



Comune di Novara

**7^ COMMISSIONE CONSILIARE PERMANENTE****Verbale della seduta del 16 maggio 2023**

Il giorno 16 maggio 2023 si è riunita la 7^ Commissione Consiliare Permanente, convocata, in presenza presso la Sala Consiliare del Palazzo Municipale, dalle ore 15.00 alle ore 17.00 con il seguente o.d.g.:

1. Ospedale Maggiore della Carità di Novara: organizzazione pronto soccorso e reparti ospedalieri post emergenza Covid 19.

La Presidente della 7^ Commissione sig.ra Maria Cristina Stangalini inizia con l'appello dei consiglieri, che si allega.

Altri presenti sono: L'Assessore alle Politiche Sociali avv. Teresa Armienti, il Direttore della Struttura Complessa a Direzione Universitaria di Medicina e Chirurgia di Accettazione e di Urgenza prof. Gian Carlo Avanzi, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara dott. Gianfranco Zulian, il Direttore Sanitario dell'A.U.O. "Maggiore della Carità" di Novara Dott.ssa Daniela Kozel.

La Presidente apre la Commissione informando che il Sindaco non può essere presente in quanto impegnato a Roma. Lascia quindi la parola, per un breve saluto, dopo aver letto l'ordine del giorno e aver presentato gli ospiti, all'Assessore alle Politiche Sociali Avv. Teresa Armienti, presente in sua vece.

L'Assessore Armienti premette che il Comune non ha competenze dirette per potere intervenire nell'organizzazione dell'Ospedale, gestito da un ente autonomo. Questa commissione è però una occasione per avere chiarimenti, spiegazioni ed informazioni su eventuali problematiche e criticità sul funzionamento del Pronto Soccorso e sull'organizzazione dei vari reparti. Informa poi la Commissione che non potrà presenziare per tutta la durata della seduta in quanto impegnata per una emergenza presso il Servizio di Politiche Sociali.

La Presidente ricorda che la Commissione è stata richiesta con questi argomenti specifici dai Commissari di minoranza.

Chiede la parola il Commissario Fonzo, il quale intende sottolineare che il responsabile della sanità pubblica è il Sindaco, che ha come organismo di riferimento il Consiglio Comunale; la sua forza politica ha chiesto la convocazione della commissione perché ritiene che chi rappresenta i cittadini non può non tenere in considerazione alcune criticità che emergono in ambito sanitario. In alternativa è possibile presentare mozioni specifiche da discutere poi in Consiglio Comunale, luogo in cui si decide eventualmente di sottoporre nuovamente l'argomento alla preposta Commissione, in cui si può elaborare meglio una proposta dopo un'attenta discussione che avviene in Consiglio Comunale attraverso modalità diverse. La Sanità è questione che riguarda direttamente il Comune

come dimostra il fatto che, oltre all'ASL, l'altro organismo che dà le linee di indirizzo alle politiche sanitarie del territorio è l'Assemblea dei Sindaci, che è presieduta dal Sindaco del Comune di Novara.

La Presidente Stangalini cede quindi la parola al Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara dott. Gianfranco Zulian, affinché illustri l'organizzazione del Pronto Soccorso.

Il dott. Zulian premette che, quali ospiti, sono in veste di rappresentanti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara, che è inserita all'interno di un contesto territoriale nel quale c'è l'Azienda Sanitaria Locale. Sono pertanto due aziende diverse. L'Azienda Ospedaliera ha la duplice funzione di Ospedale ed Università, che insieme si integrano per fare da punto di riferimento dell'area relativa al quadrante del Piemonte Orientale. Inoltre, precisa che, con la Legge 833 del 1978, la Sanità Pubblica è di competenza delle Aziende Sanitarie e non è sottoposta al controllo dei Sindaci. Lo può diventare nel momento della gestione di un'emergenza sanitaria, in quanto il Sindaco ha un titolo specifico; negli altri casi il titolo è a capo delle Aziende che rispondono alla Regione che ha il potere di nominare i manager e cioè i Direttori Generali. Il riferimento all'Assemblea dei Sindaci è corretto e riguarda un aspetto particolare del funzionamento delle Aziende Sanitarie: l'Assemblea dei Sindaci ha titolo per convocare le Aziende Sanitarie che insistono sul territorio per ricevere le comunicazioni su tematiche specifiche. L'Assemblea dei Sindaci ha poi diritto di esprimersi sull'operato delle Direzioni Generali delle Aziende. Questo è il titolo che la legge 833 e la 502 del 1992 hanno assegnato ai Sindaci. L'organizzazione moderna del Pronto Soccorso deriva da normative nazionali e regionali. Il Pronto Soccorso di Novara è un Pronto Soccorso di secondo livello, cioè di livello superiore, perché dotato di una serie di strutture e di personale tipiche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria. La nostra è di riferimento a tutto il quadrante: ASL Vercelli, ASL Biella, ASL VCO e Asl Novara; esse hanno come punto di riferimento massimo il Pronto Soccorso di Novara, che in realtà si chiama D.E.A., Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Alle 15.10 arriva il Commissario Caressa.

Alle 15.20 arriva la Commissaria Paladini.

Il prof. Avanzi procede a illustrare la struttura e l'organizzazione del Pronto Soccorso, essendo il Direttore. Innanzitutto precisa che vi sono tre Pronto Soccorso: quello degli adulti, il Pronto Soccorso infantile e quello ostetrico-ginecologico. La popolazione e le ambulanze sono informate di questa suddivisione e vi si recano spontaneamente. I tre P.S. non si trovano nella stessa sede. I traumi dei bambini e in generale tutti i traumi, passano dal Pronto Soccorso Adulti e successivamente viene chiamato eventualmente contattato il chirurgo pediatrico o il pediatra. Il Pronto Soccorso principale ha molto vicino a sé la radiologia che è dedicata all'emergenza/urgenza, con una TAC dedicata e tutte le apparecchiature dedicate alla radiologia tradizionale. Ci sono sale operatorie adiacenti, la Rianimazione, l'Unità Coronarica e il Laboratorio di Emodinamica, dove si eseguono le angioplastiche per gli infarti. La struttura del Pronto Soccorso è collocata tutta al piano terreno. Ci sono le varie specialità di immediato accesso per le emergenze: rianimazione, radiologia, terapia intensiva cardiologica ed emodinamica. Nel Padiglione adiacente al P.S. c'è anche la cardiocirurgia mentre la chirurgia vascolare è collocata nel Padiglione C. Quello di Novara è uno dei pochi ospedali ad avere tutte queste specialità raggruppate e vicine. Prima del 2019 il numero di accessi al P.S. degli adulti era intorno ai 55mila all'anno. Con la pandemia il numero di accessi è diminuito molto, la gente allora restava a casa. Peraltro la pandemia ha messo in crisi il P.S. per le

