

DOSSIER OSPEDALI

Indagine sull'Umberto I

Comincia con il policlinico Umberto I la nostra indagine sugli ospedali romani. Ci occuperemo anche del S. Camillo, del S. Eugenio, del Forlanini, dello Spallanzani, del S. Filippo Neri, del Cto della Garbatella, del Regina Margherita, del S. Gallicano, del Fate bene fratelli, del S. Giacomo, del Gemelli, dell'ospedale militare del Celio. Scopo dell'inchiesta è dare elementi nuovi di conoscenza su una realtà, quella degli ospedali romani, sulla quale la quantità delle informazioni è tale da sembrare addirittura sospetta. E quindi diventa difficile distinguere i problemi veri da quelli costruiti ad arte, magari per strappare un finanziamento. O si rischia di prestare il fianco a iniziative qualunquistiche credendo di far opera moralizzatrice. O ancora si contribuisce, gridando solo allo scandalo, a campagne gattopardesche che tutto vogliono cambiare per lasciare tutto uguale. Insomma un terreno minato. Sul quale solo la Regione investe oltre ottomila miliardi all'anno. Primo scopo della nostra ricerca, quindi, è quello di offrire un quadro reale, onesto, informato della realtà degli ospedali. Un obiettivo forse minimo, ma indispensabile per ogni ulteriore passo in avanti. Il policlinico Umberto I è il nostro banco di prova. Un ospedale enorme, dove le contraddizioni

raggiungono il massimo grado. Altissime specializzazioni, macchinari sofisticatissimi, ricerche di valore mondiale e anche corsie luride, letti in corridoio, attese snerpanti. Si può essere salvati dal baratro di un ictus in uno dei migliori reparti di terapia intensiva che esistono e si possono passare ore a urlare con una gamba rotta. E si può restare imbottigliati nel traffico, chiusi nell'ambulanza, a un passo dall'ospedale, frenati dall'ingorgo e dalla sosta selvaggia. Angoli da terzo mondo: camminatori sotterranei dove passano barelle, pasti per i malati, cadaveri, rifiuti, topi. E, spesso, tanta scortesia. Per carità, non generalizzata. Ma la scortesia c'è. Ancora più grave perché rivolta a gente che soffre. È dettata anche da condizioni di lavoro difficili, tutti i reparti del policlinico lamentano la carenza di infermieri e di personale ausiliario. Ma il rischio è che si affermi, sempre di più, un clima di guerra. Ci sono le bombe, manca da mangiare, i posti nel rifugio sono pochi: e allora picchiare duro, perché è l'unico modo per sopravvivere. Insomma, in una parola, il rischio è l'imbarbarimento. La nostra indagine cerca anche di aiutare a recuperare la misura delle cose.

Ma se lo Stato si fa concorrenza...

RACHELE GONNELLI

«Vent'anni fa ho passato una notte da ricoverato al pronto soccorso del Policlinico. Ero stato portato là in preda a lancinanti dolori addominali e mi misero in un corridoio accanto a un morto. Forse oggi succedono più raramente situazioni come quella che ci racconta Giovanni Bellinger, ministro-ombra alla sanità del Pds. Ma resta nella gente un'impressione di accresciuto disagio di fronte ai disastri della sanità. Non si può dire che i livelli di assistenza siano peggiorati negli ultimi anni, ma sicuramente corrispondono ancor meno alle richieste e ai bisogni dei malati, che nel frattempo sono cresciuti molto nell'era tecnologica della medicina.

Ottomila miliardi l'anno per la sanità pubblica nel Lazio. Eppure, non si sa come, si trovano reparti degradati a fianco a cliniche-modello.

Non tutto può essere ricondotto alla politica e alle leggi, molto dipende anche dai singoli. Quando ci sono persone competenti, appassionate e capaci di organizzare il lavoro, qualcosa può funzionare bene. Per moltiplicare queste esperienze avanzate però è indispensabile una chiara incompatibilità tra l'esercitare la professione medica nelle strutture pubbliche o nelle case di cura e negli studi privati. L'Italia è l'unica realtà in Europa dove i medici pagati dallo Stato, e quindi dai cittadini, svolgono un'attività prevalente nelle cliniche private. Vorrei sapere quale azienda al mondo permette a un dipendente di lavorare per la concorrenza.

