due volte andato smarrito.

È stato quindi ascoltato il dottor *Giuseppe Scarpulla*, direttore amministrativo, il quale ha rilevato che è già stata avviata la contabilità economica, seppure ancora a titolo sperimentale ed in contemporanea con quella finanziaria: con il nuovo anno, come dispone la legge regionale, si passerà alla sola contabilità economica.

La situazione di bilancio dell'azienda presenta aspetti problematici, anche per la mancata applicazione di normative regionali. Nel 1999, a fronte di un finanziamento regionale di 245 miliardi, vi sono stati 97 miliardi di *deficit*, mentre per il 2000 la Asl è in credito nei confronti della Regione di 310 miliardi, il che determina un grave problema di cassa.

La Asl ha più volte richiesto alla Regione un'assegnazione di fondi più tempestiva e certa; ha inoltre chiesto senza successo che la sanità relativa alle isole di Ustica, Lampedusa e Linosa venga remunerata in termini di spesa effettiva e non di mera quota capitaria.

Rispondendo ad un quesito della senatrice Carla Castellani, il direttore amministrativo ha affermato che, senza considerare le spese relative al personale, i presidi ospedalieri incidono per circa 1/3 sul bilancio dell'azienda.

Il dottor Scarpulla ha poi precisato che il vecchio contratto per i dirigenti medici è stato regolarmente applicato, mentre è già iniziata la trattazione relativa al nuovo contratto. La distribuzione e gli incentivi viene realizzata a specifici obiettivi stabiliti, nell'ambito del progetto aziendale, dai singoli dirigenti responsabili.

È stata poi ascoltata la dottoressa *Rosalia Spallina*, direttore sanitario dal 1997, la quale ha anche riferito in tema di ospedalità pubblica e privata. La dottoressa Spallina ha affermato che l'organizzazione per dipartimenti si sta avviando con notevoli difficoltà, dovute in particolare, per quanto concerne i presidi ospedalieri decentrati, alla carenza delle figure dirigenziali di tali sedi che registrano un *turnover* molto accentuato.

A suo giudizio i presidi ospedalieri dell'azienda rispondono bene alle esigenze degli utenti, soprattutto in provincia mentre per quanto riguarda la città di Palermo l'ospedale Ingrassia è l'unico presidio dell'azienda dotato di dipartimento di emergenza di secondo livello. La funzionalità dei poli ambulatoriali territoriali è invece meno soddisfacente e presenta carenze che vengono colmate dagli ospedali. Alcuni problemi sono emersi nel pronto soccorso dell'ospedale Ingrassia di Palermo dopo che la nuova pianta organica aveva previsto l'accorpamento dei medici di pronto soccorso nell'organico delle divisioni di medicina e chirurgia; il nuovo piano sanitario ha ora concesso di aumentare la quota dei medici di pronto soccorso in base al numero degli interventi effettuati.

La direttrice sanitaria, rispondendo ad una specifica domanda, ha affermato che la mobilità extraaziendale dell'utenza presenta un saldo passivo (soprattutto per patologie oncologiche, neurochirurgiche e di ortopedia) ma non è stata in grado di fornire in proposito dati più precisi. Non è

stata inoltre in grado di fornire nessun elemento di informazione in materia di liste di attesa, di ricoveri impropri e di tasso di ospedalizzazione.

L'esercizio della libera professione intramuraria è stato attivato per quanto concerne l'attività ambulatoriale; peraltro solo in alcuni presidi esistono spazi dedicati, mentre in altri casi si è provveduto ad autorizzare l'attività in studi privati. L'attività *intra moenia* in regime di ricovero sostanzialmente non esiste né vi sono i fondi per creare spazi idonei.

Nel territorio dell'azienda - ha precisato infine la dottoressa Spallina - esistono due grandi cliniche private accreditate, una specializzata in cardiocirurgia ed oculistica, l'altra in oculistica e oncologia.

L'ingegner *Vincenzo Lo Medico*, responsabile del servizio protezione e sicurezza dal febbraio 1996, ha dichiarato che è stata realizzata la mappatura dei rischi sia nei presidi ospedalieri che nelle strutture territoriali dell'azienda e sono stati nominati i responsabili per la sicurezza. Sono inoltre stati attivati corsi di formazione per il personale esposto a rischi ambientali previsti dal decreto legislativo n. 626 del 1994 ed è stato approvato il regolamento interno per la sicurezza. Il piano di evacuazione è invece ancora in fase di stesura.

Uno studio specifico è stato fatto per le sale operatorie, anche se è ora necessario rivederlo. Periodicamente vengono effettuati rilevamenti per i vapori anestetici (ogni sei mesi) e per gli agenti microbiologici (ogni tre mesi).

L'ingegner *Lo Medico* ha poi affermato che non tutte le sale operatorie dispongono di sistemi perfettamente funzionanti: al riguardo è stato inviato ai responsabili un questionario volto a verificare eventuali scostamenti dai valori previsti. Nel caso in cui si verificano valori fuori norma si procede ad interventi sugli impianti mal funzionanti. In tempi recenti è stato concesso in appalto il servizio di manutenzione, mentre per le procedure operative sono stati diffusi fogli informativi.

La dottoressa *Fatima Mannino*, responsabile dell'ufficio relazioni con il pubblico, dopo aver consegnato documentazione utile ad illustrare l'attività svolta da tale ufficio, ha dichiarato che la Carta dei servizi è stata adottata nel 1997 ed aggiornata nel 2000 comprendendo anche i servizi offerti dai distretti territoriali.

L'azienda non ha previsto un meccanismo di *bonus/malus* in caso di mancata prestazione, benché tale iniziativa fosse stata proposta dall'Ufficio relazioni con il pubblico.

Sono stati attivati 18 punti informativi e presso l'unità centrale dell'URP esiste una banca dati relativa all'intera azienda. A partire da luglio 2000 è iniziata la sperimentazione relativa alla dichiarazione di assenso alla donazione degli organi.

La dottoressa *Mannino* ha poi illustrato le iniziative assunte in tema di *customer satisfaction*, con particolare riferimento all'elaborazione dei reclami raccolti attraverso specifici questionari.

Il dottor *Giuseppe Noto*, responsabile del servizio unità operativa «qualità» istituita nel 1996, ha affermato che lo *staff* da lui coordinato si compone di un gruppo centrale, costituito da 8 persone, ed una rete

di referenti tecnici dei diversi responsabili gerarchici dell'azienda. Attraverso un particolare sforzo si è riusciti nel 1999 ad approvare un piano strategico aziendale, strutturato per indirizzi ed obiettivi, che individua come aree meritevoli di particolare attenzione quelle delle liste di attesa, dell'appropriatezza degli interventi e della ridefinizione dei percorsi amministrativi. Il dottor Noto ha tuttavia sottolineato che tale piano strategico deve essere calato in un contesto quanto mai difficile, segnato da profonde debolezze degli *inputs* regionali in materia sia di *budget* che di sistema di valutazione.

Rispondendo poi a quesiti posti dal senatore Di Orio, il dottor Noto ha affermato che esiste uno specifico ufficio competente per l'analisi epidemiologica del territorio presso il settore dell'igiene pubblica che afferisce alla direzione sanitaria; che non esistono dati sui ricoveri impropri, anche se sul tema è in fase di avvio uno studio specifico; che in tema di mobilità extraaziendale e di DRG dati possono essere forniti dall'unità operativa controllo di gestione; che esiste una rilevazione delle liste di attesa a partire dal 1997.

Ha infine evidenziato che nella Asl il sistema informativo è debole e parcellizzato e che per quanto concerne l'attuazione del Piano sanitario regionale, approvato per la prima volta da pochi mesi, si è ancora in una fase primordiale anche se non manca qualche segnale positivo.