polmoniti da COVID, come risaputo. La Struttura è organizzata con una zona di accesso sia per le ambulanze che per i pazienti i quali possono raggiungere autonomamente il Pronto Soccorso con le proprie auto o a piedi. C'è una rampa che si chiama "Camera Calda" dove i pazienti vengono messi in barella e trasportati verso il P.S. in una zona detta di "Triage", dove vengono "selezionati" sulla base della priorità di visita e secondo protocolli internazionali. Il paziente grave viene visto per primo e gli si attribuisce un "codice colore". I "codici colori" sono cambiati da circa un anno e mezzo; prima erano quattro: rosso il più grave, verde, giallo e bianco. Adesso sono cinque: rosso, arancione, azzurro, verde e bianco. Questa differenziazione è importante perché il codice rosso deve essere visitato entro pochissimi minuti. Per questi pazienti è presente un box visita dedicato che si chiama "Schock Room", una stanza dotata di tutte le attrezzature per sette postazioni letto-barelle con i monitor, trasportabili poi negli altri reparti. Con la pandemia si è dovuto attrezzare anche un altro box visita per i codici rossi respiratori, dotato di attrezzature di avanguardia, dedicato ai pazienti che giungono al P.S. con problemi respiratori e febbre, in modo da garantire un percorso dedicato ed isolato dagli altri. Ci sono poi due altri box visita: uno per i pazienti dal codice arancione in giù e un box dedicato ai pazienti con codice di bassa priorità, cioè quelli che si rivolgono al Pronto Soccorso ma che non presentano emergenze o urgenze. Di questi ultimi ve ne sono molti e rappresentano oltre il 70% degli utenti del Pronto Soccorso. Sono persone che avrebbero potuto rivolgersi al proprio medico di famiglia ma che in realtà preferiscono per varie ragioni andare al pronto soccorso. Per questi pazienti è stato predisposto un box visita dedicato, con un medico presente solo di giorno, nel momento di affluenza maggiore. Inoltre, si è cercato di dedicare a questi pazienti dei percorsi veloci, chiamati "Fast track", attraverso i quali essi sono inviati allo specialista di riferimento, in funzione del disturbo, non grave, presentato. Il Pronto Soccorso esegue poi oltre 200.000 esami di laboratorio, circa 400 TAC del torace, più di 1.000 dell'addome, oltre 20.000 radiografie del torace. Il prof. Avanzi evidenzia in tutto questo un po' di "consumismo" sanitario, dovendo scontare le conseguenze di un sistema sanitario territoriale a suo dire piuttosto debole che non riesce a soddisfare tutte le esigenze. Quindi, in Pronto Soccorso i pazienti vengono visitati sulla base del "codice colore". C'è un tempo di attesa prima della visita: codice rosso 2-3 minuti, codice arancione 20 minuti, codice azzurro 40 minuti e così via. Ovviamente chi possiede un codice verde o un codice bianco può anche aspettare 6 ore prima di essere visto, perché hanno la precedenza le urgenze e le emergenze, nonostante ci sia un box visita dedicato per i codici bassi. I pazienti che saranno ricoverati hanno già tutti gli esami correttamente eseguiti e vengono inviati ai reparti avendo già i medici effettuato uno studio clinico sulla loro condizione, che permette una diagnosi. Per questo passaggio si richiede la consulenza degli specialisti con i quali si decide se inviare il paziente in reparto o ricoverarlo nella zona di osservazione breve intensiva, che fa sempre parte del Pronto Soccorso, in cui viene valutata, per 24/48 ore, l'evoluzione dei disturbi e si decide se ricoverarlo o dimmetterlo. In alcuni casi, se molto grave, viene ricoverato in rianimazione o in terapia sub-intensiva, che fa sempre parte del P.S. Al momento, nel 2023, gli accessi sono circa 15.000; i ricoveri dopo pronto soccorso sono stati 2.500 e i ricoveri dopo osservazione sono stati 297; ci sono poi i dimessi a domicilio che sono oltre 8.700; i dimessi dopo percorso ambulatoriale che arrivano a 1.400. Un'altra delle attività eseguita al P.S. è quella di emissione di impegnative per l'esecuzione di una visita ambulatoriale da parte del medico del P.S.; redigere i certificati INAIL, quelli di malattia da inviare all'INPS; inoltre, si programmano le visite dei pazienti relative ad attività di tipo ambulatoriale. Ci sono poi gli osservati e dimessi dopo osservazione breve o intensiva. Questa è una attività molto importante perché aiuta a capire l'evoluzione della malattia e la decisione di ricoverare eventualmente il paziente. Le criticità del Pronto Soccorso, percepite direttamente anche dalla sua direzione, riguardano i tempi di attesa

