



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 21

BOZZE NON CORRETTE

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

56^a seduta: martedì 27 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I testi contenuti nel presente fascicolo — che anticipa a uso interno l'edizione del Resoconto stenografico — non sono stati rivisti dagli oratori.

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

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 14 e <i>passim</i>	<i>DI BERNARDO</i>	Pag. 3, 8, 9 e <i>passim</i>
BIANCONI (FI)	8, 16	<i>MALUCELLI</i>	10, 14, 16
BODINI (Ulivo)	6	<i>MANIACI</i>	4, 12, 13 e <i>passim</i>
CAFORIO (Misto-IdV)	12, 13		
CURSI (AN)	7, 10		
TOMASSINI (FI)	6, 9		

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; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

Intervengono il dottor Lorenzo Maniaci, responsabile del Servizio ospedalità nell'ambito del Dipartimento ispettorato regionale sanitario, per la Regione Sicilia; il dottor Roberto Malucelli, direttore generale, il dottor Carmine Di Bernardo, direttore sanitario reggente, e il dottor Giuseppe Andrisani, dirigente medico, per l'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche.

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti delle Regioni e di aziende sanitarie ospedaliere

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 del 22 febbraio scorso.

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 seguito dei lavori.

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

Sono presenti, per la Regione Sicilia, il dottor Lorenzo Maniaci, responsabile del Servizio ospedalità nell'ambito del Dipartimento ispettorato regionale sanitario; per l'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche, il dottor Roberto Malucelli, direttore generale, il dottor Carmine Di Bernardo, direttore sanitario reggente, e il dottor Giuseppe Andrisani, dirigente medico, ai quali do il benvenuto a nome della Commissione.

Quello che stiamo svolgendo è un lavoro estremamente importante e – come certamente saprete – il Ministro della salute ha preso l'impegno di non procedere con atti del Governo prima di aver avuto il parere della nostra Commissione su questo tema. Quindi il lavoro che faremo ha una importanza rilevante per l'intero Servizio sanitario nazionale.

Cedo pertanto la parola ai nostri ospiti, per svolgere la loro esposizione introduttiva sulle tematiche di interesse della nostra Commissione.

DI BERNARDO. Signor Presidente, nel mio intervento vorrei soffermarmi su qualche riflessione relativa ai dati richiesti nel formulario consegnatoci, per poi eventualmente rispondere alle vostre domande.

L'Azienda sanitaria unica regionale delle Marche (ASUR) ha una sua peculiarità: è nata tre anni fa dalla fusione di 13 ex aziende sanitarie; queste aziende hanno conservato per due anni, fino a 12 mesi fa, la personalità giuridica. In effetti, come ASUR siamo come un cantiere aperto nei percorsi di unificazione ed infatti anche la redazione del questionario è avvenuta assemblando i 13 questionari pervenutici dalle diverse zone territoriali, come sono state rinominate nell'ASUR le precedenti aziende sanitarie.

Vorrei soffermarmi innanzitutto su una problematica peculiare delle Marche. Come Azienda sanitaria unica regionale assistiamo tutta la popolazione della Regione Marche, che ammonta ad 1.450.000 abitanti, quindi è paragonabile alla popolazione di un'area metropolitana, però su un territorio vastissimo, polverizzato in circa 240 Comuni; quindi presenta delle caratteristiche del tutto particolari.

I medici dipendenti a rapporto esclusivo sono 2.186 su 2.308 totali e i medici che effettuano la cosiddetta libera professione *intramoenia* sono 1.442. Ciò significa che il 34 per cento dei medici a rapporto esclusivo non esercita libera professione all'interno della nostra azienda. Questo è un primo dato significativo proprio al fine di ribadire il concetto di una popolazione veramente particolare, per cui anche le dinamiche tipiche della libera professione, che sono abbastanza peculiari nelle aree metropolitane, da noi sono molto più sbiadite.

Per quanto riguarda i volumi di attività, i volumi di ricovero in *intramoenia* sono praticamente inesistenti: su un totale di circa 73.000 ricoveri, solamente 129 sono richiesti in libera professione; il volume ambulatoriale è circa il 10 per cento rispetto a quello dell'attività istituzionale mentre, per quanto riguarda l'ammontare delle attività dell'*intramoenia* dal punto di vista economico, esse praticamente incidono per poco più dell'1 per cento delle risorse complessive assegnate per la gestione dell'Azienda sanitaria unica regionale.

Un altro aspetto interessante, in coerenza con la nostra situazione sia sociologica che strutturale, riguarda i dati strutturali della libera professione: abbiamo pochissima struttura dedicata per la libera professione. I posti letto dedicati, infatti, sono 33, su un totale dell'ASUR di 6.564, e gli ambulatori dedicati esclusivamente alla libera professione sono solamente 9 in tutta l'Azienda sanitaria unica, che praticamente – ricordo di nuovo – ricomprende l'intera la Regione, perché nelle Marche ci sono solo 2 aziende ospedaliere oltre a noi. Quindi, data la bassa significatività della problematica della libera professione nella nostra azienda, proprio per rendere efficiente l'utilizzo delle strutture non abbiamo proceduto con decisione a creare spazi esclusivamente dedicati.

