



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 20

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

55^a seduta (pomeridiana): giovedì 22 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione di rappresentanti delle Regioni e delle aziende sanitarie ospedaliere**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11 e <i>passim</i>	* CANNIZZARO	Pag. 3, 12, 13 e <i>passim</i>
* CURSI (AN)	10, 12, 17 e <i>passim</i>	GRISENDI	6, 7, 14
		PIPINO	7, 16, 18

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-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; 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 Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Democrazia Cristiana: Misto-DC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono, per la regione Emilia Romagna, il dottor Leonida Gri-sendi, direttore generale sanità e politiche sociali; per l'azienda ospeda-liera San Carlo di Potenza, il dottor Michele Cannizzaro, direttore gene-rale; per l'azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma, il dottor Adolfo Pipino, direttore generale.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

Audizione di rappresentanti delle Regioni e delle aziende sanitarie ospedaliere

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine co-noscitiva 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 antimeridiana.

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 ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma oggi l'audizione di rappresentanti delle Regioni e delle aziende sanitarie ospedaliere.

Sono presenti, per la regione Emilia Romagna, il dottor Leonida Gri-sendi, direttore generale sanità e politiche sociali; per l'azienda ospeda-liera San Carlo di Potenza, il dottor Michele Cannizzaro, direttore gene-rale; per l'azienda ospedaliera San Filippo Neri di Roma, il dottor Adolfo Pipino, direttore generale.

Saluto e ringrazio i nostri ospiti per avere accolto il nostro invito e do loro la parola.

CANNIZZARO. I miei deferenti ossequi al Presidente.

Sono il direttore generale dell'azienda ospedale San Carlo di Potenza dall'agosto 2004. Abbiamo accolto con molto piacere l'invito – significa-tivo per una piccola Regione come la Basilicata – a presenziare in questa assise di grande prestigio e di grande rilievo. I tempi brevi ci hanno por-tato a sintetizzare al massimo i dati richiesti dal questionario che ci è stato inviato. Voglio precisare che questi dati si riferiscono all'attività dell'anno 2006.

In ordine ai punti due e tre del questionario, si fa rilevare che nell'a-zienda ospedale San Carlo di Potenza vi sono dirigenti medici che svol-gono l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) esclusivamente ne-gli ambulatori del presidio, altri che la praticano esclusivamente negli am-bulatori privati ed infine dirigenti medici che effettuano le loro attività sia

negli ambulatori del presidio, sia in strutture private, sia in strutture convenzionate. Tale modello organizzativo, peraltro in via di rivisitazione, è stato adottato in sede di prima applicazione dell'istituto dell'ALPI, sia al fine di fidelizzare, con il rapporto esclusivo, il maggior numero di dirigenti medici (obiettivo questo pienamente raggiunto in quanto 322 dirigenti medici su 333 presenti in azienda hanno optato per il rapporto esclusivo), sia per indisponibilità di tutti gli spazi necessari all'espletamento dell'ALPI esclusivamente all'interno del presidio.

Sotto la mia gestione si sono consumati i lavori di completamento previsti dalla legge n. 626, in quanto l'appalto, che risale all'anno 2000, aveva subito dei ritardi per contenziosi tra le ditte e la stazione appaltante: nell'agosto del 2004 si era effettuato appena il 15 per cento dei lavori. Ad oggi, con soddisfazione, abbiamo chiuso tutti i contenziosi in essere e completato l'appalto il 31 gennaio 2007.

Contestualmente la struttura ospedaliera versava in una situazione di disagio per la cantierizzazione selvaggia conseguente ai lavori di ristrutturazione e ai lavori del DEA. Anche questi sono stati affrontati con grande determinazione e, risolti i contenziosi con la ditta che aveva l'appalto, il DEA è stato completato al 95 per cento, tanto è vero che, esattamente due mesi fa, abbiamo aperto il nuovo pronto soccorso con i posti di OB e di medicina d'urgenza.

Relativamente ai punti 9-11 del questionario, va rilevato che sono in corso di allestimento ambulatori e stanze di degenza da dedicare in via esclusiva all'ALPI. Abbiamo concluso, con il collegio di direzione nell'ultima seduta di 15 giorni fa, questo passaggio. Certamente la dirigenza medica è un po' preoccupata di svolgere tutte queste attività all'interno dell'ospedale, però noi riteniamo che questa sia una priorità organizzativa e strategica dell'azienda. Abbiamo già individuato, strutturalmente e tecnologicamente, dove andrebbero ubicati tutti questi servizi. Completeremo la rivisitazione e tutti gli adempimenti amministrativi con il mese di maggio 2007, quindi in sincronia totale con la scadenza della proroga che è fino a luglio 2007. Al momento, l'ALPI che si effettua nel presidio ospedaliero utilizza gli stessi ambulatori e gli stessi posti letto di degenza che vengono utilizzati per l'attività istituzionale.

Con riferimento ai punti 13 e 16 del questionario, si fa rilevare che i dati totali e parziali riportati nelle varie risposte ai quesiti sono riferiti non già a tutta l'attività dell'azienda ma solo e semplicemente alle attività nelle branche specialistiche indicate. In ordine al punto 15, i dati si riferiscono esclusivamente all'attività rivolta all'utenza esterna e solo nelle divisioni e nei servizi specialistici ivi individuati.

Relativamente al punto 22, si precisa che l'azienda ospedaliera non dispone di un CUP interno centralizzato in quanto nella regione Basilicata è operativo un CUP regionale, che collega in rete tutte le aziende sanitarie della Regione, che sono cinque più un'azienda ospedaliera e un centro oncologico di riferimento che aspira a diventare IRCCS.

Tuttavia l'azienda ospedaliera esplica un servizio di gestione interna delle liste d'attesa regionali, nel senso che provvede autonomamente a

chiedere conferma agli utenti in lista della propria disponibilità a ricevere la prestazione nella data stabilita, operando, in caso di indisponibilità, lo scorrimento delle liste, e ciò al fine di ottimizzare i tempi di attesa anticipando le prestazioni.

Per quanto riguarda i fondi destinati all'*intramoenia*, la gestione del sottoscritto aveva registrato ritardi di adempimento sia progettuali che di avvio di procedure di gara. Oggi, a fronte di uno stanziamento di 10 milioni di euro, noi abbiamo già licenziato l'acquisto di apparecchiature per il 50 per cento di questo fondo, mentre tutte le altre risorse finanziarie sono in via di utilizzo e contiamo, anche su direttive e disposizioni regionali, di concludere entro il giugno 2007 le acquisizioni.