C'è chi sostiene come soluzione l'introduzione di metodi privatistici nella gestione della sanità pubblica.

Se può spingere o costringere la sanità a funzionare meglio, non mi scandalizza. Purché non vengano penalizzati i pazienti che non possono permettersi di pagare due volte: prima i contributi per il servizio sanitario e poi la visita e pagamento dentro l'ospedale. Faccio un esempio. A Pietralata la prima proposta di pianta organica prevede per reparti a pagamento il doppio degli infer-

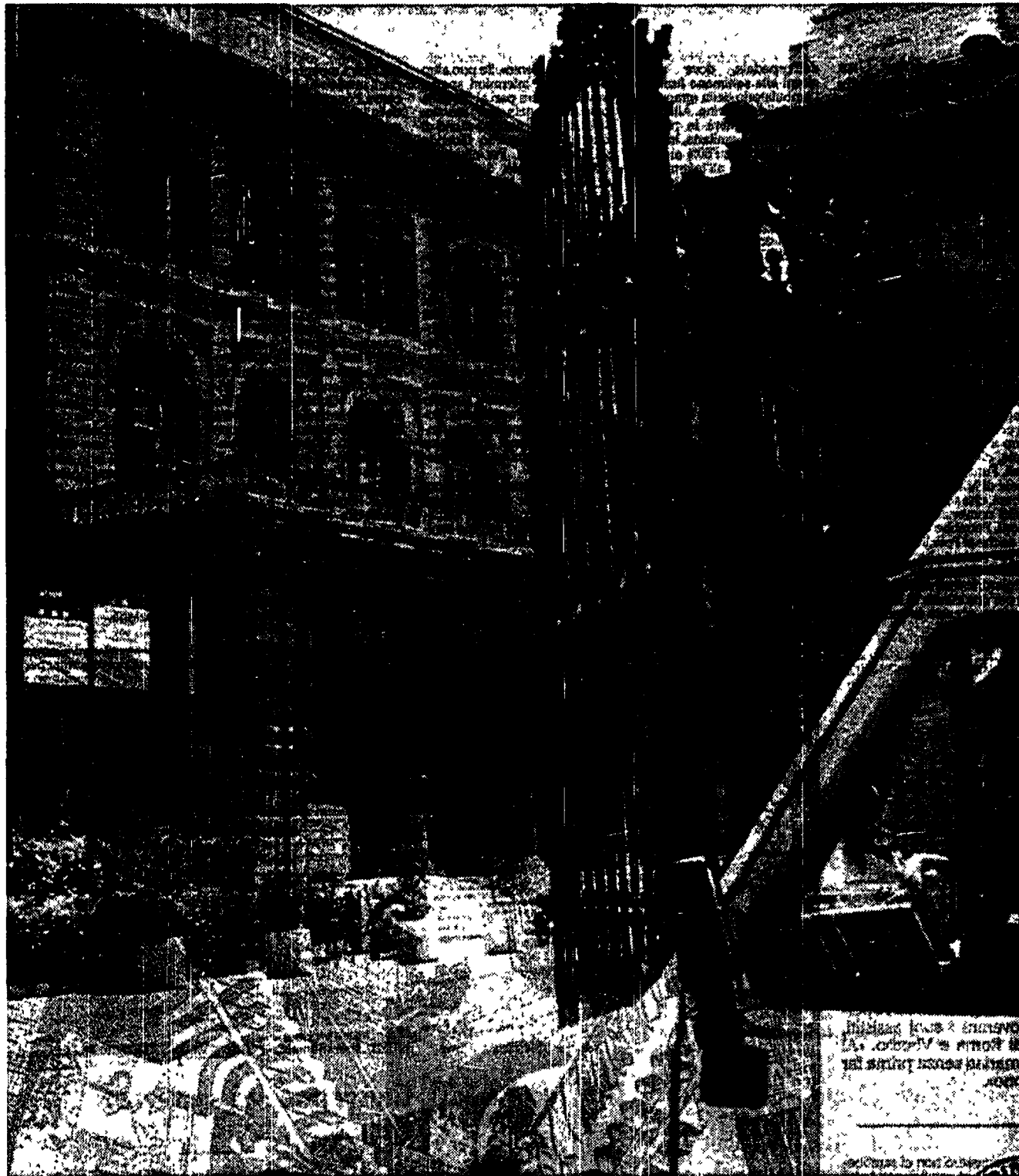
mieri in rapporto al numero dei malati rispetto al personale dei reparti normali. Ecco, l'infermiere non è un optional, l'assistenza deve essere uguale per tutti.