Questi sono i commenti generali che emergono dalla lettura dei dati del formulario relativi alla nostra Regione. Resto a disposizione per fornire chiarimenti alle vostre domande.

MANIACI. Signor Presidente, onorevoli commissari, quando prenderete visione delle risposte da noi fornite al questionario che ci avete in-

viato potrete osservare che accanto alle schede delle singole aziende ospedaliere e delle singole ASL vi è una scheda che riporta il dato aggregato per l'intera Regione Sicilia.

La nostra Regione è abbastanza complessa in termini di numero di aziende. Abbiamo 9 aziende sanitarie locali territoriali, il cui territorio corrisponde alle singole Province, un totale di 26 aziende ospedaliere, di cui 2 identificate come aziende di riferimento nazionale di alta specializzazione, una sede del triennio clinico di formazione universitaria, 4 aziende ospedaliere in riferimento all'emergenza di terzo livello e 9 di secondo livello. Abbiamo poi una serie di presidi all'interno delle aziende territoriali e presidi ospedalieri di ASL. La nostra, pertanto, è una realtà piuttosto variegata.

Entrando nel dettaglio dei dati ottenuti, sottolineo innanzitutto che al questionario inviato alle singole aziende hanno risposto tutte tranne l'Azienda Policlinico universitario di Messina, che in questo momento ha problemi di direzione generale; provvederemo comunque a farvi avere quanto prima anche i relativi dati.

Dal dato aggregato risulta che, su un totale di circa 12.500 medici dipendenti dell'intera Regione, 11.800 (il 95 per cento circa), operano in regime di rapporto esclusivo. I medici autorizzati dalle varie aziende ad esercitare attività libero-professionale *intramoenia* sono circa 6.100, quindi all'incirca la metà (il 48 per cento). Il rapporto fra questi medici autorizzati all'ALPI ed il totale dei medici dipendenti a rapporto esclusivo è intorno al 51 per cento.

Anche il dato del fatturato è abbastanza significativo. Si registra un *trend* crescente negli anni dal 2000 al 2006. Devo tuttavia sottolineare che nei primi due anni, 2000-2001, non tutte le aziende hanno comunicato il dato sul fatturato a causa del passaggio, proprio in quel momento, ad una diversa tipologia di contabilità. Il dato dal 2002 in poi è comunque significativo.

Aggiungo che in tutte le aziende si è adottato il regolamento per l'attività libero-professionale e, per quanto riguarda il numero dei posti letto dedicati all'attività libero-professionale, specialmente operatoria, all'interno dei presidi in regime di ALPI, il dato è abbastanza negativo in quanto non sono molto ben rappresentati. Il dato certo, se necessario, ci riserviamo di fornirlo. Questo è il quadro generale.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Di Bernardo ed il dottor Maniaci per la loro sintetica ed esuiente esposizione.

Prima di passare la parola ai colleghi senatori che intendano intervenire, desidero rivolgere al dottor Maniaci, rappresentante della Regione Sicilia, una domanda simile a quella che ho già rivolto all'assessore della Regione Campania per un situazione analoga.

È evidente che il fatturato annuo regionale per l'attività libero-professionale *intramoenia* è positivamente in crescita. Siamo passati dai 12 milioni di euro del 2003 a 44 milioni di euro nel 2006. Se capisco bene, però, a fronte di questa attività, che presenta un volume di denaro

piuttosto consistente, le richieste di finanziamento per l'ammodernamento delle strutture sanitarie pubbliche regionali nello stesso arco di anni sono state pari a zero euro, la stessa cifra richiesta dalla Regione Campania.

Vorrei sapere pertanto se esiste una specifica strategia in base alla quale non si richiedono finanziamenti per l'ammodernamento delle strutture sanitarie, giacché si tratta di un comportamento davvero irrazionale. Dal punto di vista imprenditoriale e finanziario appare evidente che, a fronte di un fatturato di 232 milioni di euro, è necessario attivarsi per rendere le strutture in cui svolgere questo tipo di attività sempre più adeguate.

TOMASSINI (*FI*). Desidero innanzi tutto rivolgermi ai rappresentanti della Regione Marche, perché dalla loro esposizione sembrerebbe che in quella Regione non esista una richiesta di prestazioni in regime di libera professione o che sia molto inferiore a quella esistente in tutte le altre Regioni. Pertanto, vorrei conoscere dapprima i dati sulla mobilità passiva della Regione verso le altre – posso ammettere, infatti, che l'esercizio della libera professione sia più basso, ma fino a questo punto mi sembra strano – e, in secondo luogo, vorrei capire in che percentuale operano le strutture private nella Regione rispetto alla dotazione di posti pubblici per acuti. Vorrei inoltre sapere se sono comunque disponibili spazi percentuali, come previsto per legge, sia per l'attività di ricovero che per quella ambulatoriale, in relazione alle richieste, se esiste un controllo dell'idoneità e della quantità degli spazi rispetto alle attività da eseguire e se, infine, gli ambulatori sono in grado di gestire l'ambulatorialità complessa del giorno d'oggi. Nella medicina specialistica di solito non c'è solo l'ambulatorio, ma anche una attività diagnostica strumentale, pur sempre ambulatoriale, a completamento della diagnostica.

