Senato della Repubblica XV LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO n. 29

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

65ª seduta: mercoledì 18 aprile 2007

Presidenza del presidente MARINO

IC 0380

TIPOGRAFIA DEL SENATO (310)

I N D I C E

Documento conclusivo
(Esame e approvazione del *Doc.* XVII, n. 4)

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 4, 7 e *passim*
* BAIO *(Ulivo)* 13
* BIANCONI *(FI)* 3, 18
BINETTI *(Ulivo)* 7
BODINI *(Ulivo)* 11
* BOSONE *(Aut)* 20
* CURSI *(AN)* 6, 7, 15
EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)* . . . . 3, 6, 7 e *passim*
GRAMAZIO *(AN)* 4, 12
MASSIDDA *(DC-PRI-MPA)* 15
MONACELLI *(UDC)* 5, 19, 20
SILVESTRI *(IU-Verdi-Com)* 4, 7, 19
TOMASSINI *(FI)* . . . . . 5, 7, 11 e *passim*

ALLEGATO *(contiene il testo del* Doc. *XVII, n. 4)* 22

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 per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-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.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Esame e approvazione del *Doc.* XVII, n. 4)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del 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, sospeso nella seduta di ieri.

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

BIANCONI *(FI)*. Signor Presidente, intervengo sull'ordine dei lavori per stigmatizzare la totale assenza delle forze di maggioranza in Commissione. Credo che questo atteggiamento sia da mettere assolutamente in rilievo. Noi avevamo garantito la nostra serietà su tutto il percorso, fino alla fine, tant'è che siamo entrati e abbiamo firmato; siamo più numerosi noi di tutta la maggioranza.

Considerato che questo doveva essere un testo di interesse per la maggioranza (almeno così si sentiva dire a parole), perché sarebbe stato consegnato al Ministro, e considerato che siamo al momento della votazione della proposta di documento conclusivo presentata dal senatore Bodini, ci sembra che questa assenza rappresenti un fatto disdicevole, mai accaduto in precedenza. Da questo trarremo le nostre conseguenze, in quanto non saremo più disponibili a dare copertura a questo tipo di maggioranza.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, prendo atto del fatto che il numero legale per questa discussione sulla proposta di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sull'*intramoenia* è garantito dalla presenza dell'opposizione. Ne prendo atto essendo presentatrice di una proposta di documento conclusivo alternativa a quella presentata dal senatore Bodini, che ho già fatto pervenire ai senatori (considerata l'urgenza che il Presidente ha posto sull'argomento in questione) e che chiedo ora di poter illustrare. Naturalmente sottolineo la mia presenza, insieme a quella della collega Daniela Alfonzi, in sostituzione della senatrice Val-

piana, per assicurare, come sempre, la presenza di Rifondazione Comunista ai fini del raggiungimento del numero legale.

GRAMAZIO *(AN)*. Signor Presidente, nel ricordare gli impegni presi nell'ultima seduta (dare atto del lavoro compiuto dal relatore ed ascoltare le dichiarazioni di voto finale dei Gruppi politici), vorrei sottolineare, affinché rimanga agli atti, che esiste una frattura all'interno della maggioranza che compone questa Commissione. Infatti, pur essendo il relatore un esponente di tale maggioranza, ci è stata annunciata un'altra proposta di documento conclusivo, che abbiamo ricevuto ieri e che si contrappone alla proposta del senatore Bodini. Ritengo che questo aspetto vada evidenziato, insieme al fatto che, ancora una volta, la Commissione può svolgere i propri lavori grazie al grande senso di responsabilità delle forze che compongono la Casa delle libertà.

PRESIDENTE. Prendo atto della sua affermazione, senatore Gramazio.

SILVESTRI *(IU-Verdi-Com)*. Signor Presidente, non ho alcuna difficoltà a riconoscere che l'opposizione, pur potendo far ricorso a tutti gli strumenti che legittimamente il Regolamento offre, ha scelto di adottare un comportamento responsabile. Non è questa la prima né l'unica occasione in cui ciò è accaduto; si è instaurato infatti un clima di collaborazione, nell'interesse della salute di questo Paese.

È vero che è stata presentata una diversa proposta di documento conclusivo, anche a mio nome, ma non è vero – lo si vedrà poi nell'illustrazione – che non vi sia unità di intendimento in questa maggioranza, in quanto il 90 per cento dei punti sono condivisi.

GRAMAZIO *(AN)*. Le proposte di documento conclusivo sono due.

SILVESTRI *(IU-Verdi-Com)*. Vi è il 90 per cento di adesione a ciò che è detto nella proposta di documento conclusivo presentata dal relatore e vi sono alcune discriminanti, che fanno parte del dibattito e che è giusto sottoporre al Ministro – che poi dovrà emanare il decreto – anche in riferimento, ad esempio, alla posizione di grandi sindacati come la CGIL e a ciò che abbiamo ascoltato nelle audizioni. Non si tratta di una divisione ideologica; si tratta di verificare alcune nostre preoccupazioni, come si vedrà nell'illustrazione della proposta di documento conclusivo alternativa.

Resta forte l'unità sull'operato del ministro Livia Turco e resta forte l'unità sulla necessità di rispondere in termini positivi a ciò che il Ministro aveva chiesto a questa Commissione, impegnandosi a rispettare nel decreto attuativo ciò che questa Commissione avrebbe detto. Può anche essere che alla fine si risolva tutto positivamente, compresi i pochi punti di contrasto contenuti nelle due proposte di documento conclusivo. Non si tratta tuttavia di una divisione della maggioranza: si tratta semplicemente di porre accenti diversi, anche importanti.

Ringrazio anch'io l'opposizione per il senso di responsabilità dimostrato, non solo oggi, ma anche in altri momenti.

MONACELLI *(UDC)*. Signor Presidente, non è la prima volta che il numero legale in questa Commissione viene garantito grazie alla presenza sostanziosa e sostanziale della minoranza. Mi sembra però evidente che, rispetto all'argomento che stiamo discutendo, vada svolta una valutazione più attenta.

È inutile cercare di indorare la pillola, come ha fatto il senatore Silvestri in qualche passaggio del suo intervento. Egli, con la sua *excusatio non petita*, ha di fatto ammesso una difficoltà sostanziale rispetto alle conclusioni dell'indagine conoscitiva sulla libera professione *intramoenia*. Viene allora da domandarsi se il nutrito numero di assenze all'interno della maggioranza, che impediscono che la stessa garantisca responsabilmente il raggiungimento del numero legale, siano dettate da una superficialità nell'approccio ai problemi e all'impegno che il lavoro di Commissione comporta, oppure siano in qualche maniera determinate e dettate da una divisione esistente, sottolineata dal secondo schema di documento conclusivo presentato dalla senatrice Emprin, che evidenzia non soltanto le divisioni all'interno della maggioranza, ma anche contrasti presenti all'interno di una maggioranza-minoranza, ancorché relativa.

Ci troviamo di fronte ad un bel dubbio amletico: ci chiediamo se il documento presentato, che è stato responsabilmente sostenuto, condiviso e apprezzato dall'opposizione, anche per il lavoro svolto in Commissione, sia in realtà espressione della volontà della maggioranza di questo Parlamento e di questa Commissione oppure sia espressione soltanto della volontà di una minoranza, certificata come tale, che non corrisponde più nemmeno alla maggioranza costituita a livello parlamentare.

TOMASSINI *(FI)*. Signor Presidente, a parte le considerazioni che hanno autorevolmente svolto i colleghi intervenuti prima di me, voglio ricordare che per lo svolgimento della seduta di oggi maggioranza e opposizione avevano concordato un preciso percorso. A fronte di questo accordo ci eravamo impegnati a non riaprire la discussione sull'ultima versione del documento presentato dal senatore Bodini, venendo incontro all'esigenza sottolineata soprattutto dalla maggioranza e dal Presidente di addivenire alla votazione di quel documento; per questo ci siamo dichiarati disponibili a limitarci alla sola dichiarazione di voto finale o al massimo ad esprimere brevi considerazioni integrative da inserire nel documento.

Ora questo impegno non solo viene violato dalla presentazione di uno schema di documento alternativo (il rispetto per la democrazia e per il dibattito parlamentare che ci contraddistingue potrebbe far ben accettare che esso venga illustrato), ma anche dal fatto che non c'è più una maggioranza a sostenere il documento proposto dal relatore. Siamo messi in imbarazzo dal fatto che venga riaperta dall'altra parte politica la discussione sullo schema di documento.

Credo che quella di sospendere i lavori sia una proposta ragionevole per fare in modo che lei, signor Presidente, non debba veder prevalere l'opposizione in un eventuale voto finale. Dunque, possiamo consentire una sospensione di un quarto d'ora, in cui lei può provare a radunare la sua maggioranza; in questo lasso di tempo propongo che lei riunisca i Capigruppo per verificare in quali termini sono possibili integrazioni e modifiche allo schema di documento presentato dal senatore Bodini. Forse per mia colpa non ho ricevuto il documento della senatrice Emprin, perché non sono andato a controllare la casella di posta: me ne scuso. Se ci trovassimo però di fronte alla riapertura della discussione, a seguito della presentazione di uno schema di documento alternativo, ci troveremmo in grande difficoltà, come lei può capire, signor Presidente.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, dopo essere venuta a conoscenza dello schema di documento conclusivo presentato dal senatore Bodini, al fine di agevolare i lavori della Commissione, ho preannunciato che ieri sera avrei fatto depositare nella casella di posta dei colleghi uno schema di documento alternativo, premurandomi che fosse effettivamente consegnato; ho chiesto infatti che tale documento venisse depositato anche nella mia casella, dove questa mattina l'ho trovato. Dunque, non sto depositando uno schema di documento alternativo in questo momento: l'ho depositato nel corso della riunione di ieri e proprio in Commissione si è convenuto – non ho infatti sentito obiezioni analoghe a quelle che vengono poste adesso – che sarebbe stato consegnato agli altri componenti con le modalità appena riferite.

Chiedo pertanto di poter procedere all'illustrazione di tale schema di documento conclusivo, con la riserva di valutare le considerazioni che se ne trarranno e di tentare di raggiungere quell'accordo all'interno della maggioranza che non ho ragione di pensare non possa essere raggiunto. Lo schema che propongo contiene infatti la puntualizzazione di alcuni aspetti emersi durante le audizioni svolte e nel corso della discussione, durante la quale ho avuto occasione di intervenire. In quella sede ho sottoposto all'attenzione della Commissione una serie di puntualizzazioni che trovano oggi, in questo schema di documento, la loro puntuale traduzione. Chiedo pertanto di poter essere messa in condizione di illustrare lo schema di documento conclusivo che propongo, fermo restando che il confronto del Presidente con i Capigruppo è ovviamente auspicabile. Credo però di dover illustrare un documento che ho lasciato all'attenzione di tutti i senatori, con le modalità che sono state precisate nel corso della riunione di ieri senza che vi fosse opposizione alcuna.

CURSI *(AN)*. Signor Presidente, siamo alle solite storie. Ricordo che nei giorni scorsi ci è stato inviato il consueto SMS con cui veniva convocata per ieri la 12ª Commissione e in cui veniva precisata la richiesta della presenza del numero legale. Forse oggi abbiamo compiuto un errore apponendo le nostre firme sul foglio delle presenze, ma eravamo certi che la maggioranza garantisse il numero legale. Così non è. Ci troviamo dunque

in una condizione di oggettiva difficoltà per il fatto che è l'opposizione a dover garantire la presenza del numero legale. È pur vero che essendo cattolico sono abituato a vedere le opposizioni che diventano maggioranza...

BINETTI *(Ulivo)*. Che cosa vuole dire, senatore Cursi? Può argomentare la sua affermazione?

SILVESTRI *(IU-Verdi-Com)*. Gli ultimi saranno i primi.

CURSI *(AN)*. Sono cattolico e credo ai miracoli: dunque, riteniamo possibile che la maggioranza diventi opposizione e l'opposizione diventi maggioranza. Mi piacerebbe però verificarlo concretamente sul piano del consenso. Ogni qual volta parlate di maggioranza, mi chiedo di quale maggioranza state parlando. La maggioranza è fatta di numeri e i numeri non ci sono.

Aderisco dunque alla richiesta del senatore Tomassini di offrire al Presidente della Commissione la possibilità, attraverso la sospensione dei lavori, di recuperare qualche senatore che possa con la sua presenza garantire alla maggioranza di essere tale, cosa che al momento non è.

PRESIDENTE. Credo che il disappunto dei senatori dell'opposizione sia stato testimoniato a sufficienza. D'altra parte, il motivo dello stesso è nei fatti e anch'io personalmente lo condivido.

Se la Commissione è d'accordo, propongo di ascoltare la senatrice Emprin, visto che l'aveva già chiesto nella seduta di ieri, e poi di sospendere la seduta per pochi minuti affinché possa riunire i Capigruppo, per passare poi ad ascoltare l'intervento del senatore Bodini e le eventuali dichiarazione di voto.

TOMASSINI *(FI)*. Spero di non essere smentito da nessun altro Capogruppo della maggioranza. Acconsentiamo che la senatrice Emprin illustri il suo schema di documento, ma chiediamo che sia consentito anche a noi di illustrare l'integrazione che proponiamo al documento presentato dal senatore Bodini. Chiediamo che a seguire non ci sia alcun intervento ulteriore: l'estensore del documento conclusivo potrà valutare, durante l'intervallo, se integrare o no la proposta di documento o sostituirla; dopo di che passeremo alle dichiarazioni di voto su un unico schema di documento conclusivo.

PRESIDENTE. Mi sembra una proposta ragionevole.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, concordo con la richiesta di sospensione della seduta così che possano essere riuniti i Capigruppo per definire il percorso successivo; ritengo opportune sia la pausa sia la riunione, con una conseguente decisione (non aprioristica) in ordine ai nostri lavori. Naturalmente non si può chiedere di rinunciare

alla presentazione di schemi di documenti alternativi, perché ciò non è vietato dal Regolamento.

PRESIDENTE. Infatti, senatrice Emprin, adesso potrà illustrare lo schema di documento da lei presentato, secondo quanto aveva anticipato nella seduta di ieri. Dopo la sua illustrazione sospenderemo i nostri lavori per svolgere una riunione dei Capigruppo, in modo da definire il percorso successivo.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, cercherò di essere breve nell'indicazione degli elementi sui quali chiedo alla maggioranza e al relatore di riflettere.

La senatrice Binetti, nel corso della seduta di ieri, si è complimentata con il relatore per la sua pazienza. Io vorrei aggiungere qualcos'altro: desidero riconoscere la grande fatica che hanno comportato il confronto e la dialettica adoperati e ritengo di poterlo fare in considerazione del fatto che tale confronto e tali dialettica mi hanno vista coinvolta. Pensando che vi sia la stessa differenza che intercorre tra l'epica e il dramma, mi servirò di una metafora: se, affacciandomi alla finestra, vedo due persone discutere, questa è epica; se invece sono una delle due persone che stanno discutendo, questo può avere risvolti drammatici. Lo dico per riconoscere al senatore Bodini tutta la fatica che insieme abbiamo compiuto per stringere le maglie dell'indagine in titolo trovando un punto di consenso sulle questioni sollevate.

Vorrei ricordare qual è il punto che considero dirimente, anche per sdrammatizzare i toni. Come ho già sostenuto nel mio intervento nel corso del dibattito, prima che il senatore Bodini presentasse la proposta di modifica, siamo qui ad approvare il documento conclusivo di un'indagine conoscitiva; non siamo riuniti quindi in sede deliberante o legislativa. Abbiamo svolto diverse audizioni, dopo aver concordato sia i soggetti che dovevano essere ascoltati sia il percorso da seguire. Qual è, allora, il punto di differenza?

Intanto vorrei precisare che intendo sottrarmi ad una pratica assai diffusa, in base alla quale, quando si incontrano dei refusi, se ne ascrive la responsabilità agli assistenti o alle segretarie. Mi assumo pertanto la responsabilità di segnalare alla Commissione un refuso contenuto nel documento che ieri sera ho fatto depositare nelle caselle di posta dei senatori, dovuto alla rapidità con cui avevo impartito le mie istruzioni. Intendo dunque precisare che dallo schema che presento vanno eliminate tutta la prima e metà della seconda pagina, partendo quindi dalle parole: «22. Liste di attesa e attività *intramoenia*».

