Senato della Repubblica XV LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 23

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

12ª 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

58ª seduta: mercoledì 14 marzo 2007

Presidenza del presidente MARINO

IC 0327
TIPOGRAFIA DEL SENATO (310)

I N D I C E

Documento conclusivo
(Esame e rinvio)

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 4, 15
BASSOLI *(Ulivo)* 3
BIANCONI *(FI)* 3
BODINI *(Ulivo)* 5
BOSONE *(Aut)* 4
CURSI *(AN)* 3
GRAMAZIO *(AN)* 4
MONACELLI *(UDC)* 4
ALLEGATO (contiene lo schema di documento conclusivo) 17

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

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

I lavori hanno inizio alle ore 15,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo
(Esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame di uno schema di documento conclusivo 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 28 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 prosieguo dei lavori.

CURSI *(AN)*. Signor Presidente, la invito a verificare la presenza del numero di senatori prescritto per la trattazione dell'argomento in titolo, che deve essere garantito dalla effettiva presenza dei colleghi membri della Commissione e non solo dalle loro firme. Le sostituzioni, inoltre, devono essere autorizzate dai rispettivi Capigruppo. Chi ha firmato deve essere presente, altrimenti manca il numero legale.

BIANCONI *(FI)*. Presidente, desidero associarmi alle considerazioni del senatore Cursi. È importante che la maggioranza, al di là dell'apporto dei Gruppi di opposizione, sia in grado di assicurare lo svolgimento dei lavori della Commissione.

BASSOLI *(Ulivo)*. Mi risulta che la presenza del numero legale sia presupposta, visto che le firme ci sono, finché non siamo in votazione. Credo che la Commissione possa iniziare i propri lavori, perché le colleghe e i colleghi che hanno firmato possono essersi solo momentaneamente allontanati dall'aula e rientrare al momento del voto.

Chiedo che si prenda atto delle firme; al momento del voto si procederà alla verifica del numero legale.

CURSI *(AN)*. Si deve aggiornare la seduta.

BIANCONI *(FI)*. Signor Presidente, nell'Ufficio di Presidenza, insieme alla maggioranza, sono state concordate una tempistica e una metodologia di lavoro. Il gruppo Forza Italia ha dato dimostrazione di grande

responsabilità. Chiediamo che questa maggioranza, al momento dell'esame dello schema di documento conclusivo, mostri la stessa delicatezza che mostriamo noi con la presenza in Commissione. In caso contrario, chiedo che si voti sulla mia richiesta di rinviare l'argomento all'ordine del giorno.

MONACELLI *(UDC)*. In relazione a quanto detto dalla senatrice Bassoli, vorrei far rilevare che, non avendo la Commissione ancora iniziato i propri lavori, stiamo verificando la presenza del numero legale, che sembra non esserci. Concordo con le dichiarazioni della senatrice Bianconi: dopo aver individuato le modalità di lavoro per concludere l'indagine conoscitiva in titolo, nessuno si può sottrarre alle proprie responsabilità e ai propri compiti, tanto meno la maggioranza, almeno in questa fase iniziale che prevede l'illustrazione dello schema di documento conclusivo da parte del senatore Bodini.

GRAMAZIO *(AN)*. Intervengo solo per ricordare al Presidente, e perché resti a verbale, che è già successo altre volte in questa Commissione che la maggioranza non fosse presente e che l'opposizione garantisse il numero legale. Desidero che questo rimanga agli atti, affinché vi sia memoria di una situazione che in questa Commissione si sta verificando ripetutamente.

BASSOLI *(Ulivo)*. Ringraziando l'opposizione per la disponibilità ad essere presente, ribadisco che, visto che le firme certificano la presenza, si presuppone la presenza del numero legale, come previsto dal Regolamento, fino a quando non si effettua una votazione. Non possiamo sospendere tutte le sedute in cui in un dato momento alcune persone risultano assenti. Ieri, ad esempio, ho avuto un ritardo di pochi minuti e, quando sono arrivata, la Commissione si era già sciolta. Può accadere a tutti di avere un piccolo ritardo, credo occorra un minimo di tolleranza. Ad esempio, in altri organismi di cui ho esperienza, se entro 40 minuti dall'orario previsto per l'inizio dei lavori non si è raggiunto il numero legale, si scioglie la seduta.

BOSONE *(Aut)*. Signor Presidente, comprendo le osservazioni dei colleghi dell'opposizione, ma non dobbiamo dimenticare che le difficoltà di volta in volta incontrate dai singoli senatori sono dovute a concomitanti impegni ugualmente connessi al mandato parlamentare, visto l'affollarsi delle Commissioni. Credo sarebbe giusto avere comprensione per questo fatto, ricordando la responsabilità che ci siamo assunti nei confronti del Ministro, di concludere in tempi brevi l'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria.

PRESIDENTE. Come richiesto dalla senatrice Bianconi, procedo alla verifica della presenza del prescritto numero di senatori per dare avvio al-

l'esame dello schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo.

(Il Presidente accerta la presenza del numero legale).

Invito il senatore Bodini ad illustrare lo schema di documento conclusivo da lui predisposto, che sarà allegato al resoconto della seduta odierna.

BODINI *(Ulivo)*. Signor Presidente, essendo la materia molto ampia, ho tentato di fare una sintesi di tutto quanto è stato detto in quest'aula; in alcuni casi, quindi, il documento potrebbe sembrare riduttivo, ma in caso contrario sarebbe stato a mio avviso eccessivamente dispersivo.

II 26 settembre 2006 la Commissione igiene e sanità ha avviato un'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. Ciò si è realizzato attraverso lo svolgimento di numerose audizioni, nonché l'acquisizione di informazioni attraverso l'invio di specifici questionari a tutte le regioni e a 43 strutture sanitarie, selezionate a campione.

La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio sanitario nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

I riferimenti normativi principali sono il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento sull'*intramoenia*), i contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria, il decreto legislativo n. 254 del 2000 e il decreto del Ministero della salute dell'8 giugno 2001.

È trascorso quasi un decennio dall'emanazione della legge n. 448 del 1998, che prevedeva, all'articolo 72, comma 11, che «il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione degli studi professionali privati». La norma citata ha determinato un diffuso ricorso all'ALPI effettuata in strutture private non accreditate o in studi medici, ricorso che era individuato come soluzione transitoria nelle more dell'adeguamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Si è pertanto rilevata l'opportunità di una conoscenza adeguata ed aggiornata della diffusione dell'ALPI sul territorio nazionale, delle sue modalità di realizzazione e regolamentazione, dei proventi che ne derivano ai professionisti che la esercitano e alle aziende sanitarie, degli spazi attualmente utilizzati per svolgerla, degli investimenti edilizi realizzati per favo-

rirla, del rapporto che essa ha con le liste di attesa per le prestazioni istituzionali.

Nello schema di documento conclusivo sono riportati i dati relativi alla precedente indagine svolta dalla Camera dei deputati, di cui tralascio la prima parte per concentrarmi su alcuni punti conclusivi.

Per quanto riguarda gli investimenti dedicati, il rifinanziamento dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, con lo stanziamento di 1.800 miliardi di lire destinati alle strutture per *intramoenia*, non ha dato i risultati sperati. Così si leggeva nelle conclusioni. Nel febbraio del 2003 risultavano finanziati solo 35 interventi, per un importo complessivo pari a solo l'11 per cento dello stanziamento.

A proposito dell'*intramoenia* allargata, la Commissione affari sociali della Camera dei deputati concludeva che l'istituto appare totalmente fuori controllo (la situazione viene definita «anarchica» dall'allora ministro Sirchia) e che il sospetto che tale situazione possa dare adito a comportamenti «opportunistici» da parte dei professionisti è fondato. Né le Regioni né le aziende hanno attivato i previsti strumenti di controllo.

Con riferimento all'analisi dei costi e dei ricavi, l'attività *intramoenia* deve per legge essere svolta in autosufficienza economica e deve essere gestita con contabilità separata. I contenuti delle audizioni fanno ritenere che la prima affermazione non sia verificata e della seconda non vi è traccia nei lavori della Commissione.

Infine, il tema della trasparenza nella gestione è di assoluto rilievo ed è stato sollevato dal Tribunale dei diritti del malato. In generale mancano nelle aziende segreterie centralizzate di prenotazione, tariffari completi ed aggiornati, elenchi dei medici autorizzati all'ALPI.

Ho riportato queste risultanze perché esse, purtroppo, presentano numerose analogie con le conclusioni cui siamo giunti circa la situazione attuale. Sembrerebbe che il percorso non sia stato di carattere virtuoso.

Tralascerei gli aspetti relativi alla metodologia e agli strumenti di lavoro, rinviando alla proposta di documento scritta, perché credo che i senatori e le senatrici li conoscano. Nel relativo paragrafo sono indicate tutte le audizioni effettuate ed è riportata la struttura del questionario che è stato inviato alle Regioni e alle aziende sanitarie, con l'elenco delle domande poste.

Passerei al paragrafo 4 dello schema del documento, che contiene le risultanze delle audizioni.

Vengono riportate di seguito le risultanze sintetiche delle audizioni effettuate, per categorie di soggetti auditi, rimandando all'analisi dei resoconti stenografici e delle memorie depositate agli atti della Commissione per ulteriori approfondimenti.

Il Ministro della salute, senatrice Livia Turco, ha posto l'accento sulla criticità dei tempi di attesa che si registrano su tutto il territorio nazionale e su come il piano nazionale per la riduzione dei tempi di attesa potrà sortire effetti positivi specie attraverso l'individuazione di pacchetti di prestazioni.

Per quanto riguarda l'*intramoenia*, il Ministro ha sottolineato il problema degli spazi, mettendo in evidenza l'entità dei finanziamenti ancora non utilizzati (pari a 327 milioni di euro) e ha anticipato di non prevedere un'ulteriore proroga all'*intramoenia* allargata e l'intenzione di ripristinare l'esclusività del rapporto legato all'incarico, e quindi reversibile, per i dirigenti di strutture complesse all'interno di un disegno di legge sul governo clinico. A quest'ultimo proposito, è stato effettuato un richiamo alla necessità di corresponsabilizzare tutti gli attori del sistema, di diffondere la cultura della valutazione e di coinvolgere i cittadini nelle attività di *governance*.

Dalle audizioni dei rappresentanti delle Regioni si è evinto che queste (con l'eccezione della Toscana) hanno problemi logistico-strutturali nelle proprie aziende sanitarie e che difficilmente questi saranno risolti entro il 31 luglio 2007. Alcuni presidenti hanno inoltre ipotizzato che il gettito reale dell'*intramoenia* sia maggiore di quello che risulta, a causa di una possibile evasione fiscale. In proposito, sottolineo l'importanza della nota giunta dal vice ministro Visco, che riferisce come questo problema sia stato evidenziato anche dalle indagini svolte dal suo Ministero.

Il Tribunale dei diritti del malato ha portato l'attenzione sulla insostenibilità dei tempi di attesa medi e sul problema dell'equità dell'accesso, specie in presenza dell'ALPI, sottolineando lo sconcerto di cittadini che si sono sentiti proporre due tempi di attesa e due prezzi diversi per una prestazione effettuata con le medesime attrezzature e nelle stesse strutture con il medesimo personale.

L'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) ha riportato le risultanze della propria indagine del 2004, già richiamate in altra parte della relazione.

Le società scientifiche ascoltate hanno avvalorato la necessità di poter esercitare il diritto all'*intramoenia*, ponendo l'accento sulla mancanza di controlli adeguati, sulla notevole inappropriatezza nella domanda di prestazioni strumentali e di laboratorio, sulla sostanziale invarianza della situazione dal 2000 ad oggi, sulla necessità di incentivare l'*intramoenia* di *équipe* e le prestazioni aggiuntive anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, sull'esigenza di locali decorosi per lo svolgimento dell'attività.

Le organizzazioni sindacali confederali hanno concordato con la previsione di rientro nelle aziende, ma con spazi e modalità adeguati, entro un congruo periodo di tempo, sottolineando inoltre l'esigenza di rivalutare l'indennità di esclusività e di considerare la «rete» ambulatoriale come elemento costituente del Servizio sanitario nazionale. Solo i sindacati di base si sono dichiarati esplicitamente contrari all'istituto dell'*intramoenia*, per l'inadeguatezza delle strutture e per il ricavo irrisorio realizzato dal SSN. La Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (IPASVI) e il Collegio delle ostetriche, pur dichiarando che non spetta loro ipotizzare altre modalità di esercizio dell'ALPI, hanno però segnalato forti disfunzioni dell'attuale organizzazione della stessa.

I sindacati dei medici hanno evidenziato la necessità che il cittadino non percepisca l'*intramoenia* come UNA «scorciatoia» per saltare le liste di attesa. Alcuni hanno lamentato il modesto esercizio consentito dalla situazione attuale.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici ha sottolineato le novità contrattuali che richiedono ai medici appartenenti al Servizio sanitario nazionale un maggiore impegno orario per l'abbattimento delle liste di attesa, lamentando altresì «amnesie» ed omissioni dei direttori generali e comportamenti «sciagurati» di alcuni professionisti, invitando tutti al rispetto delle regole.

I direttori generali delle aziende sanitarie hanno descritto le realtà locali (per le quali si rimanda all'analisi dettagliata dei questionari) concordando pressoché unanimemente sulla mancanza di un rapporto tra ALPI e liste di attesa e sull'inadeguatezza delle strutture da loro dirette all'accoglimento dei medici in rientro dall'*intramoenia* allargata.

Venendo all'analisi dei questionari sottoposti alle Regioni, le risultanze delle audizioni dei rappresentanti delle Regioni convocati dalla Commissione sono state integrate con quelle dell'analisi dei questionari ricevuti (14 sui 20 inviati, pari al 70 per cento). L'analisi è stata condotta ponendo particolare attenzione agli aspetti economici, allo scopo di accertare l'interesse alla diffusione dell'ALPI, se l'ALPI sia effettivamente redditizia per il Servizio sanitario, se le Regioni abbiano avuto accesso ai finanziamenti statali derivanti dal rifinanziamento di cui all'articolo 20, della legge n. 68 del 1988 e quale sia lo stato degli investimenti eseguiti.

I risultati analizzati si riferiscono ai 14 questionari pervenuti; di questi, uno non riportava i dati di fatturato, due non contenevano i dati delle richieste di finanziamento e tre non contenevano i dati relativi agli investimenti effettuati. Inoltre, le domande erano riferite ad un arco di tempo ampio (sette anni), ma in molti casi il dato è mancante per uno o più anni di riferimento.

