



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 19

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ESERCIZIO DELLA LIBERA
PROFESSIONE MEDICA INTRAMURARIA, CON PARTICOLARE
RIFERIMENTO ALLE IMPLICAZIONI SULLE LISTE DI ATTESA
E ALLE DISPARITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI
PUBBLICI

54^a seduta (antimeridiana): giovedì 22 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

**Audizione di rappresentanti delle Regioni, di aziende sanitarie ospedaliere
e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 12 e <i>passim</i>	<i>LIVERANI</i>	Pag. 15
* BOSONE (<i>Aut</i>)	14	* <i>MARMO</i>	7, 16
CAFORIO (<i>Misto-IdV</i>)	15	* <i>SASDELLI</i>	5
EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>)	3, 4	<i>TEDESCO</i>	10, 18
TOMASSINI (<i>FI</i>)	12		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono, per gli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna, il dottor Stefano Liverani, direttore sanitario, e il dottor Antonio Sasdelli, direttore amministrativo; per L'Azienda ospedaliera universitaria Federico II di Napoli, il dottor Carmine Marmo, direttore generale; per la Regione Puglia, il dottor Alberto Tedesco, assessore alla salute.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti delle Regioni, di aziende sanitarie ospedaliere e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, sospesa nella seduta di ieri.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4 del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Do il nostro benvenuto ai nostri ospiti, che invito a limitare il proprio intervento iniziale a non più di dieci minuti ciascuno, per lasciar spazio alle senatrici ed ai senatori presenti che intendono porre delle domande. A volte accade che le domande siano numerose; nel caso in cui non fosse possibile, per motivi di tempo, rispondere a tutte, vi invito – pur rendendomi conto che è un ulteriore sforzo – ad inviarci una memoria scritta. Ciò è molto importante perché ieri abbiamo ricevuto dal Ministro della salute – come da noi richiesto – l'assicurazione che non sarà adottato alcun provvedimento da parte dell'Esecutivo prima di aver acquisito il parere della nostra Commissione su un tema così importante.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, mi scuso con lei e con gli auditi ma, per via di un disguido nella comunicazione, abbiamo saputo ieri sera, troppo tardi, che era stato cambiato l'orario di convocazione della Commissione. Per tale ragione, poiché non sono in grado di garantire la mia presenza oltre le ore 9, le chiedo l'autorizzazione a formulare due domande generali agli auditi (alle quali risponderanno come potranno), anche se, di norma, i quesiti vengono posti dopo le dichiarazioni iniziali.

Mi scuso per questa richiesta assolutamente irrituale.

PRESIDENTE. Certamente, senatrice Emprin Gilardini. La variazione d'orario è stata determinata dagli avvenimenti di ieri ed è una decisione che ho preso con gli uffici, in effetti senza consultarmi con i Capi-gruppo. Pensavo che ciò potesse favorire l'organizzazione della giornata di oggi –che sarà piuttosto densa per tutti – ma è evidente che la comunicazione tardiva ha messo in difficoltà i senatori, come quelli del gruppo di Rifondazione Comunista, che oggi avevano già impegni precisi. La prego, senatrice Emprin Gilardini, di formulare le domande che ritiene opportune.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). La ringrazio, signor Presidente.

Le domande che vorrei porre, alla luce delle audizioni che abbiamo effettuato sinora, sono sostanzialmente due. Sembra che vi sia un potenziale conflitto di interessi tra l'esercizio della libera professione e le finalità del Servizio Sanitario Nazionale, soprattutto in termini di equità nell'accesso. Allora vorrei sapere, in primo luogo, se avete adottato nelle vostre strutture provvedimenti o regolamenti che tendano a garantire, appunto, l'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, anche in presenza della libera professione intramuraria.

In secondo luogo, rispetto all'organizzazione delle liste di attesa, vorrei sapere se le stesse convergono in un unico elenco e se sono stati adottati provvedimenti volti a garantire l'appropriatezza e l'urgenza delle prestazioni, sia per il servizio prestato in orario pubblico, sia per quello in attività intramuraria.

Naturalmente, non voglio sostituirmi al Presidente e non è mia intenzione interferire con la relazione che avete predisposto, per cui potete rispondermi anche successivamente. Mi scuso nuovamente per la modalità un po' invadente di intervenire nel dibattito.

PRESIDENTE. Senatrice Emprin Gilardini, ieri ho fatto distribuire ai membri della Commissione copia della lettera del Ministro; ho chiesto agli uffici di farne un'ulteriore copia anche per lei perché, probabilmente (lo deduco dalla sua domanda) non le è stata consegnata. Nella lettera sono indicate con precisione le Regioni che hanno chiesto accesso ai contributi per l'ammodernamento delle strutture ospedaliere, in relazione all'attività intramuraria, e quelle che non lo hanno fatto, alla scadenza del 31 gennaio scorso.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). La mia domanda non era attinente a questo argomento, comunque la ringrazio, signor Presidente.

PRESIDENTE. Penso che le indicazioni contenute nella lettera del Ministro possano integrare quanto ha richiesto.

Do ora la parola al dottor Sasdelli, direttore amministrativo degli istituti ortopedici Rizzoli di Bologna.

SASDELLI. Signor Presidente, vorrei premettere al mio intervento una rapida presentazione degli istituti ortopedici Rizzoli, in quanto credo sia opportuno valutare la libera professione nell'ambito dell'attività complessiva svolta dalla struttura.

Insieme al direttore sanitario, dottor Stefano Liverani, abbiamo preparato una relazione che chiedo sia messa agli atti della Commissione, anche ad integrazione di quanto riferirò oggi e nella quale sono sviluppati alcuni temi.

Gli istituti ortopedici Rizzoli hanno oltre cent'anni di vita (nascono nel 1896): sono stati riconosciuti come istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nel 1981 e riconfermati tali nel 2001. A settembre del 2006 sono rientrati nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, Regione che ha già nominato il nuovo direttore generale, dopo oltre dieci anni di commissariamento.

Il Riccioli è un Istituto monospecialistico ad indirizzo ortopedico, con 308 posti letto complessivi, 30 unità operative aggregate in tre dipartimenti e 9 laboratori di ricerca; in essi si effettuano, più o meno, circa 150.000 prestazioni all'anno. In totale, si registrano circa 18.000 ricoveri con una percentuale consistente di tipo chirurgico.

