



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 1

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ESERCIZIO DELLA LIBERA
PROFESSIONE MEDICA INTRAMURARIA, CON PARTICOLARE
RIFERIMENTO ALLE IMPLICAZIONI SULLE LISTE DI ATTESA
E ALLE DISPARITÀ DELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI
PUBBLICI

15^a seduta: mercoledì 4 ottobre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione del Tribunale per i diritti del malato e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR)

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 11	<i>SALATINO</i>	Pag. 5, 6
* BIANCONI (FI)	6, 10	<i>TERZI</i>	3, 5, 11
* BINETTI (Ulivo)	10		
* CURSI (AN)	11		
EMPRIN GILARDINI (RC-SE)	10		
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA)	5, 9		
TOMASSINI (FI)	7		

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democratici cristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il vice presidente del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, ingegner Alessio Terzi, accompagnato dal dottor Giuseppe Scaramuzza e dal dottor Paolo Baronti, membri della segreteria nazionale, e la dottoressa Gilda Salatino, dirigente della sezione monitoraggio della spesa sanitaria dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Tribunale per i diritti del malato e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca 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.

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

Sono in programma oggi le audizioni di rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR).

Sono presenti, per il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, l'ingegner Alessio Terzi, vice presidente nazionale, il dottor Giuseppe Scaramuzza ed il dottor Paolo Baronti, membri della segreteria nazionale, e, per l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la dottoressa Gilda Salatino, dirigente della sezione monitoraggio della spesa sanitaria, ai quali cedo subito la parola, ringraziandoli per aver accettato l'invito della Commissione a partecipare all'incontro odierno.

TERZI. Signor Presidente, i problemi legati all'*intramoenia* e alle liste di attesa vengono da noi registrati in due modi. Innanzi tutto, si raccolgono le segnalazioni dei cittadini che si rivolgono ai nostri centri di ascolto (quello che noi chiamiamo PIT, cioè Progetto integrato di tutela); si tratta di luoghi nei quali i cittadini possono fare una segnalazione, chiedere assistenza o informazioni. La seconda fonte di dati è rappresentata dal rapporto nazionale predisposto attraverso lo strumento dell'Audit civico, cioè una metodologia di valutazione dei servizi sanitari entrata in uso da alcuni anni e ormai applicata da circa 100 aziende sanitarie e da cinque Regioni italiane. In questo secondo caso, compiamo una ricogni-

zione e una rilevazione comparata delle liste di attesa per una serie di prestazioni effettuate in regime ordinario e in regime di *intramoenia*.

Voglio sottolineare il senso di indignazione espresso dai cittadini che si sentono proporre la prestazione richiesta in *intramoenia*. Al riguardo desidero leggervi una testimonianza raccolta nel Friuli Venezia Giulia e riportata in un documento che metteremo a disposizione degli uffici della Commissione. Si tratta di un estratto del rapporto annuale sulle segnalazioni giunte al nostro servizio di informazione e consulenza dei cittadini, integrato con una tabella nella quale sono messi a confronto i tempi delle liste di attesa rilevati attraverso l'Audit civico. «Sono andata in ospedale con la prescrizione per una risonanza magnetica. Allo sportello per la prenotazione ho appreso che la prima data utile era dopo sette mesi. Ma io avevo necessità di effettuarla prima e ho deciso, quindi, di pagare 200 euro per ottenere la prestazione in *intramoenia*. Ho sentito che è possibile ottenere un rimborso, spero sia vero».

È sconcertante per i cittadini sentirsi proporre due tempi di attesa e due prezzi diversi per una prestazione che viene effettuata con le medesime attrezzature, nelle stesse strutture e con lo stesso personale; a volte, con evidenti cadute di buon gusto, sono gli stessi medici che propongono il ricorso all'*intramoenia*.

Vorrei citare qualche dato raccolto sulla base delle segnalazioni. Il 15 per cento circa dei contatti con il Tribunale per i diritti del malato riguardanti le liste di attesa è volto ad avere informazioni per ottenere rimborsi per prestazioni sostitutive in *intramoenia* o nel privato; si tratta, quindi, di una percentuale rilevante. Circa l'8 per cento dei contatti riguarda la difficoltà o l'impossibilità di accedere alle prestazioni nel privato o in *intramoenia* a causa dei costi troppo elevati rispetto alle condizioni economiche familiari. Conseguentemente, circa un quarto delle segnalazioni giunte al Tribunale per i diritti del malato – una percentuale non di poco conto – riguarda direttamente o indirettamente le prestazioni in *intramoenia* a cui si ricorre per problemi legati alle liste di attesa.