L'infermiere non è un optional, però è una merce rara. Come si può arginare la voragine di personale negli ospedali?

Certamente non si risolve il problema dell'emergenza infermieristica con gli extracomunitari, come propone il ministro Francesco De Lorenzo. Anche se è giusto e utile che ne vengano assunti. Di fronte a decine di migliaia di infermieri qualificati che mancano, i casi sono due: o li chiamiamo dal Terzo mondo peggiorando l'assistenza in paesi che ne hanno estremo bisogno, o li formiamo in Italia assumendo anche una piccola parte di immigrati da altri paesi. Ma assumere in massa è una politica barbara. Formare infermieri qualificati significa riconoscere dignità alla professione infermieristica e non considerarla solo come un'appendice del lavoro medico. Vuol dire innalzare il titolo di studio d'ammissione alle scuole fino alla maturità e istituire un titolo universitario a fine corso. E vuol dire retribuire gli infermieri per il lavoro che svolgono nel periodo della formazione. Tutto ciò corrisponde agli standard europei, per evitare che il nostro diploma non venga riconosciuto dall'Europa del '93.

A Roma ci sono periferie enormi senza un ambulatorio. Cosa si prevede per il futuro?

Il decentramento territoriale ha funzionato solo in alcune zone, come sulla Tiburtina. Soprattutto è mancato, e manca ancora, un piano sanitario regionale. Così dopo tante chiacchiere sul decentramento, la vera priorità sono rimasti gli ospedali. Risultato: non esistono strutture di filtro e neppure servizi per gli anziani. La riforma De Lorenzo ora vorrebbe trasformare gli ospedali in aziende con consigli d'amministrazione lottizzati. In questo modo si rischia di interrompere del tutto ogni rapporto tra gli ospedali e i servizi territoriali.



Diciamolo con i numeri

Dirigere il Policlinico Umberto I equivale ad amministrare una città grande come Anagni. Tra malati e dipendenti ha infatti quasi 10.000 abitanti. Costruito ai primi del secolo, occupa 24 ettari di terreno con 400 mila metri quadrati di palazzine, tra vecchi padiglioni e cliniche moderne, avveniristiche, in un garbuglio di architetture. La «chimera» Policlinico, animale a più teste, si estende poi con lunghi tentacoli sotterranei: quasi cinque chilometri di cunicoli pieni di tubature (nobilizzati a «percorsi ipogei» nell'ultima guida «Policlinico 91», stampata a febbraio). Da queste vie del sottosuolo passa di tutto: la biancheria sporca e pulita, le salme, i rifiuti. Occasionalmente anche topi. E, di frequente, le barelle dei malati che dall'astanteria devono andare a farsi operare nelle cliniche chirurgiche. Dopo le ultime ristrutturazioni (costo 25 miliardi) anche gran parte degli spogliatoi per il personale e addirittura molti laboratori di ricerca e ambulatori sono finiti sotto il livello del suolo, nei cunicoli senza finestre. Il progetto del consiglio della facoltà di medicina di realizzare un percorso aereo «pulito» di collegamento tra le varie cliniche, per il momento è solo un miraggio. La Soprintendenza architettonica non ha dato il permesso per realizzarlo. Così, a un visitatore straniero resta l'impressione, varcati i cancelli, di trovarsi di fronte a una costellazione di ospedali, piuttosto che un'unica struttura, organizzata con criteri d'assistenza uniformi. Dal 1987 la gestione del Policlinico è passata

interamente nelle mani dell'università La Sapienza anche se per le funzioni d'assistenza ha un direttore sanitario ospedaliero. L'assistenza è finanziata tramite una convenzione con la Regione che è scattata dal gennaio '91 ed è valida fino al '92. I posti letto convenzionati sono 3.050. Si tratta di un tetto massimo, in realtà quelli ufficialmente in attività sono 2.700 e quelli effettivamente occupati ogni giorno variano dai 1.800 ai 2.400. Cinque anni fa erano molti di più: 4.279 nell'86, ma allora gli standard d'assistenza erano diversi, cioè bastavano meno infermieri per lo stesso numero di posti letto. Negli ultimi anni i ricoverati tendono ad aumentare con una media del 35%, mentre e le giornate di degenza per paziente tendono a diminuire solo del 15%.