Il bilancio dell'istituto è di circa 120 milioni di euro all'anno. Nel 2005 ha chiuso il bilancio in pareggio, mentre per il 2006 è stato preventivato un bilancio in perdita per 7 milioni di euro, come concertato con la regione Emilia-Romagna ad inizio anno.

I dati mettono a fotografare la struttura nel suo insieme. È evidente che l'attività di libera professione si inserisce in un contesto organizzativo culturale e soggettivo specifico. Gli aspetti organizzativi e strutturali sono un elemento importante per la determinazione degli interventi in relazione alla libera professione.

La struttura si compone di due edifici: il primo ha, al suo interno una porzione monumentale quattrocentesca originariamente adibita a convento, dove ormai si svolgono soltanto attività residuali e di tipo amministrativo, come la biblioteca, e un'ala costruita negli anni Sessanta, dove sono ubicate tutte le camere di degenza dell'ospedale, normalmente a tre posti letto; vi è poi un altro edificio, a circa 800 metri dall'ospedale, situato sopra in cima al colle (gli istituti ortopedici Rizzoli sorgono, infatti, su un colle di Bologna), dove vi sono i poliambulatori, i laboratori di ricerca e gli uffici amministrativi.

Nell'Ospedale, costruito negli anni Sessanta, ci sono 308 posti letto; all'interno di essi, ma aggregati logisticamente ci sono 14-17 posti (a seconda dell'utilizzo delle camere), per l'attività di ricovero o in regime di libera professione. Da un punto di vista strutturale, essendo edifici realizzati negli anni Sessanta, ci sarebbe bisogno di un ammodernamento. Si tenga presente che, da questo punto di vista, gli istituti ortopedici Rizzoli non hanno avuto accesso ai finanziamenti concessi in questi anni per la libera professione dal Ministero e dalla Regione.

Nel 2006 i ricoveri complessivi di degenza in libera professione sono stati – secondo dati che sono più aggiornati di quelli forniti nel questionario – 1.171, con un ricavo totale di 2,611 milioni di euro.

Nel 2002, a causa dell'insufficienza dei posti letto per l'attività di ricovero in libera professione, fu attivata una convenzione con due case di cura private non accreditate che sono nelle vicinanze degli istituti ortopedici Rizzoli: la casa di cura Madre Fortunata Toniolo e la casa di cura Villalba.

L'attività ambulatoriale si svolge in 21 poliambulatori, nell'edificio distante circa 800 metri dall'ospedale, negli orari pomeridiani; la mattina invece gli stessi ambulatori svolgono attività istituzionale. Si è realizzata pertanto una divisione netta tra attività in libera professione ed attività istituzionale. Nel 2006 le ore di funzionamento settimanali sono state circa 280 per l'attività istituzionale e 272 per l'attività in libera professione.

A causa della carenza di spazi e per il fatto che comunque gli istituti ortopedici Rizzoli sono un istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, che quindi non ha un territorio di riferimento (occorre tenere presente che oltre il 62 per cento dei ricoverati proviene da altre Regioni), in accordo anche con la stessa Regione, è stata concessa la possibilità di attivare ambulatori presso altre Regioni; questi ambulatori sono attualmente 53 fuori Regione.

Per quanto riguarda gli aspetti strutturali sia per l'attività di ricovero che per l'attività ambulatoriale in libera professione, lo IOR ha predisposto, anche perché richiesto dalla Regione, un piano di potenziamento che concerne l'ampliamento degli spazi. Tale piano deve essere presentato alla Regione entro il 28 febbraio di quest'anno.

L'altra questione che credo sia importante ricordare – e in ciò mi riallaccio alla richiesta della senatrice Emprin Gilardini – concerne la necessità di porre in relazione gli aspetti strutturali con quelli di tipo organizzativo. Gli istituti ortopedici Rizzoli hanno vissuto in questi dieci anni un periodo di commissariamento; soltanto da settembre la Regione ha nominato il nuovo direttore generale.

Al nuovo direttore generale la Regione Emilia-Romagna ha dato due obiettivi prioritari. Il primo obiettivo riguarda la realizzazione di un piano strategico triennale; il secondo obiettivo riguarda la definizione dell'atto aziendale. Nell'atto aziendale, che è di fatto lo statuto degli istituti ortopedici Rizzoli, si prevede che una parte dell'attività sarà dedicata – c'è già una bozza in tal senso – alla libera professione intramuraria. Nella relazione che ho chiesto sia depositata agli atti della Commissione sono ricordati i principi che devono regolare la libera professione e, quindi, non approfondisco ulteriormente questo punto.

L'atto aziendale è propedeutico all'aggiornamento del regolamento sulla libera professione che gli istituti ortopedici Rizzoli hanno già adottato il primo settembre 2002. Nel regolamento sono tenuti in considerazione tutti gli aspetti evidenziati dalla senatrice Emprin Gilardini in merito alla libera professione: vengono ribadite tutte le regole come, ad esempio, quella di favorire, da una parte, la libera professione, ma dall'altra fare in

modo che essa sia sempre in misura quantitativamente minore dell'attività istituzionale; di avere liste di attesa misurabili, di fornire un'adeguata informazione ai cittadini, (come avviene oggi attraverso i sistemi informatici), di poter prenotare le visite attraverso il centro unificato di prenotazione che vale sia per l'attività istituzionale che per l'attività libero professionale, fornire al cittadino anche tutte le informazioni relative alle tariffe, alle prenotazioni, ai medici disponibili e quant'altro.

Signor Presidente, vorrei ricordare che, insieme agli aspetti richiamati ci sono anche altri due elementi di grande rilievo. Il primo è il fatto che il nostro è un ospedale che è riconosciuto a livello internazionale. È quindi evidente che i medici che lì operano hanno tutto l'interesse e la volontà di lavorare per il buon funzionamento sia dell'attività istituzionale che di quella libero professionale. Tutti gli attori che hanno rapporti con lo IOR (professionisti, amministratori, politici locali, eccetera) hanno interesse al buon funzionamento dell'ospedale. Voglio ricordare che c'è un rapporto costante con la conferenza socio-sanitaria territoriale, con la Provincia, il comune di Bologna e con le altre aziende dell'area metropolitana. Ciò consente di inserire all'interno di un circuito metropolitano tutte le prestazioni che vengono svolte dal Rizzoli. Si tratta di un sistema, quindi, che vede operare al suo interno molteplici attori. Credo che ciò sia importante anche perché l'attività che viene svolta dai professionisti degli istituti ortopedici Rizzoli non è avulsa dal contesto sociale e organizzativo che c'è attorno.