Una domanda che rivolgo sempre agli auditi, e che quindi pongo anche al collega che rappresenta la Regione Sicilia, è se ritenete possibile adeguare gli spazi aziendali per l'*intramoenia* allargata entro il 31 luglio, come prevede il decreto Bersani, e se gli investimenti per l'adeguamento, peraltro non ancora richiesti, siano una priorità per l'azienda che rappresenta rispetto ad altri lavori di carattere strutturale. Infine, vorrei sapere se quello che è stato portato come fatturato della libera professione è stato analizzato come resa di attivo concreta, vale a dire in termini di costo della libera professione rispetto a quanto rende.

BODINI (*Ulivo*). Per quanto riguarda la situazione della Regione Marche, vorrei avere alcuni ulteriori chiarimenti, dato che l'esposizione è stata molto sintetica. Il dottor Di Bernardo ha parlato dell'azienda sanitaria unica in sostituzione di 13 aziende preesistenti; al di fuori di questa, esistono due aziende ospedaliere che immagino rappresentino le aree metropolitane.

Mi interessa sapere cosa succede, sulla base dei dati in suo possesso, dottor Di Bernardo, perché capisco bene che in una situazione come quella che lei ha presentato – una realtà di tipo rurale, o comunque di piccole comunità – la spinta all'attività libero-professionale possa essere par-

ticolarmente bassa. Vorrei sapere che cosa accade nelle due aziende che rappresentano le realtà metropolitane e quanto esse incidano sul milione e mezzo di abitanti della Regione. Questo milione e mezzo di abitanti rappresenta tutta la realtà regionale o solo quella che voi assistete?

Riprendendo una domanda che è già stata posta, vorrei poi sapere se dallo svolgimento della libera professione, ALPI, derivino dei ricavi a favore dell'azienda o se invece c'è una situazione di passività rispetto agli investimenti che fate. Infine, mi interessa conoscere la situazione delle liste di attesa: nella vostra realtà le liste di attesa sono sotto controllo, oppure ci sono dei problemi?

Per quanto riguarda la situazione della Regione Sicilia, il dato che spicca con grande rilevanza è quello dell'elevata percentuale di medici (più del 50 per cento) che lavorano in regime di *extramoenia* e di *intramoenia* allargata. Questo dato è costante nel periodo che è stato preso in esame, ossia dal 2001 al 2006? Vorrei inoltre sapere se è stata avviata una qualche azione per cercare di spostare questo dato verso l'*intramoenia*. Come già chiesto dal presidente Marino, vorrei inoltre capire se l'assenza di investimenti in questo settore rifletta una scelta di carattere politico, oppure se risponda semplicemente ad una mancanza di interesse rispetto a questo tema. Il dato – ripeto – colpisce abbastanza.

Infine, come già chiesto relativamente alla Regione Marche, desidererei sapere, anche con riguardo alla Regione Sicilia, qual è la situazione delle liste di attesa in rapporto alle prestazioni ambulatoriali e se siano state fatte, come in altre aree, delle sperimentazioni o comunque dei tentativi di *intramoenia* volti all'abbattimento delle liste, laddove queste sono fuori controllo. Ci sono cioè state forme di incentivazione dell'attività interna e, in caso di risposta affermativa, in che percentuale?

CURSI (AN). Nel porre i miei quesiti, vorrei ricollegarmi ad alcune delle osservazioni svolte dai colleghi Bodini e Tomassini. Sulla base del lavoro svolto nelle vostre rispettive aziende, vorrei conoscere la percentuale di diminuzione nelle liste di attesa rispetto alle prestazioni da voi fornite. Ricordo, relativamente alle Regioni Marche e Sicilia, i dati che furono forniti l'anno scorso dai NAS nel corso dell'indagine svolta, che portarono poi all'accordo siglato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 28 marzo 2006 volto all'abbattimento delle liste di attesa. Avete rispettato questo accordo oppure lo avete accantonato? Mi interessa anche sapere che tipo di risultato ha dato l'esperienza dell'*intramoenia* più o meno allargata

Ci risulta che entro questo mese le Regioni presenteranno i piani per attrezzare le aree da destinare allo svolgimento di attività in regime di *intramoenia* allargata. Nei documenti a nostra disposizione sull'Azienda sanitaria unica delle Marche risulta esservi un punto di criticità. Vorrei sapere allora se, come Regione Marche, avete già provveduto a fornire qualche tipo di indicazione. Nel caso in cui l'aveste fatto, quali sono le esigenze, in termini temporali e finanziari, cui prevedete di dover far fronte per attrezzare queste aree? Ritengo che dalla risposta che sarà data a que-

sta domanda sarà possibile capire se è immaginabile che in quattro mesi (ricordo che la legge ha fissato la data di scadenza della libera professione *intramoenia* allargata a luglio) le Regioni Marche e Sicilia riescano ad attrezzare le zone da destinare all'*intramoenia*.

BIANCONI (*FI*). Vorrei rivolgere alcune domande al dottor Malucelli. So che non è da molto tempo che lei ha preso il posto del dottore Zuccatelli, però immagino che, tutto sommato, la situazione relativa alla Regione Marche le sia più che chiara. La situazione nella Regione Marche ha avuto una forte trasformazione con la creazione di un'unica grande azienda, che comprende 13 zone territoriali.