Nonostante l'incompletezza dei dati forniti dalle Regioni, ne emerge un quadro che può essere descritto nel modo seguente. Il fatturato derivante dall'ALPI è estremamente variabile, sia in termini assoluti (da 1.380 milioni di euro della Lombardia a meno di 100 milioni di euro delle Regioni più piccole), sia in termini relativi. Infatti, nelle 10 Regioni che hanno fornito dati completi per i sette anni richiesti (2000-2006) la redditività dell'ALPI per medico in esclusività di rapporto oscilla tra i 15,5 euro della Sardegna e gli 89,4 euro della Lombardia. Anche le richieste di finanziamento sono disomogenee, forse in misura minore, ma emerge il dato che alcune Regioni (tra chi ha risposto la Campania e la Sicilia) non hanno presentato progetti da finanziare. L'investimento delle Regioni è stato molto basso (solo la Liguria e l'Emilia Romagna dichiarano di aver già effettuato investimenti consistenti, rispettivamente per 8,9 e 4,3 milioni di euro); le altre hanno effettuato investimenti per importi modesti rispetto a quanto richiesto allo Stato.

II 94,8 per cento dei medici è a rapporto esclusivo. Solo nel 55 per cento dei casi è presente una regolamentazione regionale dell'ALPI. Le

variazioni geografiche dei fatturati e degli investimenti, nonché del numero di medici a rapporto esclusivo e della presenza dei regolamenti regionali sono desumibili dai grafici allegati allo schema di documento.

Le risultanze dell'analisi possono essere confrontate con quelle del rapporto dell'ASSR (acquisito nel corso dell'indagine conoscitiva), riferito all'anno 2004. Detto rapporto fu effettuato derivando i dati dai conti economici delle aziende ospedaliere e delle ASL (esclusi i policlinici universitari e gli IRCCS). Nell'anno di riferimento la spesa sostenuta dai cittadini per l'ALPI fu pari a 974 milioni di euro ed i corrispettivi pagati al personale assommarono a oltre 854 milioni di euro; ne deriva che la differenza tra ricavi e corrispettivi fu pari a circa il 12 per cento del ricavo complessivo, dal quale le aziende devono sottrarre l'8,5 per cento per l'IRAP.

Anche in presenza di dati incompleti, si può concludere che la redditività dell'ALPI per il Servizio sanitario nazionale è tale da rappresentare una voce in attivo, ma tale attivo è complessivamente modesto. Questa analisi è stata effettuata anche a livello aziendale con risultati non dissimili.

La raccolta dei questionari compilati da numerose aziende sanitarie appartenenti al Servizio sanitario nazionale, provenienti da un campione significativo, sia rispetto alla distribuzione geografica sia alla tipologia di aziende intervistate, rappresenta un elemento di forza dell'indagine conoscitiva, in quanto non ha precedenti sul territorio nazionale. Allo scopo di facilitare l'interpretazione dei dati raccolti, la maggior parte di questi sono stati rappresentati anche in forma grafica nell'apposita sezione, a cui rimando.

I risultati ottenuti vengono commentati con riferimento alla numerazione delle domande contenute nel questionario.

Medici in rapporto esclusivo, in ALPI e in ALPI allargata (domande nn. 1, 1-*bis* e 2). Nel campione esaminato il 95 per cento dei medici è a rapporto esclusivo. Questo dato conferma il dato derivato dall'analisi dei questionari regionali e si può ritenere rappresentativo della situazione nazionale, anche se con differenze geografiche non trascurabili (97,4 per cento al Sud, 93,1 per cento al Centro e 95,1 per cento al Nord). Se si rapportano i medici che effettuano materialmente l'ALPI con quelli che sono a rapporto esclusivo, la percentuale è del 59,1 per cento; al Sud, questa percentuale è solo del 45 per cento ed è espressione di una attività libero-professionale meno diffusa se confrontata con il 65 per cento del Nord e il 64,7 per cento del Centro.

II dato precedente può essere letto come espressione di una minore opportunità fornita ai medici che esercitano nel Sud Italia ed è confermato dalla percentuale di professionisti che fanno ricorso all'ALPI allargata (sul totale di quelli che svolgono l'ALPI). Infatti, al Sud si riscontra la percentuale più elevata (67,6) rispetto al Centro (65,1) e al Nord (solo il 37,9 per cento dei medici deve fare ricorso a tale modalità).

I dati relativi al fatturato da ALPI derivanti dal campione devono essere interpretati in senso relativo e non sono indicativi del gettito comples-

sivo. In altre parole forniscono indicazioni in merito alla redditività dell'*intramoenia* legata alla sola attività svolta dai medici. Nel nostro campione la redditività media di un medico che effettua ALPI è intorno a 26.000 euro annui; nelle aziende del Nord questo valore è di oltre 38.000 euro, al Centro di circa 29.000 euro e al Sud di solo 8.000 euro.

Molto interessanti sono i dati relativi alla quota di fatturato proveniente dall'ALPI allargata. Nel totale del campione il 44,8 per cento del fatturato deriva dall'ALPI allargata ed il gettito per visite e prestazioni è circa il doppio di quello per ricovero. Nel Nord questa percentuale è minore (40,3 per cento), per crescere al Centro (52,1 per cento) e raggiungere l'acme al Sud, dove ben il 70,9 per cento del fatturato da ALPI deriva dalla versione allargata ed i proventi da attività di ricovero sono assolutamente residuali (3 per cento).

La ripartizione dei proventi tra medici, personale di supporto ed amministrazione è evidentemente differente a seconda che si tratti di attività di ricovero, di visita o di prestazioni strumentali, in quanto differenti sono i costi sostenuti dalle aziende a seconda della tipologia di ALPI effettuata.

L'analisi di questi dati non fornisce indicazioni particolari, in quanto non sono noti i costi sostenuti dalle aziende per lo svolgimento dell'attività in oggetto. Un'osservazione interessante è che, sul totale del campione e per tutte le tipologie di attività, la media del prelievo da parte dell'amministrazione è del 27 per cento e che questa percentuale è simile al Nord e al Centro, ma cresce al Sud (33 per cento), pur se in questa parte d'Italia le attività maggiormente onerose per le aziende (quelle di ricovero) sono inferiori (il 15 per cento del fatturato totale a fronte del 25 per cento, che rappresenta il valore medio nazionale).

Le disposizioni di legge prevedono che le aziende attivino una contabilità separata per l'ALPI, in quanto deve essere garantito almeno l'equilibrio di bilancio. In altre parole, non è ammissibile che l'ALPI rappresenti una rimessa per le aziende del Servizio sanitario nazionale. Dall'analisi dei questionari emerge che solo il 79 per cento dei soggetti che hanno risposto è dotato di contabilità separata.

Per quanto attiene alla presenza di spazi distinti e separati (così come prescritto dalla legge) da destinare all'ALPI, sul totale degli ambulatori censiti nelle aziende del campione solo il 2 per cento è dedicato in via esclusiva all'attività *intramoenia*, atteso che l'attività ambulatoriale privata si svolge di regola nei medesimi spazi destinati a quella istituzionale, ma in orari differenti. Peraltro, la carenza di spazi appositamente dedicati si evince anche dal dato delle ore ambulatoriali riservate all'ALPI, pari al 15 per cento del totale delle ore di attività ambulatoriale erogate dalle aziende del campione. Il dato dei posti letto riservati ad attività libero-professionale è in linea con quanto rilevato per le attività ambulatoriali. La percentuale è del 2,3 per cento sul totale dei letti, parametro molto lontano dallo *standard* del 10 per cento indicato dalla normativa vigente. Le variabilità geografiche da segnalare sono una discreta prevalenza di ambulatori dedicati al Centro (4,2 per cento) e un numero maggiore di posti letto per

l'ALPI nelle aziende del Nord (3,8 per cento) rispetto alla media totale del campione.

In merito al rapporto tra prestazioni del Servizio sanitario nazionale e prestazioni ALPI per specialità, il quadro derivante dalle risposte fornite è estremamente eterogeneo e presenta amplissime variabilità, che non possono essere sintetizzate con efficacia. Se di interesse, si rimanda all'analisi dei singoli questionari.

Anche se l'indennità di esclusività non remunera esclusivamente la rinuncia del medico all'attività libero-professionale *extramoenia*, in quanto è riferita anche all'impegno del dirigente nelle funzioni organizzativo-gestionali tipiche di chi ha responsabilità di struttura, essa è interpretabile come un costo sostenuto dal Servizio sanitario per avvalersi di professionalità qualificate in via esclusiva. In questa logica è sensato rapportare il costo delle indennità di esclusività al fatturato per ALPI. Essa è, nel campione considerato, pari al 63,2 per cento del fatturato per ALPI. Questa proporzione è inferiore al Nord, che vanta ricavi più elevati (44,1 per cento), è del 65 per cento al Centro e sfiora il doppio del fatturato (198 per cento, quindi in perdita) al Sud. Per quanto riguarda gli oneri riflessi sostenuti dalle aziende, le risposte sono parziali e/o incoerenti; pertanto non è possibile effettuare considerazioni univoche.

L'ultima serie di domande del questionario attiene all'organizzazione interna delle aziende e agli strumenti di prenotazione e controllo. Nelle aziende del campione esaminato, di regola (74 per cento), esiste un elenco consultabile dei medici che hanno aderito all'ALPI, con poche differenze tra Nord, Centro e Sud. Nel 70 per cento dei casi viene dichiarato che esiste un elenco dei tempi di attesa per le prestazioni istituzionali consultabile da parte del cittadino; nel Sud la percentuale scende al 50 per cento. Il tariffario aziendale per l'ALPI è presente nell'80 per cento dei casi (meno al Centro, 60 per cento). Il 77,4 per cento delle aziende del campione dispone di un CUP centralizzato per le prenotazioni delle prestazioni, ma solo il 56,3 per cento lo utilizza anche per le prestazioni libero-professionali. Quest'ultimo dato risente esclusivamente del ritardo delle aziende del Sud, che hanno attivato questa modalità operativa solo nell'11 per cento dei casi. L'84 per cento delle aziende del campione ha un regolamento che disciplina l'ALPI, ma non sempre (62,1 per cento in media, 50 per cento al Sud) vengono applicate le limitazioni di orario previste dalle norme e dal contratto per l'effettuazione dell'ALPI, i cui volumi prestazionali non possono eccedere quelli erogati in attività istituzionale. Insoddisfacente anche il numero delle aziende (68,8 per cento in media, 44,4 per cento al Sud) che ha istituito la commissione paritetica per la vigilanza sulle attività libero-professionali.

Alle domande che seguono è stato richiesto di rispondere a schema libero, pertanto le conclusioni riportate sono la sintesi delle dichiarazioni effettuate dalle aziende.

In merito al contratto di lavoro, nelle aziende miste o universitarie del campione di regola sono stati uniformati i contratti di lavoro ospedalieri ed universitari.

Nella maggior parte dei casi il fondo aziendale di perequazione è stato costituito, è pari al 5 per cento dei proventi da ALPI e viene distribuito a favore dei dirigenti medici appartenenti a specialità che non effettuano *intramoenia*. In alcuni casi il fondo è più consistente e prevede una distribuzione anche al personale di supporto.

Il loro numero delle strutture convenzionate fornisce l'entità del ricorso all'ALPI allargata. Nelle aziende ospedaliere e universitarie di maggiori dimensioni i numeri sono assolutamente considerevoli, potendo essere anche oltre 10 le case di cura convenzionate con l'azienda e oltre 200 gli studi professionali autorizzati.

Per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive, il ricorso alla previsione dell'articolo 55 del contratto collettivo nazionale della dirigenza medica per l'acquisto di prestazioni dai professionisti dipendenti è abbastanza diffuso. Numerosi sono i programmi attivati dalle aziende, con una prevalenza per quelli di diagnostica per immagini.

In merito ai tempi di attesa, le aziende rispondenti solo in alcuni casi forniscono il dato e lo collegano al programma di acquisto di prestazioni. Questo rilievo fa immaginare che non sempre si valuti l'efficacia reale dei programmi di acquisto sull'abbattimento dei tempi di attesa.

Passando alle apparecchiature biomediche dedicate e ai tempi di ammortamento, il numero di aziende del campione che hanno apparecchiature esclusivamente dedicate all'ALPI è molto modesto e quello delle aziende che ne calcolano l'ammortamento è talmente esiguo da non consentire di giungere ad alcuna conclusione.

Sui punti di forza e punti di debolezza dell'ALPI ricordo che il fattore positivo più frequentemente citato è quello relativo alle competenze specialistiche dispiegate, in altre parole il potenziale professionale presente nelle aziende sanitarie. Questo, nel giudizio di una buona parte del campione, determina una crescita di immagine dell'azienda ed una eccellente operazione di *marketing*, comportando in numerosi casi un fatturato importante (fino al 7-8 per cento del fatturato totale). Secondo un numero minore di aziende, ciò induce un effetto indotto di rilancio delle attività istituzionali, vale a dire anche un'attrattiva per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale erogate dall'azienda.

Quanto al rapporto tra ALPI e liste di attesa, poche aziende identificano un effetto positivo dell'attività professionale sui tempi d'attesa come elemento di forza del sistema.

Tra i punti di forza, compaiono ancora la possibilità di erogare prestazioni a pagamento a enti terzi, la possibilità di offrire percorsi diagnostico-terapeutici completi al paziente (anche integrando prestazioni in ALPI con prestazioni istituzionali del Servizio sanitario), la centralizzazione dei meccanismi di prenotazione (con la creazione di CUP aziendali dedicati), l'opportunità di incentivare economicamente il personale sia direttamente che indirettamente coinvolto nell'ALPI.

Infine, in un numero non irrilevante di questionari non sono citati elementi che rappresentino reali punti di forza per la crescita ed il buon andamento dell'ALPI.

Per quanto riguarda i punti di debolezza, quello di gran lunga più segnalato è l'indisponibilità di spazi e, in minor misura, di tecnologie adeguati allo svolgimento dell'ALPI all'interno delle strutture aziendali. Anche la difficoltà nell'effettuazione dei controlli e l'assenza di una completa e coerente regolamentazione aziendale sono frequentemente citate. Appartengono alla medesima categoria di segnalazione la lamentata assenza di sistemi centralizzati ed informatizzati di prenotazione e tariffazione, nonché – in taluni casi – l'assenza di un tariffario aziendale.

Al di là delle carenze programmatorie e gestionali riscontrabili a livello regionale ed aziendale, che sono alla base del grave ritardo nell'adeguamento strutturale dei nostri ospedali, non possono tuttavia essere poste sullo stesso piano – questo è un punto molto importante – l'assenza di spazi di visita e di ricovero adeguati alla libera professione (che dipende da numerosi fattori e da differenti soggetti istituzionali) e la mancanza di strumenti regolamentari e gestionali, la cui realizzazione appare invece nella piena potestà delle direzioni aziendali.

