

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XV LEGISLATURA —

Doc. XVII

n. 4

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

nella seduta del 18 aprile 2007

Relatore BODINI

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

proposta dalla Commissione stessa nella seduta del 4 luglio 2006; svolta nelle sedute del 26 settembre 2006, 4 ottobre 2006, 5 ottobre 2006, 12 ottobre 2006, 19 ottobre 2006, 26 ottobre 2006, 15 novembre 2006, 16 novembre 2006, 14 dicembre 2006, 23 gennaio 2007, 31 gennaio 2007, 1° febbraio 2007, 6 febbraio 2007, 8 febbraio 2007, 14 febbraio 2007, 15 febbraio 2007 (antimeridiana e pomeridiana), 20 febbraio 2007, 21 febbraio 2007, 22 febbraio 2007 (antimeridiana e pomeridiana), 27 febbraio 2007, 28 febbraio 2007, 14 marzo 2007, 21 marzo 2007, 27 marzo 2007, 28 marzo 2007, 3 aprile 2007, 17 aprile 2007 e conclusasi nella seduta del 18 aprile 2007

SULLA LIBERA PROFESSIONE MEDICA INTRAMURARIA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLE IMPLICAZIONI SULLE LISTE DI ATTESA E ALLE DISPARITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI PUBBLICI

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 2 maggio 2007

INDICE

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

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 Servizio sanitario nazionale (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, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 121 del 26 maggio 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento sull'*intramoenia*), i contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria, il decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, e il decreto del Ministro della sanità dell'8 giugno 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 18 ottobre 2001 (inerenti il rifinanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67).

È trascorso quasi un decennio dalla emanazione della legge 23 dicembre 1998, n. 448, 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 di studi professionali privati». La norma citata ha determinato un diffuso ricorso all'attività libero-professionale intramuraria (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 Ministro della sanità 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 pre-

stazione 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 inappropriatazza 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 finan-

ziamenti statali derivanti dal rifinanziamento di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 (stabilito dalla legge n. 254 del 2000 ed erogato alle regioni sulla base delle indicazioni del decreto del Ministro della sanità 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 1.380 milioni di euro della Lombardia a meno di 100 milioni di euro delle regioni più piccole), sia in termini relativi; infatti, nelle 10 regioni che hanno fornito dati completi per i sette anni richiesti (2000-2006) la redditività dell'ALPI per medico in esclusività di rapporto oscilla tra i 15,5 euro della Sardegna e gli 89,4 euro della Lombardia (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 riportano 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 soggette 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 in-

centivare 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 programmatiche 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 solo 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. 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 inappropriatazza. 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 inappropriatazza 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-*bis* del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, (cosiddetto decreto Bersani), convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, 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 dalle 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'obiettivo di ridurre le liste di attesa, sono affidati alle regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale della dirigenza 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 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 obiettivi 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 avere 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 19 giugno 1999, n. 229) 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 del 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 30 dicembre 1992, n.502.

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)

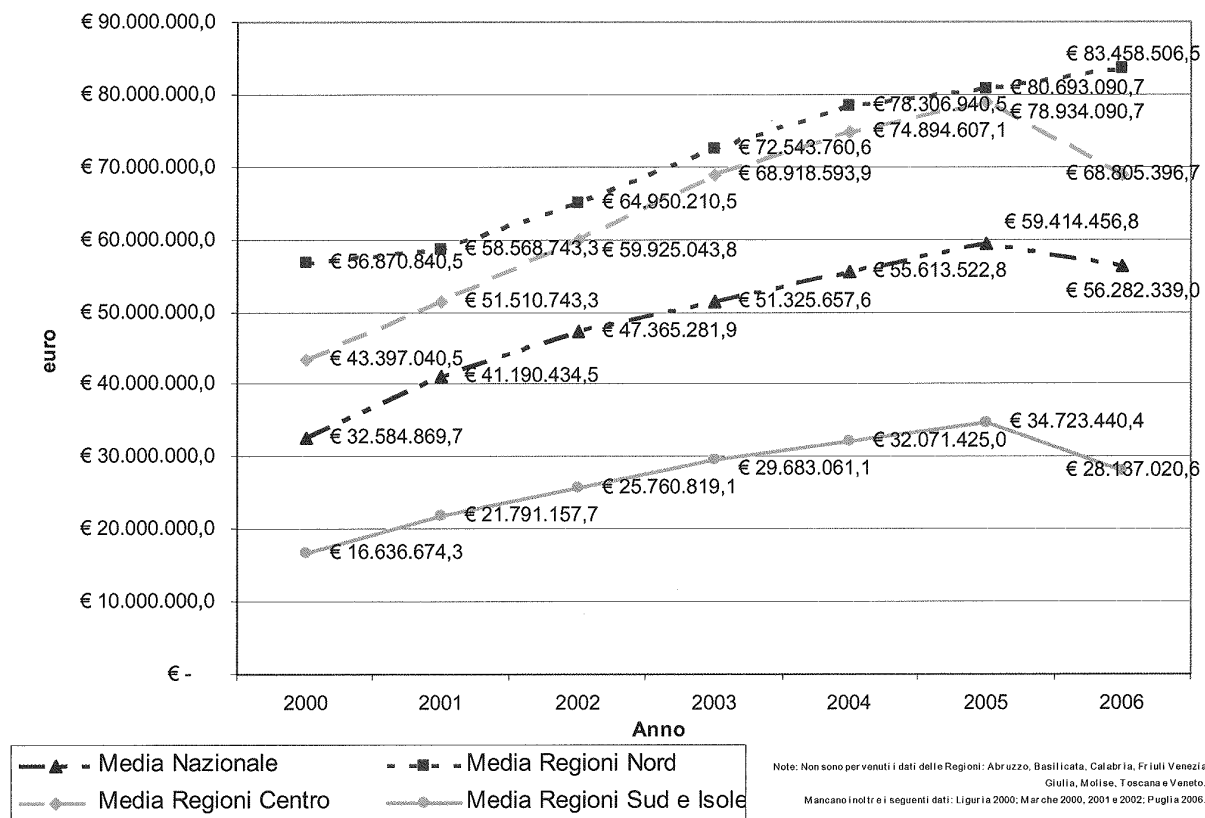
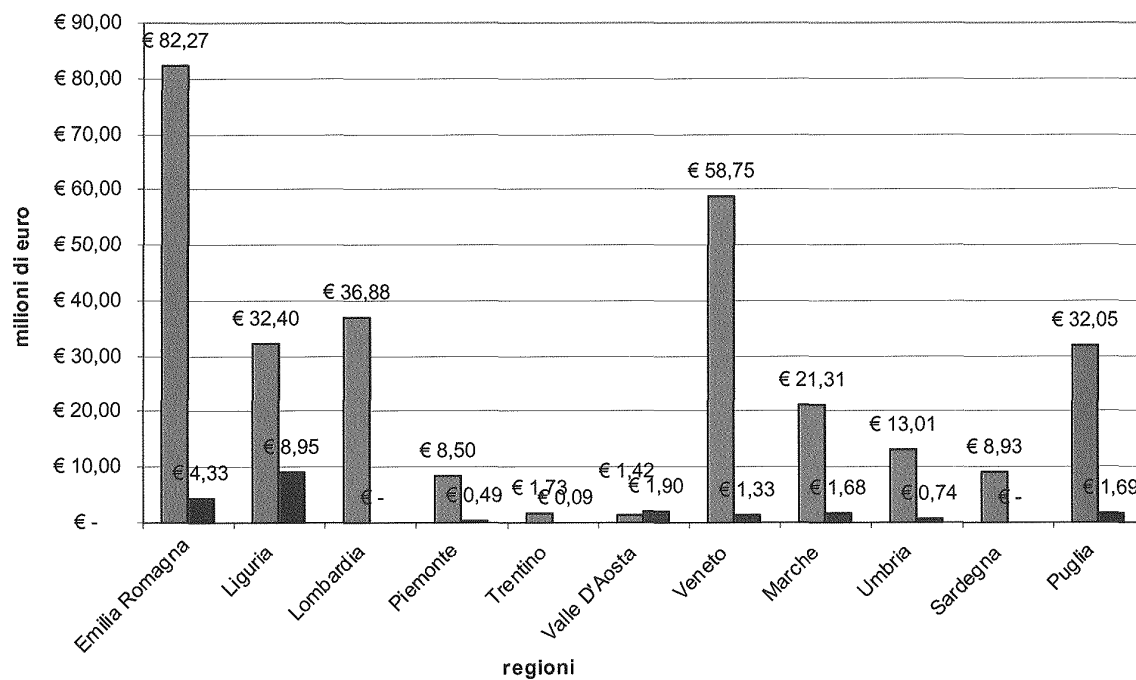