Le domande che intendo porre riguardano prevalentemente gli aspetti organizzativi, anche per appurare la validità organizzativa del modello rispetto alla domanda sanitaria dei cittadini più periferici. Voi avete soltanto 2 aziende ospedaliere, il che significa che avete chiuso una serie di piccoli ospedali, soprattutto nelle vallate; avete cioè chiuso il primo presidio, o forse l'unico, che era presente in alcune vallate delle Marche. Sappiamo tutti che le Marche sono fatte di canali che vanno dalla montagna fino direttamente al mare. Vorrei sapere come avete organizzato il momento dell'ospedale, dell'acuzie, rispetto alla periferia, quanto tempo e quanta distanza avete previsto vi debbano essere dal primo posto di avanguardia, di risposta sanitaria, sia per un discorso sanitario di emergenza, sia per un discorso di mobilità delle persone, in particolare di quelle anziane.

Vorrei poi sapere se, nelle zone in cui avete chiuso i piccoli ospedali, avete previsto la presenza di ambulatori di primo livello e che tipo di organizzazione vi siete dati a livello territoriale. Ad esempio, qual è la situazione di un paesino come Amandola, a fronte della chiusura del suo ospedale e rispetto anche a tutte le prestazioni diagnostiche, terapeutiche, di visite specialistiche e, quindi, anche di libera professione?

Vorrei infine conoscere il livello di mobilità passiva rispetto all'Emilia-Romagna, in modo particolare rispetto al bacino della Romagna.

DI BERNARDO. Tengo anzitutto a specificare che nelle Marche non sono stati chiusi ospedali. La Regione Marche ha 2 aziende ospedaliere che hanno personalità giuridica, oltre all'ASUR: l'Azienda ospedaliero-universitaria Ospedali riuniti di Ancona e l'Azienda ospedaliera San Salvatore di Pesaro. L'ASUR ha 13 ospedali di rete, uno per ogni zona territoriale. Ricordo che un ospedale di rete è un ospedale che ha un DEA di primo livello e sono quindi attive tutte le funzioni di emergenza-urgenza, con rianimazione e terapia intensiva coronarica. Ci sono poi circa 22 ospedali di polo, che hanno dei punti di primo intervento, quindi non sono pronto soccorso con personale autonomo.

In effetti, dal 1997 ad oggi non è stato chiuso nessun ospedale nella Regione Marche. La popolazione marchigiana ha la possibilità di contare su un numero di ospedali – penso – abbastanza congruo, anche dal punto di vista della distribuzione territoriale. È stato fatto giustamente l'esempio di Amandola, perché si tratta di una popolazione abbastanza disagiata; po-

trei citare anche l'ospedale di Novafeltria, nell'alto Montefeltro, dove ancora oggi abbiamo dei punti nascita aperti, pur con un numero abbastanza basso di parti. Le funzioni di acuzie sono quindi abbastanza ben distribuite sul territorio marchigiano; si è chiuso poco, in effetti. Questa è la situazione.

Per quanto riguarda la mobilità passiva verso la Romagna, non sono in grado di comunicare il dato preciso. Si tratta però storicamente di una mobilità abbastanza significativa. Le Marche devono infatti confrontarsi con il colosso dell'Emilia-Romagna; a ciò si aggiungono, secondo me, delle ragioni di carattere storico-sociologico. Non dimentichiamo che mezza Provincia di Pesaro, proprio per motivi di carattere orografico, raggiunge prima Rimini che Pesaro; ci sono pertanto ragioni orografiche favorevoli alla mobilità passiva, oltre che ragioni storiche. Io non sono marchigiano, ma lavoro nelle Marche ed abito a Pesaro dal 1997; e a Pesaro si parla romagnolo e ci si sente romagnoli a tutti gli effetti. E' la prima cosa che mi ha colpito quando sono arrivato a Pesaro. Chiedo scusa se non sono in grado di comunicare il dato sulla mobilità passiva; sarà nostra cura farvi avere il dato preciso del 2005 (quello del 2006 non è ancora disponibile).

Il senatore Tomassini ha parlato della scarsa rilevanza dell'attività libero professionale. La libera professione esiste, ma, secondo me, nelle Marche non ha una dimensione così significativa come nelle aree metropolitane. Una percentuale elevatissima della popolazione marchigiana vive in ambito rurale; nella Regione Marche molti degli oltre 240 Comuni hanno meno di mille abitanti. Quindi sicuramente c'è una pressione di tipo sociale diversa nelle Marche, che limita la dimensione di questa attività. Per quanto riguarda i dati sulla mobilità, devo darle la stessa risposta che ho dato alla sua collega.

In una sua domanda, senatore Tomassini, lei ha giustamente allargato la problematica del privato ai privati convenzionati. Le Marche sono una Regione che di privato convenzionato ha ben poco: in tutta la Regione ci sono solo tre case di cura multispecialistiche (non parliamo di presidi di riabilitazione).

TOMASSINI (*FI*). Non ho parlato di convenzione, ma di privato puro, che fa concorrenza all'ospedale.