Altri elementi critici segnalati sono l'impreparazione specifica del personale di supporto rispetto al *task* richiesto dalla libera professione dei medici, la promiscuità dei percorsi assistenziali relativi al Servizio sanitario e all'ALPI, la sproporzione tra le indennità di esclusività erogate ed il numero effettivo di medici che esercitano l'ALPI, la mancata conoscenza dei costi reali dell'ALPI e, in rari casi, la presenza di liste di attesa duplicate (per attività istituzionale e per ALPI) o l'assenza di domanda per l'ALPI.

Vengo ora alla parte forse più interessante e alle considerazioni conclusive. Mi scuso per la lunghezza della relazione ma, come ho già detto, il materiale raccolto è davvero cospicuo.

L'ALPI si configura, fin dalla sua iniziale definizione, alla luce della legislazione vigente, come diritto dei medici e degli altri professionisti del Servizio sanitario nazionale e come opportunità per i cittadini. Quest'ultima va intesa come possibilità per l'utente di optare per un medico di fiducia, in grado di fornire la propria qualificata prestazione in tempi adeguati e in ambienti idonei. È però opportuno osservare che, perché l'ALPI sia realmente un'opportunità ulteriore e non una «necessità mascherata», l'opzione del cittadino deve essere riferita solo alla scelta del medico e, in alternativa, il Servizio sanitario deve essere in grado di fornire gratuitamente prestazioni di pari livello, senza attese eccessive ed in ambienti con un livello di *comfort* sufficiente.

La definizione di un piano nazionale per i tempi di attesa e la successiva individuazione, prevista dalla legge finanziaria per il 2007 entro il 31 gennaio 2007, di tempi massimi stabiliti dalle Regioni per l'erogazione delle prestazioni di maggiore criticità, fissa gli *standard* che il Servizio sanitario nazionale deve garantire al cittadino in ogni contesto assistenziale, rafforzando il concetto di ALPI in quanto «valore aggiunto» rispetto ad un servizio di qualità assicurato a tutti.

In questo contesto le liste di attesa appaiono come un fenomeno presente in tutti i Paesi dotati di un servizio sanitario pubblico basato su prin-

cipi di tipo solidaristico, mettono in evidenza il problema della scarsa appropriatezza della domanda espressa e fungono da calmiere per l'erogazione delle prestazioni.

Ponendo attenzione ed impegno a prevenire gli eccessi delle attese a «tre cifre», le liste di attesa devono essere gestite e non subite.

L'indagine, pur confermando che non esiste un rapporto diretto tra l'ALPI e le liste di attesa e che un Servizio sanitario «sano» non può ritenere l'ALPI un fenomeno compensativo di un'insufficienza erogativa di tipo istituzionale, ha altresì evidenziato numerose criticità nella sua applicazione. Solo il ricorso alle cosiddette prestazioni aggiuntive (pagate dall'azienda al professionista per incrementare l'offerta, senza oneri per il cittadino) viene interpretato come effetto positivo della libera professione sui tempi di attesa.

D'altro canto, è emerso con chiarezza che nelle Regioni dove il Servizio sanitario nazionale è efficiente ed efficace, almeno nei termini del rispetto dei tempi di attesa, il ricorso all'ALPI è maggiore ed effettuato prevalentemente negli spazi interni alle aziende. Da questo punto di vista si può affermare che un'ALPI ad elevata redditività è sintomo di un servizio pubblico in buona salute, che beneficia del ritorno positivo (in termini economici e di immagine) che l'attività libero-professionale è in grado di fornire.

Dall'indagine è emerso che le difficoltà nella corretta applicazione di questo istituto sono legate alla carenza di spazi, all'inadeguatezza delle strutture pubbliche e a fenomeni di carattere organizzativo, sia a livello regionale che aziendale.

È accertato che un corretto ricorso all'ALPI può essere garantito in spazi che siano interni alle aziende, ma è altrettanto evidente che la situazione delle strutture ospedaliere italiane (il campione studiato attraverso 20 audizioni ed oltre 30 questionari ricevuti consente di affermarlo) non permette di esercitarla in tal modo.

Quanto alle carenze organizzative, l'indagine ha messo in evidenza da una parte l'inerzia di alcune Regioni nell'accedere ai finanziamenti dedicati e/o ad effettuare i conseguenti investimenti, dall'altra un'insufficiente capacità gestionale da parte di alcune aziende sanitarie (tra il 20 e il 30 per cento del campione) che non hanno proceduto a quegli adempimenti per i quali non sono necessari finanziamenti (emanazione di regolamenti, istituzione di commissioni di controllo, predisposizione di elenchi dei medici eccetera).

Il regime di *intramoenia* allargata merita alcune riflessioni. Essa attualmente si configura come una necessità, in quanto i direttori generali delle aziende sono costretti a consentirla ai medici nel rispetto di un diritto contrattuale. Al contrario, dovrebbe essere una scelta condivisa dall'azienda, e quindi finalizzata ad estendere la presenza dei professionisti sul territorio, realizzandosi un «effetto alone». Questa impostazione favorisce la veicolazione verso il Servizio sanitario nazionale, pur se in regime a pagamento, di quote di mercato sanitario che sarebbero altrimenti appannaggio della sanità privata.

Quanto al termine del regime allargato, previsto per il 31 luglio 2007, con il rientro di tutti i professionisti attualmente autorizzati ad esercitare in studi medici, sulla base delle risultanze dell'indagine esso appare poco realistico e forse neanche conveniente per il Servizio sanitario nazionale, ma d'altra parte occorre chiedersi perché in tutti questi anni non si siano realizzate le condizioni per l'*intramoenia* e quali vincoli possano essere introdotti per rendere cogente un termine più e più volte rinviato.

Nel campione di aziende sanitarie esaminato, circa il 50 per cento del fatturato da ALPI proviene dall'*intramoenia* allargata: se si ribaltasse questo risultato sul gettito complessivo da ALPI in tutto il territorio nazionale (valutato nel 2005 per oltre 1 miliardo di euro al lordo), la sospensione dell'ALPI allargata arrecherebbe un danno economico, sia pure moderato, al sistema.

Sul piano propositivo, potrebbe essere utile (e forse necessaria) la creazione di un osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale.

In una fase di transizione, le aziende potrebbero continuare ad essere autorizzate a stipulare convenzioni con le strutture private, sulla base di schemi-tipo approvati dall'osservatorio (o dalla Regione), con la previsione obbligatoria di sistemi di prenotazione e controllo centralizzati presso l'azienda pubblica.

PRESIDENTE. Ringrazio sinceramente il senatore Bodini per l'accuratezza dello schema di documento proposto, che mi sembra davvero esaustivo.

Desidero complimentarmi con tutta la Commissione perché, come si può notare osservando le tabelle allegate al documento, sono riportati dati e grafici molto accurati, propri di un lavoro scientifico, utili per trarre approfondite valutazioni e non limitarsi ad esprimere semplicemente delle opinioni.

Credo sia un interesse di tutti approvare un atto di indirizzo condiviso da tutti i membri della Commissione su una tematica delicata, in modo che il Ministro – come ci ha assicurato personalmente – possa tenere conto del lavoro svolto, frutto del fattivo contributo di tutte le forze politiche.

Desidero infine dare conto di una nota dell'Agenzia delle entrate, trasmessaci dal vice ministro dell'economia e delle finanze Visco. Avendo appreso che erano in corso indagini a campione della Guardia di finanza in alcune Regioni per verificare se, come suggerito da alcuni autorevoli presidenti di Regione, vi fossero fenomeni di evasione fiscale nell'attività libero-professionale intramuraria, ho chiesto di avere i risultati di tali indagini e il Comando generale della Guardia di finanza gentilmente li ha messi a nostra disposizione. I dati raccolti, seppure a campione, devono preoccuparci; vi sono infatti Regioni in cui, nel corso dei controlli, sono state registrate punte del 50 per cento di evasione fiscale. In alcuni casi i pazienti che uscivano dallo studio del professionista hanno sostenuto

che, anche se si erano avvalsi dei servizi di una struttura privata, non avevano pagato nulla per la prestazione; certo ciò può anche accadere, ma ha generato dei sospetti negli ufficiali della Guardia di finanza che hanno svolto le indagini. Credo che dovremmo tenere conto di questi dati, anche se si tratta – lo spero – di un fenomeno marginale.

Nel ringraziare ancora una volta tutti i colleghi, rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

ALLEGATO

SCHEMA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO 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

1. **Introduzione**
2. **Raccordo con la precedente indagine conoscitiva della Camera dei Deputati**
3. **Metodologia e strumenti di lavoro**
4. **Risultanze delle audizioni**
5. **Analisi dei questionari delle Regioni**
6. **Analisi dei questionari delle Aziende sanitarie**
7. **Medici in rapporto esclusivo, in ALPI, in ALPI allargata (domande nn. 1, 1-*bis* e 2)**
8. **Fatturato da ALPI** (domanda n. 5)
9. **Ripartizione fatturato** (domanda n. 6)
10. **Contabilità separata per ALPI** (domanda n. 8)
11. **Ambulatori e posti letto dedicati all'ALPI** (domande nn. 9 e 11)
12. **Rapporto tra prestazioni SSN e prestazioni ALPI per specialità** (domande nn. 15 e 16)
13. **Valore indennità di esclusività ed oneri riflessi** (domande nn. 17 e 18)
14. **Strumenti di prenotazione e di controllo** (domande nn. 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)
15. **Contratto di lavoro** (domanda n. 4)
16. **Fondo aziendale di perequazione** (domanda n. 7)
17. **Strutture convenzionate per l'effettuazione dell'ALPI** (domanda n. 12)
18. **Prestazioni aggiuntive** (domanda n. 13)
19. **Tempi di attesa per prestazioni soggette a programmi di acquisto** (domanda n. 14)
20. **Apparecchiature biomediche dedicate e tempi di ammortamento** (domanda n. 19)
21. **Punti di forza e punti di debolezza dell'ALPI** (domanda n. 27)
22. **Rapporto con le liste di attesa e considerazioni conclusive**

1. **Introduzione**

Il 26 settembre 2006 la Commissione igiene e sanità ha avviato un'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.

Ciò si è realizzato attraverso lo svolgimento di numerose audizioni, nonché l'acquisizione di informazioni attraverso l'invio di specifici questionari a tutte le regioni e a 43 strutture sanitarie, selezionate a campione.

La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel SSN ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

I riferimenti normativi principali sono il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento sull'*intramoenia)*, i contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria, il decreto legislativo n. 254 del 2000 e il decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001 (inerenti il rifinanziamento di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988).

È trascorso quasi un decennio dalla emanazione della legge n. 448 del 1998 che prevedeva all'articolo 72, comma 11, che «il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione degli studi professionali privati». La norma citata ha determinato un diffuso ricorso all'ALPI effettuata in strutture private non accreditate o in studi medici, ricorso che era individuato come soluzione transitoria nelle more dell'adeguamento delle strutture del SSN all'esercizio interno delle attività libero-professionali.

Si è pertanto rilevata l'opportunità di una conoscenza adeguata ed aggiornata della diffusione dell'ALPI sul territorio nazionale, delle sue modalità di realizzazione e regolamentazione, dei proventi che ne derivano ai professionisti che la esercitano e alle Aziende sanitarie, degli spazi attualmente utilizzati per svolgerla, degli investimenti edilizi realizzati per favorirla, del rapporto che essa ha con le liste di attesa per le prestazioni istituzionali.

2. **Raccordo con la precedente indagine conoscitiva della Camera dei Deputati**

Una precedente procedura informativa «Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria» fu effettuata dalla Commissione Affari sociali della

Camera dei deputati tra il 2002 ed il 2003, con l'approvazione di una relazione finale nel febbraio 2003.

L'indagine fu effettuata attraverso nove sedute dedicate alle audizioni di associazioni sindacali e di categoria, di associazioni di tutela degli utenti, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), di commissari straordinari degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) oltre che del ministro Sirchia.

Nonostante l'ampia platea dei soggetti auditi, il quadro risultante dai resoconti stenografici e dalla relazione finale risulta in parte generico e talvolta privo di dati a supporto delle affermazioni fatte nel corso della procedura informativa.

Il documento conclusivo riporta l'adesione del personale medico al rapporto esclusivo (circa il 90 per cento dei medici dipendenti del SSN), ma non fornisce dati su quanti effettuano prestazioni in ALPI. Vengono descritte notevoli differenze territoriali nell'attuazione dell'istituto tra Nord e Sud, ma ciò è riferito solo agli IRCCS (e non alle aziende ospedaliere e alle ASL dalle quali dipendono un numero ben maggiore di medici). Sarebbero necessari inoltre ulteriori elementi per comprendere i motivi di queste diversità.

Al di là di queste osservazioni, dal documento conclusivo emergono i seguenti utili elementi:

1. *Investimenti dedicati*. Il rifinanziamento dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 con lo stanziamento di 1.800 miliardi di lire destinati alle strutture per l'*intramoenia* (decreto legislativo n. 254 del 2000 e decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001) non ha dato i risultati sperati. Nel febbraio del 2003 risultavano finanziati solo 35 interventi, per un importo complessivo pari a solo l'11 per cento dello stanziamento.

2. Intramoenia *allargata*. L'istituto appare totalmente fuori controllo (la situazione viene definita «anarchica» dal ministro Sirchia); il sospetto che tale situazione possa dare adito a comportamenti «opportunistici» da parte dei professionisti è fondato. Né le Regioni né le aziende hanno attivato i previsti strumenti di controllo, anche per la oggettiva difficoltà di effettuare verifiche ispettive fuori dalle mura delle aziende sanitarie.

3. *Analisi costi/ricavi*. L'attività *intramoenia* deve per legge essere svolta in autosufficienza economica e deve essere gestita con contabilità separata. I contenuti delle audizioni fanno ritenere che la prima affermazione non sia verificata; della seconda non vi è traccia nei lavori della Commissione. I dati forniti dall'ASSR confrontano un costo di 3 miliardi di lire per indennità di esclusività con un ricavo di 1.375 miliardi di lire corrisposti dai cittadini. Di questo ricavo l'87 per cento è andato ai medici e il 13 per cento alle aziende per i costi sostenuti. Detraendo l'importo dovuto ai fini dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP con aliquota pari all'8,5 per cento) sono residuati alle aziende 180 miliardi di lire.

4. *Trasparenza nella gestione*. È un tema di assoluto rilievo sollevato dal Tribunale dei diritti del malato. In generale, mancano nelle aziende segreterie centralizzate di prenotazione, tariffari completi ed aggiornati, nonché elenchi dei medici autorizzati all'ALPI.