Allora, qual è l'elemento di differenza sostanziale? Esso è da ascrivere al fatto che la Commissione ha avviato l'indagine conoscitiva in titolo contestualmente all'approvazione dell'ennesima (credo che fosse l'ottava) proroga del termine entro il quale dovevano essere adottate le misure volte ad assicurare l'esercizio della libera professione intramuraria ai medici che avessero scelto il rapporto di esclusività con il Servizio sanitario

pubblico. Qui sta l'elemento di differenza, che poi si traduce in una diversa opzione sulle proposte. Si tratta di un'indagine alla quale ho partecipato e che ho vissuto come volta ad accertare se vi fossero i presupposti per il rispetto del termine (al quale avevo convintamente assentito e che ho votato), di cui all'articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223 del 4 luglio 2006, convertito con modificazioni dalla legge n. 248 dello stesso anno. Un testo, quindi, che non risale a moltissimo tempo fa.

Nel corso dell'indagine abbiamo riscontrato in molte realtà le condizioni per la realizzazione della libera professione intramuraria, quindi anche per il termine del regime transitorio per l'esercizio della libera professione cosiddetta intramuraria allargata (o, secondo quello che più volte ho definito un ossimoro, attività *intramoenia-extramoenia*); nello specifico mi riferisco all'esercizio della libera professione in studi privati o presso strutture accreditate o convenzionate. Ci siamo quindi posti il problema se tale regime dovesse cessare.

Fra i soggetti che abbiamo audito è da annoverare la ministra Turco, che, vado a memoria, non più tardi del 23 gennaio scorso, venne in questa Commissione a sostenere che non avrebbe ritenuto seria una proroga e che l'applicazione della legislazione vigente aveva già subito otto rinvii, il che non ne rendeva opportuni ulteriori. Condivido l'impostazione della Ministra, così come intendo raccogliere anche alcune sollecitazioni giunte dall'opposizione.

Il senatore Ghigo ha definito un po' ideologico l'atteggiamento del Gruppo di Rifondazione Comunista, credo con riferimento ai contenuti della dichiarazione da me resa nel corso della discussione, forse per inesperienza della pratica dell'istituzione parlamentare. Da questo punto di vista possiamo venirci incontro. Nello schema di documento da me presentato uno degli elementi riscontrabili non è la posizione nella quale il senatore Ghigo ha ritenuto di riscontrare un atteggiamento ideologico da me espresso a nome del mio partito, ma la valutazione sulla legislazione vigente fatta a conclusione dell'indagine conoscitiva svoltasi presso la Camera dei deputati nel 2003, che è stata acquisita agli atti. In quel testo si sosteneva che la disciplina sull'*intramoenia* aveva la finalità di generare benefici per i cittadini, i medici, le aziende sanitarie e il Servizio sanitario nel suo complesso: per i cittadini, migliorando il servizio con la riduzione delle liste di attesa, con la possibilità di scegliere il medico e di ricevere prestazioni a tariffe controllate e calmierate; per i medici, valorizzandone la professionalità e fornendo loro, nell'esercizio della libera professione, l'organizzazione e i mezzi propri del Servizio sanitario e indennizzandoli per la scelta del rapporto di esclusività; per le aziende sanitarie, creando un nuovo canale di entrate e riducendo gli oneri di ammortamento degli investimenti, attraverso un migliore utilizzo delle strutture e dei macchinari, anche con orari prolungati. Questa era ed è la *ratio* della normativa vigente.

Nella discussione avevo sostenuto che si trattava di un equilibrio particolare che, dal nostro punto di vista, era opportuno mantenere. In questo sostanzialmente si configura la differenza tra le due proposte.

Noi riteniamo che gli otto anni di ritardi nell'attuazione della normativa vigente siano anche il frutto dell'incertezza del quadro normativo, che ha generato inadempienze. Ci siamo formati questa opinione anche nel corso delle audizioni; in qualche caso ciò è stato rilevato esplicitamente, ma non è questo quello che conta. Dunque noi riteniamo che l'indicazione politica che deve uscire dalla Commissione sia che i termini non devono essere prorogati, ma che si deve dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223, convertito dalla legge n. 248 del 2006. Pensiamo pertanto che il compito della Commissione sia di suggerire al Governo come dare certezza normativa al fine di impedire che una situazione di diffusa illegalità possa protrarsi nel tempo. Da questo discende la differenza di opzione contenuta nella nostra proposta.

Riteniamo inoltre che si debba indicare al Governo – anche questa è una differenza tra i due testi – la procedura per dare definitiva attuazione alla normativa vigente, di cui il citato decreto-legge n. 223 non è che l'ultimo passo, e che quindi si debba portare ad attuazione la previsione ivi contenuta della certificazione da parte delle Regioni dello stato dell'arte in ogni singola ASL, dell'esercizio da parte delle Regioni di poteri sostitutivi e, laddove questo non si verifichi secondo tempi precisi, dell'esercizio di un potere sostitutivo da parte del Governo. Ciò richiede – anche questa è una differenza tra le due proposte – un'intesa tra Stato e Regioni per portare ad attuazione una normativa troppo a lungo non applicata e quindi per superare il regime transitorio dell'*intramoenia* allargata (che, ripeto, con un ossimoro viene definita *intramoenia-extramoenia*). Si tratta di superare il regime dell'esercizio della professione in studi privati collocati sul territorio, realizzando quelle strutture nelle quali giustamente il medico, che ha fatto la scelta del rapporto di esclusività sulla base della funzione dirigenziale che ricopre, può esercitare la propria attività con chiarezza, trasparenza, onestamente, come fa la maggior parte dei medici, anche se nel corso della Commissione abbiamo riscontrato una diffusa evasione fiscale. Vanno pertanto ricondotte sotto la gestione delle ASL non solo le prenotazioni, ma anche i pagamenti. Ripeto, occorre far cessare quel regime transitorio durato fino ad oggi per non aver realizzato le strutture previste dalla legge. Vi sono medici che onestamente, correttamente, con appropriatezza (sebbene non vi siano strumenti per il controllo dell'appropriatezza al di fuori del Servizio sanitario pubblico) svolgono o intendono svolgere la libera professione intramuraria.

Vorrei aggiungere che l'articolo 22 del decreto-legge n. 223 del 4 luglio 2006 ha già prodotto alcuni effetti. La Regione Liguria, ad esempio, avendo riscontrato l'inadempienza delle proprie ASL, recentemente ha adottato un provvedimento che dispone in ordine all'attuazione della normativa vigente. Quindi, il senso di questa nostra proposta non è di modificare il quadro normativo, ma di dare indicazioni al Governo su come portare ad attuazione quel punto di equilibrio contenuto nella normativa vigente che fa cessare l'*intramoenia* allargata nel momento in cui si rendono disponibili gli spazi per l'esercizio in *intramoenia*, senza equivoci su

ciò che per *intramoenia* si intende e su ciò che per esercizio dell'*intramoenia* allargata si deve intendere.

Se vogliamo invece produrre un documento che abbia contenuti normativi, penso che la sede adatta non sia la conclusione dell'indagine conoscitiva che abbiamo svolto, da un lato sullo stato di attuazione della normativa, dall'altro – do atto al senatore Bodini del recepimento della mia richiesta – sull'equità nell'accesso al servizio, che deve comunque essere garantito a tutti nel quadro del Servizio sanitario pubblico. Tale equità deve essere garantita superando l'idea che si possa stabilire per provvedimento amministrativo un tempo dovuto: i tempi entro i quali le prestazioni devono essere fornite sono i termini che le Regioni individuano sulla base della normativa vigente (che non ritengo necessario modificare), in relazione alla tipologia delle prestazioni, all'indicazione del medico curante e, quindi, alla situazione di necessità e all'adeguatezza delle prestazioni.

Con questo ho concluso. Mi scuso se ho debordato dai tempi previsti.

TOMASSINI *(FI)*. Signor Presidente, intervengo brevemente per illustrare una proposta di modifica dello schema di documento conclusivo presentato dal relatore nella seduta di ieri, consistente nella sostituzione del capoverso conclusivo del paragrafo 23 con un testo del seguente tenore: «Rilevato quanto emerso nel corso dell'indagine conoscitiva, la Commissione auspica che il Ministro della salute tuteli il diritto dei sanitari ad esercitare l'opzione contrattuale in ordine all'esclusività o non esclusività del rapporto di lavoro e a rispettare l'autonomia organizzativa delle Regioni, prevista dall'articolo 5 della Costituzione, nell'attribuzione degli incarichi di direzione dipartimentali e di unità operative semplici o complesse».

Con tale proposta vogliamo che sia chiaramente espresso e confermato il diritto per ogni operatore all'opzione contrattuale in ordine all'esclusività o meno del rapporto di lavoro e che sia nuovamente riconfermata l'autonomia organizzativa delle Regioni, così come previsto dall'articolo 5 e dagli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione.

PRESIDENTE. Se non si fanno osservazioni, come concordato, dispongo una sospensione dei lavori.

I lavori, sospesi alle ore 15,40, sono ripresi alle ore 16,10.

BODINI *(Ulivo)*. Signor Presidente, ringrazio tutti gli intervenuti per l'apporto fornito alla discussione, che credo sia stata proficua nell'affrontare un problema evidentemente non così semplice se dopo tanti anni non è stato ancora risolto.

Senza entrare di nuovo nei particolari dello schema di documento conclusivo che ho esposto ampiamente ieri, vorrei soltanto sottolineare che, rispetto alla proposta in parte alternativa della collega Emprin, non rilevo differenze significative in riferimento ai dispositivi o comunque al-

l'idea che questa Commissione deve dare al Ministro. Nell'ultimo comma del documento invitiamo il Ministro a produrre un disegno di legge entro il 31 luglio del 2007 per evitare che vi sia un vuoto legislativo e una conseguente ripercussione sull'efficienza del servizio e sulla possibilità da parte dei professionisti di esercitare la libera professione e da parte dei pazienti di scegliere il medico a cui affidarsi. Vedremo poi la declinazione che il Ministro farà in tale disegno di legge delle proposte che noi avanziamo.

In primo luogo, nel documento conclusivo dell'indagine ribadiamo che il regime di libera professione esercitata in *intramoenia* allargata deve andare ad esaurimento entro il 31 dicembre del 2008 – quindi entro un termine ragionevole, se c'è veramente la volontà politica per farlo – con strumenti adatti a ciascuna circostanza. Ovviamente proponiamo che, laddove sia possibile, si tratti di una vera attività in *intramoenia*.

Rispetto al testo che ho presentato ieri intendo segnalare un erronea omissione nell'ultima pagina, laddove si dice che: «Gli spazi per l'attività ambulatoriale in ALPI potranno essere condivisi con quelli delle attività istituzionali, mentre si dovranno avere spazi separati per i ricoveri, e comunque i percorsi di prenotazione e contabilità dovranno essere separati, pur essendo unico il centro di prenotazione». Propongo di aggiungere dopo le parole «di prenotazione» le parole «e riscossione». Ci si riferisce così ad un centro unico per la prenotazione e la riscossione, lasciando poi dei percorsi separati.

Propongo un'ulteriore integrazione per conseguire una maggiore chiarezza. Nella parte in cui si dice di dare «ampio mandato in questo senso ai direttori generali, che dovranno graduare gli interventi anche nel rispetto di pregressi contratti con i singoli professionisti», propongo di specificare che «qualora non fosse possibile ricomprendere entro la data prevista del dicembre 2008 (per la cessazione dell'*intramoenia* allargata) le scadenze contrattuali, i direttori generali si faranno carico degli oneri dei contratti già posti in essere». Quindi non si propone alcuna ulteriore proroga, ma il rispetto dei diritti acquisiti.

Per quanto riguarda la proposta avanzata dal senatore Tomassini, non credo che possa essere intesa come un'integrazione del testo, perché il tema non è stato oggetto dell'indagine che abbiamo svolto e anche perché il Presidente potrebbe registrare forse qualche problema di correlazione rispetto ai contratti nazionali già in essere.

GRAMAZIO *(AN)*. Signor Presidente, desidero intervenire sull'ordine dei lavori per chiederle un chiarimento a proposito delle sostituzioni dei membri della Commissione effettuate. Intendo sapere quali senatori sono stati sostituiti e quali Gruppi sono rappresentati in questo momento in Commissione.

PRESIDENTE. In relazione alla sua richiesta, senatore Gramazio, invito la senatrice segretaria, Monacelli, a verificare la correttezza delle sostituzioni effettuate e quali Gruppi sono rappresentati in Commissione.

TOMASSINI *(FI)*. Signor Presidente, le preannuncio che alla fine delle dichiarazioni di voto chiederò, insieme al prescritto numero di senatori, di procedere alla votazione per appello nominale, con la precisa identificazione dei nomi e l'indicazione delle sostituzioni che sono state effettuate. Possiamo dire, infatti, che nel corso della seduta odierna ne abbiamo viste di tutti i colori: ho visto presenti in Commissione ben tre rappresentanti del Gruppo Per le autonomie: il senatore Bosone, il senatore Peterlini e il senatore Perrin. Vorrei capire dunque cosa è successo, visto che il Regolamento prevede che chi sostituisce un collega non può essere a sua volta sostituito.

PRESIDENTE. Senatore Tomassini, ho già chiesto alla senatrice segretario di effettuare una verifica dei senatori presenti.

Passiamo alla votazione.

Chiedo ai colleghi di intervenire in maniera quanto più possibile sintetica per poter giungere al voto nel corso la seduta odierna.

BAIO *(Ulivo)*. Signor Presidente, voglio iniziare la mia dichiarazione di voto a nome del Gruppo dell'Ulivo ringraziando l'estensore dello schema di documento conclusivo, senatore Bodini, per il lavoro paziente, intelligente, e costruttivo che ha svolto. Trovo corretto ringraziare pubblicamente anche il ministro Livia Turco, che non solo ci ha fornito strumenti utili per giungere alla predisposizione dello schema di documento conclusivo, ma ha anche dichiarato la sua totale disponibilità ad attendere la conclusione della nostra indagine conoscitiva al fine di compiere le scelte conseguenti. Ritengo che questo atteggiamento sia molto importante e sia diretto al servizio di tutti i cittadini e al positivo andamento del Sistema sanitario nazionale.

L'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alla disparità nell'accesso servizi sanitari pubblici, ci ha rivelato alcuni dati di cui non avevamo esatta conoscenza. Ad esempio, che non esiste un nesso di causalità tra le liste d'attesa e l'attività intramuraria è un elemento positivo, che consentirà, anche al Ministro, di compiere delle scelte conseguenti, così come viene suggerito anche nello schema di documento conclusivo presentato dal senatore Bodini e nell'invito che rivolgiamo al Ministro a raccogliere le osservazioni che proponiamo.

Dal lavoro approfondito che è stato fatto, grazie anche a tutte le audizioni compiute e al materiale raccolto, emerge con chiarezza l'esigenza di affermare tre principi: quello dell'adeguata offerta dei servizi necessari per rispondere ai bisogni sanitari dei cittadini, quello della libertà di scelta del medico da parte del cittadino (principio che personalmente reputo importantissimo) e, infine, quello della libertà dei medici stessi.

Un importante elemento di novità è rappresentato dal fatto che vengono stabilite delle scadenze temporali: entro il 31 dicembre 2008, infatti, non sarà più possibile lasciar sopravvivere lo stato di anarchia oggi presente sul territorio italiano. Alla società italiana deve arrivare un messag-

gio chiaro ed inequivocabile in tal senso. È questa una prima risposta importante, di cui il Ministro dovrà sicuramente tener conto. Vengono inoltre indicati limiti temporali ancor più ravvicinati quando si dice che entro il 31 luglio del 2007 dovranno essere necessariamente previsti dei piani aziendali; dunque non sarà più possibile, come accade oggi, lasciare in uno stato di anarchia tanto le aziende ospedaliere quanto quelle sanitarie.

Il Ministero avrà la possibilità di esercitare un controllo effettivo, così da garantire al cittadino la possibilità di scegliere liberamente il medico a cui rivolgersi e da consentire nel contempo al Servizio sanitario nazionale di conoscere nel dettaglio, dal punto di vista economico e finanziario, quanto viene investito nell'attività intramuraria ed extramuraria, purché si arrivi ad una limitazione dell'attività intramuraria allargata. È infatti questo un punto debole su cui intendevamo essere chiari.

Invito tutti i colleghi, dunque, ad approvare lo schema di documento conclusivo perché, se sapremo far arrivare un messaggio unitario, il Ministro si sentirà maggiormente in dovere di seguirlo e di impegnarsi a realizzare, in tempi rapidissimi, gli obiettivi che indichiamo.