La degenza media si aggira sugli 11 giorni a ricoverato (12 nel '90), anche se la media viene abbassata dai pazienti in breve osservazione e dai day hospital. Nell'87 i posti letto in day hospital erano 131, occupati per 29 mila giorni all'anno. Ora i letti sono aumentati di poco, fino a 191, mentre il numero delle prestazioni ambulatoriali è più che raddoppiato: sono 66 mila all'anno per 454 mila persone che vi si rivolgono. Questo perché i day hospital lavorano su due turni, mattina e pomeriggio. Ad agosto chiudono, eccezione fatta per il day hospital di ematologia della clinica Mandelli, per i leucemici. Ci sono poi gli ambulatori, che comprendono visite e servizi diagnostici. Producono 5 milioni e 772 mila prestazioni all'anno per 2 milioni e 600

mila pazienti. I tomografi assiali computerizzati (in sigla Tac) sono cinque: a nefrologia, nella clinica medica e a radiologia da poco sono entrati in funzione anche il pomeriggio. La Tac più vecchia è quella di neurotraumatologia ed è l'unica che lavora anche la notte (dovrebbe andare in pensione quest'anno ma gli 800 milioni necessari a sostituirla non sono ancora stati stanziati). Mentre il modello più nuovo è a radiologia (inaugurata a marzo).

L'attrezzatura per la risonanza magnetica nucleare finora è scarsa. Esiste solo un apparecchio presso la clinica medica. Un altro deve essere installato in un bunker di neurologia, ma i lavori sono ancora in corso. La terza è stata finanziata per 3 miliardi a radiologia ma la gara d'appalto è appena agli inizi.

La storia del litotritore - la macchina capace di disintegrare i calcoli renali senza intervento chirurgico - è ormai una telenovela. La Cassa di risparmio di Roma ne aveva donata una, nell'86, alla nuova clinica di urologia. Gli ultimi pezzi sono arrivati sei mesi fa, tutti i collaudi sono stati fatti. Finora non è entrata in funzione per mancanza di infermieri. Forse la volta buona sarà a fine giugno. Ci sono poi 5 gamma-camera, costate ognuna circa 600 milioni, capaci di vedere i traccianti radioattivi nel corpo umano e individuare le metastasi. Una sesta dovrebbe arrivare nei prossimi mesi.

Gli infermieri sono 2.400, più o meno tanti

quanti i posti letto attivi. Allora è una peccchia, un livello di assistenza da clinica svizzera? Nient'affatto. Nella cifra dei 2.400 sono compresi anche gli infermieri che non lavorano nelle corsie ma nei day hospital, negli ambulatori, nei laboratori d'analisi e... nelle segreterie. Quelli che effettivamente svolgono i turni nei reparti non sono più di 1.500. Quelli non turnanti, ma con mansioni d'assistenza, sono 800. E i cento mancati? La sovrintendenza del Policlinico sostiene che gli «imboscati» negli uffici e all'economato sono soltanto una trentina. Dunque i 40 restanti sono «desaparecidos»? Per ogni buon conto, il Rettorato ne reclama altri mille, necessari per garantire prestazioni efficienti e l'attivazione di tutti i 3000 i posti letto previsti dalla convenzione con la Regione. Il prefetto Voci ha dato l'autorizzazione per assumere i primi 400 con contratto annuale. Ma di questi 400, al momento di entrare in servizio, se ne è presentato uno solo. «Al neo-diplomato non interessa un posto precario», spiega sconsolato il rettore Giorgio Tecce. Per assicurare i turni, quindi, gli straordinari vengono applicati a piene mani. Soltanto 1/3 del personale non fa ore in più rispetto al proprio orario normale. La media degli straordinari è di 29 ore al mese per ciascun infermiere, ma c'è chi raggiunge le 200 ore mensili. Le cliniche più «sofferenti» per la carenza di organico sono Urologia e Ortopedia. La meno «assetata» di infermieri è la clinica pediatrica. I portanti sono 1.800. Difficile sapere come ripartiti tra reparti, servizi centrali (gli ausili dei trenini con il vitto,