La delegazione parlamentare ha quindi svolto l'audizione delle rappresentanze sindacali sia mediche che non mediche.

Il signor *Giovanni Ferraro*, coordinatore della RSU aziendale e rappresentante della CISL, ha denunciato gravi ritardi e carenze negli interventi di razionalizzazione e pianificazione che avrebbero dovuto seguire all'accorpamento delle 14 Usl nell'azienda n. 6. In particolare sono stati ereditati molti piccoli presidi ospedalieri difficili da integrare tra loro e la cui gestione determina un notevole dispendio di risorse finanziarie. Ha poi ricordato che le rappresentanze sindacali hanno chiesto nel 1999 la rimozione del direttore generale anche a causa del cospicuo disavanzo (250 miliardi) dichiarato dalla Asl; tuttavia l'assessore regionale alla sanità non ha accolto tale richiesta con la motivazione che la situazione della sanità regionale non è in generale migliore di quella della Asl n. 6 di Palermo.

Per la CGIL il signor *Mario Scialabba* ha consegnato un documento in cui si evidenziano le difficoltà che il processo di aziendalizzazione incontra soprattutto per quanto concerne l'istituzione dei dipartimenti e della contabilità per centri di costo, nonché l'operatività dei distretti. L'andamento della spesa ospedaliera registra un cospicuo aumento negli ultimi anni, mentre insufficiente attenzione viene dedicata ai servizi territoriali. Tali rilievi sono stati del resto avanzati anche dal Collegio dei revisori, le cui affermazioni l'azienda ha inteso mettere in discussione attraverso una consulenza esterna: tale incongruo comportamento è stato oggetto di una nota inviata dal Ragioniere generale dello Stato al Presidente della Regione. Il rappresentante della CGIL ha infine sottolineato la difficoltà di instaurare corrette relazioni sindacali e di dare applicazione al contratto.

Per la FLS-CISAL il signor *Giuseppe Raneli* ha lamentato la carente gestione del personale e la confusione derivante dall'accavallamento tra i distretti sanitari e i settori in precedenza previsti dalla legislazione regionale.

Per la UIL-medici il signor *Salvatore Lo Cacciato* ha denunciato la cattiva gestione della Asl che è da considerare peggiore anche rispetto a quella delle precedenti Usl: vi è una grave mancanza di pianificazione e suscitano perplessità i numerosi incarichi di consulenza esterna; inoltre la pianta organica è del tutto inadeguata perché priva di ogni concreto riferimento progettuale. Infine l'applicazione del contratto è stata largamente disattesa.

Per la CISL- Medici il signor *Giuseppe Papa* ha osservato che la gestione della Asl presenta particolari difficoltà a causa della vastità del territorio e che scelte corrette da un punto di vista aziendale (ad esempio la chiusura di alcuni ospedali) si scontrano con opposte valutazioni politiche. Pertanto se la gestione della Asl è nei numeri deficitaria, essa tuttavia viene assolta a livello politico.

Il dottor *Domenico Vella Greco* (CIMO-ASMD) ha sottolineato l'opportunità di rendere autonoma l'organizzazione della rete ospedaliera rispetto a quella del territorio e ha lamentato la cronica insufficienza di risorse dedicate alla sanità nel Sud.

La dottoressa *Rosalba Muratori* (CUMI-AMFUP) ha consegnato una memoria scritta, evidenziando la mancata attivazione dell'emergenza sanitaria territoriale che pure è parte integrante del servizio «118».

Infine il signor *Roberto Miranda* (FASE-FAPAS) si è riservato di trasmettere una memoria scritta.

3. Il sopralluogo presso il presidio ospedaliero «Ingrassia» di Palermo

La delegazione ha eseguito il sopralluogo presso il presidio ospedaliero «Ingrassia» di Palermo, una struttura vetusta destinata in passato ad ospedale sanatoriale ed attualmente utilizzata come ospedale generale (220 posti letto).

Al momento dell'ispezione erano in corso lavori per la messa a norma e per la ristrutturazione di alcuni reparti.

La visita ispettiva è iniziata dal pronto soccorso.

L'attuale pronto soccorso appare, dal punto di vista logistico-organizzativo, strutturalmente carente anche in relazione al numero di prestazioni che effettua (circa 40.000 l'anno); angusto è lo spazio destinato all'attesa (carente anche come numero di posti a sedere), alle prestazioni ed all'astanteria. Quest'ultima è costituita da una piccola stanza con 3 posti letto ed è sprovvista di servizio igienico. Non esiste *triage*.

Adiacente al pronto soccorso è presente un locale dedicato all'accettazione ed attrezzato con scaffalature a vista contenenti parte dell'archivio delle prestazioni effettuate dal pronto soccorso. La stanza, al momento dell'ispezione, è apparsa in oggettivo disordine.

I nuovi locali per il pronto soccorso sono disposti al piano seminterrato (piano continuato) accanto alla radiologia.

Il nuovo pronto soccorso, in via di approntamento, appare ampio e ben disposto, con adeguati spazi per l'attesa, per le visite mediche e per le prestazioni chirurgiche, per l'astanteria e per il personale sanitario.

È previsto anche un nuovo e più funzionale accesso per ambulanze e pazienti. Nella nuova sede sarà attuato anche il *triage*.

Sempre nel seminterrato è prevista la nuova unità operativa di rianimazione che sarà dotata di 8 posti letto.

L'organizzazione strutturale degli spazi appare razionale essendo previsti, oltre alle due stanze di degenza da 4 posti letto ciascuna con accesso esterno per i visitatori, una sala di preparazione per i pazienti, una sala chirurgica e spazi per gli operatori sanitari.

I tempi di ultimazione ed attivazione della nuova rianimazione dovrebbero essere di 6-8 mesi, mentre l'area di pronto soccorso dovrebbe essere riconsegnata entro dicembre del corrente anno.

La delegazione ha visitato successivamente l'unità operativa di ostetricia e ginecologia che prevede, sullo stesso piano, sia il reparto di degenza che quello operatorio dotato, quest'ultimo, di 2 sale operatorie dedicate; queste sono utilizzate esclusivamente per gli interventi di ostetricia e ginecologia. Gli interventi di ginecologia sono 2.500 l'anno ed i parti circa 1.000.

Il reparto di degenza è dotato di 32 posti letto in totale, distribuiti in stanze da 5 e da 6 posti letto; i servizi igienici sono scarsi.

Per l'attività libero-professionale dei dirigenti del reparto, sono state attrezzate due stanze dotate di servizi igienici in camera, abbastanza soddisfacenti dal punto di vista alberghiero e, a detta del personale sanitario, in grado di coprire la richiesta di prestazioni libero-professionali.

Successivamente è stata ispezionata l'unità operativa di cardiologia, dotata anch'essa di 32 posti letto di cui 8 di terapia intensiva. Ogni camera di degenza è dotata di 6-8 posti letto con servizi igienici esterni. Nessuno dei servizi igienici è dotato di ausili per portatori di *handicap*.

Presso l'unità operativa di cardiologia sono ricoverati 1.600 pazienti l'anno (di cui 350 pazienti infartuati). Il dirigente di reparto ha riferito che, accanto all'attività assistenziale, una particolare attenzione è dedicata anche alla ricerca.

Anche nell'unità operativa di cardiologia sono in corso lavori di ristrutturazione e per l'adeguamento al decreto legislativo n. 626 del 1994.

4. Considerazioni conclusive

L'Azienda n. 6 di Palermo è stata istituita nel 1995 e deriva dall'accorpamento di 14 Usl. Si tratta di una realtà assai complessa con un territorio di competenza molto esteso ed estremamente differenziato (comprendente anche le isole di Ustica, Linosa e Lampedusa), e con un bacino d'utenza pari a circa 1.200.000 abitanti.