molto lunghi, in alcuni casi la mancata risposta a quelle che sono le esigenze dei pazienti; per quanto riguarda gli errori e le richieste di risarcimento c'è un contenzioso dedicato. Il prof. Avanzi ricorda che le richieste di risarcimento hanno un incremento esponenziale perché, in alcuni casi, rappresentano un modo per chiedere finanziamenti allo Stato, con richieste spesso non motivate. Altre volte, purtroppo, qualche errore viene commesso. La percentuale di pazienti che hanno un codice verde è di oltre il 50 % sul totale dei pazienti che si rivolgono al pronto soccorso. Un dato che è valido per tutta Italia. Se il P.S. dovesse lavorare solo sull'emergenze/urgenze, codici rossi e arancioni, ci sarebbero circa 13.000 casi all'anno. È chiaro che, tra questi pazienti che hanno il codice verde, ci sono anche dei pazienti che devono essere ricoverati perché presentano pluripatologie: essi potrebbero essere seguiti a casa ma, per varie condizioni ad esempio legate all'età e all'impossibilità di avere un caregiver presso la propria abitazione, non si sa dove collocarli dopo la dimissione dal P.S. e quindi si decide di procedere al ricovero. In questi casi è di grande aiuto il Servizio Sociale ospedaliero che si adopera per trovare loro una collocazione. Ci sono, inoltre, dei picchi di accesso durante la giornata e durante la settimana, in particolare il lunedì, giornata nella quale si rinforza sempre il numero di personale. Durante le ore notturne, arrivano casi prevalentemente gravi, ma a partire dalle 10:00 del mattino arrivano tutti i pazienti che possono sostare in coda, perché nel frattempo giungono le ambulanze che trasportano pazienti gravi, a causa di incidenti stradali, incidenti sul lavoro, infarti, etc.etc. Ci sono poi utenti che arrivano autonomamente per chiedere aiuto, in quanto hanno problemi magari facilmente risolvibili e preferiscono però rivolgersi al pronto soccorso. Queste persone non vengono rifiutate ed è necessario seguirle. Non essendo gravi aspettano e questo determina un aumento delle lamentele. Non è possibile fare transitare e sostare i familiari all'interno dei locali del pronto soccorso, perché le dimensioni attuali non lo consentono. In futuro ci sarà la possibilità di realizzare una sala d'attesa. Il personale del P.S. cerca di telefonare ai familiari del paziente e si cerca di metterli in contatto tra di loro. Certamente non è possibile riuscire a colmare tutti i disagi che ci possono essere recandosi al Pronto Soccorso. Il prof. Avanzi sottolinea, inoltre, che la legge Gelli, che tratta anche il consenso informato, stabilisce che è il paziente a decidere a chi il medico deve riferire circa le informazioni relative al suo stato di salute. Se il medico ha già parlato col paziente e il paziente è d'accordo e accetta le terapie, consapevole del proprio stato di salute, non rientra tra gli obblighi del medico quello di riferire informazioni al familiare. È semmai una richiesta del paziente quella di chiedere al medico di riferire sullo stato di salute anche con i suoi familiari. Il prof. Avanzi conclude poi informando i Commissari che il Pronto Soccorso dispone di una Scuola di Specializzazione di Medicina di Emergenza/Urgenza; inoltre, ci sono rianimatori che danno un grande aiuto. Il P.S. è anche cresciuto come competenze: vengono svolte in autonomia manovre, cardioversioni, vengono curate le aritmie, le fratture, le riduzioni di lussazioni, etc. Grazie alla Scuola di Specializzazione del P.S. è aumentato il grado di complessità degli interventi che si riescono a trattare. Ad Ogni paziente che arriva al P.S. viene eseguito come base di partenza: un elettrocardiogramma, alcuni esami del sangue, viene visitato da un medico; è anche possibile che si sottoponga a un'ecografia o a una radiografia del torace. Quando è dimesso ha la cartella clinica, un dossier con tutti i suoi esami e un verbale del Pronto Soccorso indirizzato al medico di famiglia. La documentazione viene trasferita sul fascicolo sanitario elettronico, che riporta la firma digitale del medico del P.S.

La Presidente Stangalini cede quindi la parola alla Dott.ssa Kozel.

La Dott.ssa Kozel evidenzia che il D.E.A. è in contatto diretto con gli altri P.S. e presidi del quadrante e anche della regione Lombardia, attraverso i protocolli che collegano in particolare le reti di emergenza per le patologie cardiovascolari, cerebrali e cardiache, ma non solo; quando gli

altri ospedali sono in difficoltà per carenze di medici e specialisti, è il D.E.A. che riceve tutta la patologia anche di primo livello e funge da filtro per il collegamento con gli altri reparti. Il livello di complessità è accresciuto anche da questo aspetto di tipologia di risposta, sia in condizioni di emergenza, sia in condizioni di risposta del primo livello per quelle specialità che mancano come h24 negli altri ospedali. Dagli altri ospedali giunge il paziente che viene preso in carico dal D.E.A.. Il paziente tornerà poi all'ospedale di competenza con tutta la documentazione che è stata oggetto della presa in carico da parte del D.E.A.

L'Assessore Armienti lascia la Commissione alle ore 15.45.

La Presidente Stangalini cede quindi la parola alla commissaria Allegra.

La commissaria Allegra evidenzia l'importanza di una cultura specifica in questo ambito e di una particolare attenzione da parte della popolazione; se così fosse, non ci si recherebbe al P.S. per sintomi lievi e si lascerebbe al personale che gestisce la struttura sanitaria una maggiore agibilità. Secondo la commissaria Allegra sembra esistere qualche problema di organico, che non dipende direttamente da chi dirige il Pronto Soccorso, ma da alcune scelte fatte in altra sede e inoltre dalle scarse risorse economiche e finanziarie. Chiede, quindi, quale sia l'organico attuale del Pronto Soccorso e quale invece dovrebbe essere. Intende sapere, avendo letto alcuni dati provenienti dalla Regione Piemonte, se esiste e quanto è diffuso oggi il fenomeno dei "gettonisti" proprio inseriti al P.S. Crede che questo sia un tema che dal punto di vista economico sia negativo in termini generali. Un altro aspetto è la garanzia dello stesso livello di competenza tra personale sanitario strutturato e personale gettonista. Esprime poi la sensazione che ci sia una diaspora da parte del personale sanitario che, deluso, si trasferisce in strutture anche private. Chiede, quindi, se il personale sia sottoposto a turni massacranti, se in altre strutture paghino diversamente, cioè maggiormente; tutti questi aspetti potrebbero avere delle ricadute sulle reali prestazioni effettuate con la medesima competenza, accuratezza. Questi temi destano una forte preoccupazione, perché le prestazioni sanitarie se sono pubbliche, sono rivolte a tutti, se sono private, non sono accessibili a tutti.

Risponde il Direttore Generale Dott. Zulian, il quale afferma che l'organico del Pronto Soccorso è al completo. La completezza di questo organico è resa possibile da una parte di personale dipendente e da una parte di gettonisti. C'è stato un momento in cui l'organico era formato per circa il 50% da gettonisti, mentre oggi si è nell'ordine del 30%. Gli organici delle aziende sanitarie pubbliche sono calibrati sulla normativa dell'anno 2014. C'è un tetto di spesa economico di riferimento che è quello del 2014, al di sopra del quale teoricamente non si può andare. Questo crea un problema sugli aspetti assistenziali. Questa lacuna si è colmata da un lato con il pensionamento di alcune persone e dall'altra parte, per evitare di superare il tetto di spesa del personale, attraverso l'adesione ai gettonisti che non gravano sul capitolo di bilancio relativo alle spese del personale sanitario. È un artificio utilizzato da tutte le aziende italiane. Di fatto il gettonista è uno specialista e quindi non meno preparato degli altri medici del Pronto Soccorso, potrebbe avere però poca conoscenza della struttura e quindi qualche volta la sua prestazione risulterebbe un po' macchinosa, sugli aspetti legati in particolare alla gestione dell'intervento, come l'utilizzo dei software aziendali dedicati. Non ci sono ricadute negative sulle cure prestate al paziente; l'attività dei gettonisti viene prestata comunque da specialisti all'interno del organico Pronto Soccorso, dove ci sono gli altri medici del servizio dipendenti della struttura da tanti anni, che coadiuvano molto bene con il personale strutturato, nella situazione attuale. Per quanto riguarda l'uscita dei medici, evidenzia che il Pronto Soccorso non ha veri e propri trasferimenti. P.S. e Ospedale in generale non evidenziano un esodo così massiccio. Esiste un numero di medici e di personale sanitario che si dimettono dall'azienda per varie motivazioni, quasi sempre di tipo personale. Queste dimissioni rimangono in