Contestualmente abbiamo rivisitato e presentato prima un progetto preliminare, e poi uno esecutivo, con la finalità di costruire con i fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e con le risorse regionali, facendo anche una rimodulazione di risorse, un nuovo padiglione per l'*intramoenia*, dove riteniamo di dover ubicare tutti i servizi, tutti gli ambulatori e tutto il gruppo operatorio centrale. Ci è giunta notizia qualche giorno fa che tale progetto è stato approvato dal Ministero e quindi restituito alla Regione Basilicata per gli adempimenti di competenza. Siamo già in condizione di avviare le procedure di gara per una spesa di circa 20 milioni di euro. Siamo arrivati a questa cifra attingendo dal residuo finanziamento dell'articolo 20, ma soprattutto dalle risorse regionali e con una rimodulazione delle disponibilità finanziarie. Infatti c'erano dei progetti presentati dall'azienda nel 1998-99 per la costruzione di un centro di riabilitazione e di un polo didattico non ritenuti più idonei all'atto del mio insediamento, non essendo più confacenti alle strategie dell'azienda, e le risorse sono state dirottate al progetto esecutivo per costruire questa struttura dedicata all'*intramoenia*.

Per quanto riguarda le attività, rimando alla lettura del questionario, così come per quanto riguarda la costituzione dei fondi, il regolamento interno da noi attuato e la distribuzione degli emolumenti.

Vogliamo evidenziare che, grazie a progetti di acquisto di prestazioni in *intramoenia*, siamo riusciti a ridurre notevolmente le liste di attesa ma anche ad elevare la qualità e la quantità delle prestazioni. Registriamo ad oggi nella nostra azienda ospedaliera una grave carenza di organico, sia nella dirigenza medica che nel personale infermieristico e di supporto. Le leggi finanziarie degli ultimi anni ci hanno notevolmente penalizzato e voglio rappresentare alle signorie loro che in azienda esiste ancora oggi una pianta organica del 1997, che registrava una carenza di 800 unità di personale. La pianta organica è stata rivisitata da questa direzione e sta per essere inoltrata al dipartimento regionale per l'approvazione. In essa abbiamo individuato delle priorità di assunzione di personale per le strategie di rilancio dell'azienda.

Per quanto riguarda i bilanci dell'azienda ospedaliera, il sottoscritto ha ereditato un disavanzo strutturale di circa 14.800.000 euro. Con un piano di rientro biennale, motivo di grande soddisfazione per la Regione Basilicata ma soprattutto per i cittadini non soggetti a nuove tasse e nuove

implementazioni di spesa, il nostro bilancio è andato in pareggio dopo il primo anno di gestione e il secondo anno fa registrare un leggero guadagno. Ricordo che non abbiamo quote di accompagnamento per l'applicazione e la remunerazione dei contratti del 2001 e del 2002 e per quello della dirigenza medica del novembre 2005. L'azienda ospedaliera è anche orgogliosa di essere stata in Italia la prima a fare il contratto decentrato con la dirigenza medica e, nell'arco di un paio di mesi, a corrispondere tutti gli emolumenti spettanti al personale.

GRISENDI. Signor Presidente, anche da parte mia è doveroso porgere il saluto e l'ossequio a questa Commissione.

Noi abbiamo avuto occasione di inviare il questionario compilato. Per quanto riguarda i dati forniti, posso riservarmi in un secondo momento di fornire ulteriori specificazioni, ove necessarie per la loro comprensione.

Rilevo quanto appare in tutta evidenza, cioè che nella regione Emilia Romagna la scelta della dirigenza medica e dei dipendenti sia nella percentuale rilevante del 95,7 rivolta al rapporto esclusivo e, quindi, allo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria. Fra coloro che hanno optato per la libera professione intramuraria (9.532, per citare il numero assoluto), 945 svolgono attività libero professionale in *intramoenia* allargata, cioè in studi professionali o in strutture non convenzionate esterne alla struttura sanitaria.

Nella nostra Regione, già dal 2002 la deliberazione della Giunta regionale n. 54 del 28 gennaio 2002 ha disciplinato, con una direttiva a tutte le 17 aziende della Regione, le linee guida per l'attività di libera professione intramuraria. Successivamente, con legge regionale n. 29 del 23 dicembre 2004 sono state ribadite queste linee guida ed è stata riservata alla Regione una potestà di disciplina di carattere generale, all'interno della quale ogni singola azienda con proprio atto regolamentare, da sottoporre al controllo della Regione, deve concretamente disciplinare l'attività all'interno della propria struttura.

Evidenzio che nella nostra Regione con la legge regionale n. 29 del 2004 è stato indicato, quale criterio preferenziale per l'attribuzione di incarichi dirigenziali di struttura complessa, l'opzione per il rapporto esclusivo e, quindi, l'esclusione della libera professione *extramoenia*. I regolamenti delle aziende, coerentemente con le linee guida fornite dalla delibera della Giunta regionale, prevedono una rilevazione costante dei costi connessi allo svolgimento dell'attività libero-professionale e la possibilità di adottare provvedimenti correttivi a seconda dell'andamento delle rilevazioni, sia per quanto riguarda i costi, sia per quanto riguarda il volume di attività, sia per quanto riguarda il rapporto fra attività istituzionale e attività libero-professionale.

In particolare, le relazioni hanno mostrato che nessuna attività si svolge in perdita, come peraltro prescritto dalla normativa vigente, e quindi la maggior parte dell'attività si svolge con un utile per le aziende (forse non particolarmente rilevante, ma comunque è un utile). Siamo, dunque, al di fuori dell'ipotesi per cui la libera professione può rappresen-

tare un costo per il sistema sanitario regionale. È previsto un rapporto tra volumi di attività libero-professionale e attività istituzionale.

In particolare, l'attività libero-professionale non può superare il volume di attività svolto a livello istituzionale. Questa disciplina, confermata recentemente nel novembre 2006 con delibera della Giunta relativa alla disciplina dei tempi massimi di attesa per l'attività specialistica e per alcune attività in regime di ricovero ospedaliero, è stata ulteriormente aggiornata il 29 gennaio 2007 con ulteriore delibera della Giunta regionale.

Le aziende hanno tempo fino al 28 marzo 2007 per disciplinare, in coerenza con la delibera di Giunta regionale, i tempi massimi di attesa all'interno di ogni singola azienda. Questo è in coerenza con l'intesa raggiunta il 20 novembre 2006 a livello di Ministero della salute e degli assessorati regionali alla sanità. Le aziende devono disciplinare percorsi e meccanismi onde assicurare la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio della stessa.