La Asl dispone di 11 presidi ospedalieri, di cui 4 nella città di Palermo e 7 in altri Comuni per un totale complessivo di 1.270 posti letto. Nella Asl sono stati istituiti 14 distretti e l'organico complessivo della Asl è di 7.500 dipendenti.

Nello stesso territorio d'incidenza della Asl è presente anche il policlinico universitario di Palermo dotato di oltre 1.300 posti letto e due grandi cliniche private accreditate, di cui una specializzata in cardiocirurgia ed oculistica e l'altra in oculistica ed oncologia.

La delegazione ha ispezionato uno dei 4 presidi ospedalieri di Palermo e precisamente il presidio ospedaliero «Ingrassia» dotato di 220 posti letto.

La struttura è decisamente vetusta, destinata nel passato ad ospedale sanatoriale ed attualmente utilizzata come ospedale generale.

Dalle unità operative e dai reparti di degenza ispezionati si evidenzia ancor di più come il presidio ospedaliero rispecchi una situazione sostanzialmente carente e certamente non rispondente, dal punto di vista strutturale oltre che igienico ed organizzativo, ai nuovi requisiti e criteri di accreditamento. Erano in corso, però, al momento della ispezione, interventi di ristrutturazione e di messa a norma di alcuni reparti come il pronto soccorso, la rianimazione ed il reparto cardiologico, ristrutturazioni che comunque non saranno da sole sufficienti a riqualificare la vecchia struttura.

Nel corso delle audizioni sono stati ascoltati il direttore generale, il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il responsabile del servizio di prevenzione e sicurezza, la responsabile dell'Urp, il responsabile del servizio unità operativa «qualità dei servizi» e le rappresentanze sindacali sia mediche che non mediche.

Dalle audizioni svolte è emerso che l'Azienda n. 6 di Palermo presenta allo stato attuale notevoli difficoltà nell'ambito della programmazione pluriennale ed annuale. Molte perplessità hanno suscitato le dichiarazioni del direttore generale e del direttore sanitario, che sono apparse frammentarie, parziali e spesso non pertinenti alle domande poste dai componenti della delegazione.

Il direttore generale, che non aveva risposto al questionario inviato dalla Commissione di inchiesta né aveva inviato i relativi documenti, ha indugiato su problemi marginali dell'azienda, senza affrontare le tematiche tipiche dell'aziendalizzazione, dal processo di *budget*, che verrà proposto da soggetti consulenti esterni all'azienda, alla ristrutturazione della rete ospedaliera.

L'organizzazione dipartimentale, di prevalente competenza della direzione sanitaria aziendale, non è ancora stata avviata, e ciò è stato riferito dal direttore sanitario esclusivamente all'accentuato *turnover* delle figure dirigenziali. La relazione del direttore sanitario è apparsa in molti casi confusa, non di rado contraddittoria, non supportata da dati concreti (numero di interventi praticati, numero di accessi ospedalieri, tasso di ospedalizzazione, tipologia e quantità di DRG prodotti, liste di attesa, ricoveri impropri) che il direttore sanitario ha comunicato di non conoscere, chiedendo alla Commissione di rivolgersi all'ufficio controllo di gestione.

Per quanto riguarda l'organizzazione territoriale dei servizi, in particolare quella degli ambulatori, il direttore sanitario ne ha ammesso la difficoltà di attuazione ed ha imputato a questo problema l'intensa mobilità extraaziendale dei pazienti e l'eccessivo carico di prestazioni con lunghe liste di attesa negli ospedali.

Dalle audizioni del direttore generale e del direttore sanitario è emersa chiaramente una difficoltà di comunicazione e di scambio di informazioni all'interno dell'Azienda, a svantaggio dello sviluppo di una azione comune. Entrambi hanno mostrato scarsa conoscenza della realtà aziendale da loro diretta, superficialità nell'affrontare temi importanti come, ad esempio, il reperimento degli spazi per l'attività libero-professionale dei medici, imputando troppo spesso le carenze al livello regionale.

Quanto all'attività libero-professionale *intra moenia*, per carenze di spazio sono in corso convenzioni con studi e cliniche private sia per l'attività ambulatoriale che di ricovero.

È da rilevare l'assenza fino a pochi mesi fa del Piano sanitario regionale: nel 1996 è stato approvato un piano stralcio per la rete ospedaliera, ma la riorganizzazione di detta rete è praticamente ancora in fase iniziale vista l'estensione del territorio, il contesto sociale e le relative problematiche socio-economiche. Lo stesso organico della Asl di 7.500 unità, di per sé sovradimensionato, risponde però ad una problematica occupazionale particolarmente difficile in tutta la Sicilia.

Il direttore amministrativo ha riferito che è stata attivata, in via sperimentale, la contabilità economica in contemporanea con quella finanziaria e che, con il nuovo anno, si passerà alla sola contabilità economica. Ha lamentato una non sempre tempestiva e certa assegnazione di fondi da parte della Regione. Gli incentivi vengono finalizzati a specifici obiettivi nell'ambito del progetto aziendale.

Il responsabile del servizio di protezione, in servizio dal febbraio 1996, ha riferito che è stata realizzata la mappatura dei rischi sia nei presidi ospedalieri che nelle strutture territoriali dell'Azienda e sono stati nominati i responsabili per la sicurezza. Il piano di evacuazione è, invece, ancora in fase di stesura.

Il monitoraggio dei vapori anestetici viene effettuato ogni sei mesi e quello degli agenti microbiologici ogni tre mesi.

Non tutte le sale operatorie dispongono di sistemi di evacuazione a norma.

La responsabile dell'Urp ha dichiarato che la Carta dei servizi è stata adottata nel 1997 ed aggiornata nel 2000 con i servizi offerti dai distretti territoriali. Sono stati attivati 18 punti informativi e presso la sede centrale dell'Urp esiste una banca dati relativa all'intera azienda.

Il responsabile dell'unità operativa «qualità dei servizi» istituita nel 1996, ha elaborato nel 1999, con il suo *staff*, un piano strategico aziendale (strutturato per indirizzi ed obiettivi, che privilegiano settori strategici come le liste di attesa, l'appropriatezza degli interventi, la rapidità dei percorsi amministrativi) ma ha sottolineato come tale piano strategico trovi difficoltà ad essere calato in un contesto quanto mai difficile anche in re-

lazione a profonde debolezze degli *inputs* regionali in materia sia di *budget* che di sistemi di valutazione.

Le rappresentanze sindacali mediche e non mediche hanno riferito che l'applicazione del contratto è stata praticamente disattesa ed hanno evidenziato che il processo di aziendalizzazione incontra difficoltà e ritardi soprattutto per quanto concerne l'istituzione dei dipartimenti, della contabilità analitica per centri di costo, dei sistemi di valutazione, nonché l'effettiva operatività dei distretti, denunciando gravi ritardi e carenze del vertice aziendale negli interventi di razionalizzazione e pianificazione che avrebbero dovuto seguire all'accorpamento delle 14 Usl nell'Azienda n. 6.

Concludendo, l'Asl n. 6 di Palermo è certamente un'azienda complessa e vasta per estensione territoriale, e presenta non poche difficoltà gestionali.

Dalla visita ispettiva, dalle audizioni effettuate, dalla documentazione fornita alla Commissione, è emerso che il cammino verso un compiuto processo di aziendalizzazione appare lento e caratterizzato più da ombre che da luci.

Nonostante l'Azienda sia stata istituita nel febbraio del 1995, solo di recente ha cominciato a dotarsi di strumenti di pianificazione.