Grafico 2. Richieste finanziamento ex art. 20 e investimenti per ALPI, anni 2000-2006



■ Richieste di finanziamenti ex art. 20 per ALPI ■ Investimenti regionali in conto capitale per ALPI

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

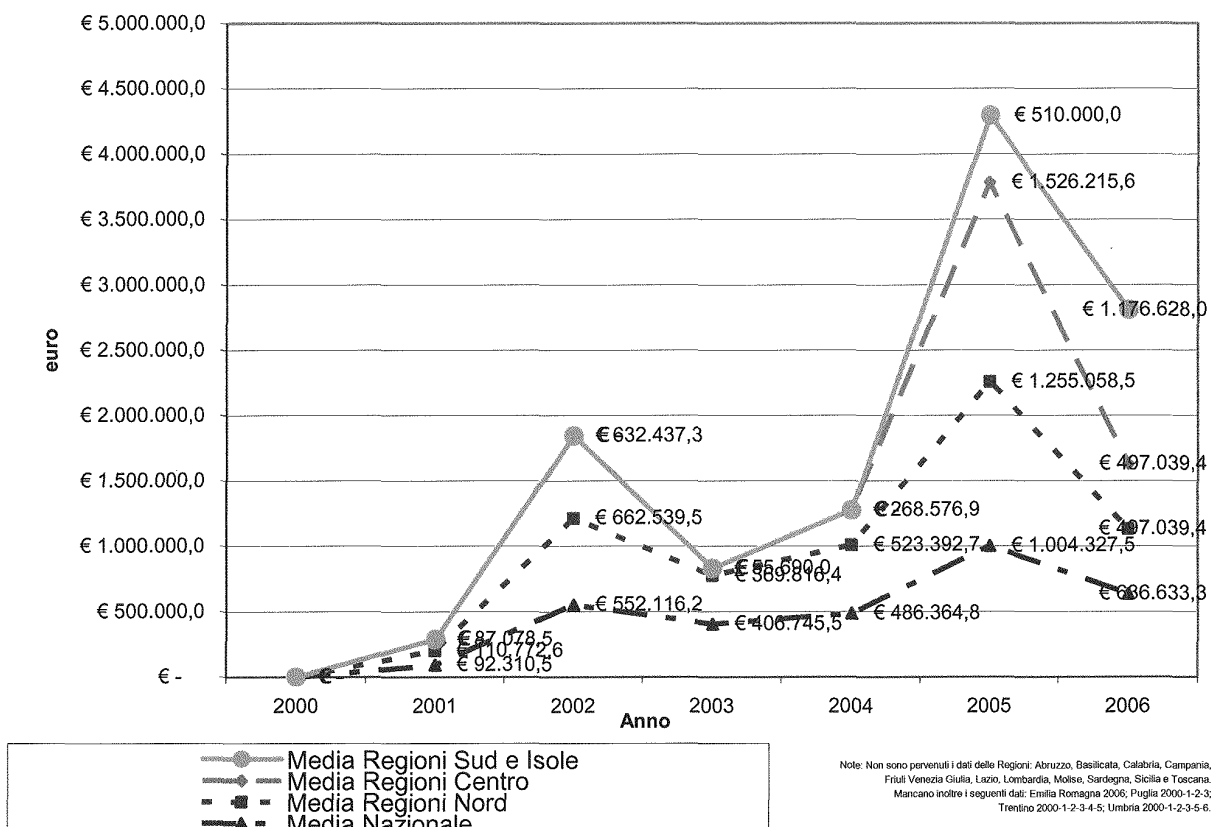


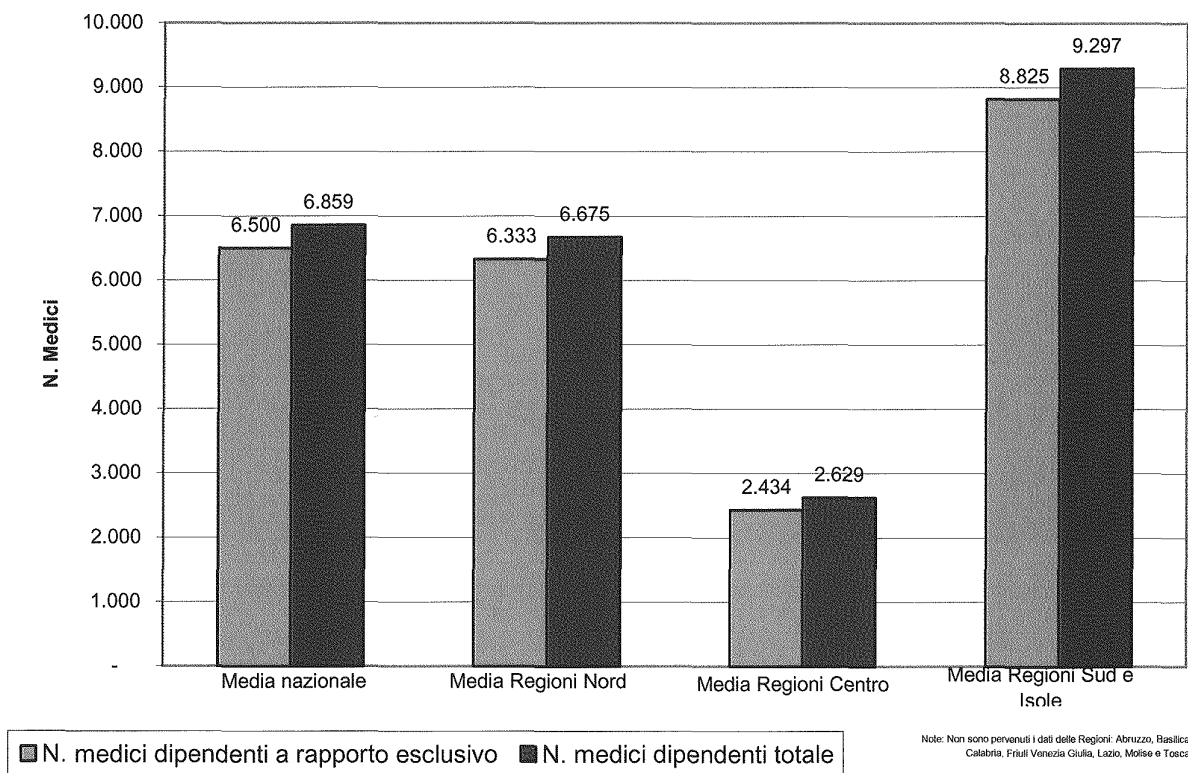
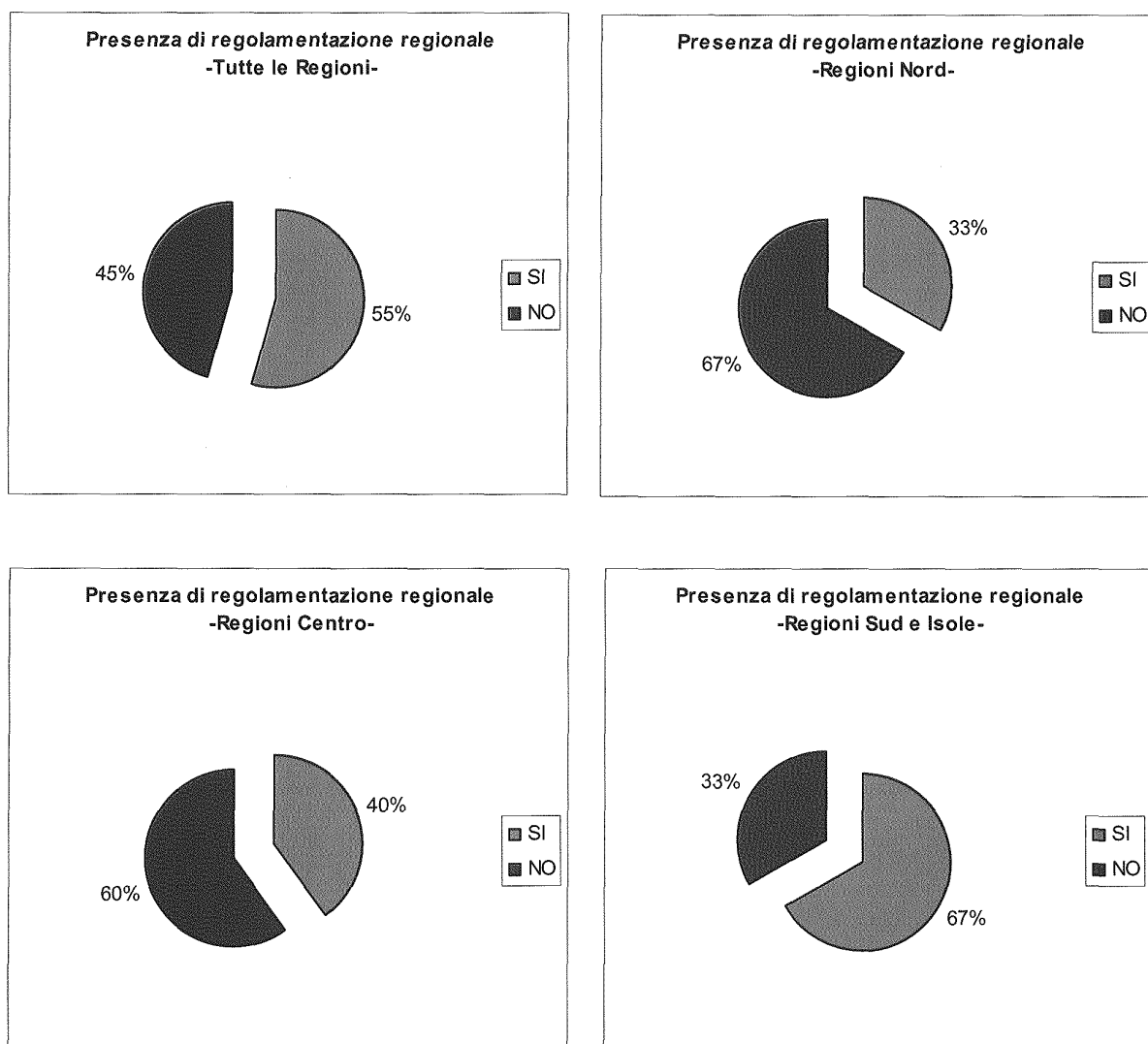
Grafico 4. Numero medici a rapporto esclusivo (dati medi)

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 %)