3. **Metodologia e strumenti di lavoro**

Gli obiettivi dell'indagine, come già anticipato, sono individuabili in una conoscenza adeguata ed aggiornata della diffusione dell'ALPI e nella formulazione di indirizzi e proposte di intervento.

L'individuazione dei soggetti da audire ha tenuto conto dell'esigenza di effettuare un'indagine che fornisse quanto più possibile qualificati elementi conoscitivi di buona qualità e fruibili ai fini dell'obiettivo finale, nel rispetto del principio di rappresentatività territoriale.

L'elenco ha incluso complessivamente i seguenti 49 soggetti:

– il Ministro della salute;

– rappresentanti delle Regioni e della Conferenza Stato-Regioni;

– rappresentante dell'ASSR;

– rappresentanti del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva;

– rappresentanti delle organizzazioni sindacali generali e di categoria dei medici ospedalieri e di medicina generale;

– rappresentanti di società scientifiche;

– rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO), dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI)-Sanità, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), dell'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (ANMDO), della Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (Ipasvi), dei Collegi delle ostetriche, dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP);

– direttori generali o commissari di ASL, aziende ospedaliere, aziende universitarie miste e policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Inoltre, alle Regioni e alle Province autonome è stato trasmesso un questionario *ad hoc,* nel quale sono state richieste le seguenti informazioni:

– numero di medici dipendenti e numero di medici a rapporto esclusivo;

– fatturato totale per attività *intramoenia* (anni dal 2000 al 2006);

– richieste di finanziamento per interventi edilizi (anni dal 2000 al 2006);

– investimenti effettuati per interventi edilizi (anni dal 2000 al 2006).

È stato poi individuato un campione di strutture sanitarie sufficientemente rappresentativo, cui è stato trasmesso uno specifico questionario fi-

nalizzato alla raccolta delle informazioni in ordine alla modalità di svolgimento dell'ALPI.

Le aziende sanitarie coinvolte nella definizione del campione cui inviare il questionario e del campione da audire sono state individuate prendendo in esame i seguenti parametri:

– l'esigenza di raccogliere esperienze provenienti dal Nord, dal Centro e dal Sud Italia;

– il rapporto numerico reciproco tra aziende ospedaliere, policlinici universitari e IRCCS;

– la rilevanza prevalentemente ospedaliera della problematica ALPI (relativamente alle ASL);

– le dimensioni delle aziende inserite nel campione.

Sulla base dei criteri sopradescritti sono stati inviati questionari a 43 aziende sanitarie, i cui contenuti riguardavano i seguenti aspetti:

– rapporto fra numero di medici a rapporto esclusivo e numero di medici totale;

– rapporto fra numero di medici che effettuano ALPI e numero di medici a rapporto esclusivo;

– numero dei medici direttori di struttura complessa;

– avvenuta uniformazione, da parte delle aziende miste o universitarie, del contratto di lavoro tra ospedaliero e universitario;

– fatturato annuo dell'ALPI (diviso in *intramoenia* e *intramoenia* allargata);

– ripartizione proventi (medici, personale di supporto, amministrazione);

– modalità di costituzione e ripartizione del Fondo aziendale di perequazione;

– presenza di contabilità separata per ALPI;

– numero di ambulatori interni dedicati all'ALPI (in modo esclusivo e in modo non esclusivo);

– numero di ore settimanali richieste dai medici per l'ALPI;

– numero di reparti e/o posti letto dedicati all'ALPI in regime di ricovero;

– numero e tipologia di strutture convenzionate per effettuazione ALPI allargata;

– numero e tipologia di prestazioni sanitarie per le quali sono attivi programmi di acquisto prestazioni (ALPI finalizzata all'abbattimento delle liste di attesa);

– tempi di attesa per le prestazioni con programmi di acquisto prestazioni (prima e dopo l'introduzione del programma);

– tipologia di prestazioni effettuate in ALPI;

– tipologia di ricoveri chirurgici in ALPI;

– valore dell'indennità di esclusività;

– valore degli oneri riflessi per l'ALPI;

– apparecchiature biomediche messe a disposizione per attività di *intramoenia* e relativi tempi di ammortamento;

– presenza di elenco dei medici in ALPI;

– presenza di tariffario aziendale per prestazioni effettuate in ALPI;

– presenza di segreteria centralizzata per ALPI;

– presenza di regolamento aziendale;

– presenza di eventuali limitazioni previste per il dirigente per lo svolgimento dell'ALPI;

– presenza di Commissione ALPI aziendale (paritetica);

– punti di forza e debolezza dell'ALPI.

4. **Risultanze delle audizioni**

Vengono riportate di seguito le risultanze sintetiche delle audizioni effettuate, per categorie di soggetti auditi, rimandando all'analisi dei resoconti stenografici e delle memorie depositate agli atti della Commissione per ulteriori approfondimenti.

Il Ministro della Salute, senatrice Livia Turco, ha posto l'accento sulla criticità dei tempi di attesa che si registrano su tutto il territorio nazionale e su come il Piano Nazionale per la riduzione dei tempi di attesa potrà sortire effetti positivi specie attraverso l'individuazione di pacchetti di prestazioni.

Per quanto riguarda l'*intramoenia*, il Ministro ha sottolineato il problema degli spazi, mettendo in evidenza l'entità dei finanziamenti ancora non utilizzati (327 milioni di euro) e ha anticipato di non ritenere opportuna un'ulteriore proroga dell'istituto dell'*intramoenia* allargata e l'intenzione di ripristinare l'esclusività del rapporto legato all'incarico, e quindi reversibile, per i dirigenti di strutture complesse all'interno di un disegno di legge sul governo clinico. A quest'ultimo proposito, è stato effettuato un richiamo alla necessità di corresponsabilizzare tutti gli attori del sistema, di diffondere la cultura della valutazione e di coinvolgere i cittadini nelle attività di *governance*.

Dalle audizioni dei rappresentanti delle Regioni si è evinto che queste (con l'eccezione della Toscana) hanno problemi logistico-strutturali nelle proprie aziende sanitarie e che difficilmente questi saranno risolti entro il 31 luglio 2007. Alcuni rappresentanti delle Regioni hanno inoltre ipotizzato che il gettito reale dell'*intramoenia* sia maggiore di quello che risulta, a causa di una possibile evasione fiscale.

Il Tribunale dei diritti del malato ha richiamato l'attenzione sull'insostenibilità dei tempi di attesa medi e sul problema dell'equità di accesso, specie in presenza dell'ALPI, sottolineando lo sconcerto di cittadini che si sono sentiti proporre due tempi di attesa e due prezzi diversi per una prestazione effettuata con le medesime attrezzature e nelle stesse strutture con il medesimo personale.

L'ASSR ha riportato le risultanze della propria indagine del 2004 (già richiamate in altra parte della relazione).

Le società scientifiche ascoltate hanno avvalorato la necessità di poter esercitare il diritto all'*intramoenia*, ponendo l'accento sulla mancanza di controlli adeguati, sulla notevole inappropriatezza nella domanda di prestazioni strumentali e di laboratorio, sulla sostanziale invarianza della situazione dal 2000 ad oggi, sulla necessità di incentivare l'*intramoenia* di é*quipe* e le prestazioni aggiuntive anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, sulla esigenza di locali decorosi per lo svolgimento dell'attività.

Le organizzazioni sindacali confederali hanno concordato con la previsione di rientro nelle aziende, ma con spazi e modalità adeguati, entro un congruo periodo di tempo, sottolineando inoltre l'esigenza di rivalutare l'indennità di esclusività e di considerare la «rete» ambulatoriale come elemento costituente del SSN. Solo i sindacati di base si sono dichiarati esplicitamente contrari all'istituto dell'*intramoenia*, per l'inadeguatezza delle strutture e per il ricavo irrisorio realizzato dal SSN. L'Ipasvi e il Collegio delle ostetriche, pur dichiarando che non spetta loro ipotizzare altre modalità di esercizio dell'ALPI, hanno però segnalato forti disfunzioni dell'attuale organizzazione della stessa.

I sindacati dei medici hanno evidenziato la necessità che il cittadino non percepisca l'*intramoenia* come «scorciatoia» per saltare le liste di attesa. Alcuni hanno lamentato il modesto esercizio consentito dalla situazione attuale.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici ha sottolineato le novità contrattuali che richiedono ai medici appartenenti al SSN un maggiore impegno orario per l'abbattimento delle liste di attesa, lamentando altresì «amnesie» ed omissioni dei direttori generali e comportamenti «sciagurati» di alcuni professionisti, invitando tutti al rispetto delle regole vigenti.

I direttori generali delle aziende sanitarie hanno descritto le realtà locali (per le quali si rimanda all'analisi dei questionari) concordando pressoché unanimemente sulla mancanza di un rapporto tra ALPI e liste di attesa e sull'inadeguatezza delle strutture da loro dirette all'accoglimento dei medici in rientro dall'*intramoenia* allargata.

5. **Analisi dei questionari delle Regioni**

Le risultanze delle audizioni dei rappresentanti delle Regioni svolte dalla Commissione sono state integrate con quelle dell'analisi dei questionari ricevuti (14 sui 20 inviati, pari al 70 per cento). L'analisi è stata condotta ponendo particolare attenzione agli aspetti economici, allo scopo di accertare l'interesse alla diffusione dell'ALPI, se l'ALPI sia effettivamente redditizia per il SSN, se le Regioni abbiano avuto accesso ai finanziamenti statali derivanti dal rifinanziamento di cui all'articolo 20 della legge n. 68 del 1988 (stabilito dalla legge n. 254 del 2000 ed erogato alle Regioni sulla base delle indicazioni del decreto del Ministero della salute dell'8 giugno 2001) e quale sia lo stato degli investimenti effettuati.

I risultati analizzati si riferiscono ai 14 questionari pervenuti; di questi, uno non riportava i dati di fatturato, due non contenevano i dati delle richieste di finanziamento e tre non contenevano i dati relativi agli investimenti effettuati. Inoltre, le domande erano riferite ad un arco di tempo ampio (sette anni, dal 2000 al 2006), ma in molti casi il dato è mancante per uno o più anni di riferimento.

Nonostante l'incompletezza dei dati forniti dalle Regioni, ne emerge un quadro che può essere descritto come segue :

– il fatturato derivante dall'ALPI è estremamente variabile, sia in termini assoluti (da 1380 milioni di euro della Lombardia a meno di 100 milioni di euro delle Regioni più piccole), sia in termini relativi; infatti, nelle 10 Regioni che hanno fornito dati completi per i sette anni richiesti (2000-2006) la redditività dell'ALPI per medico in esclusività di rapporto oscilla tra i 15,5 euro della Sardegna e gli 89,4 euro della Lombardia (cfr. grafico 1);

– anche le richieste di finanziamento sono disomogenee, forse in misura minore, ma emerge il dato che alcune Regioni (tra i rispondenti la Campania e la Sicilia) non hanno presentato progetti da finanziare (cfr. grafico 2);

– l'investimento delle Regioni è stato molto basso (solo la Liguria e l'Emilia Romagna dichiarano di aver già effettuato investimenti consistenti, rispettivamente per 8,9 e 4,3 milioni di euro); le altre hanno effettuato investimenti per importi modesti rispetto a quanto richiesto allo Stato (cfr. grafico 3).

Il 94,8 per cento dei medici è a rapporto esclusivo (cfr. grafico 4). Solo nel 55 per cento dei casi è presente una regolamentazione regionale dell'ALPI (cfr. grafico 5).

Le variazioni geografiche dei fatturati e degli investimenti, nonché del numero di medici a rapporto esclusivo e della presenza dei regolamenti regionali sono desumibili dai grafici allegati.

Le risultanze dell'analisi possono essere confrontate con quelle del richiamato rapporto dell'ASSR, riferito all'anno 2004. Detto rapporto fu effettuato derivando i dati dai conti economici delle aziende ospedaliere e delle ASL (esclusi i policlinici universitari e gli IRCCS). Nell'anno di riferimento, la spesa sostenuta dai cittadini per l'ALPI fu pari a 974 milioni di euro e i corrispettivi pagati al personale assommarono a oltre 854 milioni di euro; ne deriva che la differenza tra ricavi e corrispettivi fu pari a circa il 12 per cento del ricavo complessivo, dal quale le aziende devono sottrarre l'8,5 per cento a titolo di IRAP.

Anche in presenza di dati incompleti, si può concludere che la redditività dell'ALPI per il SSN è tale da rappresentare una voce in attivo, ma tale attivo è complessivamente modesto. Questa analisi è stata effettuata anche a livello aziendale *(infra)*, con risultati non dissimili.

6. **Analisi dei questionari delle Aziende sanitarie**

La raccolta dei questionari compilati da numerose aziende sanitarie appartenenti al SSN, provenienti da un campione significativo, rispetto alla distribuzione geografica sia alla tipologia di aziende intervistate, rappresenta un elemento di forza dell'indagine conoscitiva, in quanto non ha precedenti sul territorio nazionale.

Allo scopo di facilitare l'interpretazione dei dati raccolti, la maggior parte di questi sono stati rappresentati anche in forma grafica (si vedano le sezioni 8-21, nonché i grafici allegati).

I risultati ottenuti vengono commentati con riferimento alla numerazione delle domande contenute nel questionario.

7. **Medici in rapporto esclusivo, in ALPI, in ALPI allargata** (domande nn. 1, 1-*bis* e 2)

Nel campione esaminato, il 95 per cento dei medici è a rapporto esclusivo (cfr. grafico 6). Questo dato conferma il dato derivato dall'analisi dei questionari regionali e si può ritenere rappresentativo della situazione nazionale, anche se con differenze geografiche non trascurabili (97,4 per cento al Sud, 93,1 per cento al Centro e 95,1 per cento al Nord).

Se si rapportano i medici che effettuano materialmente l'ALPI con quelli che sono a rapporto esclusivo, la percentuale è del 59,1 per cento; al Sud, questa percentuale è solo del 45 per cento ed è espressione di una attività libero professionale meno diffusa se confrontata con il 65 per cento del Nord e il 64,7 per cento del Centro.

Il dato precedente può essere letto come espressione di una minore opportunità fornita ai medici che esercitano nel Sud Italia ed è confermato dalla percentuale di professionisti che fanno ricorso all'ALPI allargata (sul totale di quelli che svolgono l'ALPI). Infatti, al Sud si riscontra la percentuale più elevata (67,6) rispetto al Centro (65,1) e al Nord (solo il 37,9 per cento dei medici deve far ricorso a tale modalità). In proposito, cfr. grafici 7 e 8.

8. **Fatturato da ALPI** (domanda n. 5)

I dati relativi al fatturato derivanti dal campione devono essere interpretati in senso relativo e non sono indicativi del gettito complessivo (per cui si rimanda alle considerazioni effettuate nella sezione sulle Regioni). In altre parole forniscono indicazioni in merito alla redditività dell'*intramoenia* legata all'attività svolta dai medici.