Fino ad oggi sembrano debolmente perseguite scelte strategiche come l'integrazione dei presidi ospedalieri per razionalizzare l'utilizzo delle risorse finanziarie, la dipartimentalizzazione per ottimizzare l'uso delle risorse umane e tecnologiche, la differenziazione dell'offerta attraverso lo sviluppo della sanità territoriale in relazione ai mutati bisogni di salute dei cittadini.

L'Azienda ha inoltre investito poco nella formazione professionale del personale sanitario ed amministrativo, nella modernizzazione gestionale attraverso l'attivazione dei *budget*, l'individuazione dei centri di responsabilità e di costo e di un sistema di verifica della qualità, nello snellimento e velocizzazione delle procedure burocratiche, nella innovazione tecnologica e strumentale, nella concreta valorizzazione delle professionalità presenti.

La Commissione auspica che con la recente approvazione del Piano sanitario regionale, con un più attento ed incisivo impegno delle istituzioni preposte, con una gestione manageriale più puntuale e coordinata, questa fase di transizione possa trovare un rapido sbocco verso una compiuta aziendalizzazione nell'interesse precipuo dei cittadini e della loro salute.

Relazione sul sopralluogo effettuato l'8 e 9 novembre 2000 da una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta presso l'azienda ospedaliera «Sant'Antonio Abate» di Erice (TP) (predisposta dalla sen. Carla Castellani)

Approvata dalla Commissione nella seduta n. 90 del 14 dicembre 2000

1. Premessa

Nel quadro della verifica sullo stato di funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, una delegazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema sanitario ha effettuato l'8 e 9 novembre 2000 un sopralluogo presso l'azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate di Erice (TP). Hanno fatto parte della delegazione la senatrice Carla Castellani, nonché i senatori Enrico Pianetta, Ferdinando Di Orio e Baldassare Lauria.

La delegazione è stata assistita dal consigliere parlamentare Raffaello Tutinelli, dirigente dell'Ufficio di segreteria dell'organismo inquirente. Durante il sopralluogo la delegazione si è avvalsa della collaborazione della dottoressa Isabella Mastrobuono, collaboratore esterno della Commissione, nonché del proprio nucleo di polizia giudiziaria. Operatori fotografici della polizia scientifica della questura di Palermo hanno effettuato rilievi sulla base delle istruzioni impartite dalla delegazione parlamentare.

2. Il sopralluogo presso l'azienda ospedaliera di Sant'Antonio Abate di Erice

L'azienda ospedaliera, dotata di 418 posti letto, è stata costituita nel 1995 come la gran parte delle aziende sanitarie del Paese.

La delegazione della Commissione ha visitato l'unità operativa di urologia che è stata illustrata dal dottor Andrea Bulgorella. L'unità è dotata di 17 posti letto, distribuiti in tre stanze con una medicheria ed un locale per le endoscopie.

L'unità di dialisi è dotata di 14 posti letto. In un locale dedicato è posizionato un litotritore di ultima generazione per interventi di litrissia.

Nell'azienda ospedaliera sono presenti 4 sale operatorie per chirurgia pediatrica, ortopedia, chirurgia generale. Al quinto piano è presente una sala per ostetricia e ginecologia ed al settimo piano quella dedicata ad oculistica ed otorinolaringoiatria.

È prevista la loro riorganizzazione e la concentrazione di tutte le attività in un unico complesso operatorio al secondo piano.

La delegazione ha proseguito la visita presso l'unità operativa di ortopedia (29 posti letto), distinta in due ali (uomini e donne); una parte dell'unità operativa è dedicata a pazienti provenienti dalle carceri.

Inizialmente, il reparto era stato ideato per accogliere pazienti paganti in proprio, per cui tutte le stanze sono dotate di servizi.

Sono state quindi ispezionate le unità operative di pediatria e chirurgia pediatrica (10 posti letto), che sono localizzate al sesto piano, decorate e adattate ai piccoli pazienti per rispondere alle loro esigenze.

All'ottavo piano sono localizzate le cucine con annessi i locali per la preparazione delle pietanze. È prevista la ristrutturazione del complesso ed in particolare delle celle frigorifere.

La delegazione si è quindi recata presso il pronto soccorso, che sarà ristrutturato. Attualmente le sale di visita sono due, destinate a divenire tre con annessa sala operatoria per le urgenze. L'astanteria è dotata di otto posti letto.

3. Le audizioni *in loco*

Nel pomeriggio dell'8 novembre 2000 la delegazione parlamentare ha svolto le audizioni dei vertici sanitari e amministrativi dell'azienda ospedaliera, nonché delle rappresentanze sindacali del personale sia medico che non medico.

È stato per primo ascoltato il dottor *Giuseppe Di Carlo*, direttore generale, il quale ha affermato che l'attuale direzione generale, insediatasi nel settembre 1997, si è impegnata a dare alla struttura un taglio gestionale squisitamente aziendalistico. Dal punto di vista organizzativo è stata ridefinita la pianta organica e sono state create unità operative aggiuntive rispetto al piano regionale, come ad esempio l'unità di neurologia. A partire dal 1997 è stato attivato il controllo di gestione sulle unità operative, mentre il sistema di *budget* è stato in una prima fase applicato solo relativamente al sistema premiante ed esteso poi nel 1999 all'intera azienda. La contabilità economico-patrimoniale è già in atto, sia pure in via sperimentale, ma sarà applicata a regime a partire dal prossimo mese di gennaio.

Il direttore generale ha poi precisato che il bacino di utenza dell'azienda ospedaliera è pari a circa 100.000 abitanti; i posti letto previsti come limite massimo dalla Regione sono 445, anche se quelli effettivi sono in numero inferiore (418, compresi quelli di *day hospital*) sulla base di una scelta aziendale derivante da una propria analisi epidemiologica. La tendenza è quella di incrementare i posti letto di *day hospital* e ridurre i posti letto ordinari. La dotazione organica è di 1.080 unità, di cui 873 in servizio. L'azienda è stata la prima in Sicilia ad applicare, già nel 1998, la graduazione delle funzioni con trattamento economico corrispondente. Il contratto del personale non medico del comparto è stato chiuso nello scorso mese di aprile, mentre è già in atto la negoziazione del nuovo contratto per il personale medico.

Il direttore generale ha inoltre affermato che è stato approvato un regolamento per l'attività libero-professionale *intra moenia*; al riguardo vi è

però un grave problema di spazi, che si intende superare attraverso lavori di ristrutturazione per realizzare 10 ambulatori.

Rispondendo ad una specifica domanda della senatrice Castellani, il dottor Di Carlo ha affermato che il saldo della mobilità extraaziendale è di segno negativo, sia pure di entità modesta: la mobilità che si registra verso Palermo potrà essere a suo giudizio recuperata una volta completati i lavori di ristrutturazione in corso. Quanto ai ricoveri impropri, si tratta di un problema che deriva dal malfunzionamento della medicina territoriale e per il cui contenimento l'azienda ha attivato un meccanismo di filtro che tuttavia ha dato luogo alle proteste dei pazienti per i quali è stato rifiutato il ricovero; comunque l'azienda tende ad incrementare i ricoveri in *day hospital* rispetto a quelli ordinari.

Il direttore generale ha quindi sottolineato che a partire dal 1995, l'azienda registra un cospicuo avanzo annuale di gestione, la cui utilizzazione (90 per cento in investimenti, 10 per cento in incentivi al personale) non è tuttavia stata autorizzata dalla Regione.

In conclusione il dottor Di Carlo ha consegnato una documentazione concernente i principali aspetti dell'attività dell'azienda ospedaliera.