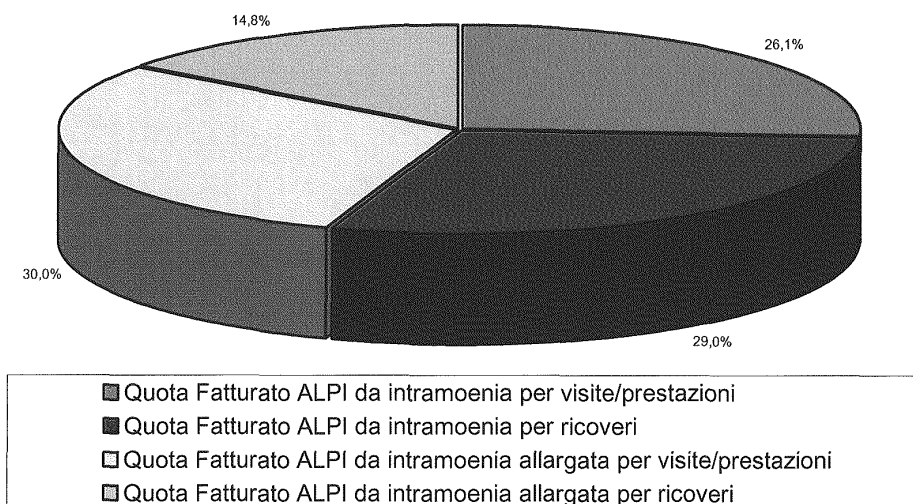


Grafico 11. Ripartizione Fatturato ALPI (dati %)