MARMO. L'azienda ospedaliera Universitaria Federico II nasce il 1° gennaio 2004 a seguito della stipula di un protocollo d'intesa tra Regione Campania e Università degli studi Federico II di Napoli ed eredita le attività del policlinico universitario, nato negli anni sessanta, inizialmente come secondo policlinico, successivamente come policlinico universitario dell'Università Federico II.

È un'azienda ospedaliera che eroga prestazioni di terzo livello in ambito regionale ed extraregionale, con numerosi centri di riferimento e centri di eccellenza. Ne voglio ricordare alcuni: i centri per i trapianti del rene, per le malattie dell'epilessia, per le sclerosi neurologiche, per la celiachia, per la fibrosi cistica, per le malattie genetiche e per tutte le malattie rare, per l'emofilia, per le patologie HIV-correlate, per la medicina nucleare, per la radioterapia e, soprattutto, per la diagnostica radiologica. Nel pubblico, ad esempio, siamo i primi e gli unici ad effettuare la risonanza magnetica 3 Tesla. Consegno agli atti una breve memoria scritta, nella quale sono indicati in modo particolare – come richiesto dal vostro questionario – i punti di forza e di debolezza della nostra struttura.

Questa struttura così complessa ed articolata ha oltre 3.000 dipendenti e dispone di 1.200 posti letto, di cui 1000 per i ricoveri ordinari e 200 per i ricoveri in *day hospital* e *day surgery*.

L'azienda, come ho detto, è regolata da un protocollo d'intesa con la Regione Campania, ma attualmente, per i problemi economici della Regione e le difficoltà finanziarie delle Università a livello nazionale –

debbo dire la verità – sta vivendo un momento di crisi. È vero che il protocollo d'intesa è articolato in modo particolare, ma non disponiamo ancora di un atto aziendale che regolamenti, in modo più preciso, l'attività *intramoenia*. Lo abbiamo predisposto per l'inoltro all'Organo di Indirizzo paritetico Università/Regione Campania ma, da circa un anno, è fermo al vaglio del Consiglio della Facoltà di medicina e chirurgia.

D'altra parte, vorrei ricordare – prima di passare al tema dell'audizione odierna – che l'AOU Federico II, già policlinico universitario, da 30-40 anni ormai necessita di interventi strutturali e non è più adeguato a svolgere quei compiti che oggi si richiedono ad una struttura sanitaria. L'azienda consta, infatti, di ben 30 edifici: non è un monoblocco, quale si richiede oggi ad un'attività di alto livello.

In tale panorama si inseriscono attività didattiche molto articolate: sono sorti negli anni ben 26 corsi di laurea, grazie ai quali si sono formati, ad esempio, tecnici della prevenzione, infermieri, logopedisti e tecnici perfusionisti. Nello stesso spazio sorge la facoltà di farmacia. Stanno ora costruendo, per 3.000 studenti, la Facoltà di biotecnologia.

Al contrario, noi, come direzione generale, non disponiamo né di spazi, né di ampia autonomia gestionale. Il direttore generale è privo della facoltà di gestire anche un solo spazio per dedicarlo ad attività assistenziali, se non in seguito a complicatissime trattative con la facoltà e compatibilmente con le attività didattiche che – come ho già detto – talora prescindono dalla facoltà di medicina, dal momento che, ormai, gravitano ogni giorno in questa cittadella tra 20.000 e 30.000 studenti ed utenti.

In questo contesto, siamo riusciti a far costruire un edificio per l'*intramoenia* che speriamo di inaugurare nel prossimo mese di aprile – con 104 posti letto e 8 di *day hospital* e *day surgery*, grazie ai fondi stanziati dalla Cassa depositi e prestiti. Questo sarà il primo spazio interamente dedicato all'*intramoenia*, perché allo stato dell'arte, in regime di ricovero, la maggioranza dei medici che operano *intramoenia* (circa 800), si dedicano alle attività di ricovero all'interno delle strutture di riferimento, non disponendo di spazi adeguati. Vi sono, inoltre, quattro cliniche convenzionate (una delle quali fuori Napoli) dove il personale medico svolge attività *intramoenia*.

Le attività ambulatoriali *intramoenia* sono svolte prevalentemente nella nostra azienda ospedaliera, ma vi sono anche medici che prestano libera attività *intramuraria* presso i loro ambulatori privati.

I difetti di quest'organizzazione, ovviamente, dipendono dal fatto che, quando ci siamo insediati all'inizio del 2004, non vi era un CUP centralizzato: le liste d'attesa erano gestite direttamente dai dipartimenti universitari, soprattutto per l'attività ambulatoriale. Per quanto riguarda l'attività di ricovero, invece, la gestione è stata assegnata alla direzione sanitaria e posso dire che non si riscontrano problemi di liste di attesa. Ho consegnato agli atti della Commissione un documento in cui sono indicati, con elevata approssimazione, i tempi d'attesa per ciascuna patologia.

Sebbene, quindi, per quanto concerne l'attività di ricovero – come ho già detto – non abbiamo alcuna difficoltà a gestire le liste di attesa, in particolar modo per le patologie gravi, come quelle oncologiche (generalmente in una settimana riusciamo ad evadere la richiesta), una situazione alquanto anomala la registriamo solo nel reparto dell'oftalmologia pediatrica, dal momento che le camere operatorie sono divise tra la nostra e la seconda Università. Come è noto, dopo il terremoto del 1980, la seconda Università è stata trasferita da noi e dopo 27 anni non è cambiato nulla. Per tale ragione, la clinica dispone del complesso operatorio solo tre volte a settimana. A tale problematica si deve aggiungere anche l'adeguamento ai requisiti minimi richiesti dal cosiddetto decreto Bindi e dai recenti decreti della regione Campania; per quanto attiene questa patologia stiamo vivendo un momento di sofferenza.