Questo aspetto risale al 2002 ma è confermato in ogni passaggio successivo. In particolare, per verificare anche la coerenza dei volumi la disciplina della libera professione dovrà accompagnarsi alla stesura di piani di produzione dell'attività istituzionale, con piani di lavoro per unità operativa che evidenzino in maniera precisa l'utilizzo delle risorse e individuino unitamente ai piani di produzione gli equilibri prescritti dalla direttiva regionale.

In questo contesto abbiamo utilizzato i finanziamenti *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, destinati all'attività libero professionale intramuraria, che nell'arco di sette anni – dal 2000 al 2006 – sono stati pari a 82 milioni di euro, cui si sono aggiunti 4,3 milioni di euro circa di fondi regionali. La maggior parte di questi lavori è in fase di ultimazione. Fa eccezione un intervento per circa 4,9 milioni di euro per una struttura ospedaliera nuova, quella di Ferrara.

PRESIDENTE. Queste cifre sono state tutte spese?

GRISENDI. Sì, riguardano tutte dei cantieri avviati: in alcuni casi sono stati già ultimati e per la maggiore parte di essi si è in fase di ultimazione. Ci sono poi, come dicevo, gli ulteriori 4,9 milioni di euro, che qui non sono indicati, per un lavoro, sempre in riferimento all'attività libero professionale, legato però all'ultimazione di un intero nuovo presidio ospedaliero nella città di Ferrara. I tempi saranno più lunghi perché si dovrà ultimare un intervento più ampio all'interno del quale è presente questo, di portata più limitata.

PIPINO. Signor Presidente, ho voluto preparare una memoria illustrativa, anche se breve – che consegnerò e che illustrerò nel corso mio intervento – ad integrazione del questionario che abbiamo riempito in maniera particolareggiata e che vi abbiamo già trasmesso.

Innanzitutto permettetemi di presentarmi alla Commissione: mi chiamo Adolfo Pipino e sono campano, vengo da Napoli e credo che il

mio accento non lo nasconda. Professionalmente provengo dall'ospedale Cardarelli, in cui sono stato dirigente per 39 anni, svolgendo negli ultimi sette la funzione di direttore amministrativo aziendale a contratto. Dal 16 agosto 2005, dunque da 18 mesi e 6 giorni, sono direttore generale dell'azienda complesso ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

Voglio svolgere una breve premessa sulla situazione di tale azienda: le difficoltà che ho incontrato sono state molte, forse conseguenti anche al fatto che nel giro di pochi anni si sono avvicendati ben quattro direttori generali, che hanno avuto dunque una breve permanenza. Ho riscontrato delle difficoltà anche nella dirigenza medica: i primari non comunicavano tra loro e non si era stabilito un rapporto con la direzione generale che li garantisse nella progettazione che essa voleva predisporre. Ho avuto la fortuna di scegliere un direttore sanitario e uno amministrativo di grande esperienza. Il primo è il dottor Lorenzo Sommella, che credo conosciate già e che uomo di altissima preparazione. Il secondo, il direttore amministrativo, ha la mia stessa esperienza quarantennale nel settore e ha costituito una garanzia nella conduzione di questo anno e mezzo di gestione. Dunque ho riscontrato delle difficoltà di tipo organizzativo, *in primis* nel dipartimento amministrativo in cui non esisteva un'organizzazione vera e propria: ritengo di avere raggiunto risultati positivi in tale dipartimento, tanto che siamo riusciti ad aggiudicare e a rinnovare tutte le procedure e i procedimenti amministrativi riferiti all'acquisizione di beni e ai servizi dell'azienda.

Entrerò ora nel merito dell'attività libero-professionale *intramoenia*, che è l'oggetto dell'audizione odierna. L'azienda ha la disponibilità di 800 posti letto, distribuiti e articolati su quattro presidi. Il primo, il principale, è quello ospedaliero, che ne ha 550 ed è strutturato in tre padiglioni: due di vecchia data, risalenti a circa quarant'anni fa, e uno di recente costruzione, dove è allocato il DEA di secondo livello, che è incorporato nell'azienda. Altri due presidi sono costituiti da altrettante strutture convenzionate: la *Salus infirmorum*, che offre attività di riabilitazione, e la Valle Fiorita, che fa da supporto e da sussidio per il ricovero in varie specialità. C'è anche un presidio molto piccolo, il Sant'Andrea, di proprietà dell'azienda, che deriva da una donazione alla vecchia azienda ospedaliera.

I dipendenti sono 2.000, tra cui 500 medici, e il fatturato è di circa 150 milioni di euro l'anno. Per quanto riguarda l'attività dei medici, il 94 per cento è in rapporto di esclusività: un dato questo prossimo alla media nazionale. Di questi, il 65 per cento effettua attività libero-professionale *intramoenia* e l'82 per cento circa di costoro la svolge in *intramoenia* allargata, cioè all'esterno dell'azienda. Il fatturato annuo derivante da questa attività è pari a 7,5 milioni di euro, di cui solo 650.000, vale a dire poco meno del 10 per cento, deriva dai proventi delle attività svolte all'interno della struttura ospedaliera. Il resto deriva dall'attività in *intramoenia* allargata: di questa cifra, circa 5 milioni di euro derivano da visite e prestazioni e soltanto 2 milioni di euro da ricoveri. Per l'esplicazione dell'attività libero-professionale, l'azienda San Filippo Neri ha stipulato ben 13

convenzioni con strutture convenzionate esterne, in cui i nostri medici svolgono la propria attività intramuraria allargata.

L'edificio centrale dell'ospedale San Filippo Neri è articolato in due padiglioni – il padiglione A e il padiglione B – e risale, come dicevo poc'anzi, a circa quarant'anni fa. Si tratta di una costruzione vecchia, con stanze che hanno almeno sei posti letto ciascuna, con i servizi igienici in comune e non nelle camere. Dal 1° marzo prossimo partiranno i lavori che riguardano i due padiglioni, è stato cantierato l'affidamento dei relativi lavori, grazie all'attribuzione di risorse da parte dello Stato, ai sensi dell'articolo 20 della legge n.67 del 1988. È in costruzione un quarto padiglione (il padiglione D) in cui concentreremo tutte le attività oncologiche e che sarà concluso, mi auguro, nel maggio 2008, i cui lavori sono iniziati nel settembre del 2005.

Per quanto riguarda i finanziamenti specifici assegnati dallo Stato per le attività libero-professionali *intramoenia* ho recuperato un finanziamento di circa 1,8 milioni euro circa, che era stato dichiarato perento dalla Regione, ma è *parva res* rispetto a quello che servirebbe per erigere un nuovo padiglione e dedicare e ristrutturare ambienti per questa incombenza. Dunque ho dedicato questa somma, di concerto con la direzione strategica, alla ristrutturazione di parte dell'edificio del Sant'Andrea, in cui sarà svolta un'attività di visita e una ambulatoriale per questo tipo di utenza. Questi lavori sono già in fase di avvio, dopo avere recuperato – e non è stato certo facile – il finanziamento che, come dicevo prima, era stato dichiarato perduto.