Si è quindi svolta l'audizione del dottor *Liborio Ognibene*, direttore amministrativo, il quale ha illustrato l'attività svolta dai servizi da lui dipendenti, organizzati in tre settori: quello del personale, quello economico-patrimoniale e quello tecnico e competente per gli approvvigionamenti.

Tra il personale in servizio - in totale 873 unità, di cui 167 dirigenti medici - si registra una carenza di personale amministrativo, il cui concorso peraltro presenta notevoli difficoltà di organizzazione dato l'elevato numero di domande.

Il direttore amministrativo si è poi soffermato sull'avanzo di gestione - pari a 11 miliardi nel 1998 e a 4,3 nel 1999 - indicando come causa di tale andamento positivo l'assenza di conflittualità nell'azienda, la preparazione e competenza dei vertici sanitari e amministrativi e, senza dubbio causa principale, il numero delle prestazioni remunerate con il sistema degli DRG. Ha infine precisato che l'assegnazione annuale di risorse all'azienda da parte della Regione è pari a 105 miliardi.

È stato quindi ascoltato il direttore sanitario, il dottor *Liborio Ianni*, il quale ha illustrato le iniziative dell'azienda connesse alla istituzione dei dipartimenti e alle conseguenti esigenze sia logistiche che funzionali.

È stato attivato un progetto sperimentale per le sale di degenza volto ad incrementare la flessibilità dell'assistenza anche grazie alla istituzione di *task forces* infermieristiche. Nel dipartimento chirurgico, la cui gestione è affidata al primario anestesista, si sta inoltre realizzando un progetto di razionalizzazione dei tempi di intervento nelle sale operatorie, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse.

Più problematica è l'organizzazione dei dipartimenti di medicina, la cui effettiva realizzazione richiede un cambiamento culturale dai tempi non brevi. Per quanto riguarda invece il dipartimento dei servizi, si sta realizzando un corso di formazione per percorsi clinico-assistenziali con

la prospettiva di identificare linee guida condivise per la stesura di veri e propri protocolli.

Il direttore sanitario ha poi affermato che è stato istituito il *triage* di pronto soccorso, reparto che effettua 60.000 prestazioni all'anno, circa la metà delle quali peraltro sono da giudicare non appropriate.

Rispondendo poi ad un quesito posto dal senatore Di Orio, il dottor Ianni ha precisato che il basso tasso di occupazione dei posti letto in alcuni reparti (pediatria) dipende dalla bassa domanda, mentre per altri reparti (ortopedia) va tenuto presente che, a causa dei lavori di ristrutturazione, i posti letto effettivi sono in numero minore rispetto a quelli autorizzati. Inoltre, in assenza di un reparto di terapia intensiva post-operatoria, anche il reparto di chirurgia pediatrica deve necessariamente limitare le proprie prestazioni. Infine va tenuto presente che nel dicembre del 1999 il numero dei posti letto è stato rimodulato anche tenendo conto del loro effettivo utilizzo, che peraltro deve scontare la notevole variabilità stagionale connessa all'affluenza turistica estiva.

Il direttore sanitario ha poi affermato che all'interno dell'azienda non vi è la possibilità di svolgere attività libero-professionale in regime di ricovero e che la limitata mobilità passiva che si registra attiene in massima parte a patologie tumorali, oltre naturalmente a specialità (emodinamica, neurochirurgia) non presenti nell'azienda.

La delegazione parlamentare ha poi ascoltato l'ingegner *Lino Viccica*, responsabile del servizio tecnico e progettazione nonché del servizio protezione e prevenzione, il quale ha fatto presente che - caso abbastanza raro nel panorama delle aziende italiane - l'ufficio progettazioni di cui è responsabile è in grado di approntare la gran parte dei progetti di ristrutturazione che interessano l'azienda.

Uno specifico progetto antincendio, per circa 11 miliardi di spesa, è stato già approvato dai Vigili del fuoco ed è in attesa del finanziamento regionale, non rientrando le opere antincendio nella manutenzione ordinaria.

Sono altresì stati elaborati altri progetti da finanziare con i fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, per una spesa complessiva di circa 14 miliardi, per opere di adeguamento strutturale alle disposizioni del decreto legislativo n. 626 del 1994 nonché di acquisto di attrezzature, alcune delle quali vecchie di trent'anni. Altri progetti riguardano poi l'abbattimento di barriere architettoniche, la costruzione di nuovi ascensori, la segnaletica di sicurezza. L'insieme di tali progetti sarà trasmesso alla Regione entro il prossimo 10 dicembre.

L'ingegner Viccica ha infine precisato che è stato approvato un regolamento dei comportamenti e delle procedure relativi alla protezione dai rischi e che sono in svolgimento specifici corsi di formazione.

La delegazione parlamentare ha quindi ascoltato le rappresentanze sindacali del personale sia medico che non medico presenti nell'azienda.

Il signor *Alberto Barbata*, della FPS-CISL sanità, ha indicato nelle lunghe liste di attesa per le prestazioni diagnostiche e nella mancanza di spazi i principali problemi che affliggono l'azienda; ha altresì denun-

ciato la mancanza di una risonanza magnetica nell'intera provincia di Trapani (esiste soltanto una convenzione con una clinica privata di Marsala).

Il dottor *Vincenzo Messina*, della FES-MED ACOI ha lamentato la carente collaborazione della medicina territoriale, e soprattutto dei medici pediatri, con il pronto soccorso dell'azienda: tale situazione dà luogo a numerose richieste di prestazioni improprie volte anche ad aggirare, tramite il pronto soccorso, le liste di attesa per esami diagnostici e visite specialistiche. Il dottor Messina ha invece sottolineato i buoni rapporti di collaborazione che esistono tra la direzione dell'azienda ed il pronto soccorso.

La rappresentante della CISAL sanità, signora *Laura Mannina* ha denunciato le carenze di personale esistenti, mentre la signora *Giuseppina Pellerito* (CGIL funzione pubblica) ha lamentato la carenza degli infermieri nei turni di servizio, ed ha indicato nelle carenze della Asl n. 9 la causa principale delle liste di attesa che si determinano soprattutto per quanto concerne la diagnostica strumentale.

La dottoressa *Elisabetta Butera*, del sindacato nazionale radiologi, ha precisato che esistono due distinte liste di attesa: una interna del reparto per le patologie più gravi che comporta tempi di attesa al massimo di 35 giorni, e l'altra per gli esami di *routine* con tempi di attesa mai oltre i 90 giorni. Ha inoltre rilevato che l'azienda si propone di acquistare nuove apparecchiature diagnostiche.

Il dottor *Alberto Di Girolamo* per la CGIL medici ha lamentato l'esistenza nella provincia di Trapani di 6 strutture ospedaliere tra loro sostanzialmente uguali, il che determina una risposta medio-bassa e l'esistenza di mobilità passiva. Assai più opportuno sarebbe invece procedere ad una specializzazione dei presidi ospedalieri. Ha quindi sottolineato che in nessuna delle strutture ospedaliere della provincia di Trapani viene svolta attività libero-professionale intramuraria.

Per la UIL sanità il signor *Leonardo Notarbartolo* ha affermato che il livello di prestazioni rese nell'azienda ospedaliera è assai più elevato di quelle erogate dalla Asl ed ha sollecitato una revisione del sistema dei DRG che presenta evidenti incongruità.

Il dottor *Massimo Di Martino* (AANAO) ha fatto presente che in Sicilia il servizio del «118» dispone di sole 4 centrali cui sono dedicate poche linee telefoniche, mentre la maggior parte delle ambulanze è sprovvista di medico a bordo. Ha poi denunciato lo stato di abbandono in cui versano i reparti di pronto soccorso (ad eccezione di quello dell'azienda di S. Antonio Abate) e la grave carenza di infermieri soprattutto in tali reparti. Per quanto concerne l'azienda di S. Antonio Abate ha rilevato che non esistono guardie mediche continue in tutti i servizi ed i reparti principali.