DI BERNARDO. Ma anche il privato convenzionato è un fenomeno che ha una rilevanza decisamente scarsa nella Regione Marche, proprio perché c'è stata storicamente una distribuzione dell'offerta pubblica, specialmente ospedaliera, molto diffusa e polverizzata. È ovvio che ciò ha storicamente limitato il fenomeno in quel settore. Di privato puro organizzato ce n'è ben poco nella Regione, forse solo un esempio; si tratta peraltro di strutture che sono collegate alla possibilità di convenzionamento, proprio per dare la possibilità ai colleghi di svolgere la libera professione *intramoenia*, specialmente in particolari condizioni, e che hanno delle con-

venzioni anche con il Servizio sanitario nazionale, perché non potevamo averle con i convenzionati.

L'organizzazione delle funzioni collegate all'ambulatoriale è un altro tema interessante. Direi che anche in questo caso come Regione non siamo messi male: vi sono 13 ospedali di rete in cui è concentrato, per la parte ospedaliera (che è la parte più significativa della libera professione *intramoenia* allargata), almeno il 70 per cento dei medici che svolgono attività libero-professionale intramuraria. Si tratta inoltre di ospedali che hanno un dipartimento di emergenza ed urgenza di primo livello e che, per legge, devono avere dei servizi diagnostico-strumentali di supporto. Ritengo pertanto che la nostra situazione sia abbastanza felice sotto questo aspetto.

Per quanto riguarda i tempi del decreto Bersani, la nostra situazione (non vorrei parlare di problema, perché non penso sia un problema) è che in tutta la Regione, entro il 31 luglio, dobbiamo consentire a 352 medici di poter svolgere l'*intramoenia* allargata. Potremmo incontrare forse qualche problema in qualche punto del sistema; però, nella sua dimensione complessiva, non penso che ciò sia significativo od ostativo in modo particolare.

Per quanto riguarda i lavori di adeguamento, relativamente alle richieste fatte nel tempo dalla Regione...

CURSI (AN). Mi scusi per l'interruzione. L'indicazione del piano di intervento, escluso ovviamente l'acquisto di prestazioni, è stata già fatta?

DI BERNARDO. Abbiamo predisposto uno schema – che, se volete, possiamo lasciare agli atti della Commissione – di tutti i lavori di adeguamento per cui sono stati richiesti finanziamenti sia dalle ex aziende che dalle zone. Come ho detto prima nella premessa, le zone territoriali, ex aziende, hanno conservato la personalità giuridica fino al 31 dicembre 2005; per cui erano in effetti titolari di tutte le funzioni ed hanno portato avanti la programmazione e le richieste di finanziamento. In sintesi, vi sono 26 programmi di investimento immobiliare relativi al decreto legislativo n. 254 del 2000: due interventi sono stati già realizzati, di altri tre sono attualmente in corso le gare d'appalto, mentre i restanti 21 si trovano a diversi livelli di progettazione, dal preliminare all'esecutivo. Questa è la situazione.

CURSI (AN). A luglio quindi sarà tutto pronto?

DI BERNARDO. Assolutamente no; questa era solo una fotografia della situazione.

MALUCELLI. La domanda è retorica, senatore. Riusciremo ad accogliere bene i medici perché sono in numero così limitato; le strutture ovviamente non saranno pronte a luglio.

Per quanto riguarda il programma, è già stato predisposto dalla Regione Marche, però è in corso una trattativa con il Governo per un accordo che ci dovrebbe consentire di aggiornare il programma, anche perché la Regione Marche è virtuosa, ma non troppo da questo punto di vista. Ci sono dei finanziamenti che non sono stati spesi e probabilmente si tratterà di recuperarli e di reinvestirli.

DI BERNARDO. Per quanto riguarda la problematica costi-rendimenti, siamo in equilibrio economico rispetto al problema della libera professione, non ci guadagniamo e non ci perdiamo. Sicuramente non è una modalità di finanziamento come entrate proprie dell'azienda sanitaria, anche perché sinceramente non ce la sentiamo di gravare su una tariffa complessiva a carico dell'utente. Quindi, la parte di tariffa è solamente per la copertura dei costi organizzativi, ma assolutamente non mettiamo in carico un profitto aziendale da questo punto di vista. Quindi, per noi la situazione è abbastanza in equilibrio.

Il senatore Bodini chiedeva informazioni sulla situazione metropolitana di Ancona e Pesaro, sedi delle altre due aziende. Più che di situazione metropolitana dovremmo parlare in questo caso di situazione di maggiore aggregato urbano, perché le prime due città delle Marche, Ancona e Pesaro, hanno rispettivamente 100.000 e 70.000 abitanti. Certamente l'Azienda Ospedali riuniti di Ancona, sede universitaria, è abbastanza grande perché conta quasi 1.000 posti letto, ma non conosciamo esattamente la situazione perché è un'azienda diversa; però è una realtà abbastanza grande in una città, Ancona, che storicamente è sempre stata molto ospedalizzata, con molte strutture ospedaliere. La stessa legge che ci ha unificato come aziende territoriali ha unificato tutti gli ospedali di Ancona in un'unica azienda.

L'Azienda ospedaliera di Pesaro ha 400 posti letto; la dimensione è abbastanza limitata, però sicuramente costituisce un fenomeno più rilevante rispetto ad una azienda territoriale.