un range fisiologico, cioè il numero delle dimissioni è abbastanza stabile negli anni. In particolare, questo fenomeno non è evidente nel Pronto Soccorso e anche i reparti non sono particolarmente sguarniti. Tra l'altro, essendo da qualche anno sede recente di Scuola di Specialità, il P.S. è un punto di riferimento molto importante. Una parte del personale ha studiato presso questa nostra scuola ed ora si sono ottenuti un numero maggiore di posti dedicati alla formazione di altri professionisti. Nell'arco dei prossimi cinque anni si dovrebbero quindi formare professionisti adeguati che, auspicabilmente, si fermeranno nella stessa Azienda ospedaliera. In questo modo si potrà arrivare ad avere un organico che non comprenderà più gettonisti ma solo personale dipendente. La Regione ha di recente dato la possibilità di sfiorare il tetto di spesa e quindi l'Azienda Ospedaliera sta continuando ad assumere sia personale medico che infermieristico e personale O.S.S.. Qualche volta la carenza è esclusivamente numerica, nel senso che non si trovano specialisti in tutti i settori. Ci sono concorsi che vanno deserti.

La Dott.ssa Kozel aggiunge che, relativamente ai gettonisti, questi sono stati "fidelizzati"; sono persone che lavorano presso l'Azienda da sufficiente tempo, che seguono i protocolli aziendali e che sono stati assistiti nella loro crescita, formazione e con affiancamento diretto del prof. Avanzi. Quando arriva un nuovo gettonista, viene vagliato personalmente prima dal Direttore prof. Avanzi e poi dai suoi collaboratori e viene seguito in tutto il suo turno. Non c'è quindi questo isolamento e abbandono del gettonista al suo lavoro. Viene seguito e diventa parte dell'equipe. La dott.ssa Kozel condivide quando detto dal dott. Zulian relativamente alla sensazione di esodo del personale. Lei stessa si è formata all'Università a Novara e, successivamente, dopo una esperienza fuori città, è tornata a Novara. Questo è lo spirito dell'ospedale: l'ospedale deve formare persone e farle crescere e permettere loro di andare a lavorare, con quello che hanno imparato, in altre sedi. Il concetto del professionista è quello di cambiare le realtà in cui lavora e poi anche tornare presso la propria sede. È sicuramente vero che ci sia carenza di professionalità specialistiche. A Novara, essendo un'azienda ospedaliera, ancora si riesce a reperire il personale, a differenza degli ospedali più piccoli, che sono veramente in difficoltà.

Interviene nuovamente il Dott. Zulian per evidenziare che occorre tenere presente che il P.S. non fa libera professione e la turnistica è rispettata: la media è quella dei turni di tutti gli altri reparti.

Il prof. Avanzi precisa di essere riuscito a concordare con i suoi collaboratori di concedere loro almeno un weekend libero al mese e, quando possibile, due. Riesce a garantire massimo turni di quattro notti e in qualche rara eccezione massimo 5 notti al mese. Non c'è intenzione di aggravare ulteriormente con il numero di notti, perché è fondamentale riposarsi sia il giorno in cui "smonta" la notte, che è considerata giornata lavorativa dalle 0.00 alle 8.00, che il giorno successivo. Se poi lavorassero su diversi turni di notte, non potrebbero coprire altre ore nei giorni successivi perché di riposo. Gli infermieri sono 56 e i medici 23, che globalmente turnano sul Pronto Soccorso. Auspica poi che nell'arco di tre anni l'organico sia formato al completo da personale dipendente e strutturato dell'ospedale in assenza di gettonisti, perché il numero di specializzandi è incrementato, anche se purtroppo le vocazioni per la medicina di emergenza urgenza stanno diminuendo a livello nazionale. Diminuiscono anche per le Rianimazioni, ma aumentano in altre specializzazioni. Ci sono anche questioni sindacali, perché i medici non possono essere considerati tutti uguali. Chi si occupa di emergenza-urgenza dovrebbe avere un contratto diverso, perché si tratta di un lavoro usurante. Chi lavora in P.S. rischia di subire dei contenziosi. Se un paziente entra in ospedale, si fa operare e poi va male qualcosa e richiede un risarcimento, il medico del P.S. è il primo ad essere coinvolto. Anche per questo ci sono un po' di reticenze tra i giovani, che hanno più possibilità e decidono di non dedicarsi all'emergenza-urgenza. A Novara si è più fortunati avendo la scuola di specializzazione.

Alcuni allievi sono andati a Borgomanero, Vercelli, Biella e ad Alessandria, nell'area cioè del Piemonte Orientale, come è giusto che sia.

Prende la parola il Commissario Renna, il quale chiede se il dato dei 55 mila accessi è da riferirsi solo all'ambito adulti o complessivamente su tutti e tre i P.S.

Risponde il prof. Avanzi il quale dice che il dato si riferisce solo al P.S. per gli adulti, mentre complessivamente si arriva a 78.000 accessi.

Il commissario Renna in merito ai 200 mila esami all'anno effettuati dal P.S. e al 50% degli accessi catalogati come codici bianchi e verdi, ritiene che i costi e i tempi di attesa lunghi che occorrono per effettuare questi esami, spingono i cittadini a rivolgersi al P.S. Anche perché quando prenoti al CUP regionale, può succedere che ti indirizzino, ad esempio, a Cuneo. È consapevole del fatto che questo non sia un problema di competenza della Direzione Sanitaria, ma che questa sia una questione regionale, nazionale. Pensa quindi che questi accessi abbiano un costo e che ricadano sull'azienda. Presume che molti cittadini, con poca disponibilità economica e/o in grave difficoltà, cerchino la via più breve per effettuare alcune prestazioni sanitarie, tra cui esami di laboratorio e di diagnostica. Per quanto riguarda il problema dei medici, concorda con il prof. Avanzi, riconoscendo il problema di possibili contenziosi a cui un medico del P.S. può essere più facilmente esposto. Anche se assegnando un maggiore riconoscimento economico forse non si riuscirebbe a risolvere totalmente il problema, un incentivo sicuramente potrebbe essere utile per trattenere i medici ed evitare che si trasferiscano altrove.