Il signor *Nicolò Miceli* (CONFSAL) ha lamentato l'insufficienza degli spazi della sede aziendale e la mancata collaborazione della medicina nel territorio per quanto riguarda la prevenzione e l'appropriatezza dei ricoveri. Ha poi evidenziato l'esigenza di una revisione della dislocazione dei servizi di pronto soccorso nella provincia di Trapani, facendo presente l'eccessiva distanza tra quello di S. Antonio Abate e quello vicinore di Marsala.

4. Considerazioni conclusive

L'azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate di Erice (TP) è stata istituita nel 1995, è dotata di 418 posti letto, con una pianta organica ammontante a 1.080 unità di cui 873 in servizio e con un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti.

La struttura, più che trentennale, è apparsa alla delegazione della Commissione in condizioni discrete e ben conservate, pur presentando nel complesso una tipologia logistico-strutturale abbastanza superata ma ancora fruibile per le finalità di assistenza sanitaria.

La delegazione ha visitato alcuni reparti, tra cui l'ortopedia (29 posti letto) le cui camere di degenza sono tutte dotate di servizi igienici all'interno, essendo stato il reparto già nel passato ideato per accogliere pazienti paganti.

Tutti i reparti visitati sono apparsi in condizioni igieniche soddisfacenti.

Nell'azienda ospedaliera le sei sale operatorie sono disposte su tre piani di cui quattro (chirurgia pediatrica, ortopedia, chirurgia generale) al 2° piano; una per ostetricia e ginecologia al 5° piano ed una per oculistica ed otorinolaringoiatra al 7° piano.

È prevista però una riorganizzazione con la concentrazione di tutte le attività in un unico complesso operatorio al 2° piano e il relativo adeguamento del complesso alle norme previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994.

Anche per il pronto soccorso è prevista una ristrutturazione. Il pronto soccorso effettua 60.000 prestazioni l'anno, è stato istituito il *triage* e c'è un'astanteria con 8 posti letto.

Le cucine con annessi locali sono situati all'ultimo piano. Parte degli ambienti dedicati alle cucine sono stati ristrutturati e messi a norma, sono in corso lavori di ristrutturazione delle celle frigorifere.

Nel corso delle audizioni sono stati ascoltati il direttore generale, il direttore amministrativo, il direttore sanitario, il responsabile del servizio di protezione e prevenzione che è anche responsabile del servizio tecnico e progettazione e le rappresentanze sindacali mediche e non mediche.

Nel corso delle audizioni è emersa una buona professionalità manageriale del vertice aziendale che si è impegnato a dare alla struttura un taglio squisitamente aziendalistico.

È stato attivato il controllo di gestione sulle unità operative, il sistema di *budget* è stato in una prima fase applicato al sistema incentivante ed esteso poi nel 1999 all'intera azienda (il direttore generale è in carica da settembre 1997). Anche la contabilità economico-patrimoniale, in atto in via sperimentale, sarà applicata a regime dal prossimo mese di gennaio.

Già nel 1998 è stata applicata la graduazione delle funzioni del personale medico con trattamento economico corrispondente. Il contratto del personale non medico del comparto è stato chiuso nel mese di aprile ed è già in atto la negoziazione del nuovo contratto per il personale medico.

Il vertice aziendale è orientato ad incentivare i posti letto di *day hospital* riducendo quelli ordinari anche in relazione ad un relativamente basso tasso di occupazione dei posti letto di alcuni reparti.

Sono stati attivati i dipartimenti chirurgici e dei servizi; più problematica è risultata l'attivazione dei dipartimenti di medicina.

È stato approvato il regolamento per l'attività libero professionale *intra moenia*, ma la carenza degli spazi ne ha impedito sino ad ora l'effettiva attuazione. È prevista però la costruzione, utilizzando il porticato della struttura, di almeno dieci ambulatori.

L'azienda ha una mobilità passiva extraaziendale marginale, ed il bilancio presenta un avanzo di gestione pari ad 11 miliardi per il 1998, a 4,3 miliardi nel 1999.

Per il progetto antincendio e per opere di adeguamento della struttura al decreto legislativo n. 626 del 1994 e l'innovazione tecnologica sono stati approntati progetti rispettivamente per 11 miliardi e 14 miliardi. Il responsabile della protezione è anche responsabile dell'ufficio tecnico e progettazione ed appronta gran parte dei progetti di ristrutturazione ordinaria che interessano l'azienda.

Le rappresentanze sindacali hanno evidenziato un buon grado di collaborazione e di rapporti con il vertice aziendale, pur sottolineando la necessità di intervenire in maniera più incisiva per ridurre le liste di attesa per la diagnostica strumentale e per far fronte alla carenza di spazi; hanno altresì sottolineato l'esigenza di differenziare meglio le funzioni delle sei strutture ospedaliere della provincia di Trapani al fine di contenere la mobilità passiva.

Concludendo l'azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate di Erice, per le sue contenute dimensioni e per l'apprezzabile taglio gestionale complessivo del vertice aziendale, sembra aver raggiunto un buon grado di aziendalizzazione.

COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO

**Il funzionamento delle aziende sanitarie
locali e delle aziende ospedaliere con
particolare riferimento allo stato del
processo di aziendalizzazione (anno di
riferimento 1999)**

RELAZIONE FINALE

Relatrice sen. CARLA CASTELLANI

*Approvata dalla Commissione nella seduta n. 49
del 17 gennaio 2001*

I N D I C E

1. INTRODUZIONE	<i>Pag.</i>	109
1.1 Le riforme del SSN introdotte a partire dal 1992	»	109
1.2 Lo Stato del processo di aziendalizzazione	»	119
2. METODOLOGIA DELL'INCHIESTA	»	122
3. I RISULTATI DELL'INDAGINE	»	125
3.1 La programmazione	»	125
3.2 Il sistema di contabilità generale	»	131
3.3 La libera professione intramuraria	»	134
3.4 Altre informazioni	»	142
4. CONCLUSIONI	»	149
4.1 I sistemi di programmazione	»	150
4.2 Il sistema di contabilità generale	»	152
4.3 La libera professione intramuraria	»	153
4.4 Dipartimenti	»	155
4.5 I dipartimenti di emergenza-urgenza ed accettazione	»	156
5. CONSIDERAZIONI FINALI E PROPOSTE	»	157
ALLEGATI (Indice)	»	162

1. Introduzione

1.1. Le riforme del Servizio sanitario nazionale introdotte a partire dal 1992

Il riconoscimento alle organizzazioni sanitarie pubbliche delle autonomie tipiche di una azienda si è fatto strada, per la prima volta in sistemi sanitari pubblici, nel 1983 con il Griffith Report sul *management* nel *National Health Service* del Regno Unito ed ha trovato una sua specifica collocazione nel *NHS and Community Care Act* del 1990. In Italia, tale processo è stato avviato nella legge del 23 ottobre 1992, n. 421 recante «Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale», che prevedeva la emanazione di uno o più decreti legislativi per organizzare le Unità sanitarie locali in aziende infraregionali con personalità giuridica e per stabilire i criteri per la individuazione degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, compresi i policlinici universitari, e degli ospedali regionali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza, ai quali attribuire personalità giuridica e autonomia di bilancio, finanziaria, gestionale e tecnica.

Il decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, recante «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421», successivamente modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, stabiliva che le aziende sanitarie fossero dotate di «personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica», e che le Regioni dovessero provvedere ad emanare norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale, prevedendo l'adozione del bilancio pluriennale di previsione, nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo, la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio, la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo, e l'obbligo delle aziende sanitarie di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo.