TOMASSINI *(FI)*. Signor Presidente, vorrei rivolgere un sincero complimento, sia a nome del mio Gruppo sia a titolo personale, al relatore, senatore Bodini, un collega medico, che si è dimostrato molto paziente e capace nel cercare di costruire una posizione che possa rappresentare esaustivamente le acquisizioni dell'indagine conoscitiva in titolo, che si è rivelata estremamente importante.

Analogamente desidero complimentarmi con il presidente Marino, che si è adoperato non poco, e rendere onore al Ministro per aver superato alcune affermazioni rilasciate ai *media* e per essersi poi impegnato, con una lettera scritta, a rispettare le conclusioni cui approderà la nostra Commissione. È per questo motivo che, a nostro parere, il documento conclusivo riveste un'importanza fondamentale. Ed è proprio su questo punto che abbiamo aperto l'odierna seduta con alcune precisazioni, a mio avviso doverose.

Anche per alcuni elementi emersi precedentemente, mi pare opportuno specificare che questa, a conclusione di un'indagine conoscitiva, è una sede deliberante. Proprio per tale motivo è necessaria la presenza del prescritto numero di senatori, testimoniata dalla loro firma, mentre si riconosce la sovranità del Parlamento, testimoniata dalla mancata previsione della presenza di un rappresentante del Governo. Si pone quindi in capo a noi la responsabilità di quanto votiamo e affermiamo.

Talvolta le regole non vengono rispettate. Neanche noi condividiamo le proroghe, ma molto spesso, quando le regole non vengono rispettate, bisogna chiedersi se esse sono di per sé rispettabili. Né si può fare un doppio percorso, fatto di doppi pesi o doppie misure; se, ad esempio, è all'esame dell'Aula un decreto-legge che supera i patti di stabilità – e, a nostro avviso, addirittura la Costituzione – non possiamo poi basare delle regole su tali elementi.

La fotografia dell'indagine conoscitiva che abbiamo svolto, contenuta nello schema di documento conclusivo, è corrispondente alle risultanze delle audizioni effettuate e alle conoscenze che ne abbiamo estrapolato. Si è sviluppata una discussione ampia ed approfondita, in cui ha trovato spazio il confronto, che ha portato ad un documento il quale – teniamo a chiarirlo – non è la proposta dell'opposizione e, tuttavia, garantisce un percorso in cui ci riconosciamo. Si tratta di un documento in cui si tutelano i principi che regolano la libera professione (elemento di garanzia, secondo l'articolo 32 della Costituzione, per i cittadini e per gli operatori sanitari) e si stabiliscono con precisione le norme generali, senza entrare nei dettagli che solo la legge dovrà definire. In tale ambito, ritenendo che il percorso proposto sia condivisibile, preannuncio il voto favorevole del mio Gruppo.

MASSIDDA *(DC-PRI-MPA)*. Signor Presidente, ripetere quanto è stato detto dai colleghi che mi hanno preceduto sarebbe sciocco, ma devo associarmi al riconoscimento del lavoro compiuto dal relatore. Conosciamo l'opera certosina che ha svolto per mettere d'accordo posizioni contrastanti. La foto di cui ha parlato il senatore Tomassini, a seconda del punto di vista dal quale la si osserva, può presentare colori differenti: credo che l'ottica utilizzata dal relatore abbia messo d'accordo tutti.

Ci accingiamo a fissare un termine per la cessazione del regime transitorio dell'*intramoenia* allargata al 31 dicembre 2008: bisogna aiutare il Governo – perché il Parlamento non può rinunciare alle proprie prerogative – a creare le condizioni affinché l'*intramoenia* sia messa in grado di svolgere il ruolo che le compete. Questo è il brillante inizio di un lungo lavoro che ci porterà – ci auguriamo – a risolvere il problema entro il 2008.

CURSI *(AN)*. Signor Presidente, il lavoro svolto dal collega Bodini – al quale diamo atto di quanto, grazie alla sua serietà, è riuscito a trasferire nelle proposte conclusive – conferma alcune preoccupazioni e perplessità da noi già manifestate, che si accompagnano anche ad alcune certezze in merito alla libertà del cittadino di scegliersi il medico che ritiene più opportuno si occupi della propria salute e del medico a conferma della propria dignità professionale.

Peraltro, l'indicazione del parere vincolante sugli spazi individuati per l'attività intramuraria, così come indicato nella proposta che intendiamo sottoporre al Ministro, rientra nella logica che spesso e volentieri abbiamo sostenuto, ossia la necessità dell'attività consultiva dei collegi di direzione in ordine alla individuazione di tali spazi.

Quali sono, dunque, le nostre preoccupazioni e perplessità? I tempi individuati, se per un verso ci soddisfano, perché danno la sensazione di procedere celermente, dall'altro confermano che probabilmente si dovranno fare i conti con le note situazioni locali. Prevedere l'approvazione dei piani aziendali entro 30 giorni è ottimistico: magari fosse così, me lo auguro! Sottoscrivo tale intenzione manifestando il mio parere favorevole

in merito; in questa sede, però, esprimo perplessità in considerazione di quanto affermato nelle stesse audizioni, come riportato nello schema di documento predisposto dal collega Bodini.

Del resto, non siamo nemmeno certi delle risultanze dell'indagine conoscitiva condotta dalla Camera dei deputati nel 2003, riportate nell'intervento della senatrice Emprin: non sta scritto da nessuna parte, anzi è escluso in modo assoluto che il problema delle liste d'attesa non possa essere affrontato nei tempi e secondo le indicazioni che abbiamo fornito in questa sede, cioè che l'attività medica in regime di *intramoenia*, così come era stata pensata, sia svincolata dalle liste d'attesa. Magari fosse così: mi sembra di ricordare che qualche Ministro della salute, in periodo non sospetto, abbia asserito esattamente il contrario e che qualche Regione continui a farlo.

Accanto a questo, però, ci fa piacere verificare che sono state superate alcune difficoltà precedentemente esistenti. Ci auguriamo che si adotti lo strumento del disegno di legge, che tenga conto nella fase successiva delle proposte e delle indicazioni che verranno. Se così non fosse, manifesteremmo sin da subito le nostre preoccupazioni; il problema, infatti, non risiede soltanto nella scelta di una data diversa dal 31 luglio 2007, ma nell'indicazione di percorsi e nella costruzione di spazi destinati all'attività in regime di *intramoenia* ed *extramoenia*. L'espressione di un parere vincolante da parte dei medici, quindi, resta fondamentale.

Per questi motivi preannuncio il voto favorevole del Gruppo Alleanza Nazionale sullo schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, ho apprezzato le correzioni introdotte dal senatore Bodini, in particolare quella sulla riscossione dei pagamenti, che non mi sembra un cambiamento irrilevante. Tuttavia registro il mantenimento dell'impostazione di fondo.

Vorrei sgombrare il campo da un equivoco: qui non c'è, da una parte, una mozione che sostiene che il 31 dicembre 2008 cesserà l'*intramoenia* allargata e, dall'altra, una seconda mozione che prevede il contrario. Vi sono due proposte: una stabilisce che l'*intramoenia* allargata verrà portata sotto il controllo amministrativo delle ASL entro il 31 dicembre 2008; l'altra che si realizzeranno obbligatoriamente gli spazi per l'esercizio della libera professione intramuraria entro il 31 dicembre 2008 su progetti cronografati e tempificati, con interventi sostitutivi nel caso in cui le scadenze non siano rispettate, e la cessazione dell'*intramoenia* allargata – come prevede la normativa vigente – nel momento in cui vengano realizzati gli spazi per lo svolgimento di quella istituzionale. La seconda proposta prescrive, altresì, una serie di strumenti di partecipazione e di controllo degli utenti che esistono da tempo, ma che non sono a tutt'oggi attivati in tutte le ASL. Si tratta di forme di tutela degli utenti e degli operatori sanitari direttamente attivabili dagli stessi per la partecipazione e il controllo dell'esercizio di tutte le attività che verranno realizzate sia in regime istituzionale sia in regime di *intramoenia*.

L'articolo 32 della Costituzione, che qui è stato citato, riconosce il diritto alla salute come diritto individuale, ma anche come interesse generale della collettività. Per questo non mi convince la proposta del relatore. Ha ragione il senatore Tomassini quando dice che siamo in sede deliberante: non ho mai detto che non siamo in sede deliberante; ho detto che non ritenevo che l'indagine conoscitiva si dovesse concludere con un'ipotesi di modifica del quadro legislativo vigente. Ritenevo che si dovesse concludere con un'ipotesi che rendesse obbligatorio l'esercizio dell'attività istituzionale.

Aggiungo che viene sottovalutato il rapporto tra liste di attesa ed esercizio della libera professione, soprattutto allargata; nella proposta del relatore si pensa di poterlo risolvere con un provvedimento amministrativo, stabilendo che i tempi entro i quali devono essere assicurate le prestazioni nell'ambito del Servizio sanitario nazionale non possano superare il doppio dei tempi entro cui le stesse vengono fornite in attività di libera professione intramuraria. Noi abbiamo rilevato, nel corso dell'indagine, che le liste di attesa sono state spesso intasate da doppie e triple prenotazioni; riteniamo pertanto che debbano essere inseriti strumenti di controllo delle liste di attesa, come la nostra proposta prevede. Aggiungo che avevo chiesto di acquisire agli atti la registrazione di una trasmissione televisiva, in cui Teresa Petrangolini, del Tribunale dei diritti del malato, ha dichiarato pubblicamente (in tempi recenti, poco più di un mese fa) che il blocco delle liste di attesa, proibito per legge, spesso viene di fatto aggirato dalla comunicazione ai cittadini della sospensione temporanea delle stesse.

Ritengo che non si garantisca l'equità dell'accesso, a cui tutti hanno diritto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, prevedendo che i tempi delle prestazioni nel Servizio sanitario pubblico non possano essere superiori al doppio di quelli previsti dalla libera professione intramuraria; penso inoltre che sia sbagliato scriverlo in un provvedimento amministrativo. Penso che i tempi debbano essere definiti su protocolli diagnostici individuati dalle Regioni, sulla base di priorità identificate dal medico (sia esso il medico di libera professione o del Servizio sanitario nazionale), con l'indicazione della priorità e dell'urgenza (come è in questo momento), che i direttori generali delle ASL debbano essere obbligati a garantire le prestazioni nel Servizio sanitario nazionale (perché è così che si esercita davvero la scelta) e che quest'obbligo debba prevedere delle sanzioni. Tutto questo è contenuto nella nostra proposta di documento conclusivo. C'è pertanto una rispondenza alla corretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione e al pieno esercizio della libertà di scelta.

Aggiungo – l'ho già detto in precedenza e viene ribadito nella proposta – che tale libertà deve poter essere esercitata anche nel Servizio sanitario nazionale, come è. Io la esercito da 35 anni negli ambulatori pubblici, scegliendo il professionista sulla base dei turni di presenza, per me-

dici che esercitano anche in *intramoenia*, nei giorni e negli orari in cui questi forniscono la prestazione nel pubblico. Da questo punto di vista, penso che non sia stata data risposta alle segnalazioni forti che ci sono arrivate dal Tribunale dei diritti del malato, che ci ha detto che un quarto delle persone che ricorrono a tale organismo lo fanno perché ritengono di essere stati avviati alla libera professione in mancanza di accesso al Servizio sanitario nazionale. Essi, usando un termine molto forte, hanno dichiarato di aver avuto la percezione di essere oggetto di una truffa.

Credo che questi strumenti di controllo debbano essere attivati (in molte realtà non lo sono) con la partecipazione al controllo da parte degli utenti. Nella proposta di documento conclusivo da noi presentata questo è previsto.

Per tutte queste ragioni, pur apprezzando le sforzo ulteriore che è stato compiuto, non mi convince la proposta di documento conclusivo del senatore Bodini. Penso che dobbiamo dare alla Ministra indicazioni più cogenti di attuazione della normativa vigente prima di pensare a cambiarla e penso che dobbiamo garantire i diritti degli utenti, soprattutto di quelli più deboli (lavoratori e pensionati).

BIANCONI *(FI)*. Signor Presidente, intervengo sull'ordine dei lavori.

Ho ascoltato con molta attenzione la dichiarazione di voto della senatrice Emprin Gilardini. Vorrei però chiedere a lei, signor Presidente, se il percorso che avevamo stabilito è confermato.

PRESIDENTE. Assolutamente sì.

BIANCONI *(FI)*. Dunque verrà posta ai voti una sola proposta di documento conclusivo. La senatrice Emprin Gilardini ha continuato a parlare di una seconda proposta. Lei conferma, signor Presidente, che verrà posta ai voti una sola proposta.

PRESIDENTE. Certo, è così.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, vorrei intervenire anch'io sull'ordine dei lavori. Noi non abbiamo concordato, in sede di riunione dei Capigruppo, che sarebbe stata posta ai voti una sola proposta di documento conclusivo.

PRESIDENTE. Verrà posta ai voti, come tutti sapete, la proposta di documento conclusivo del senatore Bodini. Se questa non verrà approvata, si aprirà un problema. Se invece la proposta del senatore Bodini verrà approvata, saranno precluse altre votazioni.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Ma verrà allegata ai resoconti della seduta la proposta alternativa presentata, ove, una volta messo ai voti, il documento del senatore Bodini venga approvato.

MONACELLI *(UDC)*. Signor Presidente, confesso che all'inizio di questa indagine conoscitiva era forte la preoccupazione che nutrivamo circa alcune rigidità di posizione che il Ministro aveva più volte espresso. Rigidità di posizione che via via, nel corso delle audizioni, hanno in realtà dimostrato come l'attuazione pratica fosse stata ben più difficile rispetto alle enunciazioni di principio, visto che gran parte delle Regioni e delle aziende sanitarie erano nell'impossibilità pressoché totale di poter assicurare di portare l'*intramoenia* allargata all'interno dei cosiddetti spazi istituzionali entro il termine del 31 luglio 2007.

Per questa ragione ci pare evidente che il documento presentato in forma riassuntiva, nell'ultima stesura, dal senatore Bodini rappresenti – come già sottolineato dai colleghi precedentemente intervenuti – un lavoro prezioso, non solo di serietà e di pazienza, ma anche di moderazione e di competenza. Il senatore Bodini è riuscito infatti a coniugare le diverse istanze, ma anche le diverse necessità.

Abbiamo preteso, all'inizio dei lavori di questa Commissione, che la maggioranza garantisse la presenza del numero legale. Non si trattava di un irrigidimento su un formalismo di maniera dettato dall'opposizione, ma del fatto che questa era una di quelle situazioni in cui la forma è davvero sostanza. C'era la necessità che la maggioranza politica di questo Parlamento e di questa Commissione facesse quadrato su un atto politico; il documento che viene licenziato, infatti, è sostanzialmente un atto politico conclusivo di un'indagine conoscitiva.

Riassumendo e delineando la determinazione di voto del Gruppo dell'UDC, siamo favorevoli all'approvazione della proposta di documento conclusivo del senatore Bodini. Rispetto alla questione metodologica, così com'era stata rappresentata dalla collega Bianconi e dalla collega Emprin Gilardini, ci pare evidente che, se la collega Emprin Gilardini ribadisce la presentazione della sua proposta alternativa, altrettanto, a questo punto, dovrà fare l'opposizione. Non mi sembra del tutto ragionevole questa forma, che sarebbe comunque innovativa rispetto al consueto modo di lavorare di questa Commissione.

SILVESTRI *(IU-Verdi-Com)*. Signor Presidente, sarò brevissimo, anche per permettere la conclusione dell'indagine conoscitiva nella seduta odierna.

Confermo che la proposta del senatore Bodini contiene molti aspetti che le audizioni e la nostra discussione hanno evidenziato. Tuttavia, in relazione a ciò che la ministra Livia Turco ha detto in questa sede e al fatto che alcune motivazioni dell'opposizione in appoggio alla proposta del senatore Bodini mi preoccupano assai, in quanto vanno in una direzione diversa da quella che immaginavo, vorrei sostenere la proposta alternativa presentata dalla senatrice Emprin, chiedendo che venga pubblicata in allegato anche a mio nome.

Annuncio quindi la mia astensione dalla votazione dello schema di documento conclusivo presentato dal senatore Bodini, manifestando la

mia perplessità in ordine ad alcuni suoi contenuti che, invece, dovrebbero essere di chiarezza.