Nel nostro campione la redditività media di un medico che effettua ALPI è intorno a 26.000 euro annui; nelle aziende del Nord questo valore è di oltre 38.000 euro, al Centro di circa 29.000 euro e al Sud di solo 8.000 euro (cfr. grafici 9 e 10).

Molto interessanti sono i dati relativi alla quota di fatturato proveniente dall'ALPI allargata. Nel totale del campione, il 44,8 per cento del fatturato deriva dall'ALPI allargata ed il gettito per visite e prestazioni è circa il doppio di quello per ricovero. Nel Nord questa percentuale è minore (40,3 per cento), cresce al Centro (52,1 per cento) e raggiunge l'acme al Sud, dove ben il 70,9 per cento del fatturato da ALPI deriva dalla versione allargata ed i proventi da attività di ricovero sono assolutamente residuali (3 per cento).

9. **Ripartizione fatturato** (domanda n. 6)

La ripartizione dei proventi tra medici, personale di supporto ed amministrazione è evidentemente differente a seconda che si tratti di attività di ricovero, di visita o di prestazioni strumentali, in quanto differenti sono i costi sostenuti dalle aziende a seconda della tipologia di ALPI effettuata (cfr. grafico 11).

L'analisi di questi dati non fornisce indicazioni particolari, in quanto non sono noti i costi sostenuti dalle aziende per lo svolgimento dell'attività in oggetto.

Un'osservazione interessante è che, sul totale del campione e per tutte le tipologie di attività, la media del prelievo da parte dell'amministrazione è del 27 per cento e che questa percentuale è simile al Nord e al Centro ma è maggiore al Sud (33 per cento), pur se in questa parte d'Italia le attività maggiormente onerose per le aziende (quelle di ricovero) sono inferiori (il 15 per cento del fatturato totale a fronte del 25 per cento, che rappresenta il valore medio nazionale).

10. **Contabilità separata per ALPI** (domanda n. 8)

Le disposizioni di legge prevedono che le aziende attivino una contabilità separata per l'ALPI, in quanto deve essere garantito almeno l'equilibrio di bilancio. In altre parole, non è ammissibile che l'ALPI rappresenti una rimessa per le aziende del SSN.

Dall'analisi dei questionari, emerge che solo il 79 per cento dei rispondenti è dotato di contabilità separata (cfr. grafico 12).

11. **Ambulatori e posti letto dedicati all'ALPI** (domande nn. 9 e 11)

Per quanto attiene alla presenza di spazi distinti e separati (così come prescritto dalla legge) da destinare all'ALPI, sul totale degli ambulatori censiti nelle aziende del campione solo il 2 per cento è dedicato in via esclusiva all'attività *intramoenia*, atteso che l'attività ambulatoriale privata si svolge di regola nei medesimi spazi destinati a quella istituzionale, ma in orari differenti (cfr. grafico 13).

Peraltro, la carenza di spazi appositamente dedicati si evince anche dal dato delle ore ambulatoriali riservate all'ALPI, pari al 15 per cento

del totale delle ore di attività ambulatoriale erogate dalle aziende del campione.

Il dato dei posti letto riservati ad attività libero professionale è in linea con quanto rilevato per le attività ambulatoriali. La percentuale è del 2,3 per cento sul totale dei letti, parametro molto lontano dallo *standard* del 10 per cento indicato dalla normativa vigente.

Le variabilità geografiche da segnalare sono una discreta prevalenza di ambulatori dedicati al Centro (4,2 per cento) e un numero maggiore di posti letto per l'ALPI nelle aziende del Nord (3,8 per cento) rispetto alla media totale del campione.

12. **Rapporto tra prestazioni SSN e prestazioni ALPI per specialità** (domande nn. 15 e 16)

Il quadro derivante dalle risposte fornite è estremamente eterogeneo e presenta amplissime variabilità, che non possono essere sintetizzate con efficacia. In proposito, si rimanda all'analisi dei singoli questionari.

13. **Valore indennità di esclusività ed oneri riflessi** (domande nn. 17 e 18)

Anche se l'indennità di esclusività non remunera esclusivamente la rinuncia del medico all'attività libero professionale *extramoenia*, in quanto è riferita anche all'impegno del dirigente nelle funzioni organizzativo-gestionali tipiche di chi ha responsabilità di struttura, essa è interpretabile come un costo sostenuto dal SSN per avvalersi di professionalità qualificate in esclusiva.

In questa logica, è sensato rapportare il costo delle indennità di esclusività al fatturato per ALPI. Essa è, nel campione considerato, pari al 63,2 per cento del fatturato per ALPI. Questa proporzione è inferiore al Nord, che vanta ricavi più elevati (44,1 per cento), è del 65 per cento al Centro e sfiora il doppio del fatturato (198 per cento) al Sud (cfr. grafico 14).

Per quanto riguarda gli oneri riflessi sostenuti dalle aziende, le risposte sono parziali e/o incoerenti, pertanto non è possibile effettuare considerazioni univoche (cfr. grafico 15).

14. **Strumenti di prenotazione e di controllo** (domande nn. 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)

L'ultima serie di domande del questionario attiene all'organizzazione interna delle aziende e agli strumenti di prenotazione e controllo (cfr. grafici 16-22).

Nelle aziende del campione esaminato di regola (74 per cento) esiste un elenco consultabile dei medici che hanno aderito all'ALPI, con poche differenze tra Nord, Centro e Sud.

Nel 70 per cento dei casi viene dichiarato che esiste un elenco dei tempi di attesa per le prestazioni istituzionali consultabile da parte del cittadino; nel Sud la percentuale è del 50 per cento.

Il tariffario aziendale per l'ALPI è presente nell'80 per cento dei casi (al Centro nel 60 per cento).

Il 77,4 per cento delle aziende del campione dispone di un CUP centralizzato per le prenotazioni delle prestazioni, ma solo il 56,3 per cento lo utilizza anche per le prestazioni libero professionali. Quest'ultimo dato risente esclusivamente del ritardo delle aziende del Sud, che hanno attivato questa modalità operativa solo nell'11 per cento dei casi.

L'84 per cento delle aziende del campione ha un regolamento che disciplina l'ALPI, ma non sempre (62,1 per cento in media, 50 per cento al Sud) vengono applicate le limitazioni di orario previste dalle norme e dal contratto per l'effettuazione dell'ALPI, i cui volumi prestazionali non possono eccedere quelli erogati nell'ambito dell'attività istituzionale. Insoddisfacente anche il numero delle aziende (68,8 per cento in media, 44,4 per cento al Sud) che ha istituito la Commissione paritetica per la vigilanza sulle attività libero-professionali.

15. **Contratto di lavoro** (domanda n. 4)

A questa domanda, come del resto anche alle seguenti, è stato richiesto di rispondere a schema libero. Pertanto le conclusioni riportate sono la sintesi delle dichiarazioni effettuate dalle aziende.

Entrando nel merito del quesito in esame, si segnala che nelle aziende miste o universitarie del campione di regola sono stati uniformati i contratti di lavoro ospedalieri ed universitari.

16. **Fondo aziendale di perequazione** (domanda n. 7)

Nella maggior parte dei casi il fondo aziendale è stato costituito, è pari al 5 per cento dei proventi da ALPI e viene distribuito a favore dei dirigenti medici appartenenti a specialità che non effettuano *intramoenia*. In alcuni casi il fondo è più consistente e prevede una distribuzione anche al personale di supporto.

17. **Strutture convenzionate per l'effettuazione dell'ALPI** (domanda n. 12)

Il numero di queste strutture fornisce l'entità del ricorso all'ALPI allargata. Nelle aziende ospedaliere e universitarie di maggiori dimensioni i numeri sono assolutamente considerevoli, potendo essere anche oltre 10 le case di cura convenzionate con l'azienda e oltre 200 gli studi professionali autorizzati.

18. **Prestazioni aggiuntive** (domanda n. 13)

Il ricorso alla previsione dell'articolo 55 del CCNL della dirigenza medica per l'acquisto di prestazioni dai professionisti dipendenti è abbastanza diffuso. Numerosi sono i programmi attivati dalle aziende, con una prevalenza per quelli di diagnostica per immagini.

19. **Tempi di attesa per prestazioni soggetti a programmi di acquisto** (domanda n. 14)

Le aziende rispondenti solo in alcuni casi forniscono il dato e lo collegano al programma di acquisto di prestazioni. Questo rilievo fa immaginare che non sempre si valuti l'efficacia reale dei programmi di acquisto sull'abbattimento dei tempi di attesa.

20. **Apparecchiature biomediche dedicate e tempi di ammortamento** (domanda n. 19)

Il numero di aziende del campione che hanno apparecchiature esclusivamente dedicate all'ALPI è molto modesto e quello delle aziende che ne calcolano l'ammortamento è talmente esiguo da non consentire di giungere ad alcuna conclusione.

21. **Punti di forza e punti di debolezza dell'ALPI** (domanda n. 27)

Il fattore positivo più frequentemente citato è quello relativo alle competenze specialistiche dispiegate, in altre parole il potenziale professionale presente nelle aziende. Questo, nel giudizio di una buona parte del campione, determina una crescita di immagine dell'azienda ed una eccellente operazione di *marketing*, comportando in numerosi casi un fatturato importante (fino al 7-8 per cento del fatturato totale). Secondo un numero minore di aziende, ciò induce un effetto indotto di rilancio delle attività istituzionali, vale a dire anche un'attrattiva per le prestazioni del SSN erogate dall'azienda.

Quanto al rapporto tra ALPI e liste di attesa, poche aziende identificano un effetto positivo dell'attività professionale sui tempi d'attesa come elemento di forza del sistema.

Tra i punti di forza, compaiono ancora la possibilità di erogare prestazioni a pagamento a enti terzi, la possibilità di offrire percorsi diagnostico-terapeutici completi al paziente (anche integrando prestazioni in ALPI con prestazioni SSN), la centralizzazione dei meccanismi di prenotazione (con la creazione di CUP aziendali dedicati), l'opportunità di incentivare economicamente il personale sia direttamente che indirettamente coinvolto nell'ALPI.

Infine, in un numero non irrilevante di questionari non sono citati elementi che rappresentino reali punti di forza per la crescita e il buon andamento dell'ALPI.

Per quanto riguarda i punti di debolezza, quello di gran lunga più segnalato è l'indisponibilità di spazi e (in minor misura) di tecnologie adeguati allo svolgimento dell'ALPI all'interno delle strutture aziendali. Anche la difficoltà nell'effettuazione dei controlli e l'assenza di una completa e coerente regolamentazione aziendale sono frequentemente citate. Appartengono alla medesima categoria di segnalazione la lamentata assenza di sistemi centralizzati ed informatizzati di prenotazione e tariffazione, nonché – in taluni casi – l'assenza di un tariffario aziendale.

Al di là delle carenze programmatorie e gestionali riscontrabili a livello regionale ed aziendale, che sono alla base del grave ritardo nell'adeguamento strutturale dei nostri ospedali, non possono tuttavia essere poste sullo stesso piano l'assenza di spazi di visita e di ricovero adeguati alla libera professione (che dipende da numerosi fattori e da differenti soggetti istituzionali) e la mancanza di strumenti regolamentari e gestionali, la cui realizzazione appare invece nella piena potestà delle direzioni aziendali.

Altri elementi critici segnalati sono l'impreparazione specifica del personale di supporto rispetto al *task* richiesto dalla libera professione dei medici, la promiscuità dei percorsi assistenziali relativi al SSN e all'ALPI, la sproporzione tra le indennità di esclusività erogate ed il numero effettivo di medici che esercitano l'ALPI, la mancata conoscenza dei costi reali dell'ALPI e, in rari casi, la presenza di liste di attesa duplicate (per attività istituzionale e per ALPI) o l'assenza di domanda per l'ALPI.

22. **Rapporto con le liste di attesa e considerazioni conclusive**

L'ALPI si configura, fin dalla sua iniziale definizione, alla luce della normativa vigente, come diritto dei medici e degli altri professionisti del SSN e come opportunità per i cittadini. Quest'ultima va intesa come possibilità per l'utente di optare per un medico di fiducia, in grado di fornire la propria qualificata prestazione in tempi adeguati e in ambienti idonei. È però opportuno osservare che, perché l'ALPI sia realmente un'opportunità ulteriore e non una «necessità mascherata», l'opzione del cittadino deve essere riferita solo alla scelta del medico e, in alternativa, il SSN deve essere in grado di fornire gratuitamente prestazioni di pari livello senza attese eccessive ed in ambienti con un livello di *comfort* sufficiente.

La definizione di un Piano nazionale per i tempi di attesa e la successiva individuazione, prevista dalla legge finanziaria per il 2006 entro il 31 gennaio 2007, di tempi massimi stabiliti dalle Regioni per l'erogazione delle prestazioni di maggiore criticità, fissa gli *standard* che il SSN deve garantire al cittadino in ogni contesto assistenziale, rafforzando il concetto di ALPI in quanto «valore aggiunto» rispetto ad un servizio di qualità assicurato a tutti.

In questo contesto, le liste di attesa appaiono come un fenomeno presente in tutti i paesi dotati di un servizio sanitario pubblico basato su principi di tipo solidaristico, mettono in evidenza il problema della scarsa appropriatezza della domanda espressa e fungono da calmiere per l'erogazione delle prestazioni.

Ponendo attenzione ed impegno a prevenire gli eccessi delle attese a «tre cifre», le liste di attesa devono essere gestite e non subite.

L'indagine, pur confermando che non esiste un rapporto diretto tra l'ALPI e le liste di attesa, e che un servizio sanitario «sano» non può ritenere l'ALPI un fenomeno compensativo di un'insufficienza erogativa di tipo istituzionale, ha altresì evidenziato numerose criticità nella sua applicazione. Solo il ricorso alle cosiddette prestazioni aggiuntive (pagate dall'azienda al professionista per incrementare l'offerta, senza oneri per il cittadino) viene interpretato come effetto positivo della libera professione sui tempi di attesa.

D'altro canto è emerso con chiarezza che nelle Regioni dove il Servizio sanitario nazionale è efficiente ed efficace, almeno nei termini del rispetto dei tempi di attesa, il ricorso all'ALPI è maggiore ed effettuato prevalentemente negli spazi interni alle aziende.

Da questo punto di vista si può affermare che un'ALPI ad elevata redditività è sintomo di un servizio pubblico in buona salute, che beneficia del ritorno positivo (in termini economici e di immagine) che l'attività libero-professionale è in grado di fornire.

Dall'indagine è emerso che le difficoltà nella corretta applicazione di questo istituto sono legate alla carenza di spazi, all'inadeguatezza delle strutture pubbliche e a fenomeni di carattere organizzativo, sia a livello regionale che aziendale.