Rispetto al legame fra consistenza delle liste d'attesa e attività libero-professionale, riferisco una convinzione personale: non mi pare che ci sia un vero problema di liste d'attesa e non so quanto un'attività libero-professionale possa realmente contribuire ad abbattere i tempi di attesa. Facevamo ieri un calcolo sulla produttività oraria delle visite e quella in libera professione è poco meno della metà di quella istituzionale. Quindi, anche se volessimo parlare solamente in termini di efficienza, non sarebbe una scelta strategica; casomai propenderei per la scelta di aumentare l'attività istituzionale, quindi con una produttività maggiore di quella della libera professione. Una possibilità adeguata, una preziosa opportunità, era quella offerta dall'articolo 55 del contratto, che ci consentiva di selezionare discipline per le quali potevano esserci delle difficoltà e chiedere un aumento proprio dei volumi alle unità operative in modo settorializzato. Però quello che dico riguarda la nostra realtà, che è una realtà abbastanza peculiare; non vorrei generalizzare l'affermazione.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Nella documentazione fornita dalla Regione Sicilia ho notato delle notevoli discrasie in termini di adesione da parte dei medici all'ALPI tra presidio e presidio. Tra le altre cose, noto che addirittura gli Ospedali civili riuniti di Sciacca non hanno alcun medico autorizzato all'ALPI e producono 1.883.000 euro di fatturato aziendale totale per ALPI. Si va dal 20 per cento di adesioni in qualche presidio, al 98,19 per cento in altri, con produttività nettamente diversa tra le varie aziende sanitarie.

Vorrei sapere se ci sono dei rilevamenti statistici in termini di incidenza tra attività libero-professionale *intramoenia* e attività istituzionali e se ci sono dei rilevamenti in termini di costi-benefici. Inoltre, se possibile, vorrei notizie sulle notevoli differenze tra i vari presidi, soprattutto in termini di produttività, perché ci sono alcuni presidi in cui 55 medici producono circa 10 milioni di fatturato e altri con 775 medici che producono nettamente di meno.

MANIACI. Per quanto riguarda la domanda formulata dal Presidente (la cui risposta mi permette di riallacciarmi ai quesiti posti da altri senatori) circa i finanziamenti previsti all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, non trovate alcun numero perché il precedente assessore, nel momento in cui è stato fatto il programma di utilizzo di queste somme, per scelta politica non ha ritenuto allora di inserire previsioni di finanziamento per questa motivazione, fermo restando che ora avremmo necessità di finanziamento.

Questo argomento mi consente di riallacciarmi alle domande del senatore Tomassini, per rappresentare che nella nostra Regione è in atto in questo momento, in fase abbastanza avanzata, il processo di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie. Questo processo ovviamente comporta il rispetto di una serie di requisiti, siano essi organizzativi, strutturali, impiantistici o tecnologici, che in buona sostanza sono quelli già fissati con il DPR del 14 gennaio 1997, rivisitato alla luce della nostra situazione e sotto certi aspetti anche appesantiti e resi più cogenti. Pertanto, tutte le strutture sanitarie, siano esse pubbliche, private, case di cura o quant'altro, entro il mese di giugno di quest'anno dovranno possedere questi requisiti per poter essere accreditate dal punto di vista istituzionale, in base all'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Di conseguenza tutte le strutture si stanno organizzando per questa data.

C'è da dire che, anche al fine di rientrare nei parametri previsti dall'accordo Stato-Regioni del marzo 2006, che di fatto ha diminuito gli indici dei posti letto per mille abitanti, uno degli aspetti di cui ci stiamo occupando in questa fase in assessorato è anche di rivedere la rete ospedaliera, la cui ultima revisione nella nostra Regione risale ad una delibera della giunta del 2003. In effetti, vi è la necessità di rivedere e riequilibrare la rete sia per quanto riguarda i posti letto per acuti che per quanto concerne la riabilitazione e la lunga degenza. In questo momento è in atto un processo di riassetto demandato in parte direttamente alle aziende e in parte a livello centrale, quindi regionale.

Per quanto riguarda il rapporto con le liste di attesa – mi riferisco alle domande poste dai senatori Bodini e Cursi – i nostri dati, ricavati da un monitoraggio effettuato a seguito dell'accordo Stato-Regioni del marzo 2006, cui si riferiva lo stesso senatore Cursi, dimostrano che i tempi massimi di attesa vengono rispettati un po' dappertutto. Abbiamo alcune criticità che riguardano fundamentalmente gli interventi per cataratta e alcune particolari tipologie di esami ad alto impatto tecnologico, effettuati solo in pochi centri. Per il resto, in linea di massima, si registrano ottimi risultati anche in termini di liste di attesa.

Abbiamo fatto nostro l'accordo del marzo 2006, tant'è che qualche mese dopo, a giugno, è stato esitato un decreto che riguardava l'applicazione di questo accordo del 2006 in cui, per l'ennesima volta, si ribadiva alle aziende di rispettare i tempi di attesa secondo la classificazione effettuata con l'accordo Stato-Regioni del 2003. Siamo pertanto molto attenti a questo aspetto e le aziende mostrano di collaborare.