La situazione peggiora per l'insufficienza del sistema unificato di prenotazione, anche perché non c'è un luogo facilmente accessibile in cui i cittadini possono conoscere la procedura delle prestazioni ed esercitare una libera scelta. Il centro unificato di prenotazione (CUP) è ancora poco diffuso e, là dove esiste, la quantità di agende conferite al sistema nel migliore dei casi arriva all'80 o al 90 per cento; c'è sempre una percentuale rilevante di agende che resta al di fuori dei controlli del CUP, determinando una strozzatura nella possibilità di accesso.

Tra le prestazioni per cui più frequentemente si ricorre all'*intramoenia*, vorrei citare alcune visite specialistiche che, a mio parere, sono abbastanza significative. Non si tratta, infatti, solo di prestazioni quali ecografie, risonanze magnetiche o TAC – che pure sono fra quelle, come si evince dalla tabella che lasceremo agli atti, per cui più frequentemente si ricorre all'*intramoenia* – ma di visite angiologiche, fisiatriche, cardiologiche, oculistiche, ortopediche, urologiche, ginecologiche. Si potrebbe affermare, dunque, che per alcune prestazioni – come, ad esempio, quelle

oculistiche – il regime di assistenza pubblica è alquanto teorico. La maggior parte delle prestazioni e degli esami avviene in un regime che è a metà strada fra l'*intramoenia* e il privato.

I costi sono assolutamente rilevanti. Nella tabella contenuta nel documento che depositeremo agli atti della Commissione vengono riportati i costi dell'*intramoenia* e del privato. Si arriva anche a 1.000 euro e comunque non è raro pagare 250-300 euro per prestazioni in *intramoenia*.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Compresa le visite specialistiche?

TERZI. No.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Mi rendo conto che TAC e risonanze magnetiche fanno salire i prezzi.

TERZI. Certamente. In alcuni casi, come ho detto, si può arrivare anche a 1.000 euro.

Nell'ultima tabella abbiamo confrontato i tempi di attesa per alcune prestazioni come l'ecodoppler cardiaco, l'ECG dopo sforzo, l'ecografia addominale, la mammografia, la gastroscopia, la colonscopia, la TAC *total body* e la risonanza magnetica *total body*. Si osserva che i tempi di attesa per alcune prestazioni diagnostiche in regime di *intramoenia* sono inferiori alle medie di attesa di esami prenotati negli ospedali come urgenti. Ovviamente i tempi di attesa degli esami con prenotazione ordinaria e con prenotazione urgente sono diversi. In tre casi – la colonscopia, la TAC *total body* e la risonanza magnetica *total body* – il tempo massimo di attesa in regime di *intramoenia* è inferiore al tempo massimo di attesa delle prestazioni con carattere di urgenza. Quindi, mentre di norma il tempo massimo di attesa per prestazioni *intramoenia* è superiore a quello delle prestazioni urgenti e inferiore a quello delle prestazioni non aventi carattere di urgenza, per queste tre specifiche prestazioni diagnostiche è inferiore anche rispetto alle richieste di urgenza.

In conclusione, l'interferenza dell'*intramoenia* sulle liste di attesa è sicuramente pesante e il modo in cui i cittadini vivono questo regime lo è altrettanto. Non è infrequente sentir dire dagli utenti che provano la sensazione di subire delle truffe. Infatti, la possibilità di ricevere nello stesso luogo prestazioni di diverso tipo dà all'utente l'idea che si sta impegnando una struttura pubblica, finanziata con denaro pubblico, per fare altro. Ciò rafforza la sensazione che si stia subendo una truffa.

Questi sono i dati che abbiamo raccolto finora. Depositerò agli atti della Commissione il documento con la descrizione analitica di quanto testé illustrato.

SALATINO. Signor Presidente, ogni anno l'Agenzia per i servizi sanitari regionali predispone un rapporto sui dati relativi alla libera professione utilizzando le informazioni che affluiscono al sistema informativo del Ministero della salute (quindi, soltanto determinati dati e non altri).

Tali dati riguardano la spesa sostenuta dai cittadini per ricevere le prestazioni in *extramoenia* e in *intramoenia*, quanto di questa spesa viene corrisposto al personale che effettua le prestazioni e quanto rimane all'azienda.