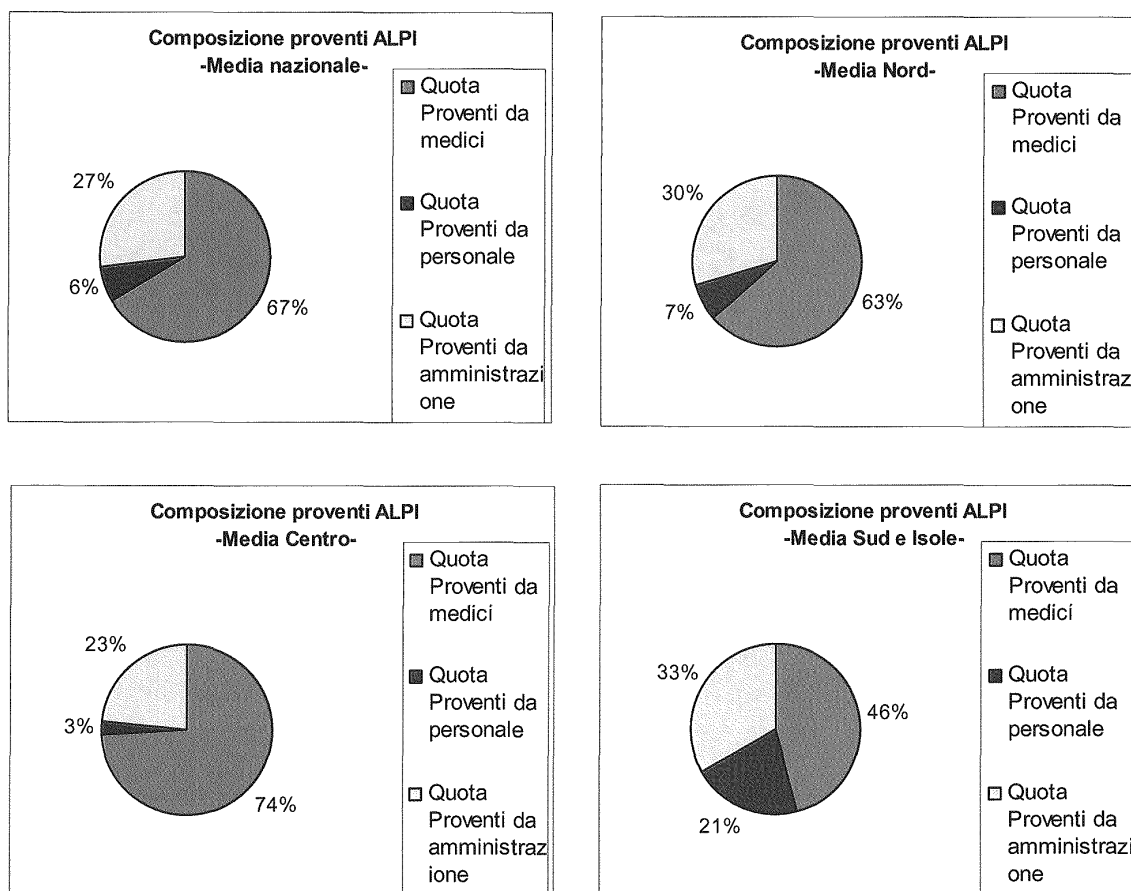


Grafico 12. Presenza di una contabilità separata per ALPI

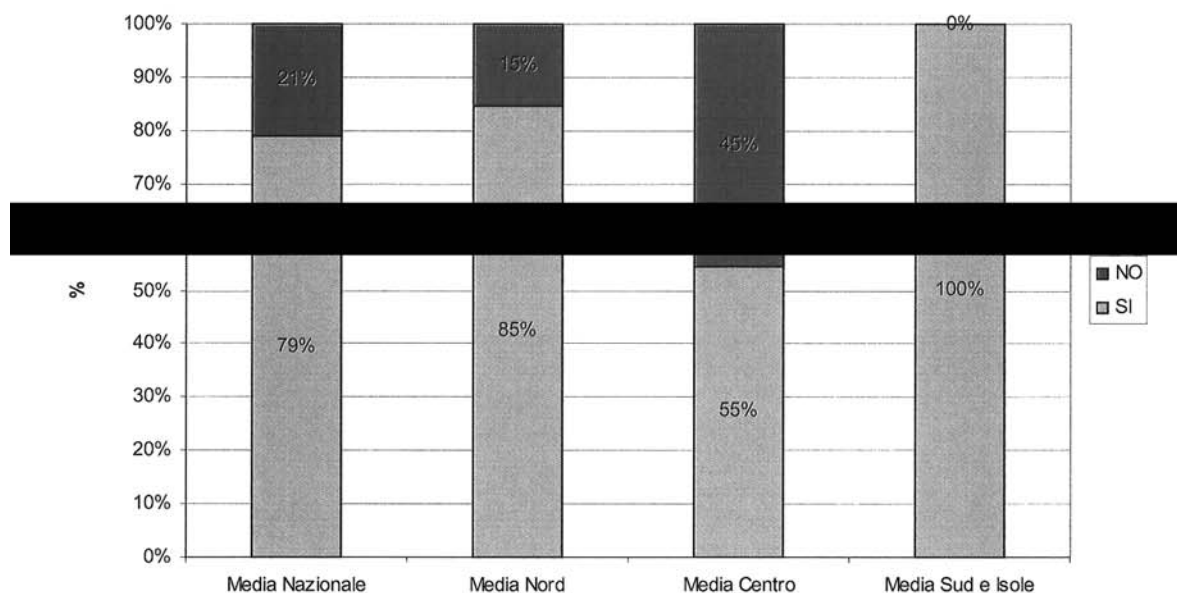


Grafico 13. Numero posti letto dedicati all'ALPI

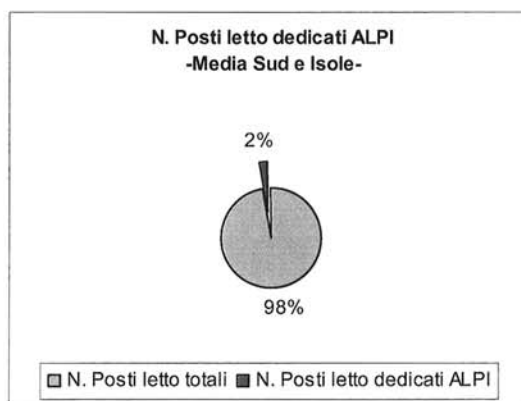
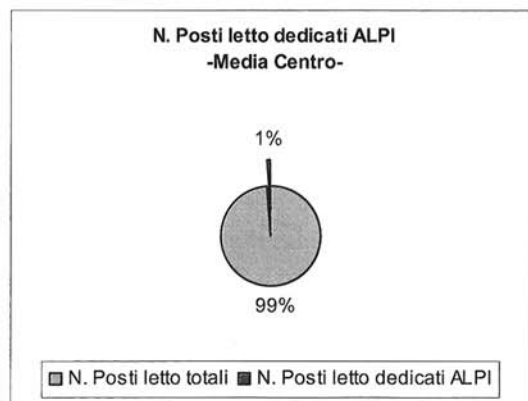
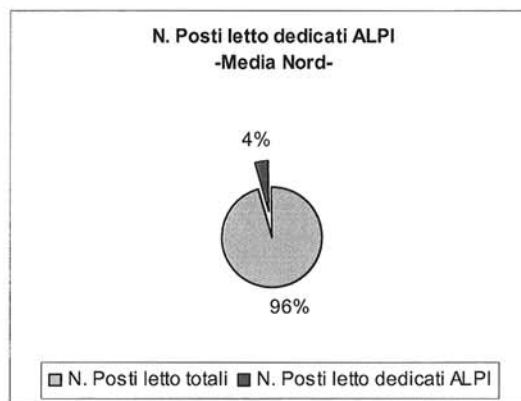