BOSONE *(Aut)*. Intervengo per esprimere il voto favorevole del Gruppo Per le autonomie e per ringraziare l'estensore dello schema del documento conclusivo e i Gruppi di maggioranza e di opposizione che hanno permesso di giungere ad un testo così largamente condiviso.

Il mio Gruppo esprimerà un voto favorevole, perché riteniamo che con il documento al nostro esame viene tutelato il cittadino nella sua libertà di scelta, così come viene valorizzata la professione medica e si crea un'utilità complessiva anche nell'ambito delle aziende sanitarie. Voglio inoltre esprimere l'auspicio, con questa mia dichiarazione di voto, che il disegno di legge che dovrà tener conto del documento in votazione chiarisca in via definitiva che, comunque, entro il 31 dicembre 2008, l'attività libero professionale intramuraria allargata debba cessare, vista la grande pluralità di opzioni consentita alle aziende sanitarie per mettersi in regola e quindi per risolvere il problema degli spazi da dedicare a tale attività.

Con questa precisazione e anche con l'auspicio che nel decreto ministeriale si tenga conto dei fondi da destinare agli spazi dedicati all'ALPI, esprimiamo il nostro voto favorevole.

EMPRIN GILARDINI *(RC-SE)*. Signor Presidente, intervengo solo per esprimere la mia formale accettazione alla richiesta del senatore Silvestri di presentare assieme a me lo schema di documento conclusivo da me preparato.

PRESIDENTE. Comunico che dal prescritto numero di senatori è stato richiesto che sullo schema di documento conclusivo si proceda con votazione nominale con appello.

Indico pertanto la votazione con appello nominale.

Metto ai voti lo schema di documento conclusivo presentato dal senatore Bodini, così come modificato, con l'intesa che la Presidenza si intende autorizzata ad effettuare i coordinamenti che si rendessero necessari.

Dichiaro aperta la votazione.

MONACELLI, *segretario, fa l'appello.*

(Rispondono sì *i senatori:* BAIO *(Ulivo),* BASSOLI *(Ulivo),* BIANCONI *(FI),* BINETTI *(Ulivo),* BODINI *(Ulivo),* BOSONE *(Aut),* CARRARA *(FI),* AMATO *(FI) – in sostituzione della senatrice Colli –,* CURSI *(AN),* GHIGO *(FI),* GRAMAZIO *(AN),* LORUSSO *(FI),* MARINO *(Ulivo),* MASSIDDA *(DCA-PRI-MPA),* MONACELLI *(UDC),* LADU *(Ulivo) – in sostituzione del senatore Polito –,* ROSSA *(Ulivo),* BOBBA *(Ulivo) – in sostituzione della senatrice Serafini,* TOMASSINI *(FI) e* TOTARO *(AN).*

Rispondono no *i senatori:* Fernando ROSSI *(Misto-Consum) – in sostituzione del senatore Caforio –,* EMPRIN GILARDINI *(RC-SE) e* ALFONZI *(RC-SE) – in sostituzione della senatrice Valpiana –.*

Si astiene il senatore: SILVESTRI *(IU-Verdi-Com).*

È approvato.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'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.

I lavori terminano alle ore 16.50.

Licenziato per la stampa dall'Ufficio dei Resoconti

ALLEGATO

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 APPROVATO DALLA COMMISSIONE

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. Liste di attesa e attività intramoenia
23. Considerazioni conclusive e ipotesi di lavoro

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 finalizzato 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 *équipe* 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. Liste di attesa e attività *intramoenia*

Il rapporto tra liste di attesa e attività intramuraria rappresenta uno degli aspetti più critici dell'indagine proprio in considerazione del fatto che essa era indirizzata a studiare l'ALPI «con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità di accesso ai servizi sanitari pubblici».

Nell'illustrare la proposta il 4 luglio 2006, il presidente Marino ipotizzava che in ampie aree del Paese le carenze strutturali degli ospedali avessero comportato la diffusione della cosiddetta «*intramoenia* extramuraria» o «allargata», con serie ricadute sul piano del rispetto dell'imprescindibile principio della parità di accesso ai trattamenti. Egli riteneva inoltre che l'introduzione dell'*intramoenia* non avesse risultati positivi sulle liste di attesa, come era ipotizzato nella legge istitutiva.

In effetti, dal complesso delle audizioni effettuate, risulta in modo abbastanza netto che l'*intramoenia* non ha avuto di per sé effetti positivi o negativi sulle liste di attesa, ma ha piuttosto lasciato uno *status quo* che, in molte parti del Paese, è ancora pesantemente negativo.

Una forma particolare di libera professione che invece, laddove è stata applicata, ha portato vantaggi, è l'acquisto da parte delle aziende

di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione (e quindi fuori dall'orario di servizio) finalizzate proprio ad abbattere le liste di attesa. Questo strumento, che non ha alcun onere per il cittadino che riceve la prestazione e che aumenta l'efficienza erogativa delle aziende, può essere utile particolarmente quando viene applicato per superare situazioni contingenti (per esempio carenze temporanee di organico).

I problemi fondamentali irrisolti, specie dove è maggiormente presente l'*intramoenia* allargata, ovvero le aree del centro-sud, sono:

assicurare una reale parità di accesso ai servizi, eliminando anche tutte quelle situazioni che possono creare confusione sui percorsi e accentuare la percezione di discriminazione;

un controllo dell'attività dei professionisti, sia sotto il profilo della quantità di prestazioni erogate su base oraria e quindi del rapporto tra i volumi delle attività istituzionale e libero-professionale, sia sotto il profilo della correttezza amministrativa e fiscale.

Riguardo al primo problema va evidenziato, come risulta particolarmente dalle deposizioni dei rappresentanti dell'utenza (Cittadinanzattiva – Tribunale dei diritti del Malato), che circa un quarto delle richieste di intervento o chiarimento presso il TdM riguardanti le liste di attesa ha lo scopo di avere informazioni per ottenere rimborsi per prestazioni sostitutive in *intramoenia* o nel privato e le difficoltà o impossibilità di accedere a queste aeree in quanto troppo onerose. Vi sono poi aree specialistiche, al di là delle richieste di TAC, ecografie, RMN o altro, dove l'accesso è particolarmente difficile (cardiologia, ortopedia, fisiatria, urologia) o addirittura virtualmente impossibile, come nell'area oculistica. E ancora, ciò che pare francamente inaccettabile è che vi siano situazioni dove i tempi medi di attesa per esami prenotati come urgenti (quali le prestazioni ambulatoriali di classe A, da erogare in 10 giorni) non sono rispettati.

D'altra parte sono state evidenziate situazioni assolutamente virtuose dove i tempi di attesa sono rispettati, le liste controllate e la libera professione *intramoenia* ben organizzata, controllata e redditizia per l'azienda.

Riguardo al secondo problema è del tutto evidente che la dispersione dell'attività sul territorio in una quantità di studi privati (ancorché convenzionati) induce difficoltà se non impossibilità di controllo. Ciò è testimoniato da quanto affermato dal precedente ministro Sirchia, che definiva la situazione «anarchica», come già scritto in precedenza, e dalla recente indagine della Guardia di Finanza, trasmessa alla Commissione, che ha evidenziato un inaccettabile livello di evasione fiscale. Ciò evidentemente influisce negativamente sulla reale redditività dell'ALPI.

Ciò premesso, si ribadisce che l'ALPI si configura, fin dalla sua iniziale definizione, come diritto dei medici che hanno scelto il rapporto di esclusività 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.

A indagine conclusa, è necessario osservare che, perché l'ALPI sia realmente una opportunità ulteriore e non una «necessità mascherata», l'opzione del cittadino deve essere riferita soloalla scelta del medico.

Ciò implica che l'ALPI deve essere fortemente integrata all'interno del SSN e non rappresentarne una sorta di anomalia per aggirare, da parte di chi può, ostacoli all'accesso alle prestazioni. D'altra parte l'ALPI non deve essere penalizzata per scarsa efficienza del servizio istituzionale, efficienza che quindi rappresenta la priorità di intervento al fine della riduzione dei tempi di attesa da parte delle aziende.

Il SSN deve pertanto essere in grado, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, di fornire gratuitamente prestazioni di pari livello rispettando i tempi di attesa stabiliti dalle Regioni, in ambienti con un livello di *confort* sufficiente. Altro punto fondamentale è il rispetto all'accesso alle prestazioni in caso di richiesta urgente da parte del curante: anche questa opzione deve essere assolutamente garantita nei tempi stabiliti.

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 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: esse mettono in evidenza il problema della scarsa appropriatezza della domanda espressa e riflettono sempre problemi di tipo organizzativo.

In base anche alle esperienze emerse da varie audizioni, si può tranquillamente affermare che le liste di attesa devono essere gestite e non subite, ad esempio attraverso controlli da parte di CUP centralizzati in ordine alla presenza di più prenotazioni della stessa prestazione in vari centri, il sistema del «*recall*» del paziente e la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi che portino alla riduzione della inappropriatezza. Liste più «pulite» significano abbreviazione dei tempi di attesa.

Ancora attenzione andrà posta al fatto che l'ALPI non induca al suo interno, per meccanismi facilmente comprensibili, un aumento di inappropriatezza nella richiesta di prestazioni. Controlli in tal senso andranno quindi effettuati in ugual misura nel caso delle richieste da SSN così come da ALPI.

D'altro canto è emerso con chiarezza che nelle Regioni dove il servizio sanitario è efficiente ed efficace, almeno per quanto riguarda i tempi di attesa, il ricorso all'ALPI è maggiore ed effettuato prevalentemente negli spazi interni alle aziende.

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

È accertato che un sano 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 venti audizioni ed oltre trenta questionari ricevuti consente di affermarlo) non permette di esercitarla in tal modo. A tale proposito va rilevato che la prima indicazione di avere spazi dedicati e separati solo per l'ALPI nella maggior parte dei casi non si è realizzata, e questo anche dove l'ALPI funziona efficacemente. Sembra preferibile una migliore organizzazione dei tempi di utilizzo degli spazi già esistenti, purché adeguati ad una obbligatorietà di creazione di nuovi ambienti.

Quanto alle carenze organizzative, l'indagine ha messo in evidenza da una parte l'inerzia (a volte totale) di alcune Regioni nel richiedere i 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.). A questo proposito non va dimenticato che la mancata assunzione, da parte del direttore generale, di tutte le iniziative per consentire il pieno esercizio della libera professione intramuraria costituisce causa impeditiva per il rinnovo dell'incarico e, nei casi più gravi, motivazione per la revoca dell'incarico di direttore generale.

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, laddove non siano state realizzate le strutture atte all'esercizio dell'*intramoenia*.

23. Considerazioni conclusive e ipotesi di lavoro

Il ministro ha più volte osservato che non intende concedere ulteriori proroghe rispetto ad una situazione che ha in effetti avuto fin troppi ritardi nell'applicazione di una legge che risale a ben otto anni fa. Tale principio è stato anche ribadito dall'articolo 22 del decreto-legge n. 223 del 2006 (cosiddetto decreto Bersani), convertito con modificazioni dalla legge n. 248 del 2006, che al comma 2 recita: «Al comma 10 dell'articolo 15 *quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le parole: "fino al 31 luglio 2006" sono sostituite con le seguenti: "fino alla data certificata dalle regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, e comunque entro il 31 luglio 2007"» e che al comma 4 recita: «Al fine di garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria, anche in riferimento all'obbiettivo di ridurre le liste di attesa, sono affidati alle regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale

della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e l'adozione di misure dirette ad attivare, previo congruo termine per provvedere da parte delle aziende risultate inadempienti, interventi sostitutivi anche sotto la forma della nomina di un commissario *ad acta*. In ogni caso l'attività libero professionale non può superare, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente».

D'altra parte, se si dovesse bloccare completamente tutta l'*intramoenia* allargata al 31 luglio 2007, si priverebbero moltissimi medici a rapporto esclusivo del loro diritto all'esercizio libero-professionale e i cittadini di una possibilità di scelta, senza peraltro incidere seriamente nei problemi strutturali tuttora esistenti specie al sud del Paese sulle liste di attesa.

Premesso che l'esclusività di rapporto, essendo connessa al ruolo ricoperto sotto il profilo della responsabilità gestionale, deve investire i direttori di unità semplici e complesse per l'arco di durata dell'incarico, si formulano le seguenti proposte:

entro il 31 luglio del 2007 ogni direttore generale, di concerto con i direttori di dipartimento e sentiti i dirigenti medici e i comitati previsti dalla vigente normativa, predispone piani di obbiettivi aziendali declinati a livello di ogni singola unità operativa, che riguardino i volumi di attività istituzionale e di ALPI;

tali piani dovranno essere approvati entro trenta giorni dai rispettivi assessori regionali, che li devono contestualmente certificare al Ministero della salute;

entro la medesima data ogni direttore generale presenterà un progetto atto a portare obbligatoriamente sotto il controllo amministrativo diretto l'attività *intramoenia* allargata entro il dicembre 2008, con controllo della situazione applicativa dopo i primi sei mesi;

in caso di mancato rispetto di una scadenza scatteranno i poteri sostitutivi con nomina da parte del Governo di un commissario *ad acta* per l'istituzione dell'ALPI;

i piani aziendali dovranno aver adeguata pubblicità con particolare riguardo per le associazioni di utenti e i piani delle singole unità operative chiaramente esposti nell'ambito della struttura ospedaliera;

tali obiettivi dovranno essere ottenuti in via prioritaria attraverso attivazione di spazi realmente intramurari, o attraverso acquisto o affitto di idonei edifici limitrofi, o ancora attraverso convenzioni con spazi ambulatoriali già attivi, dando ampio mandato in questo senso ai direttori generali, che dovranno graduare gli interventi anche nel rispetto di pregressi contratti con i singoli professionisti: qualora non fosse possibile ricomprendere entro la data prevista del dicembre 2008 (per la cessazione dell'*intramoenia* allargata) le scadenze contrattuali, i direttori generali si faranno carico degli oneri dei contratti già posti in essere;

gli spazi individuati per l'attività intramuraria dovranno ricevere parere vincolante di congruità e idoneità da parte del collegio di direzione (competente ai sensi del decreto legislativo n. 229 del 1999) o di una

commissione paritetica di sanitari che esercitano l'ALPI costituita a livello aziendale qualora il collegio di direzione non sia costituito;

gli spazi per l'attività ambulatoriale in ALPI potranno essere condivisi con quelli delle attività istituzionali, mentre si dovranno avere spazi separati per i ricoveri, e comunque i percorsi di prenotazione e contabilità dovranno essere separati, pur essendo unico il centro di prenotazione e di riscossione;

i volumi di attività *intramoenia* dovranno essere accuratamente monitorati e raffrontati annualmente con i volumi dell'attività istituzionale per essere autorizzati per l'anno successivo nell'ambito del piano aziendale;

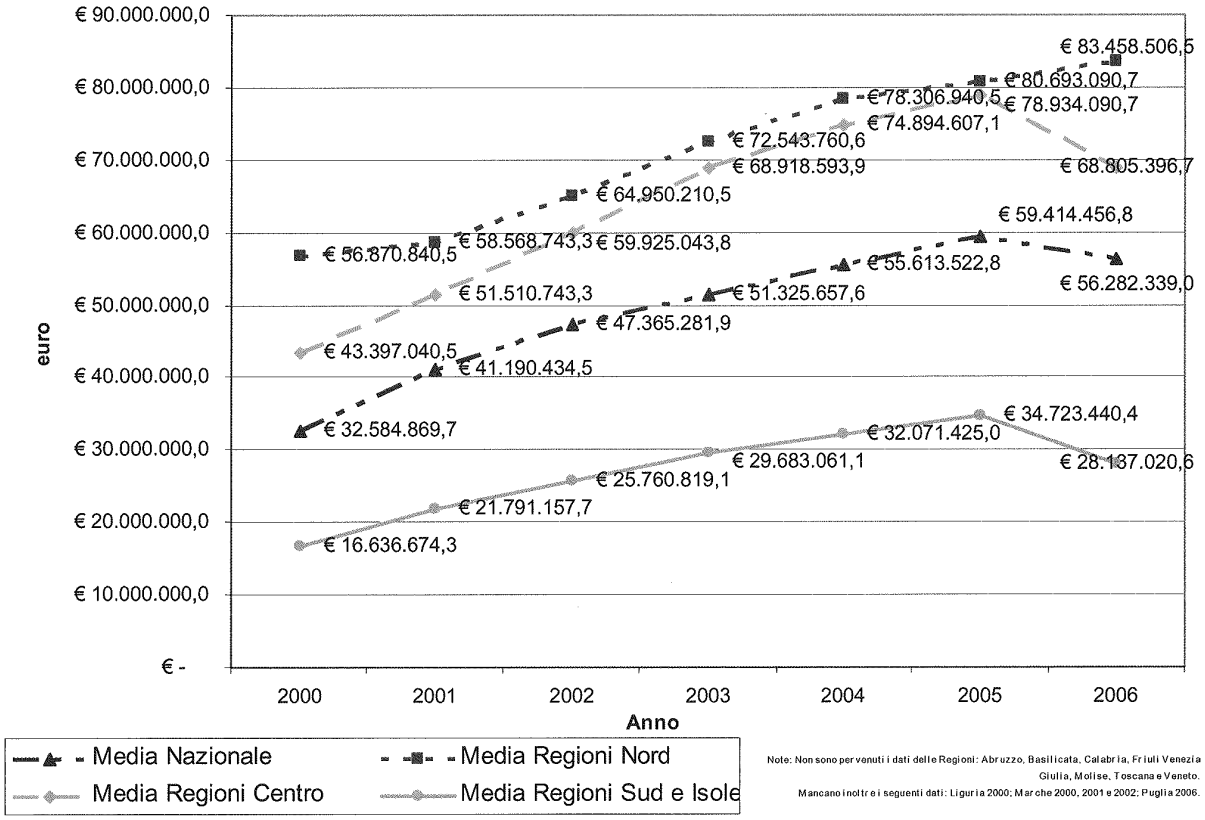
vanno assicurati tempi di attesa per le prestazioni istituzionali che non superino di due volte quelli medi per l'ALPI in ciascuna specialità, con eventuale obbligatoria istituzione dell'istituto dell'acquisto di prestazioni da parte dell'azienda;

in caso di limitazione dell'attività *intramoenia* da parte dell'azienda il sanitario interessato potrà appellarsi al collegio di direzione o ad una apposita commissione qualora non sia costituito.