Per quel che riguarda la connessione tra *intramoenia* e liste di attesa, posso dire che dal maggio del 2006 sono riuscito, ai sensi dell'articolo 55 del contratto di lavoro della dirigenza sanitaria, a porre in essere un'integrazione dell'attività destinata a tale incombenza, raggiungendo degli obiettivi sensibili per quanto attiene alle liste d'attesa riferite alle ecografie e alle mammografie, con un incremento di tali attività pari a circa il 28-30 per cento.

Inizialmente questo ha abbattuto sensibilmente la lista di attesa. Ma, come lei mi insegna, signor Presidente, maggiore è l'offerta, maggiore è la domanda. Pertanto, dai 196 giorni di partenza eravamo arrivati a circa 160 ma adesso i tempi di attesa per le prestazioni sono simili a quelli iniziali. Ciò costa all'azienda San Filippo Neri 400.000 euro l'anno per poter corrispondere le risorse economiche al personale dedicato a tale incombenza.

Ho realizzato, di mia iniziativa, una relazione sui punti di forza e di debolezza della mia azienda con riferimento alle attività svolte. I punti di forza si basano soprattutto sulla grandissima professionalità della dirigenza medica; abbiamo specializzazioni importanti e infatti il San Filippo Neri è un'azienda ad alta specializzazione di rilievo nazionale e rappresenta quindi una struttura di notevole richiamo. Tuttavia i punti di debolezza sono più pregnanti rispetto a quelli di attrazione e sono rappresentati soprattutto dall'obsolescenza della struttura – come ho detto per i padiglioni A e B è prevista una ristrutturazione in tempi brevi – che determina gravi difficoltà anche nell'attività *intramoenia* allargata per l'effettuazione dei

controlli e per l'assenza di una informatizzazione che consentirebbe un monitoraggio appropriato delle prestazioni svolte in regime di ALPI.

Il San Filippo Neri, come avviene per molte altre strutture italiane, allo stato non è pronto a fare rientrare il flusso di professionisti alla data di scadenza prevista dalla normativa nazionale, dal momento che questi non possono più esercitare essendo rientrati nella struttura ospedaliera.

I professionisti che svolgono attività libero-professionale *intramoenia* sono di maggior richiamo se sviluppano attività di altissimo livello professionale. C'è inoltre da aggiungere che spesso sono vicini all'età pensionabile, cioè al raggiungimento di quei quarant'anni che li spingono a scegliere il regime della esclusività del rapporto rinunciando all'apicalità.

Se posso permettermi di formulare un suggerimento, laddove queste circostanze dovessero essere acclamate dai risultati dell'indagine di questa Commissione, un'ipotesi che mi piacerebbe si realizzasse è l'impiego di una o più strutture private da mettere a disposizione di aziende sanitarie (che magari si consorziano fra loro) che abbiano i necessari requisiti, l'organizzazione e le tecnologie adeguate e siano poco distanti dalle sedi ospedaliere affinché in esse possa svolgersi un'attività libero-professionale *intramoenia* regolamentata dalle aziende committenti attraverso sistemi centralizzati di prenotazione e controllo.

CURSI (AN). Ho ascoltato e letto con piacere le vostre relazioni, anche se quella per iscritto del direttore Grisendi è stata formulata in maniera diversa dallo schema inviato dal presidente Marino e pertanto la sua lettura andrà fatta in termini differenti, anche se i dati in essa contenuti sono sufficienti.

Vorrei rivolgere ai nostri ospiti tre domande. La mia esperienza, che nasce dall'aver visitato numerosi ospedali, mi porta a chiedervi quanto segue. Nel documento inviatovi dal presidente Marino si parla di indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità di accesso ai servizi sanitari pubblici. In riferimento a ciò, vorrei sapere quali conseguenze ha avuto l'attività libero-professionale *intramoenia*, anche allargata, nelle vostre strutture ospedaliere sulle liste di attesa, tenendo presente che conosciamo perfettamente i numeri delle liste di attesa perché abbiamo i dati di una recente indagine svolta dai NAS, che ha portato poi nella finanziaria dello scorso anno ad identificare un percorso da realizzare insieme alle Regioni. Vorremmo sapere se c'è stata qualche modifica in senso positivo rispetto alle liste di attesa perché anche questo diventa un argomento fondamentale.

In secondo luogo, vorrei sapere se avete già predisposto i piani di intervento per attrezzare le aree o i locali da dedicare in via esclusiva all'ALPI. Leggendo queste relazioni, si capisce che sia nell'ospedale San Carlo di Potenza sia nel San Filippo Neri di Roma mancano locali e strutture e, non a caso, il dottor Pipino ha fatto riferimento ad una proposta operativa. Quindi, vorrei sapere se avete già dato questo tipo di indica-

zioni, soprattutto con riferimento ai piani di intervento e ai tempi previsti tra individuazione, progettazione e ultimazione dei lavori, e tutto ciò, ammesso e non concesso che abbiate già i finanziamenti. Per l'ospedale dell'Emilia Romagna i finanziamenti sembrano esserci.

Pongo questa domanda perché sto portando avanti una mia garbata polemica con il Ministro della salute che sostiene di presentare entro il prossimo 28 marzo, compatibilmente con l'attuale crisi di Governo, una proposta complessiva sul regime di *intramoenia* legata anche al governo clinico. Pertanto, entro il 28 febbraio prossimo le Regioni debbono indicare le aree che intendono attrezzare e i relativi finanziamenti. Ma, conoscendo i tempi della burocrazia, mi rifiuto di pensare che in venti giorni o in un mese si possano fare progetti e realizzare i lavori. La difficoltà nasce dal fatto che il 31 luglio prossimo scade il termine previsto per l'*intramoenia*. I sindacati affermano che nel novembre scorso lo stesso Ministro, in occasione di un incontro, aveva proposto una sorta di proroga triennale. Sembra poi che questa voce sia stata smentita.

Ciò che mi interessa capire sono le implicazioni sulle liste di attesa e i tempi tecnici per attrezzare le aree o le strutture, interne ed esterne. Nel documento rilasciato dall'ospedale San Filippo Neri di Roma non vi sono strutture interne da rifare anche se, come per l'ospedale San Carlo di Potenza, si parla di carenza di locali e di strumentazioni. Per quest'ultimo ospedale, si afferma anche che vi sono 322 dirigenti medici, i quali percepiscono tutti un'indennità, ma soltanto 143 esercitano realmente l'ALPI; il che significa che gli altri preferiscono esercitare qualche altra attività. Queste sono le domande che reputo importanti dal mio punto di vista.