È accertato che un corretto ricorso all'ALPI può essere garantito in spazi che siano interni alle aziende, ma è altrettanto evidente che la situazione delle strutture ospedaliere italiane (il campione studiato attraverso 20 audizioni ed oltre 30 questionari ricevuti consente di affermarlo) non permette di esercitarla in tal modo.

Quanto alle carenze organizzative, l'indagine ha messo in evidenza da una parte l'inerzia di alcune regioni nell'accedere ai finanziamenti dedicati e/o ad effettuare i conseguenti investimenti, dall'altra un'insufficiente capacità gestionale da parte di alcune aziende sanitarie (tra il 20 e il 30 per cento del campione) che non hanno proceduto a quegli adempimenti per i quali non sono necessari finanziamenti (emanazione di regolamenti, istituzione di commissioni di controllo, predisposizione di elenchi dei medici etc.).

Il regime di *intramoenia* allargata merita alcune riflessioni. Essa attualmente si configura come una necessità, in quanto i direttori generali delle aziende sono costretti a consentirla ai medici nel rispetto di un diritto contrattuale. Al contrario, dovrebbe essere una scelta condivisa dall'azienda, e quindi finalizzata ad estendere la presenza dei professionisti sul territorio, realizzandosi un «effetto alone». Questa impostazione favorisce la veicolazione verso il SSN, pur se in regime a pagamento, di quote

di mercato sanitario che sarebbero altrimenti appannaggio della sanità privata.

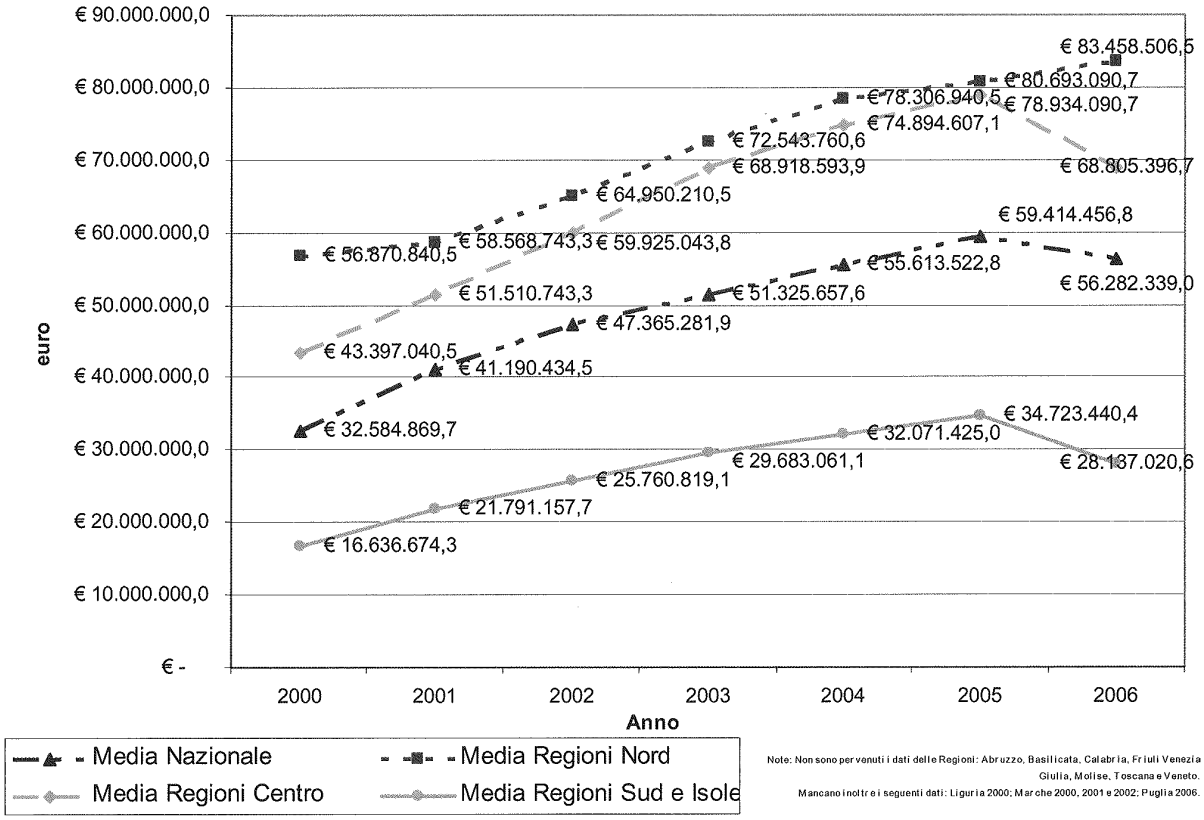
Quanto al termine del regime allargato, previsto per il 31 luglio 2007, con il rientro di tutti professionisti attualmente autorizzati ad esercitare in studi medici, sulla base delle risultanze dell'indagine esso appare poco realistico e forse neanche conveniente per il SSN, ma d'altra parte occorre chiedersi perché in tutti questi anni non si siano realizzate le condizioni per l'*intramoenia* e quali vincoli possano essere introdotti per rendere cogente un termine più e più volte rinviato.

Nel campione di aziende sanitarie esaminato, circa il 50 per cento del fatturato da ALPI proviene dall'*intramoenia* allargata: se si ribaltasse questo risultato sul gettito complessivo da ALPI in tutto il territorio nazionale (valutato nel 2005 per oltre 1 miliardo di euro senza considerare i costi complessivi), la sospensione dell'ALPI allargata arrecherebbe un danno economico, sia pure moderato, al sistema.

Sul piano propositivo, potrebbe essere utile la creazione di un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale.

In una fase di transizione, le aziende potrebbero continuare ad essere autorizzate a stipulare convenzioni con le strutture private, sulla base di schemi-tipo approvati dall'Osservatorio (o dalla Regione), con la previsione obbligatoria di sistemi di prenotazione e controllo centralizzati presso l'azienda pubblica.

Grafico 1. Andamento fatturato ALPI, anni 2000-2006 (Media)



Note: Non sono pervenuti i dati delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Molise, Toscana e Veneto.
Mancano inoltre i seguenti dati: Liguria 2000; Marche 2000, 2001 e 2002; Puglia 2006.

Grafico 2. Richieste finanziamento ex art. 20 e investimenti per ALPI, anni 2000-2006

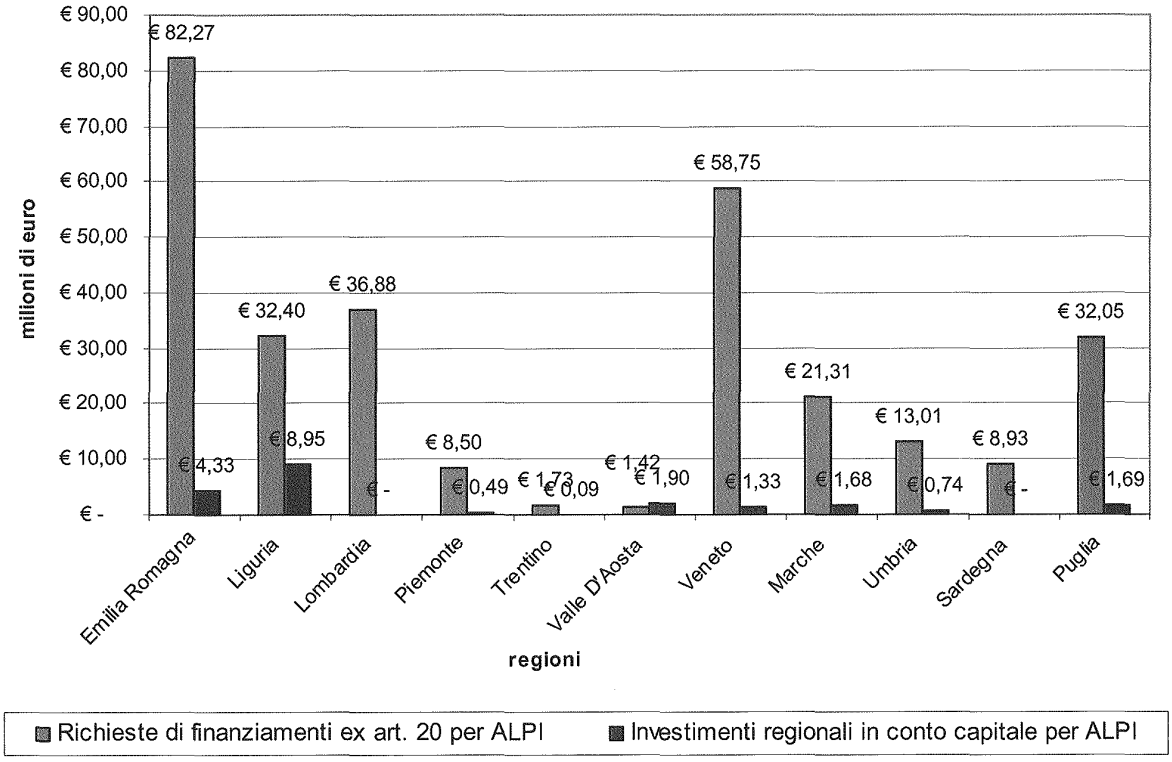
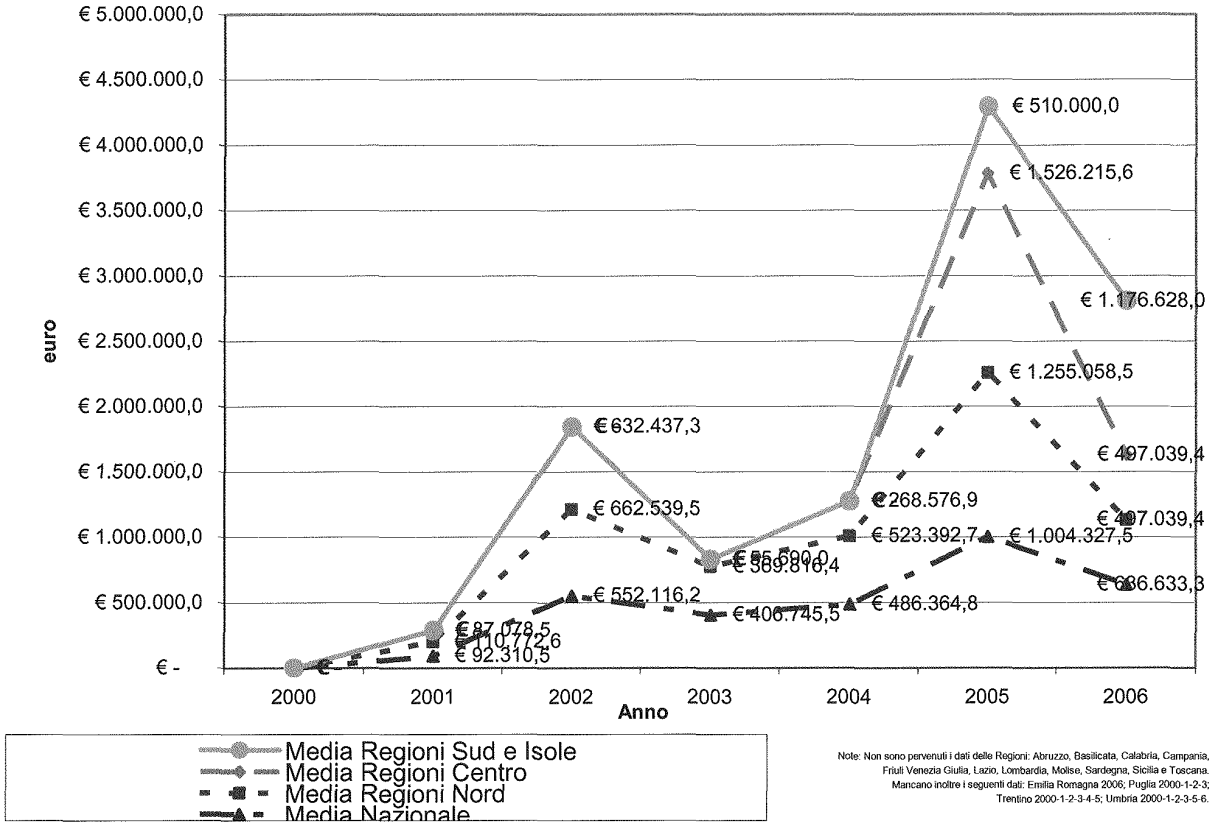
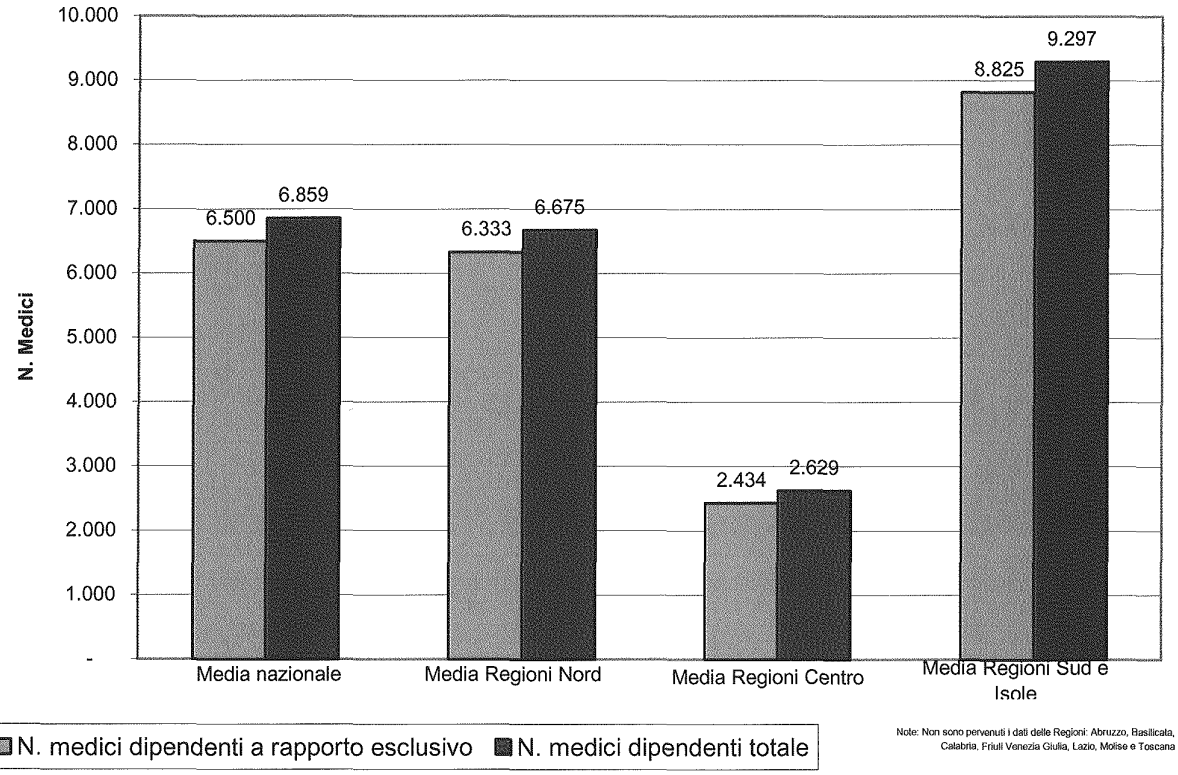