Si propone inoltre l'attivazione urgente di un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programma di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale così come previsto dall'articolo 15-*quaterdecies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

La Commissione auspica infine che il Ministro della salute intervenga, con gli opportuni strumenti normativi di legge, entro il 31 luglio 2007, al fine di dare certezza ai cittadini e agli operatori rispetto alla possibilità di prosecuzione dell'ALPI nel rispetto del principio del rapporto fiduciario e dei diritti contrattuali in essere.

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

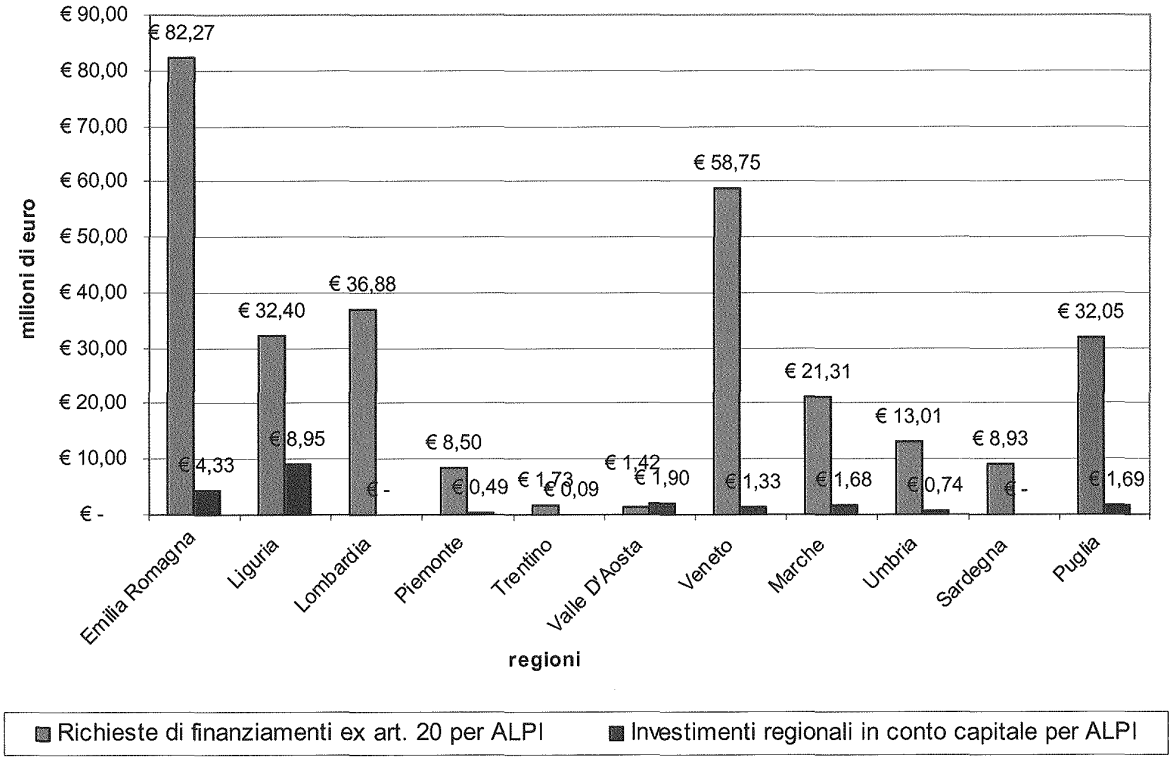
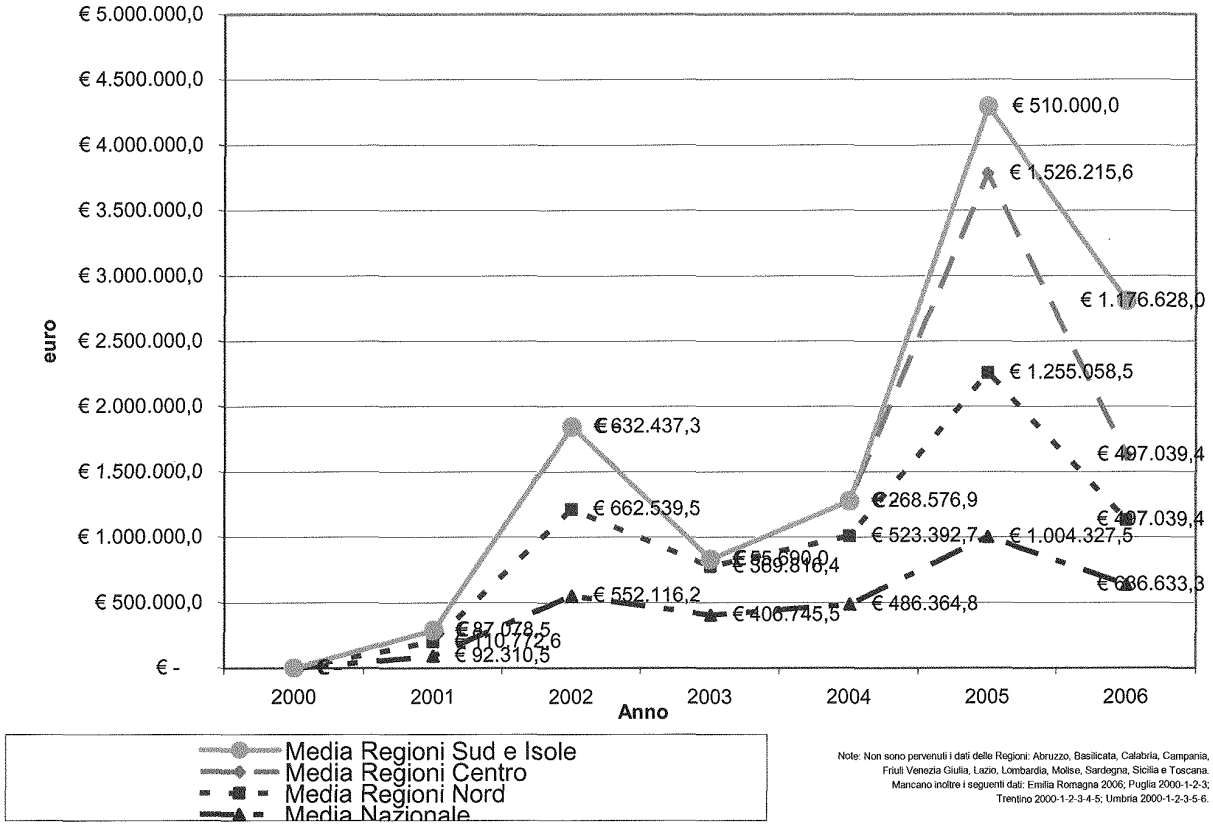
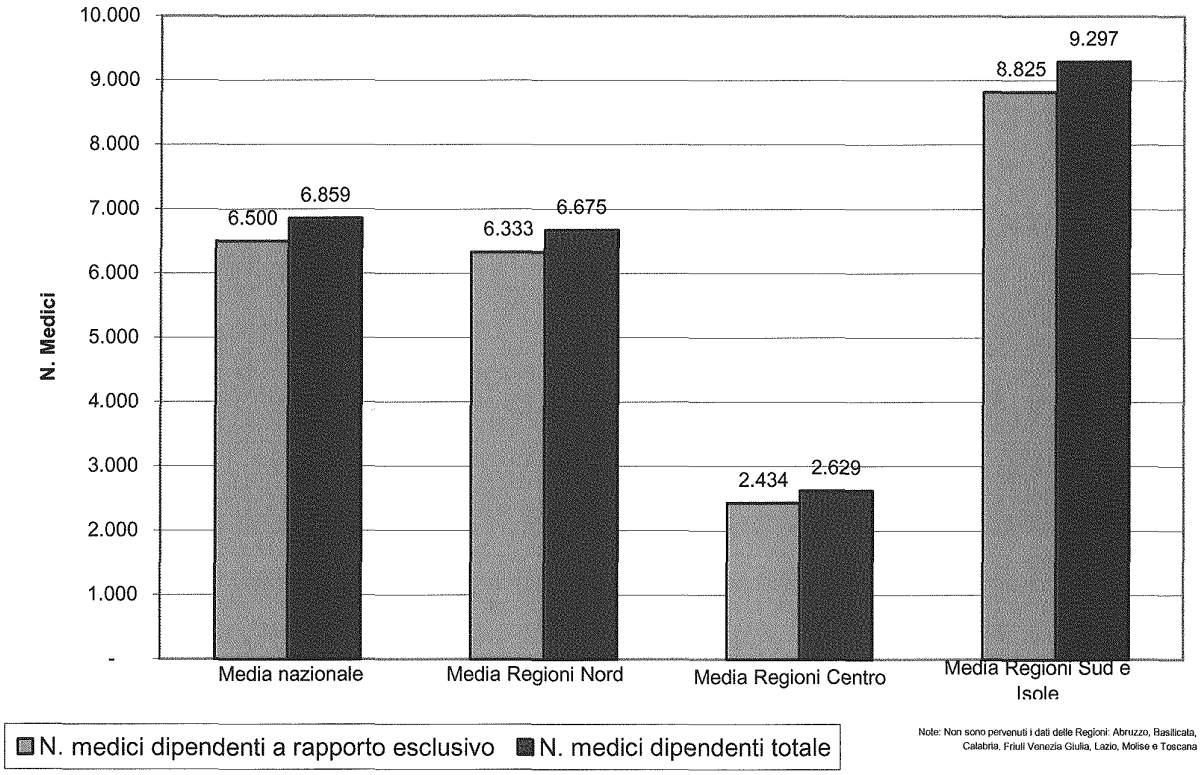


Grafico 3. Investimenti regionali in conto capitale per ALPI, anni 2000-2006



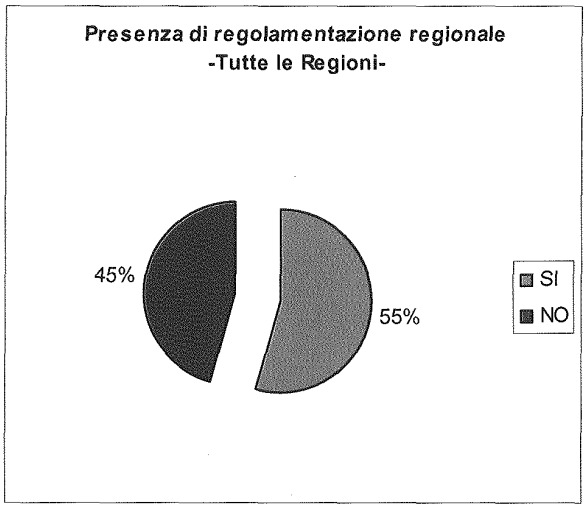
Note: Non sono pervenuti i dati delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, Sardegna, Sicilia e Toscana. Mancano inoltre i seguenti dati: Emilia Romagna 2006; Puglia 2000-1-2-3; Trentino 2000-1-2-3-4-5; Umbria 2000-1-2-3-5-6.

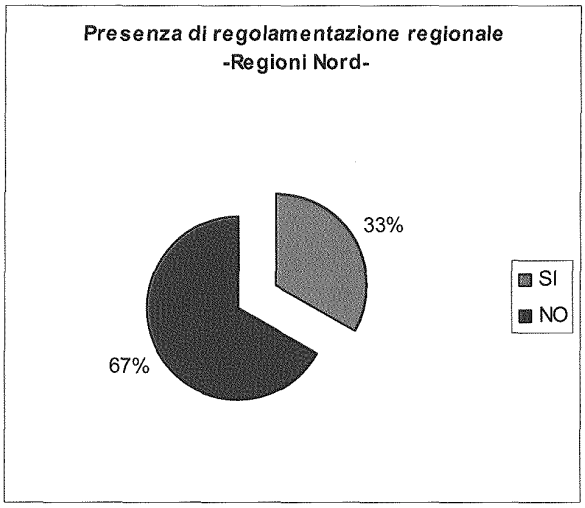
Grafico 4. Numero medici a rapporto esclusivo (dati medi)

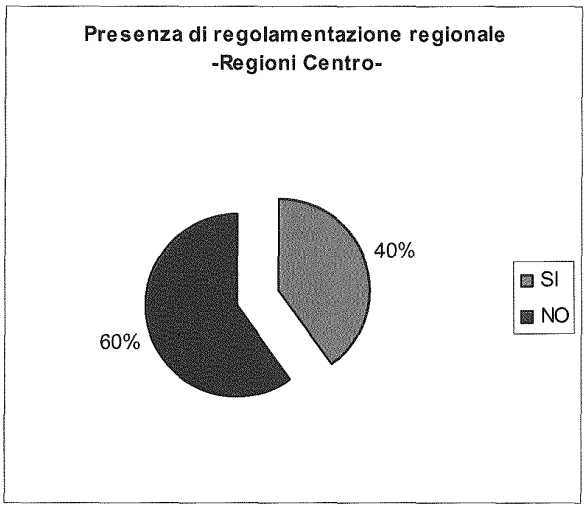


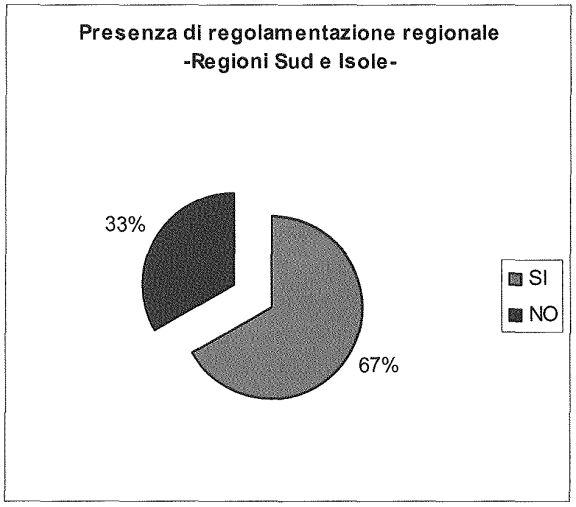
Note: Non sono pervenuti i dati delle Regioni: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise e Toscana

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 %)