PRESIDENTE. Vorrei porre ai nostri ospiti alcune domande molto semplici di carattere generale. Approfito pertanto della presenza di tre professionisti rappresentativi del mondo sanitario pubblico italiano per sapere se davvero è ipotizzabile ristrutturare tutti gli ospedali italiani in modo da poter svolgere l'attività libero-professionale *intramoenia* all'interno degli ospedali stessi.

Qual è la vostra opinione in proposito? È un progetto possibile, una *mission impossible* oppure è una questione di volontà? Lo chiedo perché a volte mi sembra di trovarmi di fronte a situazioni che confondono. Da un lato, sembrano esserci le risorse e l'interesse economico per le strutture al fine di avere propri professionisti che lavorano all'interno della struttura ospedaliera, dall'altro, i medici stessi dovrebbero avere un interesse a poter svolgere la propria attività libero-professionale all'interno della stessa struttura. Io l'ho fatto per tanti anni in Nord America e riconosco che c'è una serie di indubbi vantaggi nel poter svolgere tutte le attività all'interno dello stesso edificio. Mi chiedo quindi perché non si riesca a concretizzare un'operazione di questo genere.

La seconda domanda che intendo porvi è la seguente: è logico, data la vostra conoscenza, che è certamente molto approfondita, ipotizzare nel sistema italiano un criterio meritocratico anche per l'attività libero professionale? Mi spiego con più chiarezza: quei professionisti che effettiva-

mente hanno i risultati migliori e che meglio rappresentano all'esterno, nei confronti dei pazienti, l'azienda alla quale appartengono, potrebbero avere prioritariamente la possibilità di svolgere l'attività libero professionale rispetto a coloro che hanno i risultati peggiori? È chiaro che questo mette in atto un meccanismo di trasparenza dei risultati clinici, che però dovrebbe, secondo me, essere nello stato delle cose.

È ipotizzabile inoltre – e questo lo dico in maniera che potrebbe sembrare una domanda provocatoria ma non lo è – una lista di attesa comune all'interno di tutte le strutture pubbliche, ammettendo che tutte abbiano l'attività libero professionale *intramoenia*, tra l'attività del Servizio sanitario nazionale e attività libero professionale *intramoenia*? Lo dico perché ho lavorato personalmente per 18 anni negli Stati Uniti, e in quel Paese, se non si è in posizione apicale, anche se questo è tutto un altro discorso, non si può svolgere tale tipo di attività, ma quando lo si è, sarebbe considerato assolutamente non etico – e parliamo di un Paese, e dico un'ovvietà, che è di impronta capitalista – se ci fossero due liste, cioè se ci fossero quelli che hanno l'assistenza del *Medicare* (che, detto in maniera brutale, è l'assistenza dei poveri) e quelli che invece hanno l'assicurazione AETNA, che forse è l'assicurazione che rimborsa in maniera più lauta le spese. Per esempio, il rimborso di un trapianto del fegato e per le prestazioni chirurgiche dell'assicurazione AETNA è intorno ai 40.000 dollari, quello del *Medicare* è intorno ai 12.000 dollari. Ma, ripeto, sarebbe considerato assolutamente non etico, e penso che quel professionista verrebbe cacciato, se facesse la selezione dei pazienti sulla base di chi è il *provider*, cioè di chi alla fine paga il conto.

Allora, se questo è possibile in un Paese con un sistema a impronta dichiaratamente capitalista, non può essere possibile anche nel nostro Paese, cioè che ci sia l'attività libero professionale ma che la stessa possa portare alla scelta di alcune comodità ambientali e alla scelta del professionista, non alla priorità nell'accesso alla tecnologia e alla strumentazione della struttura?

CANNIZZARO. Signor Presidente, la prima domanda posta dall'illustre senatore Cursi riguardava l'influenza di questo tipo di attività sulle liste di attesa. Per quanto riguarda l'azienda ospedaliera San Carlo, la strategia messa in campo è stata quella di monitorare e controllare tutte le attività rese in ore istituzionali. Questo ha dato un primo significativo risultato.

Il secondo obiettivo è stato quello di implementare le attività *intramoenia* con i cosiddetti «acquisti di prestazioni»; come lei stesso, illustre senatore, può vedere, per alcune divisioni e alcuni servizi l'abbattimento delle liste di attesa è stato altamente significativo. Prendiamo ad esempio l'ecografia vascolare, che passa da 785 giorni a 129 giorni, l'endoscopia digestiva o la colonscopia, da 74 giorni a 31 giorni, e così via.

CURSI (AN). Questo è frutto del fatto che avete acquistato da fuori.

CANNIZZARO. No, abbiamo acquistato in *intramoenia*, dai nostri stessi medici. È stato fatto tutto in ospedale.

Per quanto riguarda invece la scelta delle strutture idonee e quindi degli ambulatori e dei posti letto, con una riorganizzazione siamo riusciti (come dicevo prima, entro maggio 2007 licenzieremo tutti gli adempimenti amministrativi) ad individuare sia un intero piano dove ubicare i posti letto per le varie divisioni sia tutti gli ambulatori. Certo la criticità si avverte nelle tecnologie da dedicare esclusivamente all'*intramoenia*. Ecco perché avevo detto prima che, in questa fase, la tecnologia in dotazione all'azienda viene anche utilizzata dalla dirigenza medica per l'attività *intramoenia*.

Per quanto riguarda invece le domande che ha posto il signor Presidente, io credo che la Basilicata sia una Regione dai piccoli numeri, dove non vi è una grande esigenza e soprattutto non vi sono tante possibilità economico-finanziarie per accedere alle prestazioni eseguite in attività libero-professionali, perché il reddito *pro capite* è quello che è. Per questo, signor senatore Cursi, per noi è stato anche facile individuare un certo numero di posti letto che riescono completamente a soddisfare la domanda. È vero anche che l'azienda ospedaliera San Carlo esercita un ruolo doppio: essendo ospedale di riferimento regionale, dovrebbe svolgere solo attività per acuti essendo titolare delle alte specialità, cardiocirurgia, neurochirurgia ed altro; espleta, invece, per la sua ubicazione geografica, il 50 per cento di attività come ospedale di zona, parlo dei servizi, delle attività ambulatoriali, della radiodiagnostica, cioè delle attività di base.