Relativamente alle attività ambulatoriali, c'è un'attesa maggiore, ma in trenta giorni, generalmente, vengono evase tutte le richieste. Gli unici problemi permangono in alcuni ambulatori altamente specialistici (che molto spesso non hanno analoghi in altre aziende ospedaliere napoletane, regionali o extraregionali). Ad esempio, all'interno della nostra azienda vi è l'unico centro delle terapie per la cefalea, le cui liste di attesa sfiorano gli otto mesi. In linea di massima, però, le condizioni di attesa sono buone.

Ci auguriamo che nei prossimi due o tre mesi, attivando il centro unico di prenotazione presso la nostra direzione sanitaria (nell'auspicio che la facoltà licenzi l'atto aziendale e che esso diventi lo strumento operativo per intervenire) sarà possibile risolvere anche i restanti aspetti critici come, ad esempio, quelli inerenti la clinica odontoiatrica.

Sappiamo che l'odontoiatria nel servizio pubblico non esiste – è completamente in mano all'attività privata – ma nelle facoltà di medicina ci sono circa 40 professori di odontoiatria, oltre ad un folto gruppo di contrattisti e specializzandi: è un'offerta assente nel pubblico per quanto concerne alcune patologie particolari, l'implantologia e malattie dei bambini in cui potrebbero occorrere interventi di anesthesiologia. È chiaro che in tale caso le liste di attesa ambulatoriali vengono gestite direttamente dalla clinica.

Con l'attivazione del CUP, la metodologia cambierà completamente, perché se finora – come ho detto – abbiamo incontrato delle difficoltà, è dovuto al fatto che vi era un'informatizzazione a macchia di leopardo: ora abbiamo informatizzato tutti i 30 edifici. Abbiamo faticato a trovare il locale e abbiamo operato una selezione sul personale che dovrà essere impiegato in quest'attività. Ci auguriamo quindi che a giugno a regime anche queste ultime sacche di resistenza all'interno dell'azienda possano essere risolte. Fermo restando che il problema principale – che ci auguravamo fosse risolto con il disegno di legge proposto dai ministri Turco e Mussi per i policlinici – è che, da un punto di vista giuridico, il personale è universitario, però è la Regione che finanzia le attività assistenziali. L'università non sostituisce il personale che va in quiescenza; solamente in questi tre anni della mia gestione abbiamo perso 300 unità, tra infermieri, barel-

lieri ed amministrativi, che non si capisce chi possa o debba provvedere a sostituire. È ovvio che, siccome l'attività didattica e quella scientifica devono continuare, non possiamo accorpate attività assistenziali. Quindi, non so tutta questa organizzazione che abbiamo realizzato, sia con il nuovo edificio per l'*intramoenia* che con l'attivazione del CUP, con liste di attesa che effettivamente sono ridottissime in tutte le specialità, che avvenire possa avere senza un intervento forte che chiarisca gli scenari futuri.

TEDESCO. Signor Presidente, rivolgo ai membri della Commissione il saluto del presidente della regione Puglia, Vendola.

Credo di dover fornire, innanzitutto, alcune cifre che inquadrino la situazione della nostra Regione, anche ricalcando le richieste contenute nel questionario inviato dalla Commissione, che stamattina consegnerò alla Presidenza.

Complessivamente abbiamo nella nostra Regione 7.841 medici dipendenti, di cui 7.097 a rapporto esclusivo; registriamo quindi una media del 90,51 per cento di medici dipendenti a rapporto esclusivo. Dal momento dell'introduzione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) i fatturati registrati in Regione sono stati mediamente nell'ordine dei 35 milioni di euro annui; in particolare, nel 2000, 31.401.000 euro; nel 2001, 33.074.000 euro; nel 2002, 34.648.000 euro; nel 2003, 39.746.000 euro; nel 2004, 41.897.000 euro; nel 2005, 37.759.000 euro; il dato del 2006, ricavato dal preconsuntivo del quarto trimestre, è pari a 38.993.000 euro.

Abbiamo richiesto ed ottenuto finanziamenti, destinandoli sia all'acquisizione di attrezzature che all'adeguamento strutturale per favorire la libera professione *intramoenia*, per 32.045.000 euro, ottenuti e utilizzati negli anni 2005 e 2006, a fronte dei quali la Regione ha contribuito per 1.686.000 euro. È in corso di definizione un nuovo accordo di programma con il Ministero della salute e con il Ministero dell'economia e delle finanze all'interno del quale sono previste richieste – sempre legate al rafforzamento delle attività libero professionali – per ulteriori 33 milioni di euro, all'interno di un accordo di programma complessivo di 433 milioni di euro.

In regione Puglia l'attività *intramoenia* è stata regolata da una delibera della Giunta regionale, la n. 616 del 28 maggio 2002, che ha individuato gli indirizzi relativi proprio all'attuazione di questa attività, che viene sostanzialmente realizzata all'interno delle strutture pubbliche pressoché totalmente nella Regione, salvo casi di *intramoenia* allargata, sui quali poi mi soffermerò brevemente.

Recentemente, in data 20 dicembre 2005, l'attuale Governo regionale ha richiamato con una circolare indirizzata a tutti i direttori regionali, che lascerò in copia alla Commissione, il rispetto degli elementi di indirizzo contenuti nella citata delibera. In particolare, essa ha richiamato l'attenzione dei direttori generali sul fatto che si debba procedere all'individuazione di spazi appositamente dedicati all'ALPI, all'esigenza di indicare il numero dei dipendenti a rapporto esclusivo, le modalità di prenotazione attraverso le quali si accede alla libera professione; ha richiamato inoltre

l'esigenza di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività di libera professione intramuraria. Inoltre, sono state previste verifiche periodiche da parte di un apposito organismo di controllo.

Una particolare attenzione è stata posta all'attività intramuraria allargata, la cui autorizzazione, è stato prescritto, deve essere rilasciata soltanto nelle condizioni previste dall'atto di indirizzo e coordinamento; è stato raccomandato inoltre che questo tipo di attività passi attraverso i centri unici di prenotazione per evitare anomalie o distorsioni nell'utilizzazione di questo istituto.