Per conferire uniforme struttura alle voci dei bilanci pluriennali ed annuali e dei conti consuntivi annuali delle aziende, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, furono emanati due decreti ministeriali, che stabilirono l'introduzione della nuova disciplina contabile a decorrere dal 1° gennaio 1995 per tutte le aziende sanitarie e dal 1° gennaio 1998 per gli IRCCS.

Il decreto legislativo n. 502 del 1992 definisce le caratteristiche delle aziende sanitarie, i cui organi sono il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, che forniscono parere obbligatorio al direttore generale, e dal consiglio dei sanitari, presieduto dal direttore sanitario, che fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti, nonché dal coordinatore dei servizi sociali, ove previsto dalla normativa regionale. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni, è composto da tre membri di cui uno designato dalla Regione, uno dal Ministro del tesoro ed uno dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali: esso vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento, prevedendo in qualsiasi momento atti di ispezione e di controllo.

I requisiti per la individuazione delle aziende ospedaliere, e cioè degli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, sono rappresentati dalla presenza di almeno tre strutture di alta specialità secondo le specificazioni fornite nel decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1 febbraio 1992, e dalla organizzazione dipartimentale di tutti i servizi.

Le Regioni possono costituire in azienda anche i presidi ospedalieri in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina, nonché gli ospedali destinati a centro di riferimento della rete dei servizi di emergenza. Gli ospedali non costituiti in azienda conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale (di seguito ASL), e possono essere accorpati ai fini funzionali, con autonomia economico-finanziaria, contabilità separata all'interno della ASL di appartenenza, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere «in quanto applicabili». Le aziende ospedaliere debbono chiudere il bilancio in pareggio, vincolo che è stato esteso anche ai singoli presidi ospedalieri di ASL con le successive leggi finanziarie.

Il decreto legislativo n. 502 del 1992 introduce due altri concetti di grande importanza e rilevanza per il processo di aziendalizzazione: le modalità di finanziamento delle prestazioni sanitarie ed il modello di accreditamento.

Il modello di finanziamento preesistente era basato sul criterio della spesa storica, e cioè del finanziamento delle strutture di offerta indipendentemente dai risultati assistenziali prodotti. Con il decreto n. 502 del 1992 il sistema di finanziamento si basa, relativamente ai rapporti tra Stato e Regioni e quest'ultime e le ASL, sulla quota capitolaria (vengono in questo caso finanziati i bisogni), e relativamente ai rapporti tra le ASL o le Regioni e le singole aziende ospedaliere e strutture private accreditate, sulla base di tariffe predeterminate rapportate ai volumi di attività (DRG, tariffario prestazioni ambulatoriali). Quest'ultimo meccanismo regolamenta, inoltre, i flussi di mobilità tra Regioni e tra aziende ASL al-

l'interno della medesima Regione. I sistemi di finanziamento possono esercitare una notevole influenza sui comportamenti aziendali ed in particolare sulle modalità di gestione delle aziende stesse, con ripercussioni sui volumi, ma anche sulla tipologia delle prestazioni da erogare. A tale proposito, le leggi finanziarie per gli anni 1995, 1996 e 1997 si sono chiaramente espresse. Nella legge 724 del 1994 (legge finanziaria per il 1995), ad esempio, si riporta chiaramente l'obbligo di erogare le prestazioni di degenza ed ambulatoriali sulla base di «un apposito piano annuale preventivo che, tenuto conto della tariffazione, ne stabilisca quantità presunte e la tipologia in relazione alle necessità che più convenientemente possono essere soddisfatte nella sede pubblica. Tale preventivo forma oggetto di contrattazione tra Regione e unità sanitarie locali, da una parte, e azienda ospedaliera e presidi ospedalieri con autonomia economico-finanziaria, dall'altra».

La successiva legge n. 549 del 1995 (legge finanziaria per il 1996) ripropone ed amplia quanto sopra nel seguente modo: «le Regioni e le unità sanitarie locali, contrattano [...] con le strutture pubbliche e private ed i professionisti eroganti prestazioni sanitarie un piano annuale preventivo che ne stabilisca quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere». Sempre nel 1995, durante il ministero Guzzanti (periodo 17 gennaio 1995-17 maggio 1996), vennero emanate le Linee di guida n. 1/1995, recanti «Applicazione del decreto ministeriale 14 dicembre 1994 relativo alle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, con riferimento alla riorganizzazione della rete ospedaliera ed alle sue relazioni con i presidi e servizi extra-ospedalieri», nelle quali venne di fatto prevista la graduale introduzione del pagamento a tariffa predefinita per singolo caso trattato (DRG) in ambito ospedaliero, introduzione che, secondo il decreto legge del 28 febbraio 1995, n. 57, doveva avvenire a partire dal 1 gennaio 1995, ma che con le «Linee di guida» venne in realtà messo in relazione alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri, sulla base delle disposizioni previste all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, «correlando gli standard ivi previsti con gli indici di tendenza media, l'intervallo di turn over e la rotazione dei degenti ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti».

La legge n. 662 del 1996 (legge finanziaria per il 1997), infine, riprende i punti di entrambe le precedenti finanziarie, stabilendo che le Regioni debbono individuare «le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private. La contrattazione dei piani annuali preventivi ... deve essere realizzata ... con la fissazione del limite massimo di spesa sostenibile».

Altro concetto importante è quello relativo al processo di accreditamento, che fu introdotto all'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo n. 502 del 1992, dove si prevedeva la cessazione del precedente regime delle convenzioni e l'adozione da parte di Regioni e ASL dei «provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti ... fondati sul criterio dell'accREDITAMENTO delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità

delle attività svolte e delle prestazioni erogate». L'istituto dell'accREDITAMENTO, orientato a regolamentare il diritto di operare nell'ambito e a carico del Sistema sanitario nazionale, venne inteso come verifica e monitoraggio della effettiva rispondenza a condizioni specifiche individuate per le varie tipologie di attività sanitarie, che il SSN obbligatoriamente richiede alle strutture che operano per conto e a carico dello stesso.

Per chiarire le modalità attraverso le quali dovessero essere intrapresi i «nuovi rapporti» se esclusivamente basati sull'accREDITAMENTO, il pagamento a prestazione e l'adozione del sistema della verifica della qualità delle prestazioni (tesi sostenuta da quanti promuovevano la libera scelta da parte dei cittadini e la competitività quale fattore determinante per l'efficienza e la qualità del sistema), oppure basati anche sul principio dei livelli uniformi di assistenza ed il loro collegamento alla quota capitolaria (condizione di fatto limitante la libera scelta del cittadino) vennero introdotte le tre A, autorizzazione, accREDITAMENTO ed accordi contrattuali, in seno alla «Proposta di linee guida sui criteri di applicazione del processo di accREDITAMENTO delle strutture e dei professionisti di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni» avanzata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) nei primi mesi del 1996 (1). Alcuni principi della Proposta vennero ripresi all'articolo 2 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private», relativo ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici per l'autorizzazione, nel quale si stabilì che il riconoscimento dello stato di soggetto accREDITATO dal SSN non potesse tramutarsi in un automatico diritto all'erogazione di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del SSN. Il processo di accREDITAMENTO venne perciò legato a quello della programmazione regionale e nazionale all'interno dei quali, e nell'ambito di spesa definito, potevano essere attivati gli appositi accordi.