La Regione Basilicata sta discutendo su questo tema: esiste un progetto politico di rivisitare il numero delle ASL e conseguentemente razionalizzare tutte le attività nelle varie aree geografiche. A me riesce difficile immaginare che, in questa fase, tutte le strutture ospedaliere italiane possano supportare e sopportare questo carico. Ritengo però che qualche iniziativa si debba prendere.

Noi apparteniamo alla seconda categoria, riteniamo che il percorso diagnostico terapeutico per il paziente per eliminare i disagi e velocizzare le procedure debba essere fatto possibilmente nella stessa struttura. Noi abbiamo sperimentato questa possibilità e si è rivelata vincente: basta vedere i dati economico-finanziari di produzione dell'azienda.

Credo che un'offerta veloce e di qualità sia ciò che tutti doverosamente chiamiamo eccellenza sanitaria. Certo credo anche, come diceva il signor Presidente, che si debbano diversificare le responsabilità. Per quanto ci riguarda, riteniamo che i direttori di struttura complessa e i direttori di dipartimento non possano sottrarre tempo alle loro attività istituzionali facendo altro. Noi siamo perché queste figure apicali si dedichino semplicemente a svolgere la loro attività solo a livello istituzionale.

PRESIDENTE. E per quanto riguarda la possibilità che le liste di attesa siano comuni?

CANNIZZARO. Per quanto riguarda la nostra realtà, noi riteniamo che la lista non debba essere comune perché dobbiamo dare la possibilità ai pazienti di accedere alla struttura pubblica che, per quanto riguarda la Basilicata, è di grande efficienza, senza oneri ulteriori. Pertanto io credo che, diminuendo, come noi siamo riusciti a fare, presso l'azienda i tempi di attesa (basti pensare che quando siamo arrivati noi una visita endocrinologica si effettuava dopo 12 mesi e adesso si effettua dopo 10 giorni) e razionalizzando le attività istituzionali della dirigenza medica, implementando, così come noi abbiamo fatto, le attività dipartimentali, la cultura del dipartimento, istituendo i comitati di dipartimento, la mobilità interna del personale, l'utilizzo delle risorse umane a livello dipartimentale, laddove si presentano i *vulnus*, sicuramente, perché queste sono le strategie vincenti, si potranno abbattere significativamente le liste di attesa. Ci è riuscito il San Carlo di Potenza, che è una struttura che nel 2004 aveva 960 posti letto, portati oggi, per le direttive ministeriali e regionali, a 723, con una rivoluzione organizzativa. Infatti, il dipartimento oggi al San Carlo è una realtà funzionale. I comitati di dipartimento sono una realtà funzionale e operativa; tutte le posizioni organizzative del personale del comparto, ognuno per la propria competenza, hanno dato i risultati giusti.

Le liste di attesa si abbattano con queste strategie, signor Presidente, con dei controlli sia sulla qualità che sulla quantità, sia sull'orario dei medici che sulle attività implementate, mantenendo sempre presenti le linee guida delle società scientifiche cui cerchiamo di ottemperare al meglio.

Se per espletare una TAC si impiegano 20 minuti (30 per un bambino) e se la direzione strategica attua questo tipo di monitoraggio continuo e costante nella struttura pubblica, sono convinto che l'abbattimento delle liste di attesa possa realizzarsi significativamente e prioritariamente con le attività istituzionali.

GRISENDI. Per rispondere alle prime due domande, confermo che noi ultimeremo entro l'anno in corso, con i finanziamenti ricordati, tutti gli interventi per i quali abbiamo ottenuto il finanziamento, con l'unica eccezione da me citata prima. Questo ci consente già ora di svolgere l'intera attività in regime di degenza e l'intera attività diagnostico-strumentale all'interno delle nostre mura. Soltanto per quanto riguarda le visite specialistiche, abbiamo necessità – e l'abbiamo autorizzata fino ad oggi – di attività in *intramoenia* allargata; ripeto, soltanto per attività ambulatoriale di visita specialistica.

Rispondo così in parte anche alla domanda del presidente Marino e condivido la sua osservazione. Indubbiamente, per una quantità rilevante di prestazioni è più opportuno e desiderabile per una maggiore qualità assicurare che tale attività sia svolta all'interno delle strutture ospedaliere dove si svolge anche l'attività ordinaria.

Sull'incidenza della attività libero-professionale rispetto alle liste di attesa, rilevo quanto sottolineato già dall'intervento precedente, cioè che, quando i volumi di attività aumentano, si riscontra in un primo momento

una riduzione dei tempi, che poi si stabilizzano a un livello maggiore ma non scendono più tanto quanto desiderato e, in qualche caso, tendono a risalire.

Per l'esperienza che ho potuto fare, agire unicamente dal lato dell'offerta, e quindi della quantità di prestazioni, è insufficiente: dobbiamo agire molto anche sul lato della appropriatezza della domanda.

Il fenomeno del consumismo in sanità e di una richiesta di prestazioni eccedente il bisogno (anche se tale definizione probabilmente è sbagliata) è noto. Il problema è come affrontare, dal punto di vista prescrittivo sostanzialmente, il tema della appropriatezza. La regione Emilia Romagna ha iniziato quest'anno il progetto, sul quale facciamo molto affidamento, di collegare in rete tra di loro tutti i medici di medicina generale e, successivamente, anche i pediatri di libera scelta (come prevede la convenzione nazionale, anche se ciò non è così semplice da realizzare in concreto).

Siamo partiti con l'intenzione di collegare entro l'anno 3.000 dei 3.800 medici complessivamente operanti sul nostro territorio (oggi sono 800). La creazione di questa rete tra professionisti può far superare anche quei fenomeni latori di un eccesso di consumo di prestazioni sanitarie.

Dobbiamo combinare l'una e l'altra azione. Anche nella nostra Regione, come ricordato, una delle modalità per aumentare il livello dell'offerta è acquistare prestazioni libero-professionali dai propri dipendenti. Tali prestazioni sono svolte oltre l'orario di lavoro e, come tali, apportano, sì, un reale incremento dell'offerta, ma con quegli effetti da me sommariamente descritti in precedenza.