È stata anche attivata un'indagine della Guardia di Finanza, alla quale abbiamo contribuito e stiamo collaborando, offrendo naturalmente tutti i dati relativi alle fatturazioni dei singoli professionisti che hanno utilizzato questo sistema. Peraltro, se può interessare, siccome l'avevamo preparato per la Guardia di Finanza, abbiamo una copia dell'elenco di coloro i quali utilizzano questo istituto.

Le criticità che si registrano in Regione, rispetto ai tempi di attesa, sono in linea con le criticità medie rilevate a livello nazionale. Registriamo tempi di attesa mediamente sovrapponibili a quelli delle altre Regioni d'Italia, con alcune criticità riferibili sostanzialmente a tre indagini specifiche: le indagini di ecocolor doppler, le visite cardiologiche e quelle senologiche. Si sta strutturando all'interno della Regione un piano di *screening*, soprattutto per le visite senologiche, in modo da poter innanzitutto determinare azioni finalizzate a rilevazioni precoci di patologie oncologiche, ma anche per regolare il flusso delle pazienti che si indirizzano alle nostre strutture attraverso una sorta di scala di priorità.

La settimana scorsa la regione Puglia si è dotata del piano triennale per il contenimento dei tempi di attesa, in relazione all'intesa realizzata in sede di Conferenza Stato-Regioni. Abbiamo quindi previsto per un paniere di prestazioni – circa 90 – i tempi di attesa nelle tre condizioni di urgenza, di rilevanza della patologia per la quale viene attivata l'indagine, oppure per la semplice e routinaria attività di *screening*. È un piano che si prefigge di ridurre ed abbattere i tempi di attesa nel triennio e di consentire ai nostri utenti di poter disporre di quelle prestazioni in tempi assolutamente contenuti.

Naturalmente mi riservo di inviare alla Commissione sia il suddetto piano – che non avevo previsto di portare – sia la delibera n. 616 del 2002, alla quale ho fatto riferimento.

Se posso formulare un'opinione di carattere politico, credo che, in effetti, bisognerà adoperarsi per rendere assolutamente trasparente questa tipologia di lavoro all'interno delle strutture pubbliche, individuando percorsi assolutamente separati – come, peraltro, è stato evidenziato dai colleghi degli istituti ortopedici Rizzoli – tali da rendere, negli orari destinati alle prestazioni istituzionali, servizi sufficientemente validi a soddisfare la più alta percentuale possibile di richieste, lasciando esclusivamente alla libera scelta del cittadino il ricorso alla prestazione a pagamento.

Infatti, credo di poter dire in assoluta coscienza che oggi, purtroppo, buona parte del ricorso alle prestazioni in libera attività intramuraria viene effettuata non per libera scelta, ma per cercare di accorciare i tempi di attesa che, in alcuni casi, soprattutto per le prestazioni che prevedono il ricovero, sono notevolmente lunghi.

Da questo punto di vista, la regione Puglia si sta muovendo per promuovere un importante piano di investimenti, sia in direzione della dotazione strutturale ed organizzativa del sistema sanitario territoriale, sia in direzione di una riqualificazione dell'offerta ospedaliera, in maniera tale da fronteggiare opportunamente le esigenze complessive che provengono dalla nostra utenza regionale.

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore alla salute della regione Puglia, il dottor Tedesco, anche per la sinteticità della sua presentazione e lascio la parola ai colleghi che desiderano intervenire.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, desidero ringraziare gli auditi intervenuti oggi. Mi permetto, in premessa, di segnalare al Presidente ed ai colleghi della Commissione che da ieri stiamo audendo, eccezion fatta per l'assessore Tedesco, rappresentanti di strutture ospedaliere molto importanti e di valenza nazionale. Nel novero degli ospedali italiani e dei luoghi di ricovero e cura (circa 1.200 a livello nazionale), questi istituti (compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricerca di carattere clinico) sono poco meno di 200. Il 70 per cento dei cittadini italiani si rivolge alle altre strutture.

Pertanto, analizzando i problemi che ci stanno a cuore, è soprattutto a quelle strutture che ci dovremmo rivolgere, piuttosto che a queste di particolare esemplarità che – com'è emerso dall'esposizione dei rappresentanti degli istituti ortopedici Rizzoli – hanno sicuramente altre caratteristiche ed un altro tipo di visibilità.

Vorrei rivolgere a tutti gli intervenuti le domande che solitamente pongo agli auditi e che mi sembrano molto importanti. Infatti, ancora una volta, la libera professione (più o meno esteticamente «cosmetizzata») mi appare come una disorganica «macedonia». Faccio riferimento, in particolare, al quadro descritto dal dottor Marmo, rappresentante del policlinico Federico II di Napoli.

Innanzitutto, ritengo oltremodo condivisibile quanto diceva l'assessore alla salute della regione Puglia e cioè che la libera professione intramuraria debba essere una scelta del cittadino e non discendere da una necessità obbligata, motivata dall'assenza di risposte. Allo stesso modo, credo che tale attività debba essere anche una libera facoltà del professionista, cui l'azienda deve sicuramente porre vincoli organizzativi e temporali, ma nel cui esercizio interno si deve assicurare l'adeguatezza che egli richiede per la propria professione e gli strumenti di cui necessita, perché altrimenti non si parla di libera professione, neanche nel caso di un'*intra-moenia* – chiamamola così – «coatta».

La prima domanda che vorrei rivolgervi è la seguente: nelle tabelle che ci avete descritto, non è chiaro il dato relativo ai ricavi della libera professione. Al di là del fatturato, è una voce in attivo o in perdita? Secondo quale entità? La seconda domanda è molto diretta: potete fornirci garanzie precise che sarete capaci di dotare gli istituti che rappresentate, entro il 31 luglio, delle strutture richieste dalla normativa in vigore per l'*intramoenia* allargata, con tutte le possibili diagnostiche? Dal momento che avete parlato di investimenti, ritenete prioritario, nell'ambito delle vostre aziende, investire in strutture per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria o in interventi d'adeguamento delle strutture? L'assessore alla salute della regione Puglia faceva riferimento, ad esempio, ad alcune problematiche strutturali dei vostri istituti.