Grafico 3. Investimenti regionali in conto capitale per ALPI, anni 2000-2006



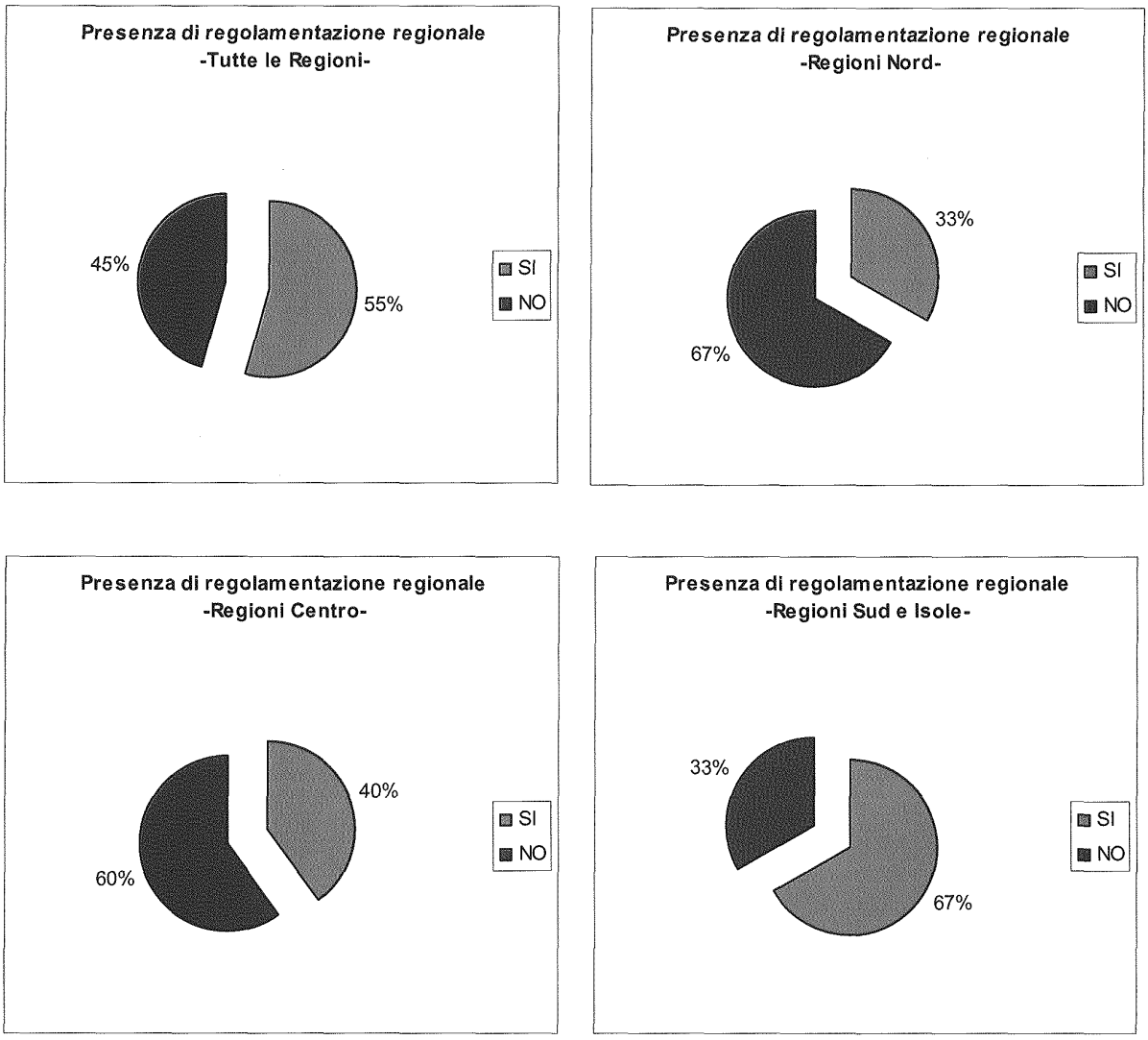
Note: Non sono pervenuti i dati delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, Sardegna, Sicilia e Toscana. Mancano inoltre i seguenti dati: Emilia Romagna 2006; Puglia 2000-1-2-3; Trentino 2000-1-2-3-4-5; Umbria 2000-1-2-3-5-6.

Grafico 4. Numero medici a rapporto esclusivo (dati medi)



Note: Non sono pervenuti i dati delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise e Toscana

Grafico 5. Presenza regolamentazione regionale



Note: non sono pervenuti i dati delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise, Sicilia e Toscana.

Grafico 10. Composizione Fatturato ALPI e ALPI allargata (dati %)

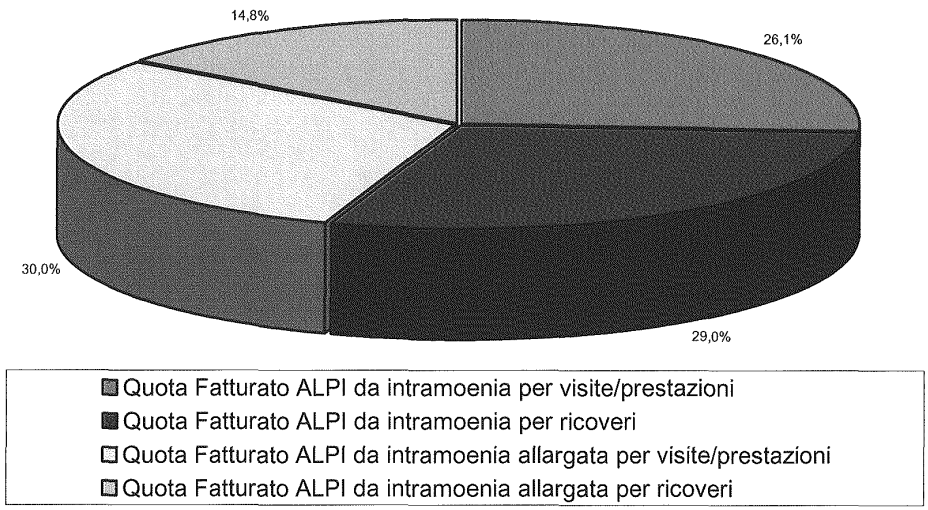
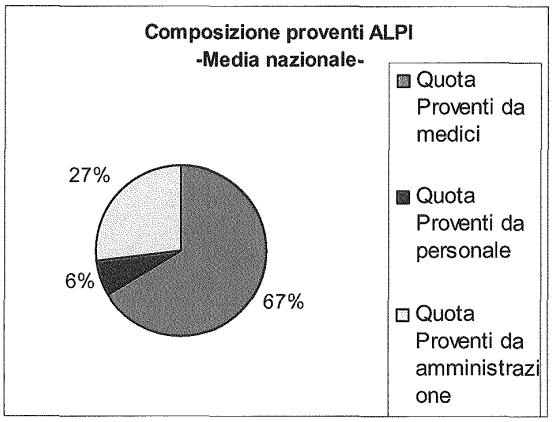
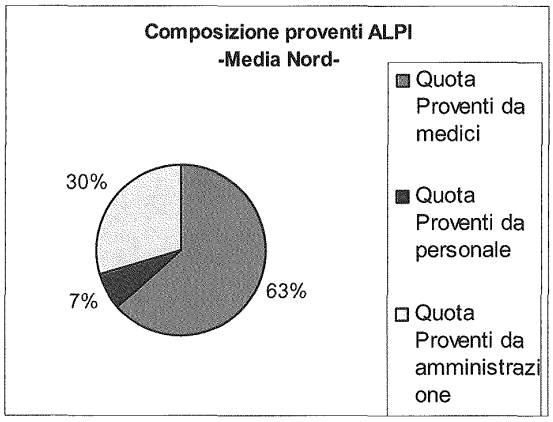
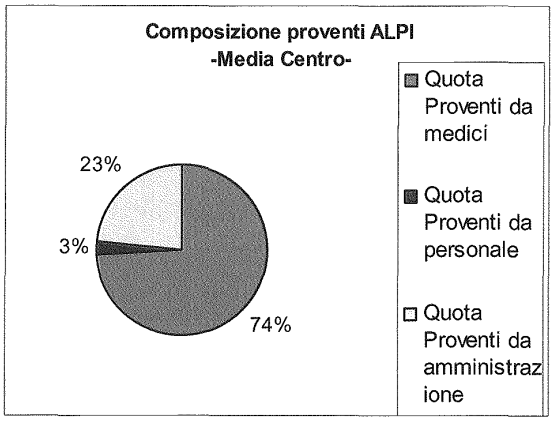


Grafico 11. Ripartizione Fatturato ALPI (dati %)







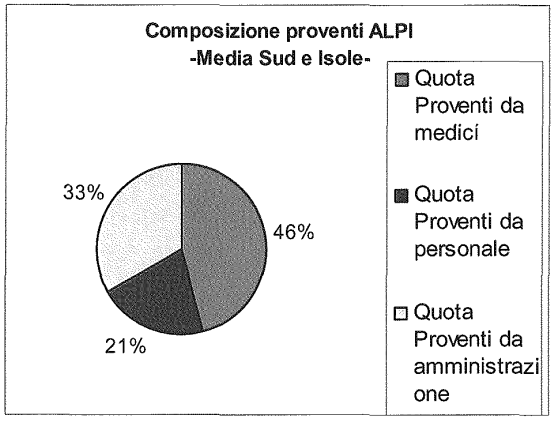
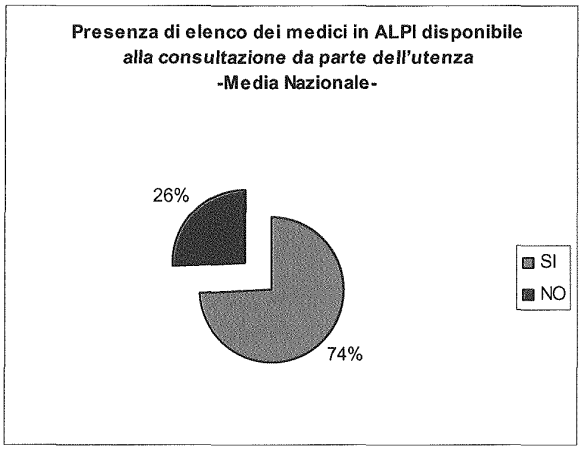
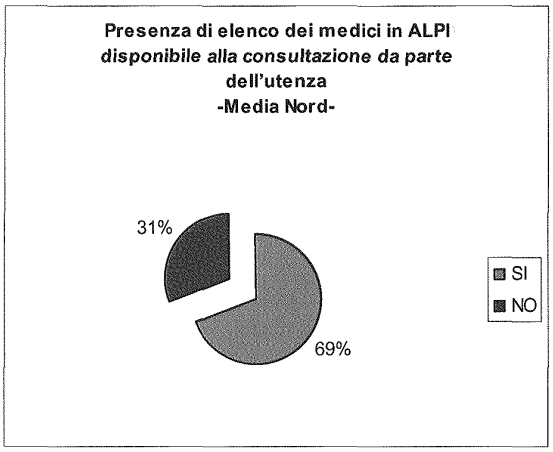
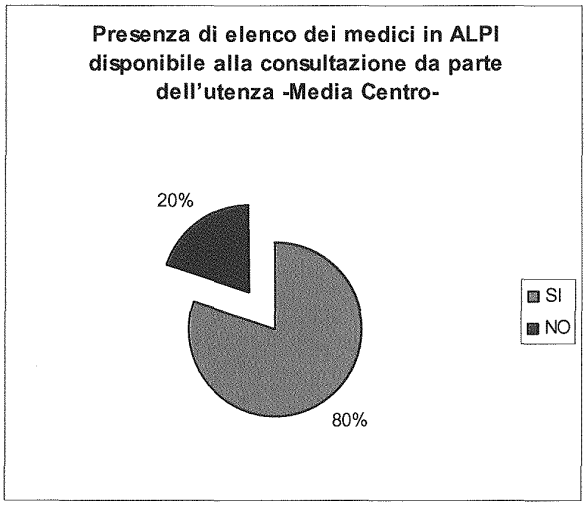


Grafico 16. Presenza elenco medici in ALPI disponibile alla consultazione da parte dell'utenza