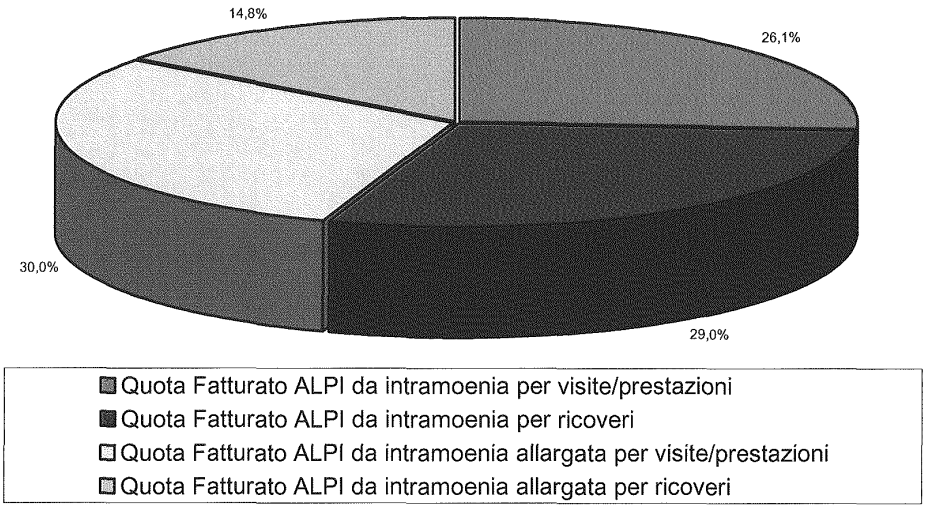


Grafico 11. Ripartizione Fatturato ALPI (dati %)

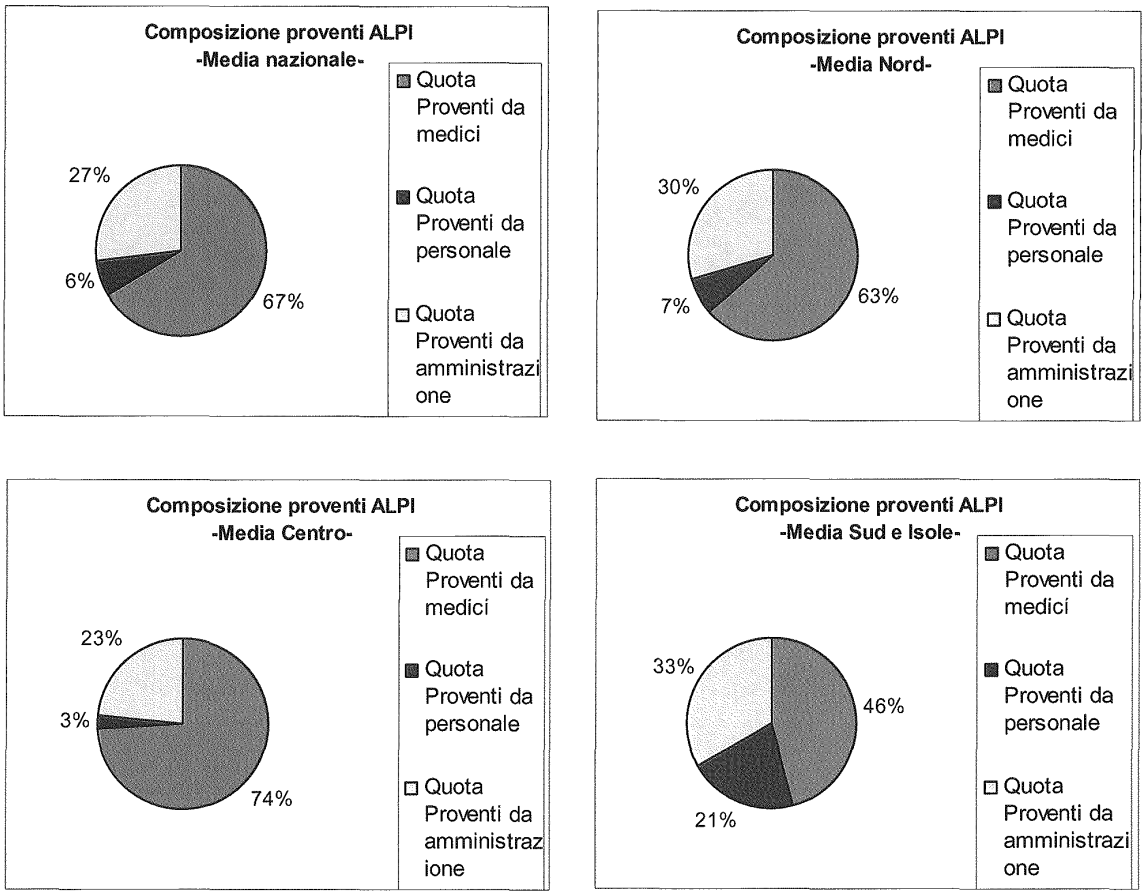


Grafico 12. Presenza di una contabilità separata per ALPI

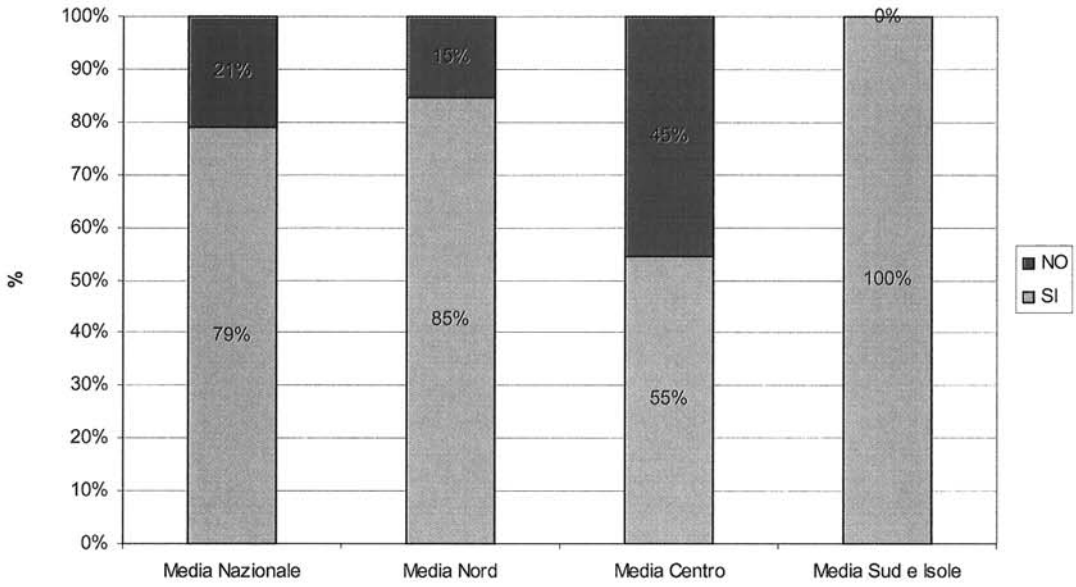


Grafico 13. Numero posti letto dedicati all'ALPI

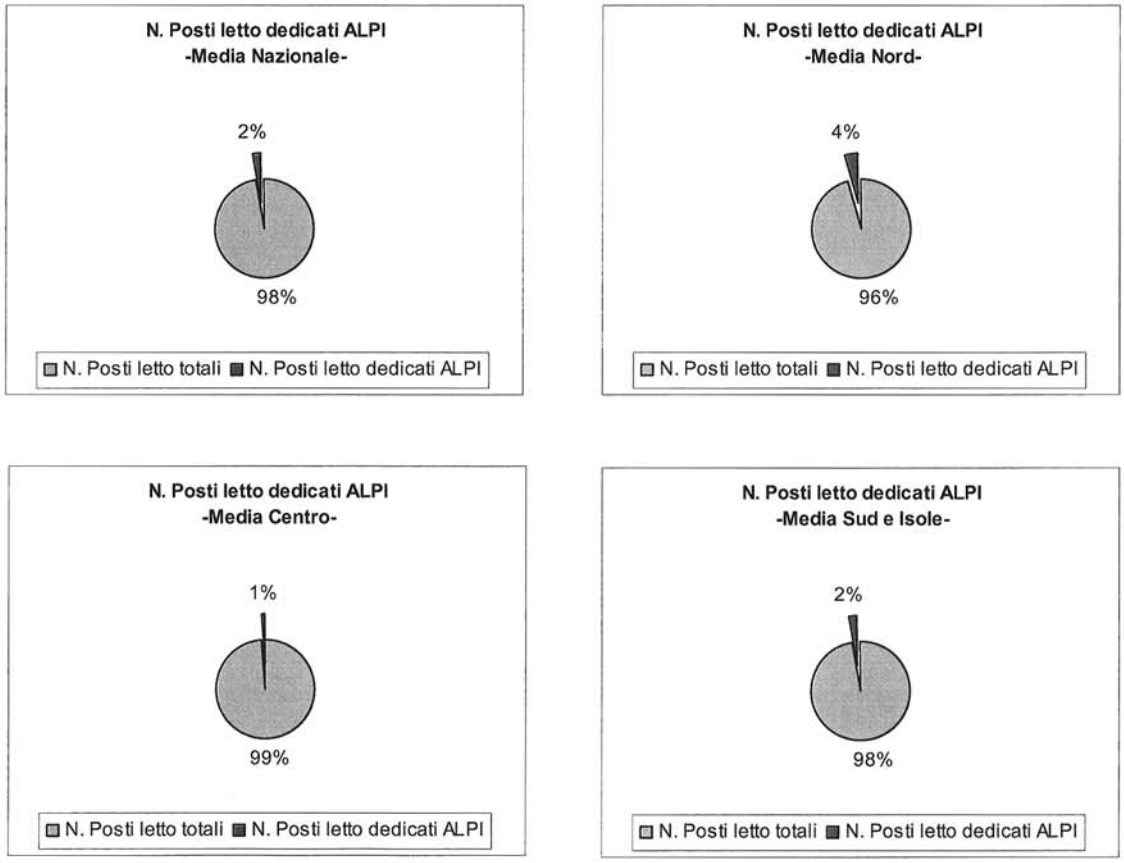


Grafico 14. Valore Indennità di esclusività

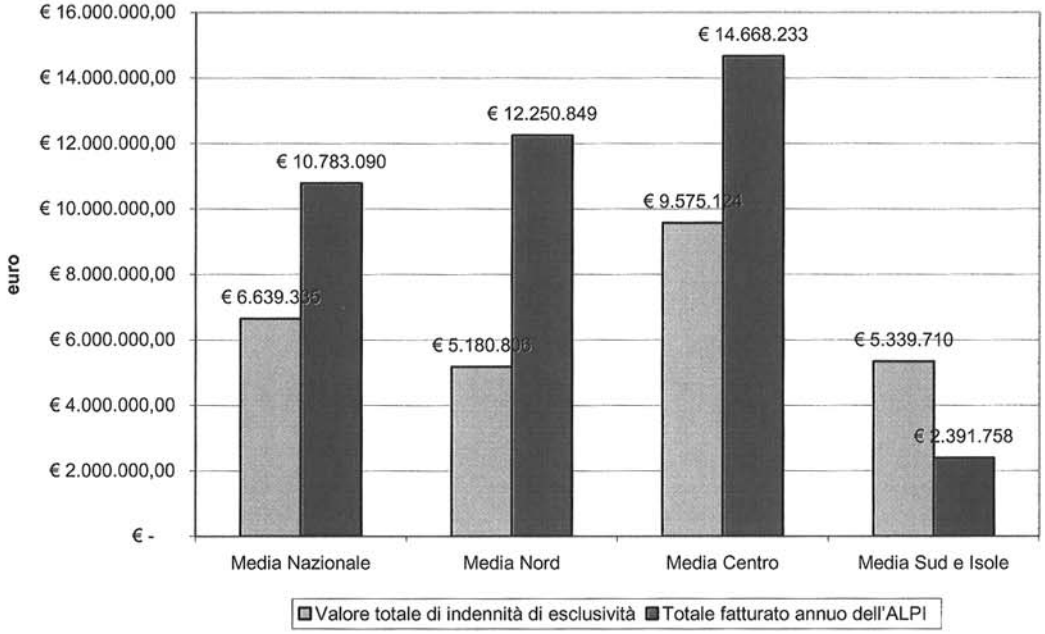


Grafico 15. Oneri riflessi per ALPI

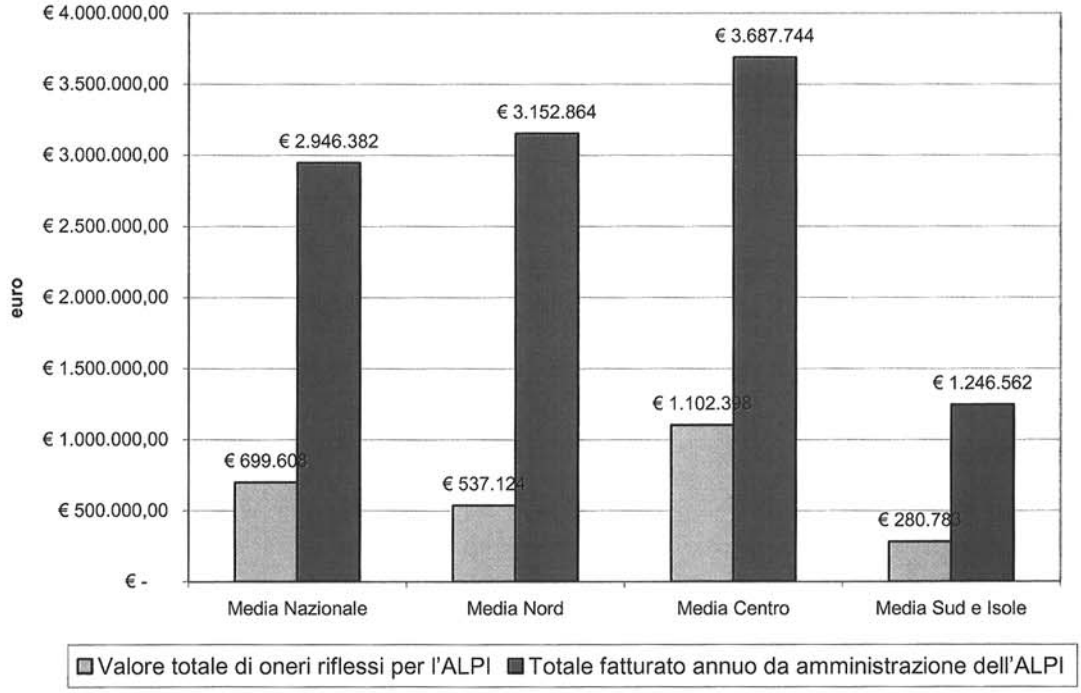
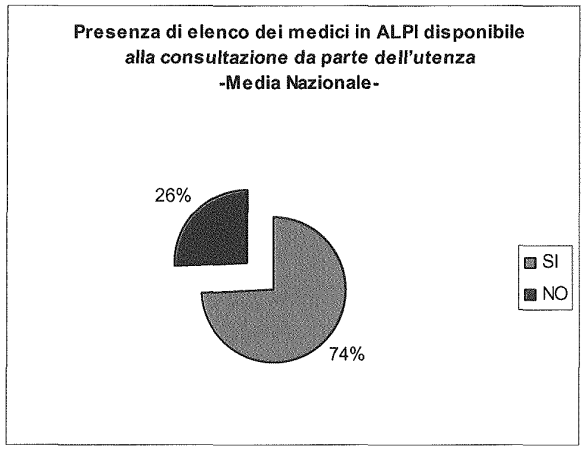
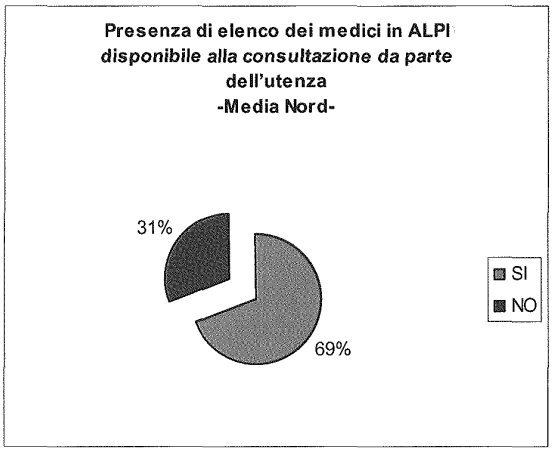
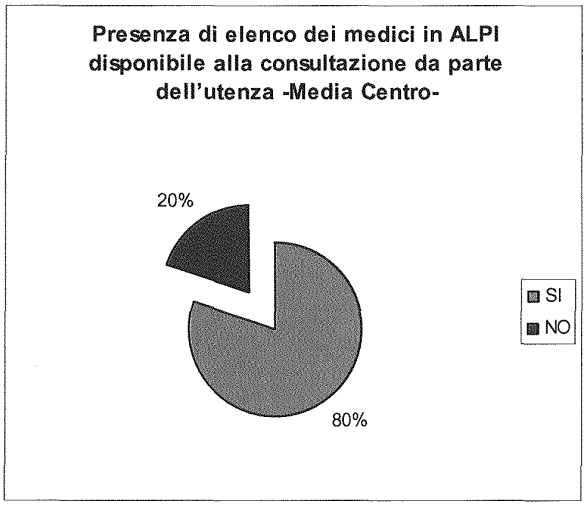