C'è, infine, compatibilità tra gli ambulatori di cui parlate e la possibilità di svolgervi la libera professione ambulatoriale, per quasi tutte le specialità? Non si tratta semplicemente di un atto di tipo medico e semeiotico che intercorre tra medico e paziente, ma necessita, ovviamente, dell'intersezione di molti altri sistemi.

Pur avendo fatto un calcolo spannometrico, vorrei domandare ai rappresentanti degli istituti ortopedici Rizzoli di Bologna dati più precisi sulla percentuale dei posti letto e sul monte ore degli ambulatori per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Non mi è chiaro perché il monte delle 3.500 ore, previste per la suddetta attività, non possa aumentare e se esso copra le esigenze dei 172 medici dipendenti nella struttura. Se ho ben capito, si parla esclusivamente di ore pomeridiane: questa, a mio avviso, è già una violazione dei diritti dei turnisti di guardia che, evidentemente, non potranno esercitare la libera professione nei loro spazi di autonomia. Mi sembra una forte limitazione.

Per quanto riguarda il policlinico Federico II, ho apprezzato le considerazioni del dottor Marmo sulla contrapposizione tra i doveri e i poteri propri delle direzioni generali in relazione ad altri poteri. Egli ha anche parlato delle difficoltà incontrate nella realizzazione della struttura dedicata all'*intramoenia* che dovrebbe essere consegnata entro fine marzo. Vorrei chiedere al dottor Marmo se il *comfort* alberghiero e l'adeguamento di questa struttura sia di pari livello ai luoghi di ricovero dei cittadini comuni. Quanto si è investito su quest'operazione e qual è la resa annua che si ipotizza ne possa derivare?

Per quanto riguarda il campo dell'odontoiatria, dal momento che le prestazioni odontoiatriche DRG sono molto ridotte, è evidente che vengano effettuate nell'ambito della libera professione, probabilmente – se non ho capito male – attraverso un meccanismo calmierato da offrire a tutti gli utenti. Tuttavia, dal momento che stiamo parlando di una libera professione che deve essere svolta senza impedimenti dai singoli professionisti, mi interessa sapere quale tipo di accordo è stato stipulato per offrire questo genere di servizio. Poi ho sentito parlare di un atto aziendale che coinvolgerebbe il sistema complessivo. In merito ritorno a quella data perentoria che le ho citato, perché vorrei avere anche in questo caso date perentorie. Tra l'altro, dal momento che la nostra Commissione con questa

indagine si propone di andare ad esaminare anche i policlinici universitari, chiaramente a fronte di scadenze così affermate, non ci esimeremo dall'effettuare controlli.

Infine, per quanto riguarda i dati riferiti dalla regione Puglia, l'assessore ha parlato del 90,51 per cento dei medici che sono in *intramoenia*; ricordo che il dato è in tendenza con quello nazionale. Infatti, è risaputo che il 70 per cento dei medici dipendenti non pratica la libera professione, ciò ancor prima del decreto legislativo n. 229 del 1999, e che, nell'ambito di ciò che rimane, c'è un buon 15-20 per cento che la pratica all'interno e gli altri all'esterno. Il dato rientra quindi, più o meno, nelle medie nazionali.

Allora vorrei capire, perché questo è un dato particolare della regione Puglia, quanti medici che esercitano la libera professione accedono alle prestazioni nelle case di cura private convenzionate esterne, al di fuori del loro sistema, sia in quelle accreditate sia in quelle non accreditate. Credo infatti che in quella Regione la libera professione vada cercata in quel settore.

Inoltre, vorrei sapere quante prestazioni ha la regione Puglia in mobilità passiva, cioè se si rivolge verso altre Regioni per esaudire le proprie necessità di cura e, più precisamente, la qualità e l'appropriatezza degli ambienti dove si visita. Vorrei capire poi se il tipo di controllo che ha indicato il dottor Tedesco si rivolge esclusivamente al discorso fiscale, come mi pare abbia detto, o sulla modalità organizzativa, e quindi anche sulla qualità, sulla sicurezza, sull'appropriatezza e sulla dignità dei luoghi dedicati a questa professione.

BOSONE (Aut). Signor Presidente, vorrei sapere, per ciascuna delle aziende, qual è stato l'investimento per creare le strutture *ad hoc* per l'*intramoenia*, quali sono gli investimenti in programma e quanti di essi sono coperti in qualche modo da fondi pubblici messi a disposizione per gli adeguamenti delle strutture.

Vorrei inoltre chiedere agli intervenuti, richiamandomi alla domanda del senatore Tomassini, se, a loro avviso, è possibile riassorbire in via completa l'*intramoenia* allargata nei prossimi mesi; in particolar modo, cosa ne pensano della possibilità di attivare, o se già sono attivate, convenzioni tra la propria struttura ed altre strutture per garantire l'*intramoenia* ai medici.

Inoltre vorrei sapere come considerano – confermata per l'attività ambulatoriale istituzionale e l'attività *intramoenia* la separazione dei percorsi in termini di orari e di liste di prenotazione – la possibilità di sovrapporre e condividere spazi tra le due attività, quella istituzionale e l'*intramoenia* (come in gran parte già accade per tanti istituti), soprattutto per quel che riguarda le sale chirurgiche e l'attività diagnostica ambulatoriale. Vorrei sapere in che percentuale questa condivisione c'è già e se pensano che comunque anche in futuro questa condivisione sia compatibile con lo svolgersi dell'organizzazione dell'attività complessiva e assistenziale dei rispettivi istituti.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Signor Presidente, non voglio ripetere le domande dei colleghi, vista anche la ristrettezza dei tempi. Mi rivolgo, quindi, innanzitutto all'assessore Tedesco. Qualche settimana fa, si è parlato sulla stampa molto diffusamente del dimezzamento dei tempi di attesa; poi però, è emerso che tale rilevamento era parziale, in quanto mancavano completamente i dati relativi al policlinico, che è la più grossa struttura regionale, e i dati di altri nosocomi sul territorio.