Per favorire il processo di aziendalizzazione, con decreto ministeriale del 10 febbraio 1995, fu istituito, presso il Ministero della sanità, un «Gruppo di lavoro per la formulazione di proposte dirette a rendere pienamente rispondente alle esigenze dei cittadini il nuovo assetto organizzativo delle strutture sanitarie», con il compito di individuare tecniche e strumenti che consentissero una maggiore flessibilità e snellezza di procedure nelle strutture sanitarie pubbliche, in un'ottica di razionalizzazione e di

(1) Nel 1996 presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali fu costituito un Gruppo di lavoro coordinato dal Direttore dell'Agenzia, Prof. E. Guzzanti, che ha elaborato la citata proposta, presentata al Convegno dal titolo «Hospital 1996», tenutosi a Bologna il 24 maggio 1996 alla presenza di responsabili del Ministero della sanità e gran parte degli assessori regionali alla sanità. Il 15 maggio 1996, la proposta era stata inviata al Consiglio superiore di sanità ed al coordinamento delle Regioni, per un parere. I principi espressi nella proposta sono stati poi ulteriormente esplicitati in numerose pubblicazioni e articoli in riviste e quotidiani specializzati.

miglioramento dell'efficacia e della produttività. Successivamente, il Gruppo di lavoro, con decreto ministeriale del 29 maggio 1995, venne trasformato in «Osservatorio permanente per l'aziendalizzazione del Sistema sanitario nazionale (OPAS)», avente la medesima composizione del precedente Gruppo di lavoro, che ha prodotto le linee guida n. 2 del 1996, pubblicate sulla Gazzetta ufficiale del 31 maggio 1996, dal titolo «Profilo aziendale dei soggetti gestori dei servizi sanitari», nelle quali sono stati ampiamente trattati i temi relativi al grado di autonomia delle aziende, all'esternalizzazione di alcune attività (quelle di controllo di gestione, ad esempio), alla costituzione di società a partecipazione mista o di consorzi con enti pubblici e privati, agli accordi di programma, etc. Nel documento si intese per autonomia la capacità di «combinare le risorse a disposizione in funzione dei fini di azienda», e si definirono i compiti dell'azienda unità sanitaria locale, tesi a soddisfare i bisogni della comunità locale, garantendo i livelli uniformi di assistenza, e dell'azienda ospedaliera, che ha come fine quello di rispondere a specifici bisogni di salute, erogando prestazioni e servizi di diagnosi e cura in quantità e qualità coerenti con la domanda. Furono affrontati i problemi della organizzazione aziendale, con particolare riferimento alla direzione strategica, al principio di separazione tra le funzioni di direzione e di gestione, alla programmazione budgetaria, quale strumento «di unificazione del ciclo di programmazione – controllo – riprogrammazione».

Il tema dell'aziendalizzazione è stato ripreso nella legge 30 novembre 1998, n. 419 «Delega al Governo per la razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Sistema sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», dove sono riportate le ragioni della necessità di portare a compimento il riordino del Sistema sanitario nazionale avviato con il decreto legislativo 502 del 1992, attraverso il completamento del processo di regionalizzazione e verifica e completamento di quello di aziendalizzazione delle strutture, precisando «i criteri distintivi e gli elementi caratterizzanti per l'individuazione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, con particolare riguardo alle caratteristiche organizzative minime delle stesse ed al rilievo nazionale o interregionale delle aziende ospedaliere». La legge reintroduce la definizione di un sistema di remunerazione dei soggetti erogatori, tenendo in considerazione, per quanto attiene le strutture private, la specificità di quelle non a fini di lucro, prevedendo, accanto al pagamento a tariffa delle prestazioni, livelli di spesa per piani di attività e, infine, la «definizione di un modello di accreditamento rispondente agli indirizzi del piano sanitario nazionale,... e che le Regioni attuano in coerenza con le proprie scelte di programmazione...».

Il decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, che è seguito alla legge delega, recante «Norme per la razionalizzazione del Sistema sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419», introduce alcune modifiche nell'assetto delle aziende rispetto alla precedente riforma del 1992. Innanzitutto, il decreto stabilisce che

le unità sanitarie locali hanno «personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con la legge regionale.... L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. Le aziende ... informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale...».

Per le aziende ospedaliere sono profondamente modificati, in senso restrittivo, i requisiti per il loro riconoscimento, in quanto debbono essere contemporaneamente presenti i seguenti:

- a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto aziendale di diritto privato;
- b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
- c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità;
- d) presenza del dipartimento di emergenza di secondo livello;
- e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale ed in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;
- f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in Regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;
- g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento del valore medio regionale;
- h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

È previsto un regime transitorio di tre anni per l'adeguamento dei presidi attualmente costituiti come aziende che non soddisfano i requisiti.

Secondo il decreto legislativo n. 229 del 1999, gli organi aziendali sono il direttore generale ed il collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato da un direttore amministrativo e dal direttore sanitario, che partecipano, unitamente al direttore generale, alla direzione dell'azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono alla formulazione di proposte e pareri.

Il collegio sindacale, composto da cinque membri, due di nomina regionale, uno nominato dal Ministro del tesoro, uno dal Ministro della sanità, ed uno dalla Conferenza dei sindaci, svolge una funzione di verifica e controllo da un punto di vista economico-finanziario e riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui riscontri eseguiti, trasmettendo semestralmente una relazione alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo di provincia una propria relazione sull'andamento dell'azienda sanitaria. C'è poi il collegio di direzione per il governo delle attività cliniche (concetto mutuato dalla riforma del NHS introdotto dal Governo laburista nel 1997 sotto il termine di «*clinical governance*»), della programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie, della formazione e della libera professione, la cui attività e composizione sono disciplinate dalla Regione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e amministrativo, «di» direttori di distretto, «di» dipartimento e «di» presidio. Rimane il consiglio dei sanitari, così come previsto dal decreto legislativo 502 del 1992, con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal direttore sanitario, il quale esprime parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, per gli investimenti ad esse attinenti e per le attività assistenziali, anche se la legge delega 419 del 1998 di fatto prevedeva un potenziamento di questo organismo, cosa che non è avvenuta.

Altri aspetti di rilevanza per il completamento del processo di aziendalizzazione presenti nel decreto legislativo 229 del 1999 riguardano il processo di accreditamento, preceduto dall'autorizzazione e seguito dagli accordi contrattuali e la remunerazione delle prestazioni.

Per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, essa è richiesta anche per gli studi odontoiatrici e per le prestazioni più complesse di chirurgia ambulatoriale, mentre le nuove realizzazioni sono autorizzate dal Comune previo parere della Regione, sulla base di rilevazioni circa le carenze degli ambiti territoriali. L'articolo 8-ter, al comma 4, prevede che l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso di requisiti minimi, strutturali, tecnologici ed organizzativi, da stabilire con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base di principi e criteri direttivi, espressi all'articolo 8 del decreto legislativo 502 del 1992. L'articolo in questione si riferisce ad un Atto di indirizzo da emanarsi entro il 31 dicembre 1993, e cioè, molto probabilmente al DPR del 14 gennaio 1997 recante «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private», di cui lo stesso articolo 8-ter del 229 del 1999 prevede alcune modifiche per individuare i requisiti degli studi odontoiatrici e di altre professioni sanitarie. Si ricorda che il DPR del 14 gennaio 1997, al comma 4 dell'articolo 2, prevedeva la individuazione da parte delle Regioni degli standards di qualità che costituivano requisiti ulteriori per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private in possesso dei requisiti

autorizzativi, comma successivamente soppresso con sentenza n. 2897 del TAR del Lazio nel 1998.

La sentenza, sollecitata dal ricorso di alcune strutture private accreditate per l'annullamento del DPR del 14 gennaio 1997, stabilì quanto segue: «Il decreto impugnato (DPR 14.01.1997) quindi, mentre ha legittimamente disposto in ordine alla definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie, in attuazione dell'articolo 8 comma 4 del decreto legislativo n. 502 del