Per quanto riguarda il rapporto costi-beneficci, non abbiamo al riguardo dati precisi, ma l'impressione che si ricava è molto simile a quella espressa dai colleghi delle Marche. Sicuramente non è una buona operazione per le aziende; probabilmente non si perde, ma sicuramente non si guadagna neppure. Può essere un discorso di equilibrio, anche perché vi sono costi generali che in ogni caso devono essere coperti e si è sempre preferito evitare di farli ricadere sui cittadini. Probabilmente – ripeto – è un'operazione in pareggio, ma non in guadagno.

CAFORIO (*Misto-IdV*). Non avete dati statistici al riguardo?

MANIACI. Al momento no, ma possiamo tentare di recuperarli.

Per quanto riguarda l'ultima domanda, probabilmente l'Azienda ospedaliera di Sciacca non ha risposto al questionario. Noi ci siamo limitati a fare un riassunto, anche affrettato, dati i tempi limitati a nostra disposizione. Probabilmente l'Azienda di Sciacca ha omesso di fornire il dato.

CAFORIO (*Misto-IdV*). La cosa appare piuttosto evidente. D'altronde occorre leggere tra le righe i risultati perché alcuni, in effetti, fanno pensare.

MANIACI. Senatore Caforio, si tratta di una prima rilevazione. La tematica dell'attività libero-professionale, anche in funzione dell'abbattimento delle liste di attesa, è stata negli anni passati uno degli obiettivi dati ai direttori generali e a suo tempo verificati. Personalmente la mia struttura non ha avuto il tempo materiale di effettuare un confronto tra i dati che ci sono stati inviati in occasione di questa rilevazione e quelli di due anni fa in cui avevamo fatto le stesse richieste. Mi riservo, tuttavia, di realizzare il confronto e di comunicarvelo quanto prima.

Riguardo alle discrepanze rilevate tra il 20 per cento registrato in alcune aziende e il 50 per cento in altre, quelle che fanno registrare la percentuale del 20 per cento sono certamente aziende del territorio, il che significa ospedali e strutture di piccole dimensioni. Occorre poi considerare

la tendenza dei cittadini a recarsi nei centri più grandi della propria Provincia, se non addirittura in altre. Tale differenza è quindi possibile spiegarla in questi termini. Le prime 9 schede sono quelle delle aziende territoriali. Le schede delle aziende ospedaliere sono più o meno omogenee, tranne quella di Sciacca, in cui si registra una certa correlazione tra il grado di complessità dell'azienda e i numeri rilevati. Nell'azienda ospedaliera più complessa, quella di riferimento nazionale o dove insiste il triennio clinico universitario, vi è un numero maggiore di prestazioni, ma anche una resa maggiore in termini economici rispetto alle aziende di secondo livello per l'emergenza.

PRESIDENTE. Mi rendo conto che lei è un rappresentante tecnico e non politico, ma per me è molto importante sottolineare questo aspetto. Alla domanda rivolta anche da altri senatori sulla questione dell'attivazione degli stanziamenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, la sua risposta è stata che il precedente assessore non ha ritenuto di doverli utilizzare per una scelta della Regione Sicilia di non accedere ai suddetti stanziamenti per motivi politici. Immagino però che la risposta riguardasse i precedenti assessori, visto che ci riferiamo ad un arco temporale di sette anni.

MANIACI. Certamente.

PRESIDENTE. Se intende integrare quanto ci ha già qui illustrato, dottor Malucelli, può brevemente intervenire.

MALUCELLI. Desidero fare una precisazione per la senatrice Bianconi. Non abbiamo all'ordine del giorno la chiusura di ospedali e di reparti per acuti; non è avvenuto in passato e non credo che avverrà ancora per un bel periodo di tempo. Credo piuttosto che vi sarà un rafforzamento della rete, nel senso di una maggiore integrazione della rete degli ospedali di primo livello, che nelle Marche chiamiamo ospedali di rete. Negli ospedali di polo, invece, ovvero quelle strutture intermedie tra territorio e ospedale che sviluppano funzioni di assistenza agli anziani e contemporaneamente mantengono funzioni di pronto soccorso e di elezione, vi sarà qualche razionalizzazione, ma niente di più.

In realtà i problemi dell'azienda unica – questo aspetto può apparire di secondaria importanza, ma non è così – sono di organizzazione, soprattutto della rete di supporto. I problemi grossi sono quelli dell'organizzazione della rete di supporto, tra l'altro con dei risvolti giuridicamente significativi perché al posto di 13 aziende ora ce n'è una sola. Ciò significa, ad esempio, che acquistare a prezzo diverso gli stessi prodotti all'interno dell'azienda è un reato; mentre prima riguardava una situazione di efficienza di un'azienda rispetto ad un'altra, adesso diventa un problema.

Punteremo su una dimensione intermedia: l'azienda regionale non sarà una nuova sovrastruttura, ma svolgerà una funzione di regia, di indirizzo, monitoraggio, controllo e orientamento gestionale. Per il resto, ci appoggeremo alle strutture territoriali, che restano un fondamento di rap-

porto con il territorio, cercando però di trovare una dimensione intermedia. Comunemente si chiama «area vasta»: in realtà è la divisione della Regione in 4-5 zone con forti criteri, oltre che di vicinanza territoriale, anche di omogeneità di struttura, e lì punteremo per avere le strutture di supporto. Si tratta di una sorta di esternalizzazione all'interno del sistema: le zone esternalizzano in una pseudoazienda a livello di area vasta le proprie funzioni, gli acquisti, la gestione del personale e la gestione di altre attività tecniche o tecnologiche. Questo dovrebbe consentire uno snellimento radicale del sistema, una semplificazione e unificazione delle procedure, al limite anche una razionalizzazione dei costi. Non parlo mai di riduzione dei costi (di riduzione si può parlare nel lunghissimo periodo), parlo di deflazione dell'andamento esponenziale o ripetitivo dei costi.