Sappiamo tutti che l'indagine è affidata al professor Carella che, non meno di tre mesi fa, dichiarava all'ordine dei medici di Bari che dalla sua indagine trasparivano profili di acuta criticità riguardanti soprattutto l'assenza di Centri unificati di prenotazione regionali e aziendali e la carente organizzazione del lavoro nei nosocomi, che determina che già esigui macchinari restino inutilizzati. Lo stesso professor Carella a distanza di poco tempo annuncia, però, per tramite dell'Esecutivo regionale, che le liste di attesa sono dimezzate. Dando per buoni, così come sicuramente sono, i dati annunciati dal professor Carella e dall'assessore stesso, mi chiedo cosa si stia facendo per il resto dei nosocomi che non erano inclusi nelle rilevazioni e, più in generale, per tutti quegli esami che dagli stessi dati citati hanno purtroppo visto aumentare e, in alcuni casi, raddoppiare i tempi di attesa.

Mi associo alla richiesta del senatore Tomassini per conoscere i dati sulla mobilità passiva, in particolare nel settore della diagnostica, poiché ritengo che attualmente poco si stia facendo per l'adeguamento delle attrezzature in termini tecnologicamente avanzati nella regione Puglia.

LIVERANI. Signor Presidente, rispondo sinteticamente alle domande che sono state poste dai senatori.

Innanzitutto, escludo che gli istituti ortopedici Rizzoli di Bologna possano rispettare il termine del 31 luglio. È stato predisposto a tal proposito un piano, che verrà presentato alla regione Emilia Romagna entro il 28 febbraio, che prevede una richiesta di finanziamento per la costruzione di appositi spazi ambulatoriali, quantificati in circa 20-24 ambulatori.

Per quanto riguarda la percentuale di posti letto dedicati all'attività in libera professione in regime di ricovero, nei nostri istituti essi corrispondono al 5,5 per cento. Per quanto riguarda le ore di ambulatorio, e cioè se esse siano sufficienti e compatibili con l'organizzazione dei professionisti dei nostri istituti, dobbiamo dire che gli spazi ambulatoriali sono stati definiti e concordati con i nostri professionisti e non esistono richieste di medici che abbiano avuto risposte negative. Osservando la disponibilità degli ambulatori, all'interno della struttura muraria degli istituti ortopedici Rizzoli e all'interno delle strutture private non accreditate, si è trovato un accordo per cui non abbiamo pendenze rispetto alle richieste avanzate.

Gli orari dedicati alla libera professione ed all'attività istituzionale, presso i nostri istituti, sono assolutamente distinti, sia per le prestazioni ambulatoriali, sia in regime di ricovero ed anche per quanto concerne l'attività chirurgica o di tipo diagnostico: non ci sono commistioni di nessun tipo, giacché i due ambiti sono immediatamente identificabili.

In materia di ricavi dell'attività libero-professionale intramuraria nei nostri istituti, abbiamo operato una serie di calcoli (su cui è più ferrato, ovviamente, il direttore amministrativo), dai quali è risultato un margine finanziario per l'amministrazione che serve in parte a compensare i costi generali.

Vorrei fornire un'ultima risposta – se me lo consentite – alla domanda posta inizialmente dalla senatrice Emprin Gilardini sul tema della tutela dell'appropriatezza ed adeguatezza delle prestazioni: credo che sia un problema estremamente difficile da affrontare, poiché rientra nel merito clinico delle decisioni dei nostri professionisti. Vi descrivo come lo abbiamo affrontato noi, senza la pretesa di averlo risolto al cento per cento. Abbiamo lanciato un progetto, coordinato dalla regione Emilia Romagna e dal nostro assessorato, che riguarda l'ortopedia, che per il momento vede coinvolte le province di Bologna, Ferrara e Ravenna, ma che – se funzionerà bene – verrà esteso a tutta la Regione. Tale progetto ha riguardato proprio il campo dell'ortopedia e ha coinvolto gli ortopedici delle suddette Province, innanzitutto allo scopo di definire un nomenclatore condiviso (è già stato fatto) e per stabilire i criteri di priorità. Anche questi ultimi sono stati concordati ed è stata – ovviamente – la decisione più difficile; ora ci accingiamo ad implementare un sistema informativo ed informatizzato che consenta di mettere in rete e, quindi, a disposizione dei medici di medicina generale e dei pazienti, i dati sulle liste d'attesa ortopediche, suddivise per criteri di priorità, delle aziende sperimentatrici. Gli istituti ortopedici Rizzoli sono i capofila del progetto: una volta realizzato, se verrà valutato positivamente, sarà esteso a tutte le aziende a livello nazionale.

PRESIDENTE. Dottor Liverani, devo lasciare la parola agli altri auditi, perché alle ore 10, anche considerando l'eccezionalità della giornata, sarò costretto a concludere la seduta. Vi prego di inviarci ulteriori risposte; è molto importante – lo ripeto – anche in vista del parere che entro il 31 marzo vorremmo rendere al Ministro della salute.

MARMO. Signor Presidente, rispondendo alle domande che mi sono state rivolte, in particolare dal senatore Tomassini, devo dire che sicuramente registriamo un grosso problema nei controlli. È una questione che può riguardare tutte le aziende, soprattutto laddove si parla di *intra-moenia* allargata presso gli studi.

Provegno da un dipartimento di prevenzione e certamente non era mia intenzione portare nel policlinico un regime da controllo poliziesco. Ho fatto ciò che mi è stato richiesto dalla regione Puglia e l'anno scorso ho consegnato tutti i tabulati delle visite alla Guardia di finanza. Non ho ancora ricevuto da quest'ultima i risultati dei controlli, ma sono al corrente di due dati indiretti: nel calcolo delle entrate del policlinico rispetto all'anno precedente, la libera attività intramuraria forse è l'unica voce veramente in attivo del 2006; inoltre, due odontoiatri sono venuti «spontaneamente» a versare, rispettivamente, 47.000 e 30.000 euro per fatture sfuggite nel 2006.

Da ciò si deduce sicuramente che l'attività dei controlli è importante ma, soprattutto con riferimento agli studi ambulatoriali, a volte sparsi in tutta la Regione e al di fuori di essa, non sempre è facile, anche se – come ho detto prima – per le cliniche private l'ambito di verifica è significativamente più ridotto ed è molto più semplice per l'attività chirurgica.