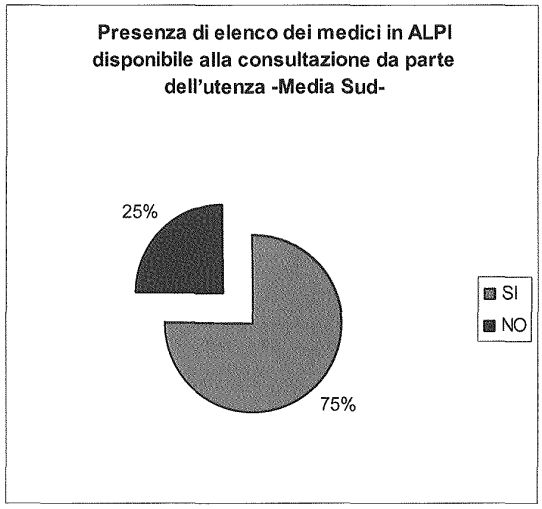


Grafico 19. Presenza CUP aziendale centralizzato

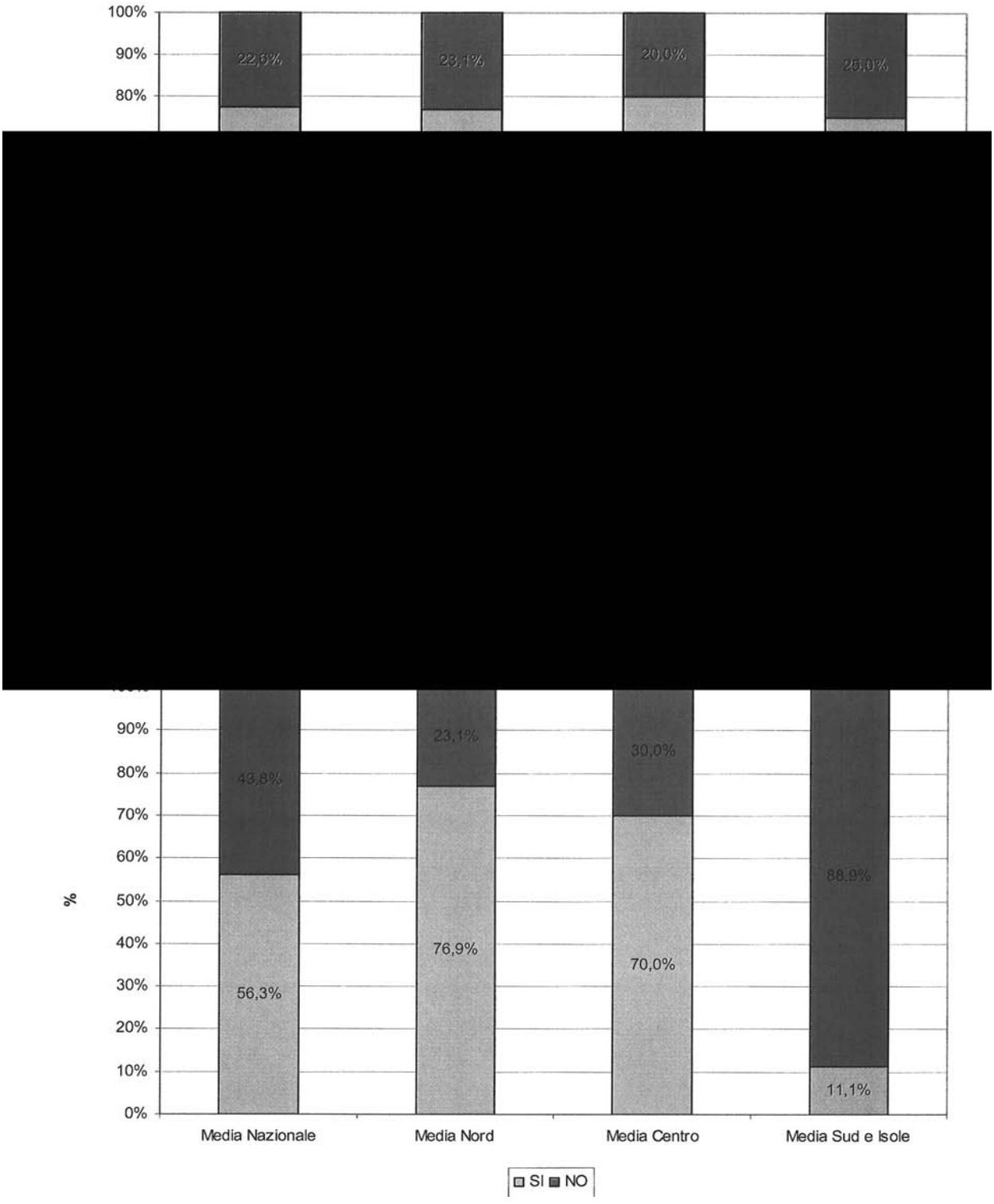


Grafico 19. Presenza CUP aziendale centralizzato

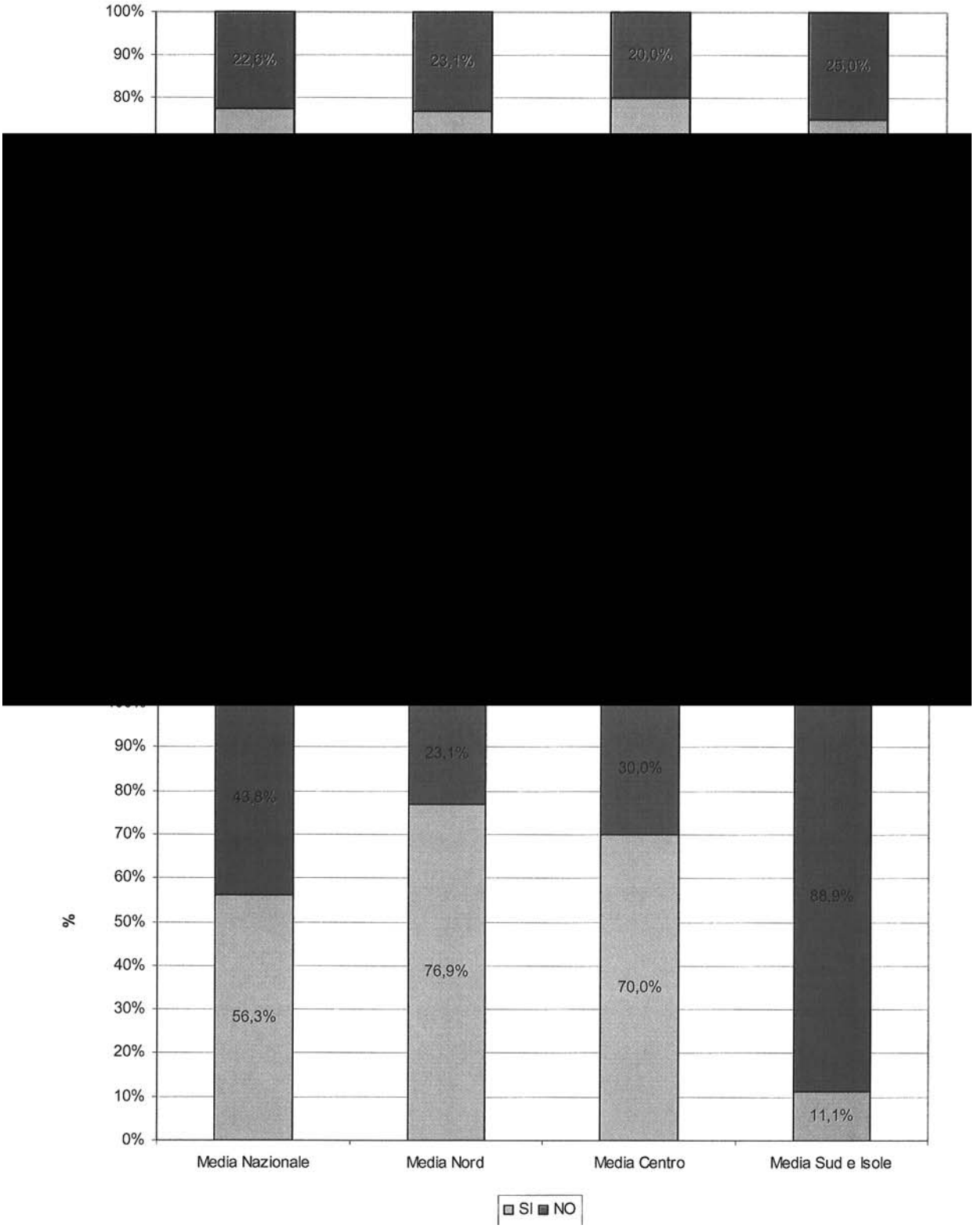


Grafico 20. Presenza di regolamento aziendale

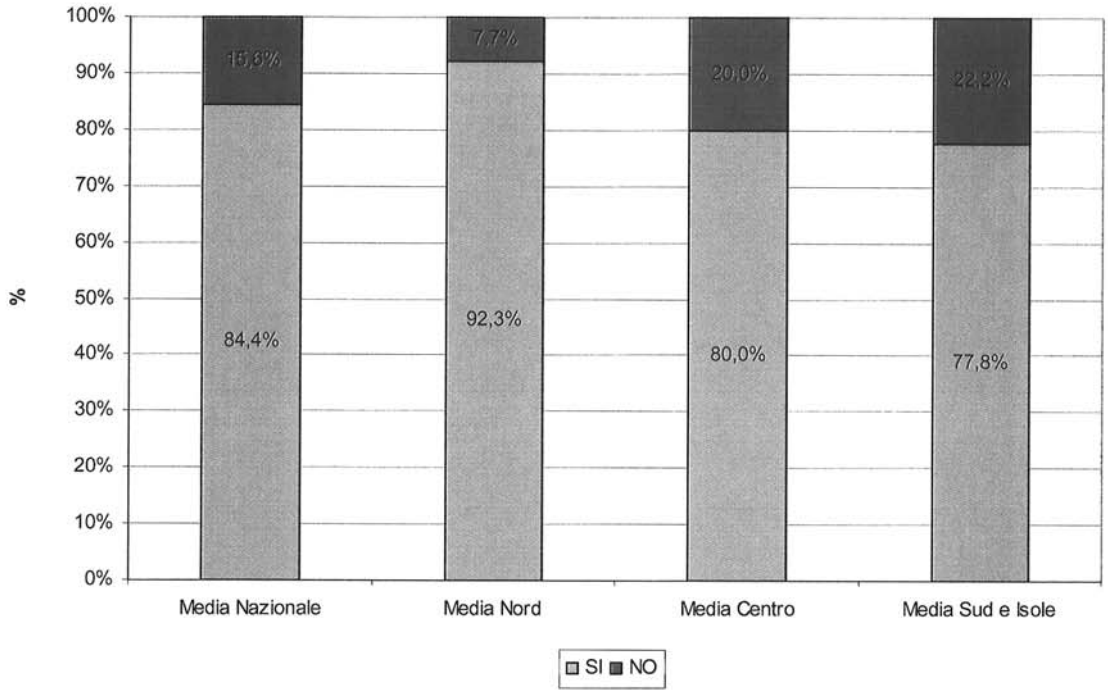


Grafico 21. Presenza di eventuali limitazioni (es. tetto ore settimanali) previste per il dirigente nello svolgimento dell'ALPI

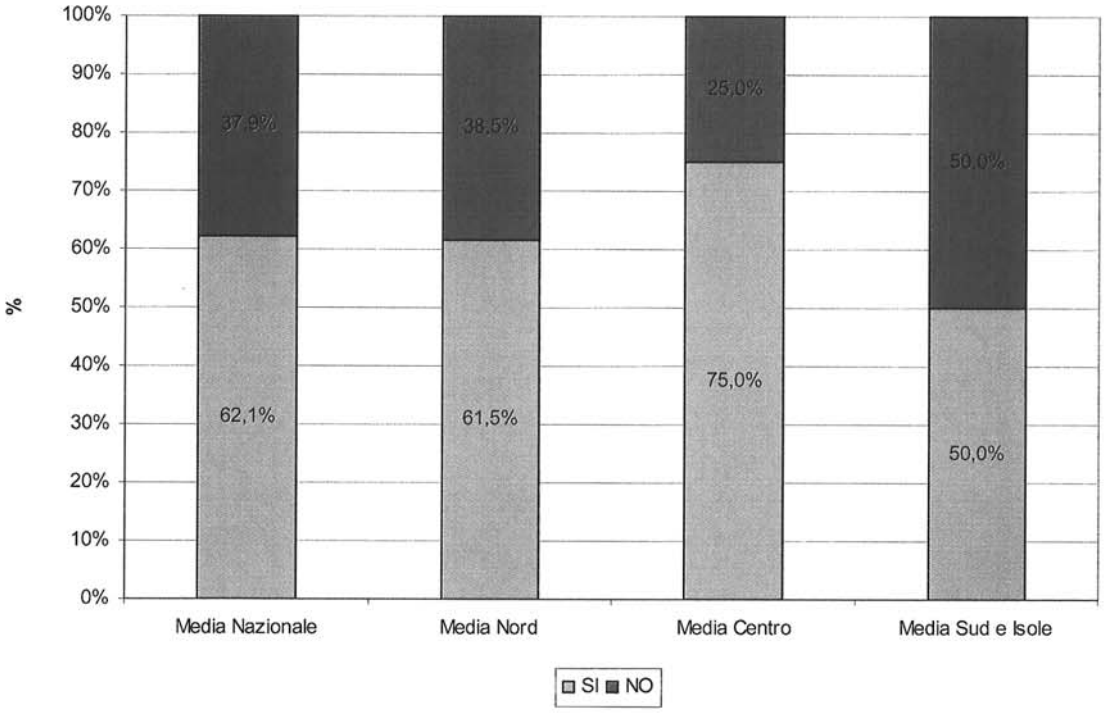
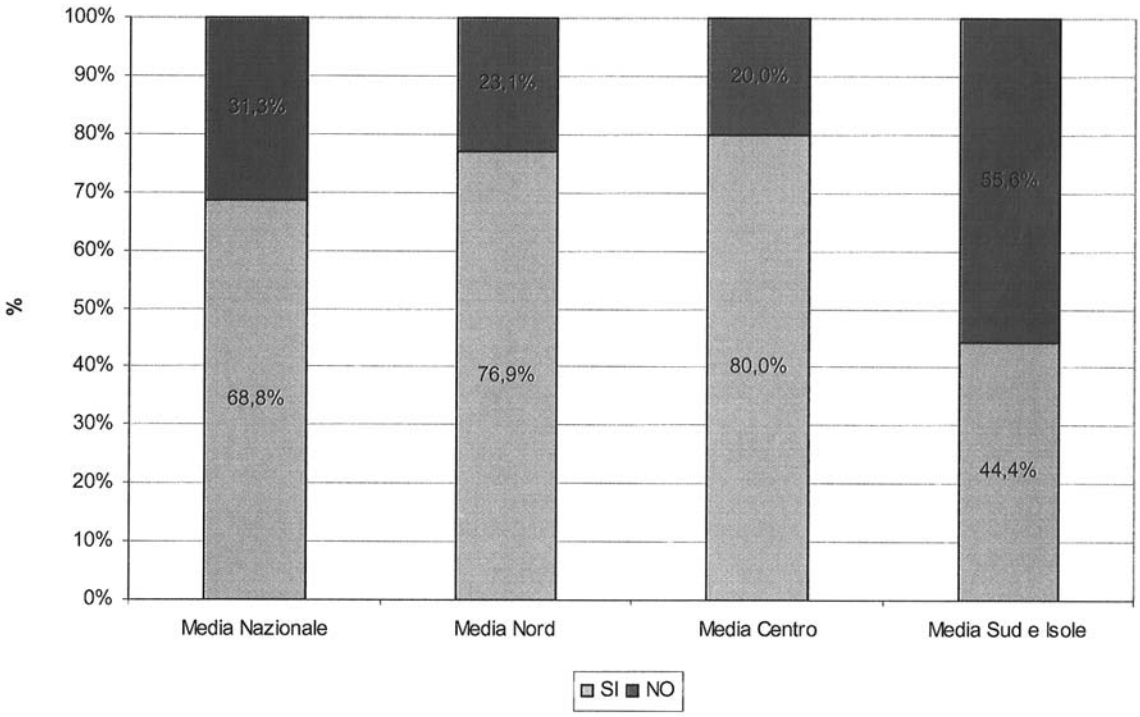


Grafico 22. Presenza di Commissione ALPI aziendale paritetica



€ 1,92