Grafico 16. Presenza elenco medici in ALPI disponibile alla consultazione da parte dell'utenza







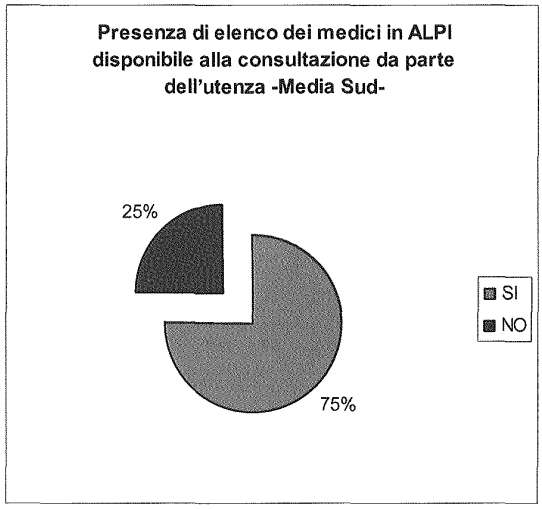


Grafico 17. Presenza di elenco dei tempi di attesa programmati in servizio istituzionale disponibile alla consultazione da parte dell'utenza

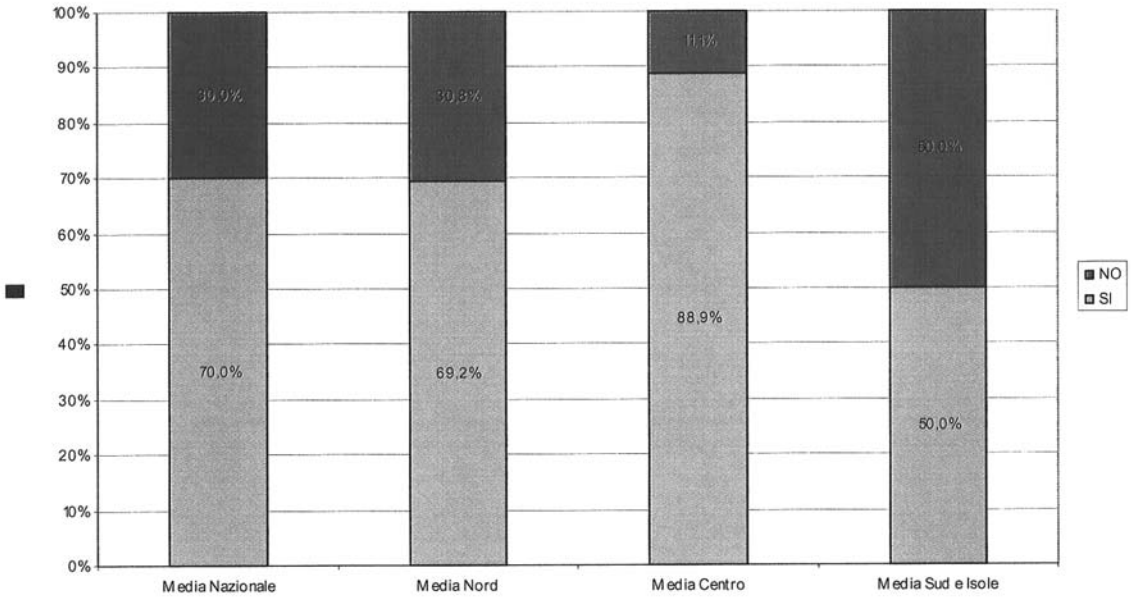


Grafico 18. Presenza di tariffario aziendale per prestazioni effettuate in ALPI

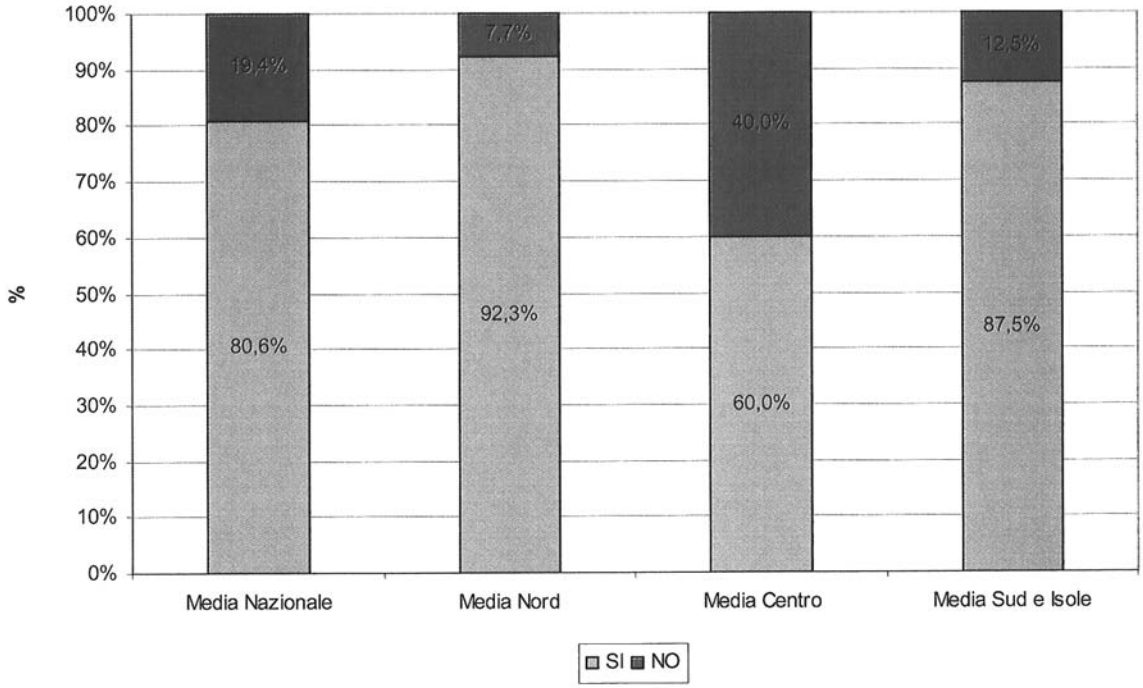


Grafico 19. Presenza CUP aziendale centralizzato

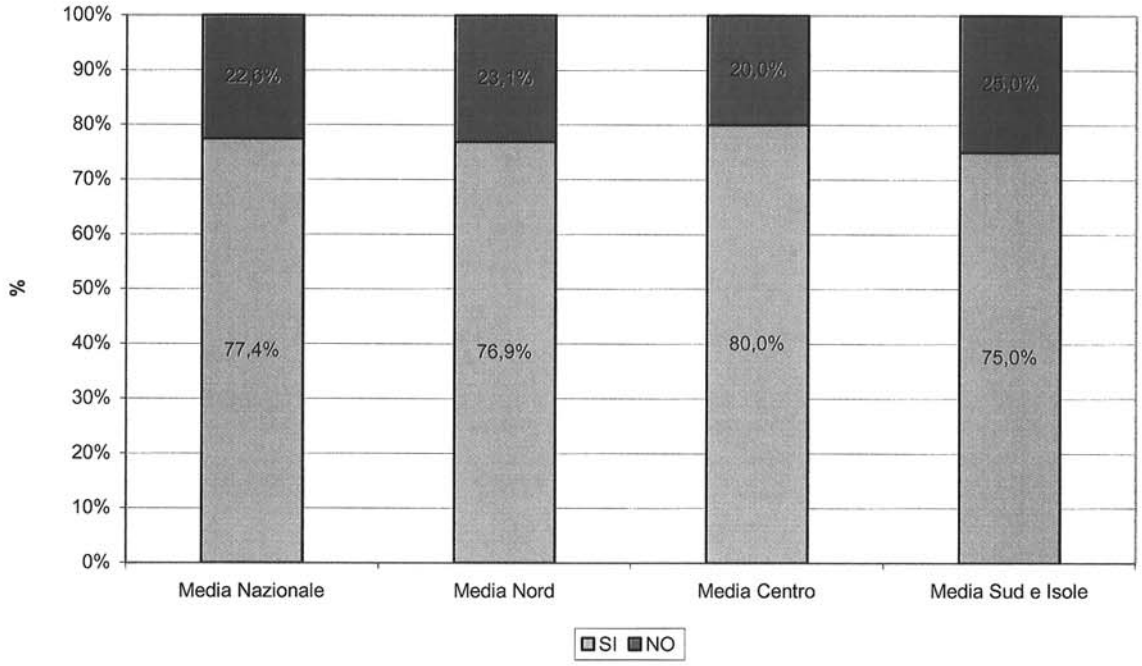


Grafico 19-*bis*. Presenza CUP centralizzato inclusivo di Segreteria Centralizzata per ALPI

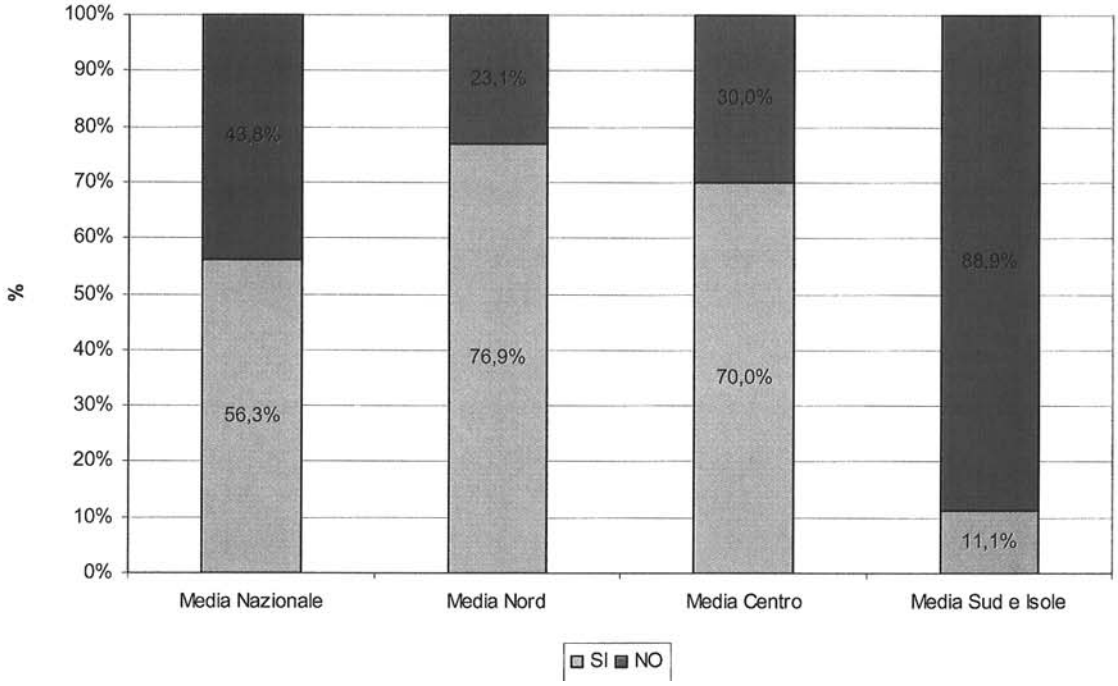


Grafico 20. Presenza di regolamento aziendale

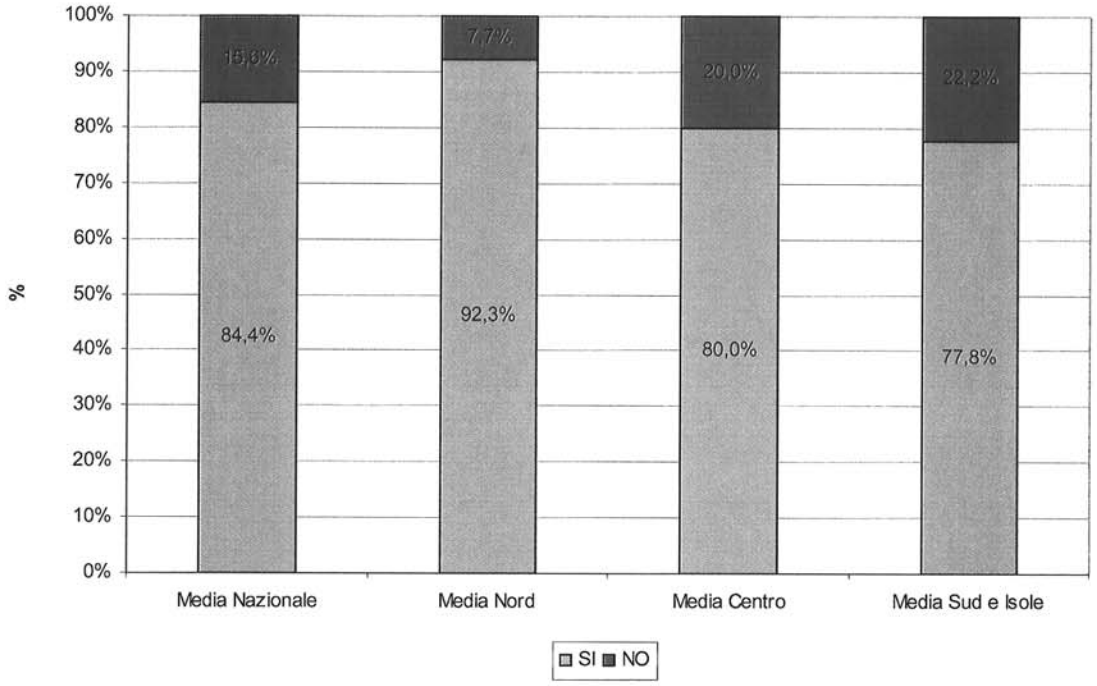


Grafico 21. Presenza di eventuali limitazioni (es. tetto ore settimanali) previste per il dirigente nello svolgimento dell'ALPI