Interviene il Dott. Zulian il quale concorda sul fatto che non basta pensare di dare più soldi al medico per risolvere il problema, anche se questo può aiutare. Il problema di fondo è però la depenalizzazione dell'atto sanitario. Se non si depenalizza, non si metterà mai un freno a queste contestazioni dei pazienti. I medici del P.S. vanno invogliati a rimanere e lo si può fare aumentando l'organico, oltre a quello che è previsto, facendo in modo di remunerarlo meglio. Questo però è una scelta nazionale, che potrebbe aiutare, insieme alla depenalizzazione. La gente poi si reca a fare gli esami perché questo è un annoso problema legato alle lunghe lista d'attesa. È indubbio che un filtro territoriale manchi. L'ospedale ha il ruolo di una azienda ospedaliero universitaria, per di più inserita in una città come Novara, dove la maggior parte dei cittadini della ASL si reca in ospedale, che è però un'altra azienda. Questo è un problema e ritiene che in futuro si debba pensare a come è organizzata l'attività sanitaria regionale. I sindaci del territorio dovrebbero dare spunti di riflessione alle Regione ed è questa la loro vera attività in materia di sanità. Oggi, avendo poco filtro, il paziente si rivolge all'Ospedale e questo comportamento non fa altro che spostare il problema dal territorio all'ospedale. Se un determinato esame lo si facesse presso la sede territoriale, al distretto o al poliambulatorio, cambierebbe poco e il costo sarebbe equiparabile. Ovviamente la differenza sta nella tempistica di erogazione della prestazione stessa. In Piemonte hanno previsto il CUP regionale e ha immaginato un'area territoriale cosiddetta di garanzia, nella quale la prestazione deve essere erogata. Ma qualora sorgesse l'esigenza, la prestazione viene erogata anche in enti diversi e il paziente non risulta vincolato a Novara, ma può essere inviato in un'altra sede nel periodo di tempo più ridotto possibile. Inoltre esiste una codifica delle prestazioni ambulatoriali anche per le attività territoriali: la prestazione che si deve erogare entro il periodo più breve possibile e cioè entro tre giorni, quella che va eseguita entro 10 giorni e così via. Le prestazioni entro i 10 giorni vengono realmente eseguite dall'ospedale nei tempi previsti. I problemi ci sono su ciò che va programmato oltre quel periodo. Su questo occorre lavorarci, sia come prenotazione al Cup regionale sia come organizzazione delle Aziende Sanitarie. Come Direttore generale dell'Ospedale non può rispondere

per l'attività territoriale, che è composta dalla specialistica territoriale più i medici della medicina generale. Quindi è un mondo che l'Ospedale non può governare, ma può rilevare solo il problema.

Il prof. Avanzi interviene ed aggiunge che è vero che qualcuno che si trova difficoltà a prenotare e a effettuare una determinata prestazione si reca al Pronto Soccorso, ma si verifica anche la situazione di qualcuno che trova molto comodo passare al P.S., specialmente di sabato mattina o quando finisce di lavorare e sfruttare in questo modo il servizio sanitario pubblico. Capita anche che, prima di partire in vacanza, si rechi al P.S. a farsi un check-up. E' noto che, con il codice bianco in P.S., il medico deve emettere il ticket e per questo motivo si può essere esposti ad aggressioni. E' presente una guardia armata presso il Pronto Soccorso 24 ore su 24, fortemente voluta, perché ci sono state persone che hanno reagito in maniera violenta provocando atti di vandalismo. Nasce spesso un contenzioso con chi non vuole pagare la quota relativa al ticket. E allora, nei casi più critici, c'è un atteggiamento, non condiviso, che porta a codificare un accesso come codice verde anziché bianco.

Il Presidente passa la parola al commissario Fonzo. Egli puntualizza che la richiesta di convocazione di questa commissione era stata consegnata alla Presidente il 7 aprile, chiedendo di convocarla avendo come ordine del giorno l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara e l'organizzazione del Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri post emergenza COVID 19. L'obiettivo della richiesta era di cercare di capire cosa fosse successo dentro l'ospedale al termine della pandemia. Ha ritenuto quindi utile precisare questo passaggio dell'assessore Armienti, affinché si comprenda che il Sindaco è responsabile delle condizioni di salute della popolazione e il Consiglio Comunale condivide con il Sindaco questa responsabilità. Oggi, come prima diceva il dottor Zulian, a seguito della modifica della legge 833 del 1978 che ha come tema principale la riforma sanitaria, non sono i Sindaci a gestire il servizio sanitario, anche se a loro però il decreto legislativo 299 del '99, il Decreto Bindi, trasferisce con delega i poteri di programmazione, di controllo e di giudizio sull'operato del direttore generale dell'ASL. Uno dei capisaldi della legge n. 833 è appunto il rapporto con il territorio. L'ospedale non è l'unica sede in cui ci si occupa di salute. Anzi, l'ospedale deve essere il momento finale a cui si ricorre, perché prima dovrebbero esserci altre strutture. Per esempio la questione dei Distretti Sanitari e della Casa della Salute, struttura per cui il Commissario Fonzo si rivolge al Presidente affinché si possa affrontare la tematica in una futura commissione. Cinque giorni fa, un organo di informazione locale ha pubblicato, sulle pagine locali, la notizia che dall'inizio del 2017 alla fine del 2021 sono triplicati gli accessi al pronto soccorso pediatrico per bambini e ragazzi che sono stati oggetti di maltrattamenti o di abusi. Chiunque, di fronte a questi dati, dovrebbe chiedersi cosa stia capitando. Questo dato induce allora a pensare che, se ci fosse una rete territoriale di servizi, questi bambini e questi ragazzi non sarebbero arrivati al P.S. Fonzo richiama quindi quanto dichiarato dal presidente dell'ANCI De Caro, Sindaco di Bari, auspicando che il Comune di Novara faccia la stessa cosa. De Caro dice che l'emergenza sanitaria ha fatto emergere la necessità di una sempre maggiore integrazione tra settore che si occupa di Sociale e quello della Sanità, per salvaguardare la salute dei cittadini. Questo rapporto deve essere ora potenziato e reso strutturale, soprattutto in una fase post emergenziale. La pandemia ha dimostrato che, per alleggerire le strutture ospedaliere, è determinante l'efficienza e la capillarità di un sistema integrato territoriale di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali di prossimità e che i Comuni devono essere assolutamente coinvolti, coordinandosi con le autorità sanitarie. Deve quindi essere un obiettivo condiviso quello di assicurare una governance multilivello tra Sindaci, Asl e Regioni e il ruolo dei Sindaci all'interno della Conferenza dei Sindaci deve per questo essere potenziato. Il commissario Fonzo conclude poi il suo intervento sottolineando che oggi si sta facendo l'audizione con i rappresentanti massimi dell'Azienda Ospedaliera, ma in realtà la

commissione ha avviato questo percorso di riflessione sulla sanità con una consultazione fatta con l'ASL, nella quale è stato chiesto loro di approfondire la situazione dei distretti e dei consultori. Oggi si parla di ospedale, ma l'intento è che in questa triangolazione ASL - Ospedale ci sia anche il Comune, perché la questione della governance multilivello è essenziale.