Riflettevo sulla domanda del Presidente rispetto alla possibilità di liste di attesa comuni fra libera professione e attività istituzionale. La riflessione è molto rapida e non pretendo di esaurirla così, per cui mi riprometto di pensarci ulteriormente. A mio avviso, tale ipotesi è più congeniale ad un sistema quale quello degli Stati Uniti, dove, se non sempre ma quasi, esiste un *provider* che paga la prestazione. Il nostro sistema ha carattere universalistico. Tutti contribuiamo alla costituzione dei fondi ma non si paga la prestazione richiesta a tariffa. Sostenere che la prestazione non si paga, però, non è del tutto esatto: è richiesto un contributo al pagamento, e dunque il nostro sistema non può definirsi gratuito al momento dell'erogazione della prestazione. Però, si tratta pur sempre di una compartecipazione di entità abbastanza modesta, se rapportata ai casi da lei citati. Tali compartecipazioni sono poi sempre riferite a prestazioni di carattere ambulatoriale e non di ricovero. Se parliamo di ricovero, il sistema in questo caso è sicuramente gratuito dal punto di vista dell'utente al momento dell'erogazione della prestazione.

La prima riflessione, forse banale, è che in un contesto di questo genere bisogna tenere conto anche di volumi di attività molto diversi. Relativamente all'attività in regime di ricovero, nella mia Regione a questa sono destinati 160 posti letto complessivi su un totale di 16.173 posti letto pubblici (i posti letto fra pubblici e privati sono 18.950 circa), con una percentuale dello 0,98 di tutti i posti letto pubblici.

Effettivamente, il differenziale tra volumi di attività prestatati in un contesto rispetto all'altro è tale che la diversità dei tempi di attesa nell'uno e nell'altro ambito risulta evidente. Considerare i due tipi di attività un insieme unico può solo mettere in evidenza le grandi differenze, che sono oggettive, non frutto di cattiva gestione ma di una diversità di accesso, di volumi, di una diversità di domande e di risposte ad esse.

Sulla possibilità di introdurre anche delle valutazioni di tipo meritocratico, soprattutto per favorire condizioni migliori di svolgimento dell'attività libero-professionale, nel nostro caso tale possibilità potrebbe riguardare soltanto le attività svolte nello studio del singolo professionista e non in riferimento all'altro tipo di attività perché, comunque, questa è garantita a tutti all'interno delle strutture. Ciò potrebbe portare semmai a delle restrizioni: è anche questo un modo per fare delle distinzioni sulla base di valutazioni di merito.

Rifacendomi alla mia esperienza, credo che tutti abbiamo attivato – nella mia Regione ciò è accaduto da oltre un decennio – dei sistemi di valutazione dei professionisti, accompagnati da sistemi di rilevazione delle attività, di analisi dei flussi e dei costi. Ad esempio in Emilia Romagna si è adottata la contabilità per centri di costo già dal 1988. Dunque abbiamo gli elementi necessari per compiere delle valutazioni: la difficoltà, molto spesso, sta nel tradurle effettivamente in provvedimenti concreti. Già oggi, in base alle normative contrattuali vigenti, c'è la possibilità di creare una differenziazione sia per quanto riguarda la posizione sia per quanto riguarda il risultato dei professionisti.

Sempre riferendomi all'esperienza della mia Regione, ritengo che ci sia una difficoltà oggettiva nel far seguire alla valutazione un effetto concreto, cioè un premio o, in caso di demerito, una sanzione (ovviamente uso questo termine solo per semplificare il concetto). Ritengo quindi che, nonostante tali strumenti siano usati da lungo tempo, la loro incidenza rimanga abbastanza marginale, anche utilizzando gli istituti esistenti quali i premi di risultato ovvero quelli riferiti alla collocazione nell'ambito della struttura aziendale.

PIPINO. Signor Presidente, desidero rispondere innanzitutto alle tre domande poste dal senatore Cursi, sebbene le risposte siano già contenute nella relazione che ho consegnato alla Commissione. Ritengo che un'azienda ospedaliera quale quella che dirigo non possa, data la sua *mission*, preoccuparsi delle liste di attesa del territorio, perché essa svolge un altro tipo di attività. Visto che l'azienda ospedaliera San Filippo Neri si trova nello stesso territorio della ASL Roma E, è comunque evidente che essa possa offrire una collaborazione per quanto riguarda le prestazioni ulteriori rispetto alle necessità dell'azienda stessa. Questo lo facciamo con piacere: c'è infatti un'ottima collaborazione tra noi e il dottor Grasso, che dirige la ASL Roma E.

Il senatore Cursi ci ha chiesto se ci sono state modifiche alle liste di attesa. In proposito ho già fatto un esempio: sono passato all'integrazione delle prestazioni in radiologia (con le famose ecografie addomino-pelvi-

che) e la lista di attesa è scesa da 192 a 160 pazienti. Come però ricordava precedentemente un collega, quanto più dai, tanto più ti viene chiesto. Dunque, dopo cinque mesi dall'attuazione di questo programma, che ha visto l'azienda impegnata in termini di risorse economiche da attribuire ai radiologi che hanno sviluppato questo tipo di prestazioni, l'unico risultato è stato quello di non vedere più inutilizzate le attrezzature, che precedentemente erano usate soltanto per 6 ore e 40 minuti. Adesso le attrezzature dedicate a questo tipo di attività vengono usate per 12 ore.

Mi è stato chiesto, inoltre, se siamo pronti per l'attività libero-professionale *intramoenia*. Come ho detto prima, stiamo compiendo delle ristrutturazioni che riguardano, per la parte ambulatoriale, il presidio del Sant'Andrea situato a Roma, sulla via Cassia, vicino alla tomba di Nerone. Se posso permettermi di formulare una proposta, credo sarebbe utile stipulare delle convenzioni con delle case di cura e creare dei consorzi tra aziende, per diminuire le spese ed aumentare complessivamente le attività.

Mi è stata rivolta anche un'altra bella domanda, signor Presidente, cioè, se effettivamente vi può essere quel famoso 5 per cento di attività da dedicare ogni anno all'*intramoenia* nelle strutture di appartenenza. Quando ero dirigente dell'ospedale Cardarelli di Napoli, ho tentato di farlo: la situazione sociale è però diversa da quella della regione Lazio. Si è verificato un vero e proprio assalto ai posti vuoti dedicati a tale attività. Del resto, si pensi ai problemi che sono all'ordine del giorno in quella realtà: proprio in questi giorni il quotidiano «Il Mattino» ha dedicato ampio spazio al problema della mancanza di barelle. Dunque ho riscontrato, a questo proposito, delle difficoltà. Ritengo però che tale proposta non sia né applicabile né opportuna anche in un'azienda ospedaliera come quella che dirigo attualmente: si creerebbero, infatti, disguidi e discrasie analoghi a quelli di cui ho parlato.

Per quel che riguarda la lista di attesa unica, al pari dei miei colleghi non credo che essa sia realizzabile. A parte la questione dei controlli sulle percentuali che non devono superare i limiti temporali da dedicare a tale attività da parte dei sanitari, a mio avviso si verrebbe a creare una commistione di attività nei medesimi orari.