Dagli ultimi dati disponibili, relativi all'anno 2005, risulta che i cittadini hanno pagato 1 miliardo e 70 milioni di euro, con un incremento di oltre il 50 per cento rispetto al 2001. Nel 2001, infatti, i cittadini hanno pagato circa 700 milioni, mentre nel 2005 1 miliardo e 70 milioni di euro. Questo dato, però, è sottostimato perché non comprende la libera professione svolta nei policlinici universitari e negli ospedali classificati, in quanto queste strutture ancora oggi non hanno l'obbligo di trasmettere i bilanci al sistema informativo del Ministero della salute. Quindi, si può stimare che almeno altri 200 milioni di euro vengano pagati dai cittadini, perché – ripeto – il dato che risulta al SIS (Sistema informativo sanitario) del Ministero della salute è certamente sottostimato.

La distribuzione è diversa da Regione a Regione. Nel Centro-Nord la quota è più elevata ed è inferiore nel Meridione. Dell'importo complessivo (1 miliardo e 70 milioni di euro) a livello nazionale 946 milioni vengono corrisposti al personale che effettua la libera professione e circa 120 milioni (quindi l'11,5 per cento) rimangono all'azienda per coprire i costi. Occorre però tener conto del fatto che di quell'11,5 per cento che rimane all'azienda una parte viene utilizzata per pagare l'IRAP sui 946 milioni corrisposti al personale. Abbiamo quindi altri 80 milioni di euro, che rappresentano un costo. In definitiva, soltanto 40 milioni di euro restano alle aziende per coprire i costi delle prestazioni effettuate in libera professione.

Questo è il dato a livello nazionale. Se analizziamo il dato a livello regionale, la situazione appare molto differenziata: in alcune Regioni all'azienda rimane solo il 2 o il 3 per cento, una quota insufficiente a coprire i costi. Vi sono poi un paio di Regioni che corrispondono al personale quote superiori a quanto pagato dai cittadini. Ciò si può spiegare in due modi: o per errori di codifica sui bilanci (abbiamo provato a chiedere chiarimenti, ma le Regioni non sono state in grado di darci spiegazioni) o perché è stata attivata la libera professione con oneri a carico dell'azienda.

BIANCONI (FI). Quali sono queste Regioni?

SALATINO. Le Regioni in cui si verifica questo fenomeno, che abbiamo verificato per anni diversi, sono le Marche, l'Umbria e il Molise, che dà tutto ciò che incassa ai medici. Nel Lazio su 112 milioni il 97,30 per cento va ai medici e il 2,70 per cento all'azienda; una cifra che non è sufficiente a coprire l'IRAP, pari all'8,5 per cento. Lo stesso vale per l'Abruzzo, la Puglia, la Sicilia, la Calabria e così via. Da questi dati sembra che alle aziende rimanga molto poco per coprire i costi. Questi sono dati ufficiali che le Regioni trasmettono al Sistema informativo sanitario del Ministero della salute. Aggiungo che purtroppo, ad oggi, dai bilanci in nostro possesso siamo in grado di trarre solo il dato complessivo, senza quindi differenziazioni tra gli importi dovuti per prestazioni specialistiche e quelli relativi ai ricoveri ospedalieri. Dal 2007

però, a seguito delle modifiche apportate allo schema di bilancio delle aziende sanitarie locali, saremo in grado di avere anche il dato differenziato.

Non si è in possesso di dati neanche per quanto riguarda le prestazioni specialistiche effettuate in regime di *intramoenia*, laddove si hanno invece informazioni in materia di ricoveri. I ricoveri effettuati in *intramoenia* sono poco più di 50.000, quindi rappresentano soltanto lo 0,4 per cento dei ricoveri complessivi. C'è da sottolineare che, a livello nazionale, circa il 40 per cento dei ricoveri viene effettuato nelle aziende ospedaliere, che sono le strutture che attraggono il maggior numero di pazienti, seguite dai policlinici e dagli IRCCS. Circa il 23 per cento dei ricoveri viene effettuato nelle case di cura private non accreditate, così come previsto dalla normativa quando non ci sono gli spazi nelle strutture pubbliche. Tengo a precisare che tale percentuale corrisponde al dato nazionale e non regionale, posto che, ad esempio, in Campania il 75 per cento di tutti i ricoveri in regime di libera professione viene effettuato nelle case di cura private. La Campania rientra quindi tra quelle Regioni che risultano non aver ancora utilizzato le disponibilità previste dal decreto legislativo n. 254 del 2000.