Per quanto riguarda il termine del 31 luglio, riusciremo sicuramente a rispettarlo per l'adeguamento delle strutture finalizzate all'attività di ricovero, ma per quanto concerne l'attività ambulatoriale, non ritengo che la nostra azienda sarà in grado, per tutte le ragioni che ho testé esposto, di gestire gli spazi ora destinati all'attività didattica dell'istituto Federico II, dal momento che essa ospita anche la seconda università, la facoltà di biotecnologia e 21 corsi di laurea.

La richiesta di ambulatori, che possano essere coordinati direttamente dall'azienda per l'attività di *intramoenia*, è un braccio di ferro continuo. Anche la commissione *intramoenia* che abbiamo istituito (in occasione di una prossima audizione potrò riferirò su questo tema) non è riuscita ancora, da quando si è insediata, a licenziare un regolamento. Abbiamo problemi di spazio e di personale – come ho detto prima – anche perché, se si tratta di attivare ambulatori nelle ore pomeridiane, quando negli ultimi quattro anni abbiamo perso quasi 300 infermieri, vengono sollevate tantissime difficoltà. Per tenere aperti gli ambulatori nelle ore pomeridiane occorrono infermieri e personale amministrativo, senza lo strumento di un direttore generale come quello di altre aziende ospedaliere: infatti, la nostra azienda è vittima, a causa del conflitto di poteri tra regione e Università, di una situazione di scarsa operatività.

Per quanto riguarda l'edificio costruito per l'*intramoenia*, ideato negli anni 2000-2001 – forse già imposto dalle leggi dell'epoca – dovrebbe rendere in termini di DRG circa 13 milioni di euro l'anno. L'edificio è stato concepito in modo piuttosto avveniristico e, sicuramente, rispetto ad altri reparti del policlinico, ha caratteristiche ottimali. Tuttavia, laddove sono riuscito, per motivi di precarietà sempre con fondi aziendali ed a macchia di leopardo, ad intervenire su alcune strutture (recentemente abbiamo inaugurato il reparto di urologia), tutti si sono complimentati e hanno parlato di una piccola Svizzera; lo stesso è avvenuto per il reparto di chirurgia maxillo-facciale. Si tratta di interventi a macchia di leopardo perché, non solo non disponiamo di fondi aggiuntivi per ristrutturazioni di tipo edilizio, ma il *budget* minimo del policlinico è stato anche recentemente tagliato dalla Regione.

Quando citavo l'esempio dell'odontoiatria, volevo solamente attirare l'attenzione su una delle tante attività dell'azienda: inizialmente immaginavo di fare un ottimo servizio per la Regione e per gli utenti, di migliorare l'immagine dell'azienda e di rendere un servizio al cittadino, attivando gli ambulatori odontoiatrici di pomeriggio. Successivamente, mi sono reso conto che la Regione sicuramente non avrebbe accordato risorse aggiuntive all'ospedale, dal momento che non è in grado di garantire nemmeno le minime. Pertanto, attivare maggiori servizi avrebbe significato incidere sui costi dell'azienda e sull'equilibrio economico.

Allo stesso tempo, sempre per quanto riguarda l'odontoiatria, sarebbe stata un'ottima idea attivare un'*intramoenia* all'interno del policlinico, ma è un braccio di ferro notevolissimo, perché siamo, non dico sotto il ricatto (è una parola grossa), ma in subordine all'attività didattica, dato che gli spazi sono occupati per molte ore dagli studenti: vi sono, quindi, grossi problemi di utilizzo e, contemporaneamente, di carenza di personale. Nonostante ciò, dal momento che i riuniti sono ancora quelli installati nel 1973, stiamo provvedendo, attraverso un *leasing*, alla loro sostituzione. Mi auguro entro luglio di poter portare a termine anche questo lavoro.

TEDESCO. Signor Presidente, cercherò di essere telegrafico nelle risposte. Mi è stato chiesto se l'attività libero-professionale intramuraria produce per il pubblico un utile; dai dati in nostro possesso mediamente essa non produce più del 5 per cento all'anno di utilità ma, quantomeno, possiamo dire che non è in perdita. Per quanto riguarda la possibilità di ricondurre tale attività all'interno delle strutture entro il 31 luglio, se si valutano i fatturati che ho esposto, la risposta è positiva. Da questo punto di vista ci stiamo attrezzando a verificare sull'intero territorio regionale, attività per attività, la riconducibilità all'interno delle strutture del servizio pubblico.

Nel corso degli adeguamenti che in questi anni si sono operati sulle strutture, quasi dappertutto sono stati previsti spazi per l'attività libero professionale intramuraria. In particolar modo, nelle attività di riqualificazione delle strutture ospedaliere sono stati previsti alcuni posti letto per le unità operative che sono state riqualificate.

Per quanto concerne alcune specifiche domande sulla qualità del nostro servizio sanitario, rinvio ad una recentissima indagine svolta da questa Commissione di concerto con la Commissione affari sociali della Camera dei deputati, che ha messo in luce una situazione della Puglia che è sintetizzata in due numeri: abbiamo un organico di operatori del servizio sanitario che ammonta a poco meno di 35.000 unità. Per fare un parallelo, l'Emilia Romagna, che ha la stessa popolazione della nostra e un sistema sanitario più o meno identico al nostro, ne ha 57.000. Questo è un primo dato che dà conto dei tempi d'attesa che ovviamente sono compatibili con questo livello organizzativo.

La qualità strutturale del servizio sanitario pugliese è rilevabile dalla relazione cui ho fatto riferimento. Siamo di fronte ad una struttura sanitaria, mi riferisco a quella ospedaliera, assolutamente obsoleta e ad un'organizzazione strutturale e territoriale estremamente fragile. Sono in corso programmi d'investimento che questo Governo regionale ha ritenuto di individuare e che possono essere complessivamente quantificati in circa 3 miliardi di euro che dovranno essere coperti con un credito, che la Regione vanta nei confronti del Ministero della salute, di circa 570 milioni di euro (tra *ex* articolo 20, fondi per la libera professione, attività territoriali finanziate per la prima volta con i fondi comunitari; la nostra Regione infatti rientra nell'obiettivo 1); è stato previsto che sulle voci relative alla questione sociale possano essere investiti oltre 1 miliardo e 500.000 euro.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti per il contributo che hanno dato ai lavori della Commissione e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 10.