Interviene il Dott. Zulian, il quale dice di condividere il pensiero del Sindaco De Caro. Per quanto riguarda il problema specifico dei minori e del maltrattamento, nell'Azienda Sanitaria Ospedaliera questi due fenomeni sono conosciuti e seguiti. In ospedale è presente un servizio di Neuropsichiatria Infantile efficiente e il P.S. è preparato a fare da filtro ed intercettare tutti i casi di abuso infantile e sulle donne. Sono in essere protocolli di intesa con le Forze dell'Ordine che vengono costantemente aggiornati. C'è un corso di aggiornamento proprio sul maltrattamento, che l'Ospedale segue e con il quale collabora attivamente. Avere poi rapporti stretti con l'azienda sanitaria locale, quindi con tutto il fenomeno della prevenzione, che va dall'educazione fino alla salute, fa parte anche delle strategie messe in campo dall'Azienda Ospedaliera.

La Dott.ssa Kozel aggiunge che l'Azienda è contenta di questo incremento di segnalazioni degli episodi di violenza. Non è aumentata la violenza agita, ma sono aumentate le segnalazioni di questa e questo permette all'Azienda Ospedaliera di intervenire.

Il prof. Avanzi sottolinea che esistono protocolli specifici sulla violenza dei minori e sulla violenza di genere all'interno del P.S., che sono stati implementati, oltre ad un Gruppo di lavoro. C'è maggiore consapevolezza e queste cose vengono tenute nascoste di meno.

Il commissario Nicola Fonzo lascia la Commissione alle 16.20.

La commissaria Allegra afferma che durante il periodo del Covid queste violenze non sono diminuite, ma semplicemente non sono state segnalate perché le persone non si recavano al P.S. In realtà sono aumentate, nelle situazioni di convivenza forzata.

Il Presidente cede poi la parola alla commissaria Paladini che inizia il suo intervento affermando che, a causa di problemi di salute personali, ha avuto la possibilità di verificare di persona, durante il suo ricovero, la situazione attuale dell'ospedale. Ricorda come, nella richiesta di convocazione della commissione, fosse stato chiesto di discutere non solo del P.S. ma anche della riorganizzazione degli altri reparti dopo l'emergenza COVID 19. È noto che durante il periodo di pandemia molti reparti siano stati ridotti o nelle loro funzioni o nel numero di posti letto, per fronteggiare l'emergenza.

Condivide che vi è un abuso nella fruizione dei servizi del P.S. e sa quale sia il problema delle liste di attesa, che è questo un tema che riguarda non solo Novara ma tutto il territorio regionale. La commissaria Paladini continua sottolineando un passaggio nel discorso del prof. Avanzi, in cui afferma che nel Sistema Sanitario Nazionale non funziona bene sempre e in alcuni ambiti, soprattutto se ci si riferisce ai rapporti con l'ASL e la Medicina di Base. Il problema è che quando ci si trova ad "affacciarsi" con il SSN con i canali ordinari, è molto difficile avere accesso ad alcune prestazioni che sono controlli e non prime visite. I professionisti insegnano che la Prevenzione è la prima forma di cura. Questo si è visto durante il COVID: nel momento in cui c'è stato un rallentamento della diagnosi preventiva di alcune patologie, come ad esempio il percorso di Prevenzione Serena che è stato interrotto, c'è stata poi una recrudescenza dell'incidenza di casi.

La dott.ssa Kozel interviene rispondendo che non c'è stato un aumento di casi.

La commissaria Paladini precisa che c'è stato un ritardo nella diagnosi dei casi rispetto agli anni precedenti. La sensazione è che, quando il Medico di Medicina Generale nella richiesta non indica

la fascia dei dieci giorni, ma indica una fascia normale di programmazione, ci si trova quasi nell'impossibilità di accedere tramite prenotazione a qualsiasi tipo di esame. La situazione critica delle liste di attesa, che spinge a rivolgersi al privato, è un problema di mancato servizio. È vero ciò che ha precisato del Dott. Zulian e cioè che la competenza non è in capo al Comune ma alla Regione Piemonte, ma è vero altresì che se vengono raccolte delle segnalazioni di difficoltà reali da parte dei cittadini, non solo riferite all'Ospedale di Novara ma a tutto il territorio regionale, il Comune deve farsi carico di interpretare questa difficoltà e cercare di capire quale sia il problema. Chiede, inoltre, al Dott. Zulian come intenderà rimodulare alcuni reparti dopo il COVID. La commissaria Paladini afferma di aver avuto modo di verificare che alcuni reparti sono stati spostati, il numero dei letti è stato ridotto, ci sono cioè alcuni reparti maggiormente in difficoltà. Essendo stata alcuni giorni ricoverata presso il reparto di Otorino, ha potuto constatare che la sua compagna di stanza, con una rottura al braccio, proveniva dal reparto di Traumatologia. La domanda è quindi se il numero complessivo di posti letti che ciascun reparto aveva nel 2019 è ritornato oggi allo stesso valore o se ci sono state rimodulazioni in funzione di esigenze mutate; intende sapere se gli ambulatori in cui si eseguono prestazioni legate ad alcune patologie degenerative sono tornati alla loro piena funzione o se necessitano di nuovi spazi. Chiede di conoscere il quadro generale sulla visione dell'ospedale. Si rivolge successivamente al prof. Avanzi se sia corretto affermare che alcune scuole di specialità non sono più presenti all'UPO, come per esempio quella di Ortopedia, e sapere per quale ragione e cioè se per una scelta di tipo universitaria di indirizzo o per altre ragioni. È importante costituire una rete ancora più forte, ad esempio con le Fondazioni o i Privati, se esiste un problema di budget, visto che sono già stati in questi anni molto generosi, essendo poi questo un tema legato alla prevenzione. Infine chiede se il servizio di accettazione diretta di alcuni esami di radiologia tradizionale, senza obbligo di prenotazione, esistente prima del COVID presso la S.C.D.U. di Radiologia sarà a breve ripristinato.

La Dott.ssa Kozel risponde dicendo che l'accesso diretto alle "radiografie semplici" c'è ancora, ma è soggetto a prenotazione, in quanto il principio di evitare il sovraffollamento è tuttora in vigore in Ospedale, in quanto il rischio Covid è ancora presente.

La commissaria Paladini rappresenta la sua esperienza presso il reparto di Otorino, ritenendo questo una eccellenza dell'Ospedale di Novara. Quello che è importante capire oggi dove è possibile migliorare e farlo insieme a tutte le istituzioni. La soluzione di questi problemi non può essere il nuovo ospedale, perché i tempi di risoluzione sarebbero troppo lunghi. Occorre invece focalizzarsi sul funzionamento massimo della attuale struttura.