ad esempio) e uffici. I «camici bianchi» sono invece carenti al pronto soccorso e nell'astanteria, dove, senza il lavoro non retribuito dei giovani specializzandi, si bloccherebbe tutto. È stato questo uno dei motivi che ha ritardato la partenza del pronto soccorso nell'ospedale di Pietralata. Molti medici avevano chiesto il trasferimento nella moderna struttura di via Monti Tiburtini, ma nessuno voleva sostituirli nel «lager» dell'astanteria. Gli unici «rinforzi» alle loro ripetute richieste sono venuti, due o tre anni fa, dalla vecchia clinica per le malattie della pelle. Per concedere a medici in servizio all'astanteria di «fuggire» a Pietralata, è stato necessario un concorso straordinario per 14 medici annualizzati. I medici sono circa 1.600. Di questi, 250 sono professori ordinari. I primari però sono 300, perché molti direttori di clinica sono in carica come faccendisti funzionali. Gli aiuti sono 650, lo stesso numero di assistenti, cento in più degli associati, 500 i tecnici laureati (tra psicologi, biologi, fisici, chimici e laureati in scienze statistiche).

Fino a tre anni fa le tonnellate di rifiuti prodotti ogni giorno dal Policlinico venivano buttati in una discarica abusiva a cielo aperto davanti alla palazzina di Anatomia patologica. Con la nuova normativa antinquinamento, i rifiuti ospedalieri sono stati suddivisi in due classi a seconda della pericolosità: rifiuti speciali («inquinanti») e nettezza urbana. I rifiuti speciali (che sono l'80%) devono essere imbustati in sacchetti bianchi e depositati in appositi cassonetti dello stesso colore. Due di questi cassonetti per sirin-

ghe, medicinali, residui delle sale operatorie, si possono vedere passeggiando per il camminamento centrale. Sono sempre aperti, in bella dei gatti e dei topi. Tutto lo smaltimento dei rifiuti è affidato in appalto alla ditta «Aster» che li porta a Malagrotta con 20/30 viaggi di camion al giorno. Il vitto non è dei migliori, per lo meno quanto a varietà. I pasti per i ricoverati sono assicurati da due mense centralizzate. Una grande cucina si trova nel palazzo centrale. È la più vecchia, con requisiti igienici drammatici. L'università ha promesso che verrà chiusa e ristrutturata. Ci vorranno 6 miliardi, ma la gara non è ancora stata indetta. La seconda mensa grande è a Malattie infettive. Ce ne sono poi altre due piccole che servono esclusivamente la clinica ortopedica e l'istituto di neuropsichiatria infantile. Infine una mensa è riservata al personale. I lavoratori che si occupano della ristorazione, portanti esclusi, sono 120. L'età media dei cuochi è molto alta, il servizio di invaschettamento dei cibi è in appalto alla ditta «Chemihospital». Le pulizie negli spazi comuni come le mense sono affidate alla ditta «Trelli». Ai reparti invece deve pensare il personale ausiliario. Infine la lavanderia. Lenzuola, camici, divise per gli infermieri vengono dati a lavare alla ditta «Lavin». Spesso succede che si perdono. Perciò nei vialetti del Policlinico si vedono spesso infermieri con i jeans al posto del pantalone bianchi oppure portanti vestiti in verde, da chirurgo. Qualcuno sostiene che fa parte del clore locale.

Trentotto ore in ospedale per «sconfiggere» i privati
Dentro le mura ovvero il tempo pieno

GONNELLI A PAGINA 26

In fila all'accettazione sperando di essere scelti
Nell'astanteria al gran mercato degli ammalati

POMMIER A PAGINA 27

Tra mille difficoltà nascono cliniche modello
«I miei gioielli» Il meglio del Policlinico

TRILLÒ A PAGINA 28