Grafico 14. Valore Indennità di esclusività

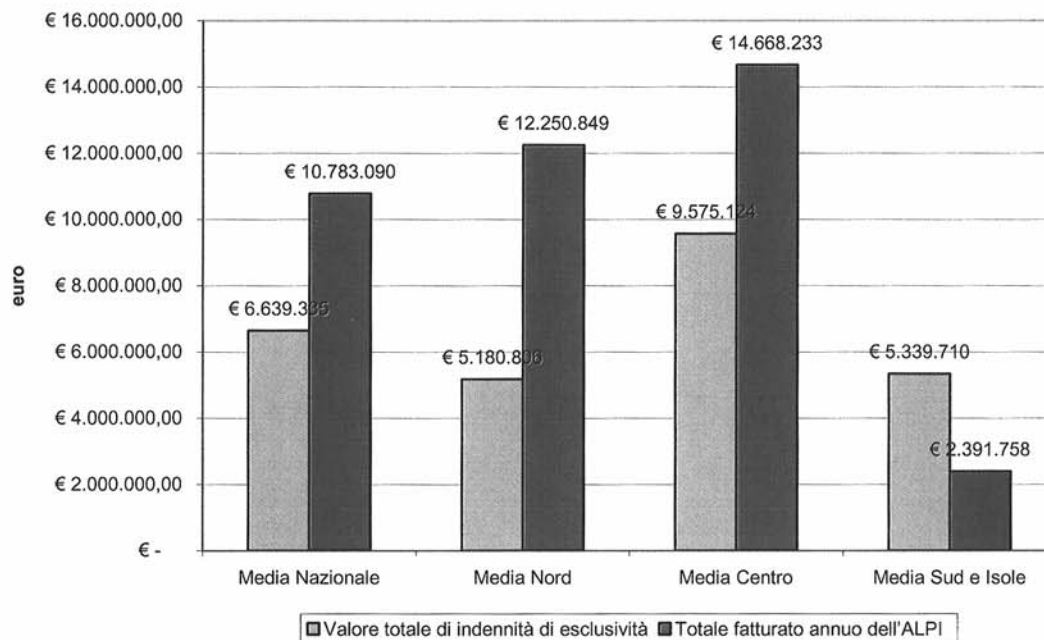


Grafico 15. Oneri riflessi per ALPI

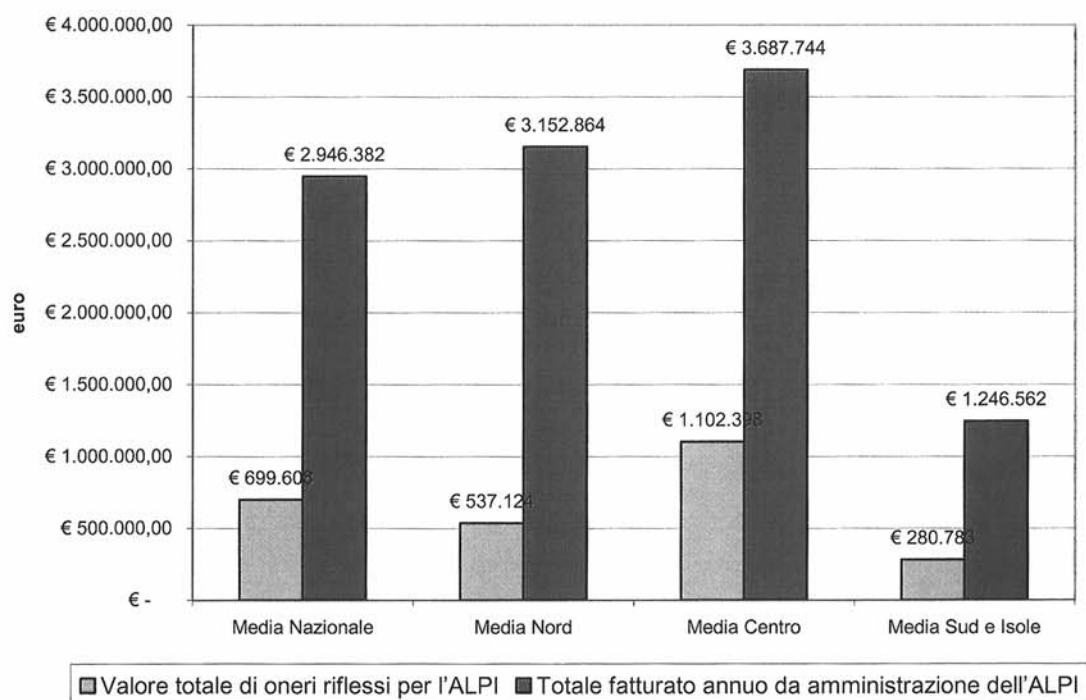


Grafico 16. Presenza elenco medici in ALPI disponibile alla consultazione da parte dell'utenza

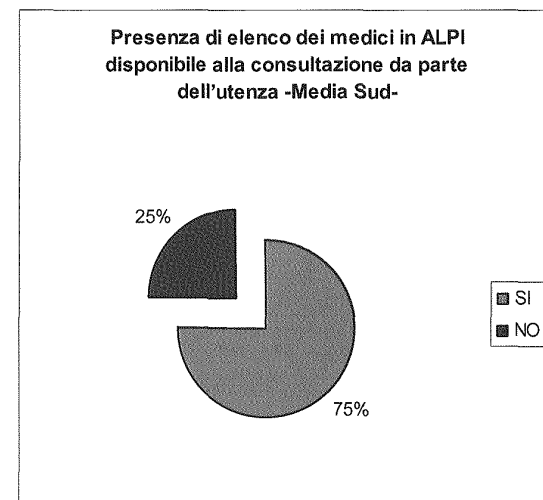
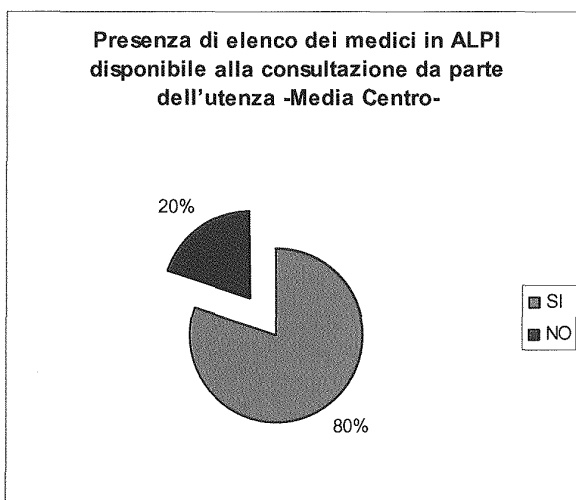
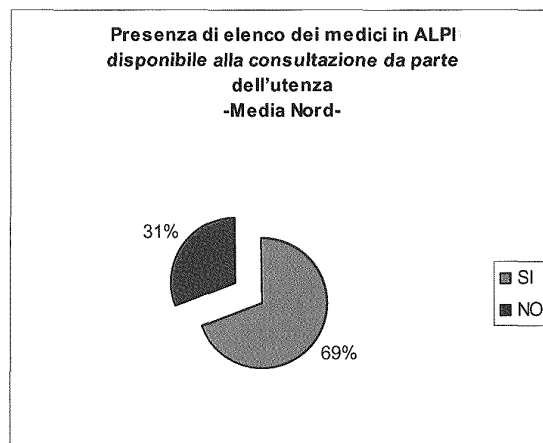


Grafico 17. Presenza di elenco dei tempi di attesa programmati in servizio istituzionale disponibile alla consultazione da parte dell'utenza