Risponde il Dott. Zulian, ringraziando innanzitutto per le segnalazioni ricevute, perché queste consentono all'Ospedale di crescere e sono oggetto di riflessione interna costante. C'è stata una pandemia terrificante che ha costretto a riorganizzare molto rapidamente tutti i reparti. La pandemia è stata quasi sconfitta. Questo ha generato però due conseguenze: prima di tutto il riassetto dei reparti esistenti per renderli attivi in funzione della pandemia, ha creato degli imbuti, ha costretto a fare spostamenti di reparto. Questi spostamenti di reparto hanno reso necessario ricorrere ai cosiddetti "appoggi". Se in alcuni reparti ad esempio si hanno venti posti letto e in un determinato momento vi sono 25 pazienti che devono essere lì ricoverati e questo non è una costante di tutti i giorni, i cinque pazienti in più devono essere allocati in altre strutture. Certo non in situazioni di gravi condizioni di salute. La situazione potrà avere un miglioramento solo quando si avrà una struttura più grande, moderna ed adeguata. Inoltre, è finita l'emergenza sanitaria da un punto di vista tecnico normativo, però per l'ospedale non è finita la necessità di mantenere alcuni distanziamenti e di mettere in atto alcuni filtri, sempre infettivologici. Il Covid ha insegnato

ad essere prudenti circa l'opportunità di mettere insieme tante persone in spazi ristretti, senza sapere inizialmente quale sia la loro patologia. Se il pronto soccorso lavora molto bene, significa che occorrono tempi più lunghi. Questo può creare un fenomeno di "accumulo" anche per quei codici Bianchi e Verdi, per i quali comunque gli accertamenti vengono effettuati. Alcuni reparti sono andati più in sofferenza di altri perché sono state date priorità al recupero di spazi dedicati ad alcune patologie tempo-dipendenti e ad alcune patologie dove il ritardo diagnostico può avere un esito drammatico, come le patologie oncologiche o alcune patologie neurologiche. Per quanto riguarda la prevenzione vera e propria, come la Prevenzione Serena che è la più diffusa, non è stata sospesa. Vi è una bassa adesione della cittadinanza; non vi è mai stato il 100%, ma ne aderiscono molto poche rispetto al totale. Il rallentamento nell'esecuzione di una prestazione riguarda quelle situazioni per le quali il medico di medicina generale prescrive per esempio una colonscopia, ma quella colonscopia sembra non avere i requisiti che farebbero rientrare il paziente nel protocollo Serena, per il quale i tempi sono più convenienti. Occorre, quindi, che questa tipologia di richiesta per colonscopia, qualche volta, andrebbe precisata meglio. Ovvero, qual è il quesito diagnostico? Se ci sono motivazioni importanti, perché chiederla con lista di priorità bassa? Il medico che fa da filtro si assume la responsabilità di visitare il suo paziente. In Pronto Soccorso si visitano i pazienti creando qualche volta la lista di attesa sul posto. Se i pazienti non vengono visitati mai, il medico ha una funzione esclusivamente di "ricettologo". Il dott. Zulian comprende che la medicina è cambiata e che senza certi accertamenti e l'ausilio di certe apparecchiature, non si può più svolgere la professione come in passato. Occorre però fare qualcosa di più, in quanto il filtro è per l'ospedale indispensabile. Alcuni reparti sono ancora un po' in sofferenza. Recentemente è stata fatta una richiesta di chiarimento urgente per i posti letto della Fisiatria al Consiglio Regionale. L'ospedale ha risposto che, non appena il personale sarà nuovamente disponibile, il reparto riprenderà l'attività a pieno regime. Ad oggi sono stati incrementati 4 posti di letto e, progressivamente, verranno incrementati tutti i posti letto. La pandemia è appena conclusa e si conta, entro la fine dell'anno, di riprendere a pieno regime, sia in quel servizio che in altri. Il dott. Zulian continua poi affermando che il Pronto Soccorso di Novara è indubbiamente piccolo come dimensioni. L'ospedale sta pensando di costruire un ampliamento dimensionale di circa 600 metri quadri, allargando la cosiddetta "piastra Braga" e per questa modifica il Consiglio Comunale sarà coinvolto. Questo ampliamento verrà allargata e consentirà di dare un miglioramento, e a questo si può attuare subito.

Interviene la commissaria Paladini e chiede se l'Ospedale intende anche migliorare la situazione del Centro Prelievi del San Giuliano, segnalando che si trova in una situazione critica, pensando in particolare alle attese sotto la pensilina quando c'è brutto tempo.

Risponde il Dott. Zulian il quale specifica che il Centro Prelievi è a pieno regime e funziona ad accesso diretto. Sottolinea come sia stata una scelta del passato fare in modo che l'Ospedale fosse l'unico centro di riferimento delle attività di prelievo ematico. Questo crea un iper afflusso verso le strutture ospedaliere. Anche a Galliate si verifica un fenomeno analogo. Ci si scontra però con le norme anti-incendio.

La commissaria Astolfi concorda con le osservazioni della commissaria Paladini.

Interviene la commissaria Paladini evidenziando che si sta parlando del SSN e dell'eccellenza della digitalizzazione dei dati che permette al medico di avere sempre a disposizione lo storico degli esami. Se questi esami vengono però svolti presso un centro prelievi della città non ospedaliero, come ad esempio al CDC che è un Poliambulatorio privato, questo processo non si verifica.

Il Dott. Zulian precisa che il medico di medicina generale può però inserire gli esami nel fascicolo sanitario elettronico del paziente e questa parte è funzionante.

La commissaria Paladini evidenzia come quello del centro prelievi del San Giuliano sia un problema di tipo architettonico.

Il Dott. Zulian precisa che è difficile rispondere alla domanda su cosa si possa fare al San Giuliano nell'immediato. Si rende disponibile ad aprire una trattativa con l'ASL affinché questa riprenda a svolgere in parte l'attività dei prelievi, presso altre sedi distrettuali della città.

Interviene il prof. Avanzi che sottolinea che in Ospedale si fa tutto e che questo non è però più possibile.

La commissaria Paladini, in risposta alla proposta del dott. Zulian, propone di presentare un progetto all'ASL insieme, se questo può rappresentare una soluzione al problema, perché è fondamentale garantire la qualità del servizio.

Il Dott. Zulian afferma che questa del Centro Prelievi sia stata una scelta un po' azzardata del passato. Ci sono poi problemi di messa a norma e non solo di ristrutturazione degli spazi in ospedale. È vero che l'ASL fa anch'essa i prelievi, ma probabilmente dovrebbe provvedere ad eseguirli in toto. L'attività che viene svolta presso la sede di viale Roma non è sufficiente. Anche i prelievi vanno filtrati dal medico di medicina generale.