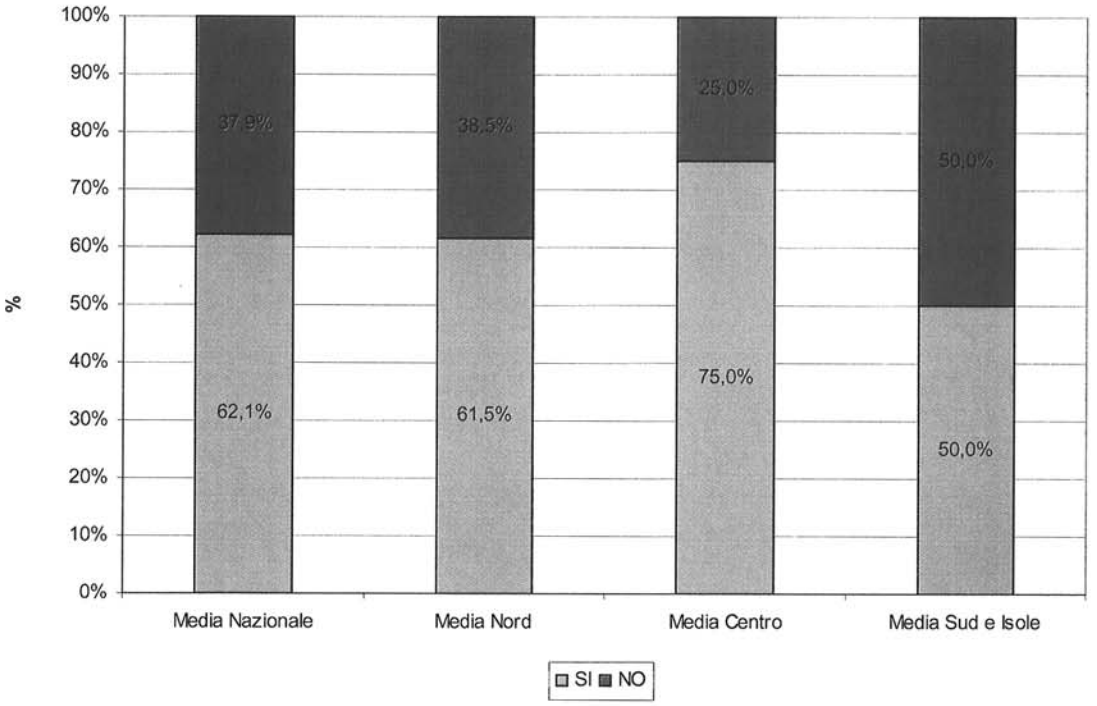
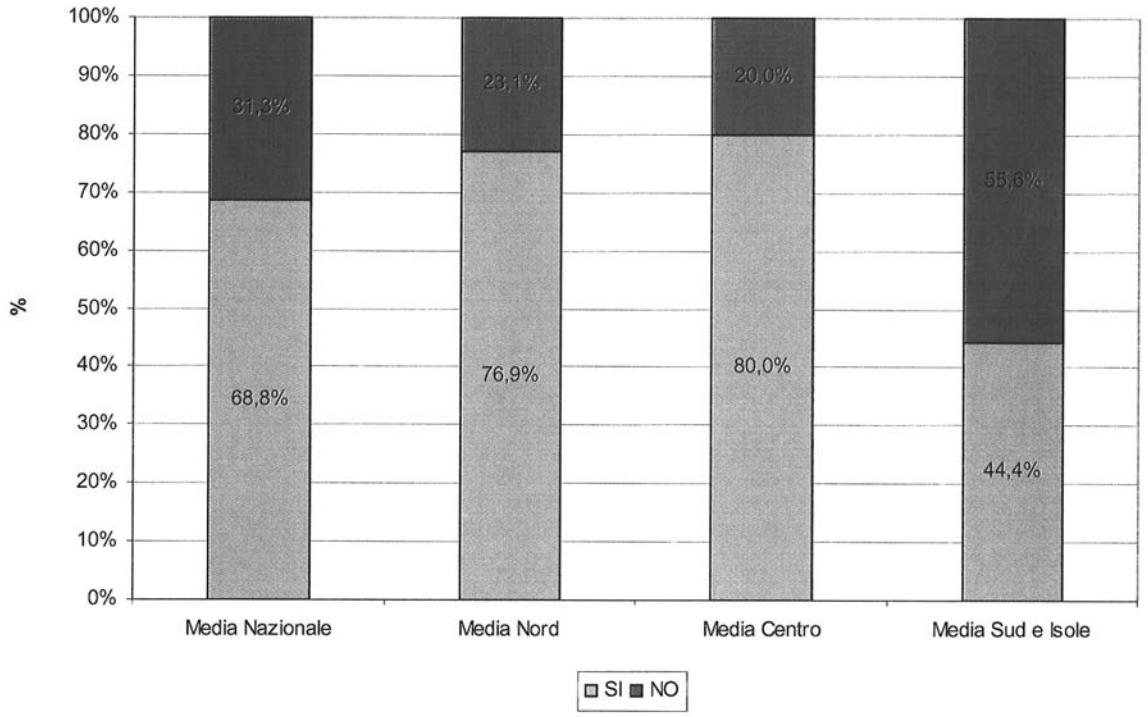


Grafico 22. Presenza di Commissione ALPI aziendale paritetica



PROPOSTA 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 PRESENTATA DAI SENATORI EMPRIN GILARDINI E SILVESTRI

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. Liste di attesa e attività intramoenia
23. Considerazioni conclusive e ipotesi di lavoro

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 finalizzato 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 *équipe* 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. Liste di attesa e attività intramoenia

Il rapporto fra liste di attesa e attività intramuraria rappresenta uno degli aspetti più critici dell'indagine proprio in considerazione del fatto che essa era indirizzata a studiare l'ALPI «con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità di accesso ai servizi sanitari pubblici».

Nell'illustrare la proposta il 4 luglio 2006, il presidente Marino ipotizzava che in ampie aree del Paese le carenze strutturali degli ospedali avessero comportato la diffusione della cosiddetta «intramoenia extramuraria» o «allargata» con serie ricadute sul piano del rispetto dell'imprescindibile principio della parità di accesso ai trattamenti. Egli riteneva inoltre che l'introduzione dell'intramoenia non avesse dato risultati positivi sulle liste di attesa, come era invece ipotizzato dalla legge istitutiva.

In effetti, dal complesso delle audizioni effettuate, risulta che l'intramoenia non ha avuto effetti positivi sulla riduzione delle liste di attesa, che sono gravate, in molte parti del Paese, da lunghi tempi per ottenere la prestazione richiesta.

I problemi fondamentali irrisolti, specie dove è presente maggiormente l'intramoenia allargata, sono:

assicurare una reale parità di accesso ai servizi, eliminando anche tutte quelle situazioni che possono creare confusione per scarsa evidenza di percorsi separati (istituzionale a pagamento);

un controllo della attività dei professionisti sia sotto il profilo della quantità di prestazioni erogate su base oraria e quindi del rapporto tra volumi di attività istituzionale versus libero-professionale, sia sotto il profilo della correttezza amministrativa e fiscale.

Riguardo al primo problema va evidenziato, come risulta particolarmente dalle deposizioni dei rappresentanti della utenza (Cittadinanza Attiva-Tribunale dei diritti del Malato), che circa un quarto delle richieste di intervento o chiarimento presso il TdM riguardanti le liste di attesa, ha lo scopo di avere informazioni per ottenere rimborsi per prestazioni sostitutive in *intramoenia* o nel privato e le difficoltà o impossibilità ad accedere a queste aeree in quanto troppo onerose. Vi sono poi aree specialistiche, al di là delle richieste di TAC, ecografie, RMN o altro, dove l'accesso particolarmente difficile (cardiologia, ortopedia, fisiatri, urologia) o addirittura virtualmente impossibile come l'area oculistica. E ancora, ciò che pare francamente inaccettabile è che vi siano situazioni dove i tempi medi di attesa per esami prenotati come urgenti (es. prestazioni ambulatoriali di classe A, da erogare in 10 giorni) non siano rispettati.

D'altra parte sono state evidenziate situazioni virtuose dove i tempi di attesa sono rispettati, le liste controllate e la libera professione intramoenia ben organizzata, controllata e redditizia per l'azienda.

Riguardo al secondo problema è del tutto evidente che la dispersione della attività sul territorio in una quantità di studi privati (ancorché convenzionati) induce difficoltà se non impossibilità di controllo. Ciò è testimoniato da quanto affermato dal precedente ministro Sirchia che definiva la situazione «anarchica», come già scritto in precedenza, e dalla recente indagine del Ministro Visco trasmessa a questa commissione, dove si evidenzia un inaccettabile livello di evasione fiscale.

Ciò premesso, va ricordato come la disciplina sull'*intramoenia* aveva la finalità di generare benefici per i cittadini, i medici, le aziende sanitarie ed il SSN nel complesso. Per i cittadini, migliorando il servizio con la riduzione delle liste di attesa, con la possibilità di scegliere il medico e di ricevere prestazioni a tariffe controllate e calmierate. Per i medici, valorizzandone la professionalità, fornendo loro, nell'esercizio della libera professione, l'organizzazione e i mezzi propri del SSN e indennizzandoli per la scelta del rapporto di esclusività. Per le aziende sanitarie, creando un nuovo canale di entrate e riducendo gli oneri di ammortamento degli investimenti, attraverso un miglior utilizzo delle strutture e dei macchinari, anche con orari prolungati.

A indagine conclusa, é necessario osservare che, perché l'ALPI sia realmente una opportunità ulteriore e non una «necessità mascherata»,

l'opzione del cittadino per l'intramoenia debba essere riferita esclusivamente alla scelta del medico.

Ciò implica che l'ALPI deve essere fortemente integrata all'interno del SSN e non rappresentarne una sorta di anomalia per aggirare, da parte di chi può, ostacoli all'accesso alle prestazioni. Il SSN deve pertanto essere in grado, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, di fornire gratuitamente prestazioni di pari livello rispettando i tempi di attesa stabiliti dalle Regioni, in ambienti con un livello di confort sufficiente. Altro punto fondamentale è il rispetto all'accesso alle prestazioni in caso di richiesta urgente da parte del curante: anche questa opzione deve essere assolutamente garantita.

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 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 si osserva che le liste di attesa sono presenti in tutti i Paesi dotati di un Servizio Sanitario pubblico, riflettono problemi di tipo organizzativo, mettono in evidenza il problema della scarsa appropriatezza delle prescrizioni.

In base anche alle esperienze emerse da varie audizioni, si può tranquillamente affermare che le liste di attesa devono essere gestite e non subite, ad esempio attraverso controlli da parte di CUP centralizzati in ordine alla presenza di più prenotazioni della stessa prestazione in vari centri, il sistema del «recall» del paziente e la creazione di percorsi diagnostico-terapeutico condivisi che portino alla riduzione della inappropriatezza. In tal modo probabilmente le liste potrebbero divenire più «pulite» con conseguente significativo accorciamento dei tempi.

Una forma particolare di libera professione, laddove è stata applicata, ha portato vantaggi ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa ed è l'acquisto da parte delle Aziende di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione (e quindi fuori dell'orario di servizio). Questo strumento, che non ha alcun onere per il cittadino che riceve la prestazione e che aumenta l'efficienza erogativa delle Aziende, può essere utile se applicato per periodi limitati di tempo per superare situazioni contingenti (es. carenze temporanee di organico).

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

È accertato che un corretto ricorso all' ALPI può essere garantito solo in spazi che siano interni alle Aziende, ma è altrettanto evidente che ci sono strutture che non lo consentono. A tale proposito va rilevato che la prima indicazione di avere spazi dedicati e separati solo per l'ALPI nella maggior parte dei casi non si è verificato, e questo anche dove l'ALPI funziona efficacemente. Sembra preferibile una migliore organiz-

zazione dei tempi di utilizzo degli spazi già esistenti, purché adeguati, ad una obbligatorietà di creazione di nuovi ambienti.

Quanto alle carenze organizzative, l'indagine ha messo in evidenza da una parte l'inerzia (a volte totale) di alcune Regioni nel richiedere i finanziamenti dedicati e/o ad effettuare i conseguenti investimenti, dall'altra una 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.). Sotto questo profilo, l'attuazione della normativa vigente appare subordinata sia ad un accordo Stato-Regioni sia all'attivazione del regime sanzionatorio delle inadempienze. Non va infatti dimenticato che la mancata assunzione, da parte del direttore generale, di tutte le iniziative per consentire il pieno esercizio della libera professione intramuraria costituisce causa impeditiva per il rinnovo dell'incarico e, nei casi più gravi, motivazione per la decisione di revoca dell'incarico di direttore generale.

Il regime di *intramoenia* allargata, infatti, attualmente si configura come una necessità, in quanto i direttori generali delle aziende sono costretti a consentirla ai medici laddove non siano state attuate le prescrizioni di legge volte a rendere effettivo l'esercizio della libera professione intramoenia da parte dei medici che hanno scelto il rapporto di esclusività con il SSN.

23. Considerazioni conclusive e ipotesi di lavoro

Il ministro ha più volte osservato che non intende concedere ulteriori proroghe rispetto ad una situazione che ha in effetti avuto fin troppi ritardi nella applicazione di una legge che risale a ben 8 anni fa. Tale principio è stato anche ribadito all'articolo 22 del decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 248 del 2006 (cosiddetto decreto Bersani) che al comma 2 recita «Al comma 10 dell'articolo 15-*quiquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, le parole: «fino al 31 luglio 2006» sono sostituite dalle seguenti: 'fino alla data, certificata dalla regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque entro il 31 luglio 2007'« e che al comma 4 prosegue: «Al fine di garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria, anche in riferimento all'obbiettivo di ridurre le liste di attesa, sono affidati alle regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e l'adozione di misure dirette ad attivare, previo congruo termine per provvedere da parte delle aziende risultate inadempienti, interventi sostitutivi anche sotto la forma della nomina di un commissario *ad acta*. In ogni caso l'attività li-

bero professionale non può superare, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente».

Da un lato, la Commissione condivide l'impostazione enunciata dal Ministro, ritenendo che non si debba rinunciare per l'ennesima volta a ottenere l'attuazione della normativa vigente.

Nello stesso tempo, le constatate persistenti inadempienze da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie richiedono un intervento efficace e definitivo.

Premesso che l'esclusività di rapporto, essendo connessa al ruolo ricoperto sotto il profilo della responsabilità gestionale, deve investire i direttori di unità semplici e complesse per l'arco di durata dell'incarico, la Commissione Igiene e sanità ritiene necessario indicare le modalità procedurali per l'applicazione dell'articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223 del 2006.

Entro il 31 luglio del 2007 le Regioni e le Province autonome certificano al Ministero della Salute:

l'effettuazione ovvero la mancata effettuazione nelle singole Aziende sanitarie degli interventi atti ad assicurare l'esercizio intramurario della attività libero-professionale entro la medesima scadenza del 31 luglio 2007;

l'adozione, da parte dei Direttori generali delle Aziende sanitarie che hanno realizzato gli interventi predetti, di un Piano Aziendale riguardante i volumi di attività delle prestazioni erogabili da ciascuna Unità Operativa in regime istituzionale e in ALPI, al fine di rispettare i rapporti previsti dalla citata normativa ed autorizzare l'effettuazione dell'ALPI dal 1º agosto 2007;

l'adozione, per ogni singola Azienda sanitaria che non ha realizzato gli interventi predetti, di un progetto corredato di cronoprogramma, atto ad assicurare l'esercizio dell'ALPI intramuraria e il superamento del ricorso all'ALPI allargata in misura non inferiore al 35 per cento entro dicembre 2007, al 70 per cento entro il giugno 2008 e al 100 per cento entro il dicembre 2008. Dovrà parimenti essere formulato il Piano Aziendale riguardante i volumi di attività delle prestazioni erogabili da ciascuna Unità Operativa in regime istituzionale e in ALPI, al fine di rispettare i rapporti previsti dalla citata normativa ed autorizzare l'effettuazione dell'ALPI e la cessazione dell'ALPI allargata nel rispetto inderogabile delle scadenze indicate.

Al fine di rendere cogenti tali indicazioni, si ritiene necessario affidare alle regioni e alle province autonome i controlli sugli stati di avanzamento dei progetti di completamento degli interventi, nonché l'adozione di misure dirette ad attivare interventi sostitutivi, prevedendo adeguati regimi sanzionatori per le inadempienze.

Si ritiene altresì indispensabile che, in ogni caso, nel caso in cui i termini – anche intermedi – indicati per il completamento degli interventi decorrano inutilmente, sia attivato il potere sostitutivo del Governo.

Al fine di garantire la trasparenza e l'equità nell'accesso su tutto il territorio nazionale, nonché il controllo sulle tariffe, sulle attività e sul rispetto della normativa fiscale, si ritiene indispensabile:

a) che l'esercizio della libera professione intramuraria e di quella allargata (limitatamente al periodo transitorio) siano esercitate mediante prenotazione e pagamento in un unico Ufficio dedicato e facilmente accessibile della Azienda sanitaria;

b) che gli spazi dedicati all'attività istituzionale ed intramuraria siano misti, anche se gli ambienti di ricovero possono essere dedicati;

c) che in situazioni straordinarie di necessità e di urgenza (ad esempio carenze temporanee di organico) tali da impedire l'accesso alle prestazioni istituzionali nei tempi massimi stabiliti dalle regioni, si possa ricorrere all'attività intramuraria con oneri a carico della Asl;

d) che siano chiaramente comunicate all'utenza le condizioni di esercizio dell'attività istituzionale e intramuraria, nonché i criteri di appropriatezza che regolano l'erogazione delle prestazioni e le priorità di accesso alle liste di attesa nel sistema pubblico;

e) che siano individuate modalità organizzative dell'attività istituzionale idonee a favorire l'esercizio della facoltà di scelta del medico nonché siano istituiti i comitati di partecipazione e di controllo composti da utenti e da operatori, peraltro già previsti dalla normativa vigente, attivando a tal fine procedure pubbliche e partecipative.

Si ribadisce, infine, l'importanza dell'istituzione urgente di un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programma di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, così come previsto dall'articolo 15-*quaterdecies* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Nota: per l'allegato grafico si rinvia al documento conclusivo approvato.

€ 4,60