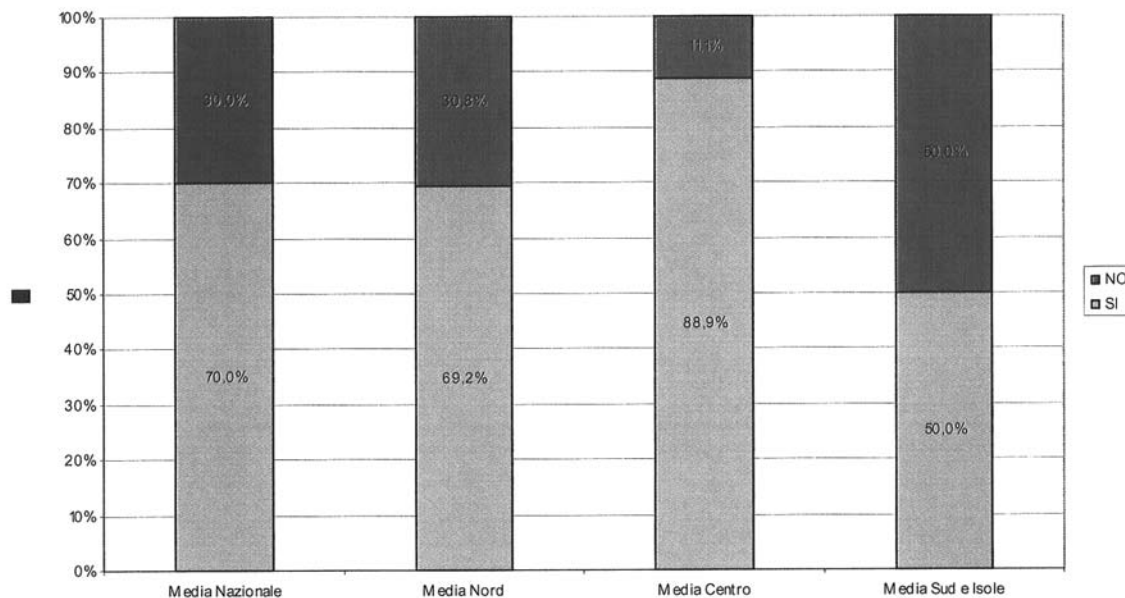


Grafico 18. Presenza di tariffario aziendale per prestazioni effettuate in ALPI

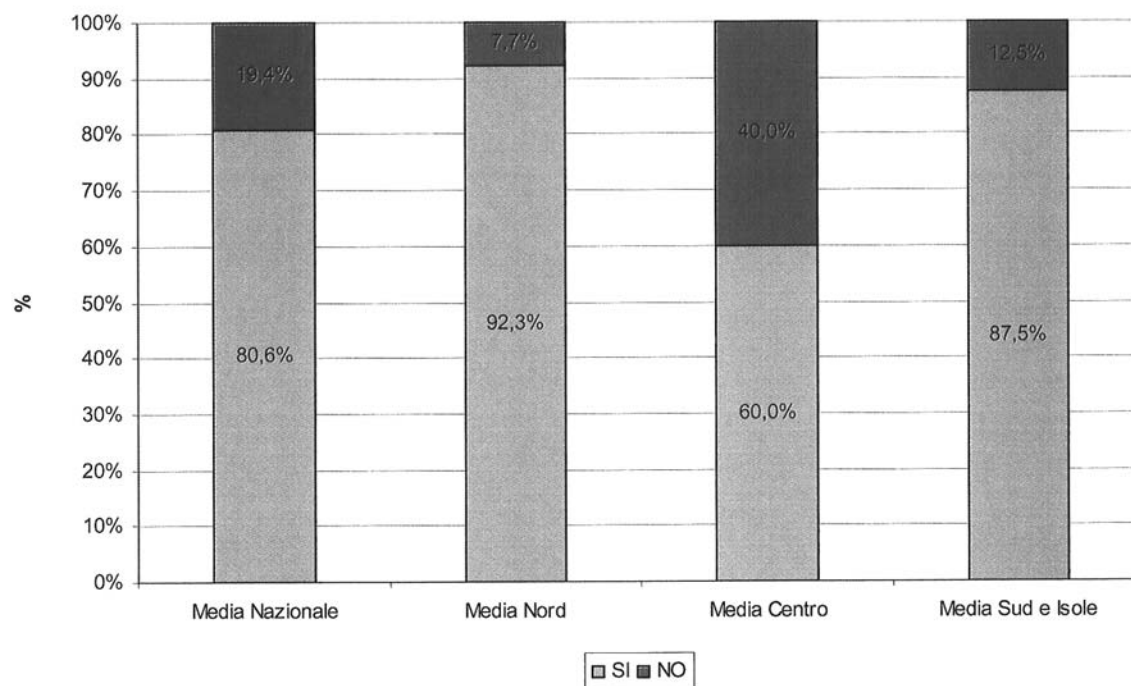


Grafico 19. Presenza CUP aziendale centralizzato

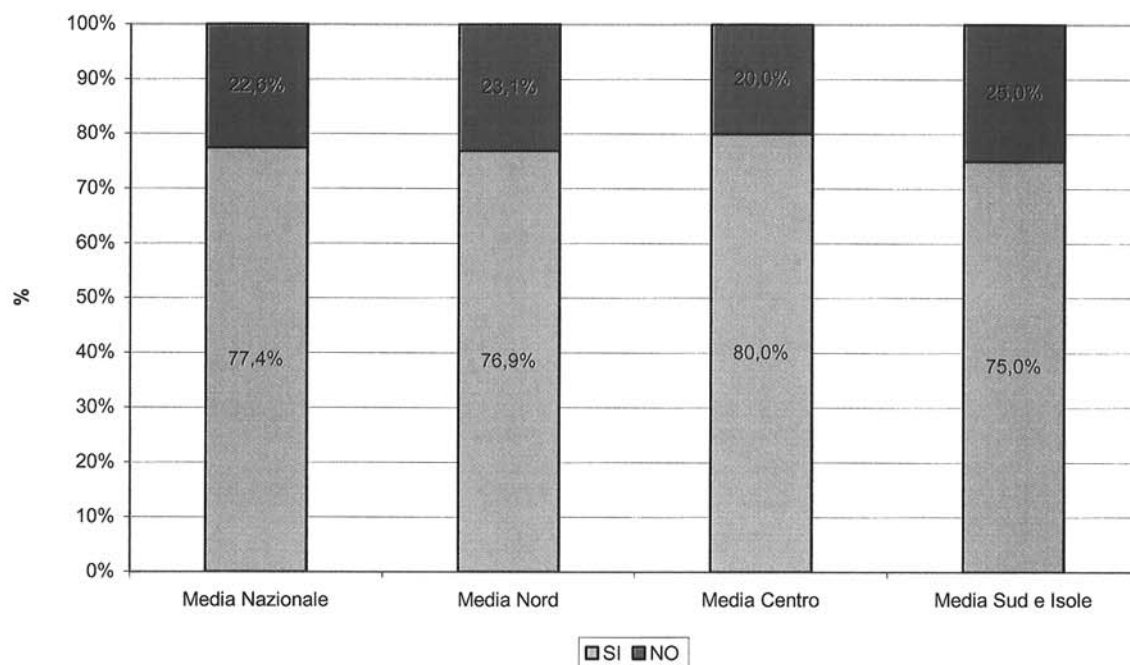


Grafico 19-bis. Presenza CUP centralizzato inclusivo di Segreteria Centralizzata per ALPI