Interviene il Dott. Avanzi per rispondere sul tema delle scuole di specializzazione, evidenziando che l'U.P.O. ha dovuto affrontare alcune criticità. La legge dello Stato stabilisce alcuni criteri per l'accreditamento delle scuole di Specializzazione, che sono assistenziali, ma anche didattici. Sono necessari almeno due professori afferenti a quello specifico settore scientifico per ogni scuola di specializzazione. L'ospedale è rimasto per un certo tempo privo di professori di Ortopedia e di conseguenza si è persa la scuola di specializzazione. Con l'arrivo del prof. Ronga, da quest'anno, è ripresa l'attività della scuola di specializzazione di Ortopedia. Lo stesso vale per la Chirurgia. È stata implementata la scuola di genetica, quella di statistica medica e la scuola di oculistica. L'U.P.O. conta quindi di arrivare a circa 30 scuole di specializzazione entro il prossimo anno.

Il dott Zulian sottolinea che le scuole di specialità sono un vanto e servono anche alla città. È inoltre consapevole che l'ospedale, essendo l'unico in città, è chiamato a fare la sua parte sul primo livello del paziente. Il fare tutto però genera anche un iper afflusso di utenti/pazienti.

Prende la parola il commissario Romano il quale sostiene che la questione dei codici bianchi e codici Verdi sia collegata al momento in cui è stata cambiata l'infrastruttura organizzativa sanitaria. Prima c'erano i medici Condotti, quindi quelli di base o di famiglia, i quali però, oggi, sono difficilmente reperibili dopo le ore di ambulatorio e questo può causare un problema. Chiede quali siano le interazioni dell'ospedale con la Guardia Medica.

Il dott Zulian risponde dicendo che la Guardia Medica non fa parte dell'AOU e che quindi non rientra tra l'organizzazione dell'ente che dirige.

Il prof. Avanzi specifica che l'Ospedale si limita a ricevere i pazienti che la Guardia Medica invia al pronto Soccorso e che non ci esistono altri tipi di interazioni. Come capita, peraltro, per i medici di medicina generale.

Il dott Zulian interviene dicendo che la Guardia Medica può considerarsi una estensione del servizio del medico di medicina generale durante l'orario notturno, negli orari prefestivi e festivi. È un settore che si può riformare.

La Commissaria Astolfi prende la parola e chiede come sia organizzato il front office del CUP presso la sede centrale dell'ospedale, per le attività di tipo amministrativo, in quanto le è stato segnalato che la fascia oraria di apertura è ridotta.

Il dott. Zulian risponde che si sta spingendo molto affinché si utilizzino mezzi alternativi per il pagamento, come il PagoPA, il QrCode, etc. L'intenzione è di tendere a queste forme di pagamento. Tenere aperto il CUP risulta essere oneroso per l'Ospedale. Il personale oggi dedicato al CUP si vorrebbe destinarlo ad altre attività. Esistono altre forme di pagamento oggi fruibili da tutti.

La commissaria Astolfi evidenzia che le forme di pagamento alternative costituiscono un problema per gli anziani, per esempio. Anche se è vero che ormai tutti hanno un cellulare, non tutti sono in grado di utilizzare i vari sistemi di pagamento. Il problema di rivolgersi allo sportello del CUP si pone inoltre per le prenotazioni, per la richiesta di informazioni, etc. in quanto è molto difficile poter parlare con il Numero Verde del call center dedicato alle prenotazioni, che è regionale.

La dott.ssa Kozeł risponde poi al quesito della commissaria Paladini sul numero di posti letto, dicendo che la neurologia attualmente è a regime. I 10 posti letto che sono stati assegnati alla medicina interna, sono volti a garantire l'appropriatezza dei ricoveri. La logica è adeguare la risposta ospedaliera sulla base del bisogno sanitario. Il P.S. è monitorato h24 e attraverso un codice viene indicato se si è in uno stato di allerta, sulla base del numero di pazienti presenti, dei codici colori relativi e dei ricoveri richiesti. In base a questo codice, la direzione ospedaliera adegua l'ospedale. Il progetto "Boarding" della Regione intende ridurre i tempi di permanenza nel P.S. dei pazienti che hanno necessità di ricovero, per mandarli in reparto. Questo si fa adeguando l'ospedale al bisogno sanitario dei pazienti. Poiché la medicina lavora al 99% sui ricoveri provenienti dal P.S., occorre dare a questa struttura un numero maggiore di posti letto. Si adegua così la risposta, come ai tempi del COVID. Dal 4 aprile i reparti COVID non esistono più. Oggi se il paziente ha anche il COVID, si ricovera nel reparto specialistico e sarà trattato avendo cura di applicare tutte le precauzioni previsti dai protocolli, perché oggi il COVID è una patologia conosciuta e si è in grado di gestirlo. È fondamentale che il paziente sia seguito dagli specialisti della patologia principale. I reparti hanno dei posti assegnati come indicato dalla DGR, che poi vengono adeguati sulla risposta. I dieci posti del reparto di Neurologia sono stati dedicati alla medicina interna perché c'è stata una prevalenza di casi pneumologici, gestiti appunto dalla medicina. Gli altri reparti e ambulatori sono stati spostati per i lavori di ristrutturazione.

La commissaria Paladini interviene e sottolinea come presso l'ambulatorio di terapia di immunizzazione le distanze non siano rispettate e c'è spesso un sovraffollamento, in particolare dalle 8 alle 10.

La dott.ssa Kozeł precisa che non è sovraffollamento e che è stata consentita la presenza di più persone in sala d'attesa perché queste hanno la mascherina. Non bisogna poi confondere il discorso dei reparti legati al COVID con quello della ristrutturazione. La Pneumologia è stata spostata nella zona nuova, perché il reparto è oggetto di ristrutturazione, perché si sta adeguando alla trapiantologia e alle terapie innovative. Per il COVID è stato chiuso tutto e, nel reparto che prima era dedicato a questo, sono stati realizzati posti letto per la chirurgia in particolare per quegli interventi che sono in lista di attesa con tempi più lunghi. Si è notato, per esempio, che stanno aumentando gli interventi chirurgici toracici per tumore ai polmoni e, di conseguenza, sono quindi aumentate le relative sale operatorie e la risposta di tipo ambulatoriale. Sono aumentati, in generale, i casi di patologia polmonare.

La commissaria Paladini sollecita poi un intervento sulla struttura di Veruno per la quale il dott. Zulian può farsi portavoce. La qualità del servizio di riabilitazione degli ultimi è molto scaduto.

Non essendoci altri interventi, la Presidente sig.ra Maria Cristina Stangalini dichiara chiusa la seduta alle ore 17.00.

Il Segretario	La Presidente della 7 <sup>a</sup> Commissione Consiliare
(Massimo Verzaro)	Maria Cristina Stangalini