Per quel che riguarda il sistema meritocratico, va detto che noi facciamo di tutto per compiere le verifiche in tempo utile e nel modo migliore possibile. Non è facile, signor Presidente, creare un sistema meritocratico diversificato, che attribuisca a fine anno una quantità di risorse diversificata, interpretando – ove possibile – le risultanze delle attività dei medici.

Vedo spesso la serie televisiva «E. R. – Medici in prima linea» e immagino quel tipo di attività nelle strutture di pronto soccorso del Lazio, della Campania o della Basilicata. Trovo che ci sia una forte similitudine: vedendo il Presidente sorridere, immagino sia d'accordo con me.

CURSI (AN). Immaginiamo il Cardarelli a Los Angeles o l'Umberto I a New York!

PIPINO. Lei, senatore Cursi, ha citato l'ospedale Cardarelli: posso dirle che lì si vivono situazioni simili a quelle della serie televisiva di cui ho parlato prima. Si pensi che all'ospedale Cardarelli si effettua una prestazione ogni tre minuti.

PRESIDENTE. Giacché sono stato chiamato in causa, credo di dover intervenire in proposito. Mi ritengo fortunato perché ancora adesso sono nei ruoli del *Jefferson medical college*, che fa parte della cosiddetta *Ivy League*, che raccoglie le strutture più antiche degli Stati Uniti. Si tratta di strutture, in cui c'è un particolare codice comportamentale, che si trovano nei centri cittadini, in cui vi è un approccio di un certo tipo con i pazienti.

Di certo situazioni difficili come immagino possano esserci al Cardarelli (in cui non sono mai entrato) o all'Umberto I (che invece conosco molto bene) esistono anche nella città di New York. Anzi, forse ce ne sono di peggiori: ricordo che nel 1994 mi sono recato in un grande ospedale del Bronx per un prelievo di organi, e noi dell'*équipe* ospite, nell'attraversare il pronto soccorso, siamo stati scortati da poliziotti armati con fucili a pompa. Erano gli anni in cui il consumo dell'eroina in vena era molto forte: quel pronto soccorso sembrava davvero un girone dantesco. Vi assicuro che essere scortati dalla polizia per entrare in sala operatoria è davvero un'esperienza che va al di là della nostra immaginazione. Eppure l'organizzazione dell'ospedale riusciva comunque a funzionare, pur trattandosi di realtà molto difficili e complesse.

PIPINO. Queste realtà, però, danno sempre una risposta, signor Presidente.

PRESIDENTE. Sì, anche se le risposte non sono sempre quelle che si vedono su «E. R. - Medici in prima linea».

CURSI (AN). Vi sono anche realtà ospedaliere che lasciano gli ammalati fuori dagli ospedali perché non sono assicurati.

PRESIDENTE. Anche questa affermazione del senatore Cursi è vera ed è uno degli elementi per cui dobbiamo essere in qualche modo orgogliosi del nostro sistema sanitario. È capitato anche a me. Una volta mi sono sentito male all'interno della struttura nella quale ero primario: al momento dell'ingresso al pronto soccorso, nel quale per una volta entravo non come primario di divisione ma come paziente, mi sono sentito chiedere come prima cosa la carta di credito; ricordo di essermi sentito piuttosto irritato dal momento che prendevo lo stipendio da quella stessa amministrazione.

L'approccio però è proprio quello e ciò - ripeto - ci deve rendere orgogliosi del nostro sistema sanitario, che non ha davvero quel tipo di impostazione. È un punto di vista che io e il senatore Cursi condividiamo.

CANNIZZARO. Vorrei impegnare ancora qualche minuto per una considerazione che potrebbe supportare i lavori di questa Commissione.

Le liste di attesa, che rappresentano un problema su tutto il territorio nazionale, sono state affrontate dal presidio ospedaliero San Carlo di Potenza con il seguente approccio. Certamente esistono i fenomeni dell'ineadeguatezza delle richieste e dell'aumento delle domande a fronte di un aumento dell'offerta. Fin dall'inizio abbiamo coinvolto i medici di medicina generale, storicamente in conflitto con i medici ospedalieri. Abbiamo offerto ai primi la possibilità di avere una struttura alberghiera con Internet, il telefono, l'accesso in ospedale 24 ore su 24 e la possibilità di dialogare con i nostri medici ospedalieri. In secondo luogo, abbiamo chiesto a questi medici di costituire gruppi di lavoro con i medici ospedalieri per realizzare protocolli di accesso. Tutto questo ha dato buoni risultati, dopodiché abbiamo ritenuto opportuno coinvolgere in questa interlocuzione anche l'ordine dei medici della Provincia di Potenza, che monitora il comportamento deontologico dei propri iscritti.

Inoltre, come azienda, sul tema lista unica e lista differita, abbiamo attivato una corsia preferenziale grazie al fatto che i nostri medici di medicina generale sono dotati di rete informatica fornita dalla Regione Basilicata. Abbiamo assegnato il 10 per cento di tutte le prestazioni erogabili presso l'azienda ospedaliera, sia in termini di ricoveri che di accesso ai servizi, ai medici di famiglia per le urgenze.

Ebbene, ad oggi, signor Presidente, registriamo una piccolissima percentuale di richieste di accesso in termini di urgenza. Ciò significa che sulle liste di attesa probabilmente c'è qualcuno che specula. Si tratta forse di un problema gonfiato. Se diamo ai nostri cittadini l'opportunità, attraverso i medici di medicina generale, di accedere con una corsia preferenziale di urgenza per un 10 per cento rispetto all'offerta mentre solo l'1-2 per cento accede a questo tipo di prenotazione, significa che qualcosa deve essere approfondito.

PRESIDENTE. Ringrazio anzitutto i nostri ospiti per la chiarezza dei loro interventi e per la documentazione fornita.

Volevo informarvi che i dati da voi presentati verranno messi a disposizione di tutti i membri della Commissione. Del resto, proprio l'altro ieri abbiamo annunciato ai componenti di questa Commissione il contenuto di una comunicazione scritta del Ministro della salute che, su nostra richiesta specifica, ha risposto confermando la sua intenzione di assumere le relative conclusioni del lavoro di questa Commissione come base di riflessione per le politiche da adottare in campo sanitario.

Il Ministro pertanto ci ha confermato che non prenderà alcuna iniziativa in questo campo fino a quando non concluderemo la procedura informativa in corso. Quindi, dagli elementi che voi e gli altri soggetti auditi in

questa Commissione state puntualmente evidenziando, il Ministro trarrà le sue conclusioni e valutazioni per adottare le politiche di sua competenza entro il 31 luglio 2007.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,55.