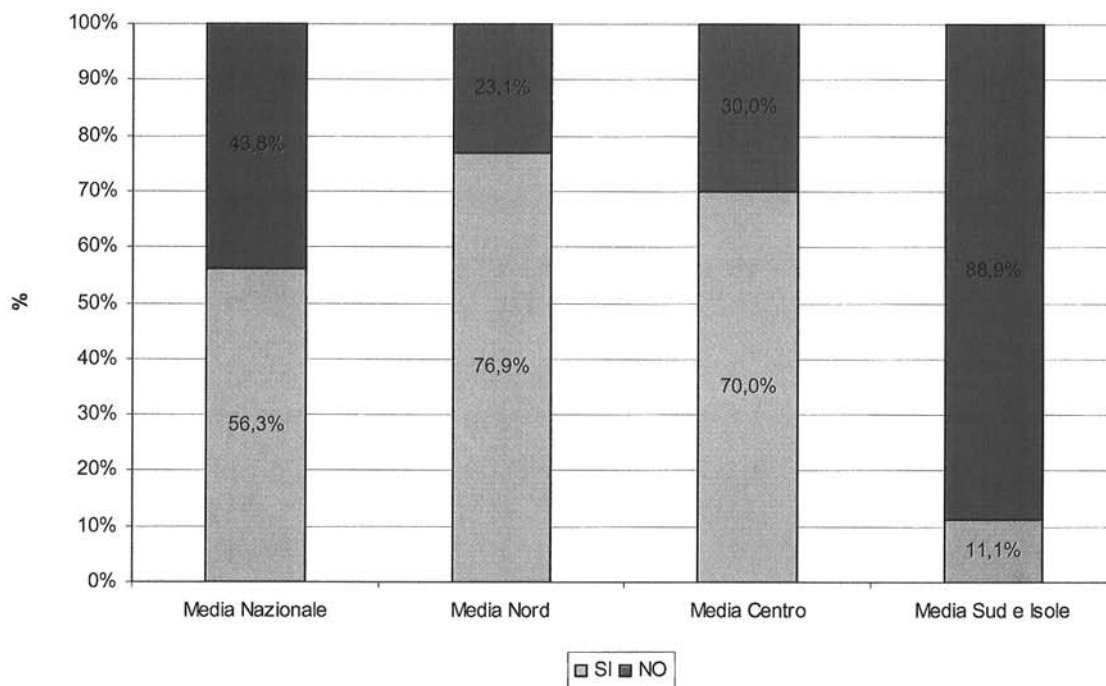


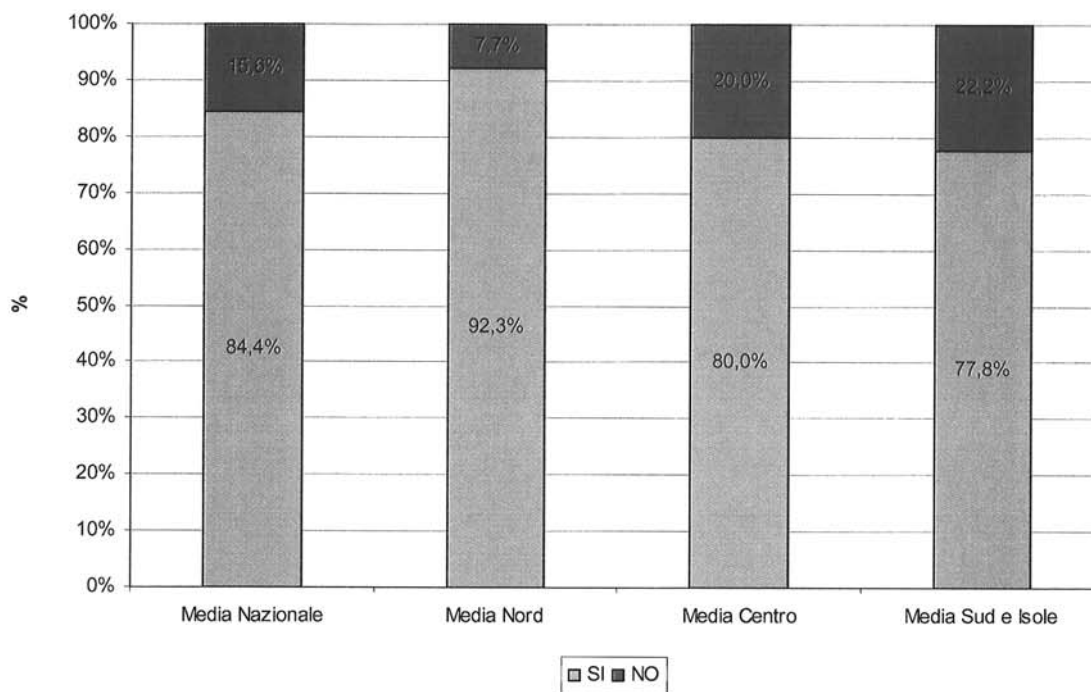
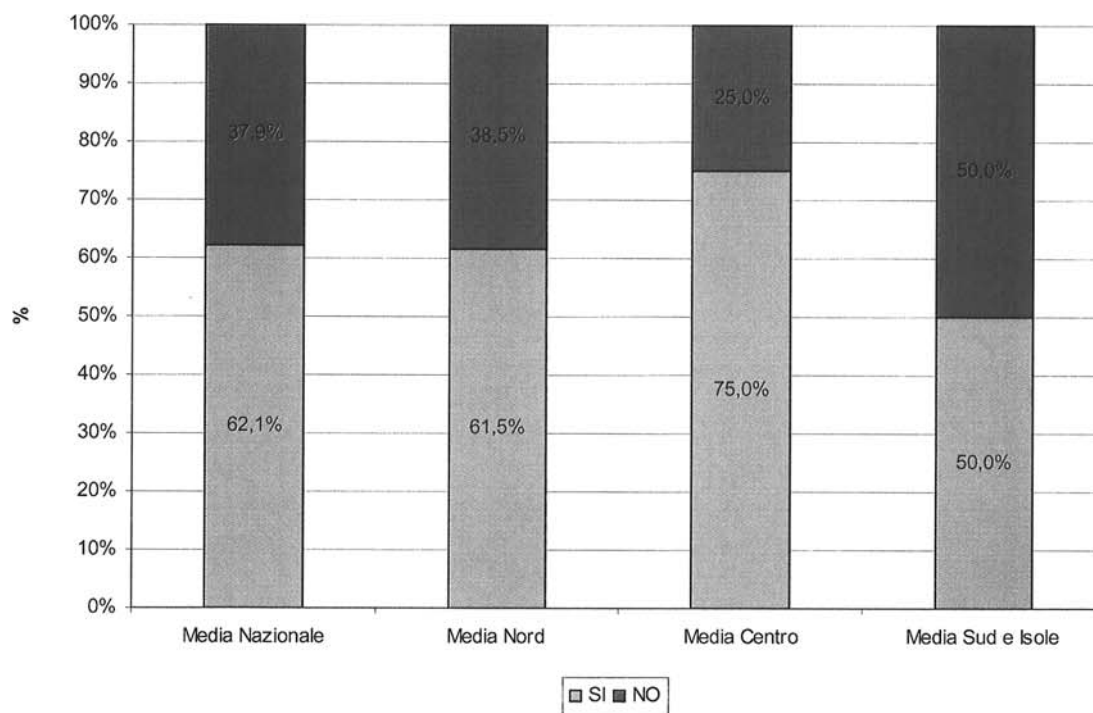
Grafico 20. Presenza di regolamento aziendale**Grafico 21. Presenza di eventuali limitazioni (es. tetto ore settimanali) previste per il dirigente nello svolgimento dell'ALPI**

Grafico 22. Presenza di Commissione ALPI aziendale paritetica