Ciò ha anche un riflesso sulla dimensione del governo clinico, perché l'area vasta non è soltanto la dimensione di supporto, ma è anche quella in cui tenderemo di razionalizzare i processi: sono le alte tecnologie, la rete ospedaliera e i servizi agli anziani.

La rete ospedaliera è fortemente squilibrata e gli investimenti in corso, anche in base all'articolo 20, anziché ridurre tale squilibrio, lo accentuano. C'è una concentrazione di strutture ospedaliere nell'area di Ancona o attorno al centro della Regione che andrà equilibrata. C'è un problema di razionalizzazione delle strutture per gli anziani, perché anche queste hanno un andamento che tiene conto della struttura zonale, quindi del controllo dei confini. In una dimensione regionale va rivista anche l'allocazione delle strutture per gli anziani.

Il terzo problema è quello delle diagnostiche pesanti, che attualmente sono diffuse, da un punto di vista di programmazione regionale, in maniera alquanto disordinata. Avremmo invece bisogno di organizzare la rete delle diagnostiche in maniera equilibrata per governare il territorio. L'azienda non andrà quindi verso ulteriori razionalizzazioni della rete attualmente esistente, se non nel senso di integrarla attraverso una programmazione più organica o più razionale degli interventi su acquisti di diagnostiche pesanti e strutture per gli anziani. La razionalizzazione della rete ospedaliera è, come noto, una prospettiva ventennale; è indispensabile, ma proietta i suoi effetti sul lontano futuro.

Fortissimo invece è il problema dell'integrazione dei servizi di supporto; questo è strategico perché dà la dimensione dell'azienda. Le 2 aziende ospedaliere si chiamano così, ma anche questo è un eufemismo: quella di Pesaro è l'ospedale della zona, anche se ha una caratteristica autonoma, mentre l'ospedale di Ancona dovrebbe avere un respiro regionale, cioè di struttura di livello superiore, di specialità, per tutta la Regione. Anche qui ci sarà una logica di programmazione comune, di integrazione.

Siamo, non già nel pieno della transizione, ma forse al suo inizio. Se posso però riassumere un concetto, ricordo che, quando fu inventata l'azienda unica regionale, era probabilmente un'arroganza intellettuale pensare ad una dimensione di azienda regionale. Oggi che tutte le Regioni stanno assumendo, nel bene e nel male, una centralità ondistica (seppur di tipo ondistico improprio), quindi producono fra le aziende del territorio

non una competizione, ma una collaborazione addirittura forzata, il modello di azienda unica regionale diventa una cosa del tutto accettabile, anzi, probabilmente con delle valenze ancora da esplorare, perché trattasi di un modello integralmente cooperativo da conseguire, in quanto non si è che all'inizio.

Sulle compensazioni passive ho un'opinione personale. Se il Parlamento nazionale decidesse di rivedere la legge e di eliminare le compensazioni attive e passive farebbe un regalo al buon senso, perché dai dati dell'Università Bocconi risulta che in Italia la somma delle compensazioni attive e di quelle passive non torna. Ciò vuol dire che siamo a dati puramente numerici, e probabilmente di fronte a comportamenti anche opportunistici o abilità nel fare calcoli e presentarli il più tempestivamente possibile da parte di alcune Regioni rispetto ad altre. La compensazione non produce degli effetti reali sui sistemi, come non produce effetti diretti sulla gestione e in più – devo dire la verità – nelle aree di confine il problema della programmazione comune tra le Regioni, dell'integrazione dei sistemi, non è quello delle compensazioni perché nelle zone di frontiera tra la Liguria e la Toscana si andrà sempre in Toscana. Ci sarà un flusso inevitabile verso la Toscana perché questo è nella normalità delle cose.

Per quanto riguarda il rapporto tra le alte Marche e la bassa Romagna (a parte i *referendum* che indicano la volontà di alcune zone di unirsi tra loro), c'è un cammino normalissimo; Rimini per tutta la zona del Montefeltro è più vicina di Pesaro, e quindi l'integrazione c'è. Da cittadino d'Italia dico che, alla fine, per il sistema a livello nazionale la cosa è indifferente; è un problema di potere delle comunità regionali – lo capisco bene –, ma è un potere, tra l'altro, che produce soltanto degli effetti, registrati *a posteriori*, di dubbia validità sul piano statistico e che sono poi ininfluenti sull'andamento delle gestioni perché arrivano in ritardo. Penso che i flussi ci saranno sempre, attorno a percentuali comprese tra il 15 e il 20 per cento...

BIANCONI (FI). Finché il cittadino potrà scegliere ci saranno.

MALUCELLI. Sono convinto che il cittadino debba poter scegliere e sceglierà inevitabilmente, qualunque limite si ponga. Questa è, ad ogni modo, un'opinione del tutto personale.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli auditi per essere qui intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,25.