Spero in poche parole di aver riassunto la problematica in esame. Consegno comunque agli atti della Commissione alcune tabelle riferite ai costi e ai ricavi dell'attività di libera professione a livello regionale e resto ovviamente a disposizione per ogni ulteriore chiarimento richiesto dagli onorevoli senatori.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per la loro esposizione e li invito a consegnare il materiale eventualmente in loro possesso, che provvederemo a distribuire ai componenti della Commissione.

Lascio la parola ai colleghi che intendono intervenire.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, ringrazio anch'io gli intervenuti, ai quali vorrei chiedere alcune precisazioni. Ovviamente qualora non fossero in grado di disporre oggi di tutti i dati richiesti, potranno farceli pervenire anche in un secondo momento; immagino infatti che possano aver tralasciato qualche informazione nella necessità di essere concisi.

In particolare ai rappresentanti di Cittadinanzattiva-Tribunale dei diritti del malato vorrei chiedere se, a fronte delle lunghe liste di attesa e della conseguente necessità sostanziale di fruire delle prestazioni in *intramoenia*, abbiano registrato anche il rifiuto di accedere ad altra struttura pubblica per ottenere la medesima prestazione. Questo è un dato molto importante. Per quanto ci riguarda, ad esempio, non abbiamo mai condiviso il criterio del doppio binario nell'ambito del medesimo istituto; pur tuttavia chi ha esperienza nel settore dell'organizzazione ospedaliera sa che è fondamentale valutare se la richiesta di prestazione libero-professionale, sia in *intramoenia* che in *extramoenia*, deriva o no dal rifiuto di accedere ad altra struttura pubblica.

Vorrei poi richiamare l'attenzione dei nostri ospiti sulla situazione degli organici e sulla funzionalità degli orari di lavoro. Va infatti considerato che molto spesso la necessità di ricorrere a prestazioni libero-professionali nasce dal fatto che l'organizzazione degli orari non prevede una quota adeguata da dedicare all'attività ambulatoriale. Se il personale medico e sanitario dedica la parte principale dell'orario di lavoro allo svolgimento dell'attività ordinaria di ricovero, la quota dedicata ad attività specialistiche risulta insufficiente. Peraltro, è importante in proposito ricordare che per coloro che praticano la professione in *intramoenia* o in *extramoenia* è previsto un identico orario di lavoro, né l'attività ambulatoriale può dare origine a forme specifiche di straordinario, posto che i contratti di lavoro lo vietano espressamente.

In ordine alle visite specialistiche desta certamente sorpresa il dato citato dall'ingegner Terzi, tuttavia andrebbero fatte delle distinzioni. Intendo dire che per fruire di una certa tipologia di visite specialistiche in Italia bisogna costantemente passare attraverso una lunga lista d'attesa; mi riferisco in particolare a specialità quali l'oculistica o l'otorinolaringoiatria, e questo perché l'organico dedicato a tali branche della medicina è da sempre sottostimato, mentre risultano aumentate le capacità di lavoro nell'ambito dei ricoveri, dei *day hospital* o di altri settori. In altri casi, invece, le lunghe liste di attesa non sono giustificate proprio a partire dai dati nazionali. In conclusione, quindi, nell'analisi del problema sarebbe opportuno fare almeno queste differenziazioni.

Mi interesserebbe poi sapere se le vostre osservazioni a proposito della libera professione nei servizi (sono state citate alcune prestazioni come la tomografia assiale computerizzata o la risonanza magnetica) tengono o no conto della propedeuticità dell'accesso alla prestazione e di quanto tale criterio venga rispettato. Mi spiego. Nel sistema pubblico a livello regionale esiste – in alcune Regioni di più, in altre meno – una precisa propedeuticità per accedere a una determinata prestazione; pertanto, se la domanda scavalca tale propedeuticità, non ci si può che rivolgere alla libera professione. Aggiungo che su tale aspetto purtroppo può giocare un ruolo importante un'errata informazione da parte dei *media*.

Vorrei inoltre sapere se è stata fatta una valutazione del carico medio di visite e pazienti per ora nell'ambito dell'attività pubblico-istituzionale rispetto a quella svolta in *intramoenia*, onde capire se vi sia o no corrispondenza. Infatti, anche in questo caso va considerato che generalmente le norme e i vincoli contrattuali concernenti il rapporto tra il numero delle prestazioni e il tempo ad esse dedicato vengono rispettati nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale istituzionale, ma non nell'attività *intramoenia* controllata.

Infine, per quanto riguarda l'intervento della dottoressa Salatino e, nello specifico, per quanto concerne la libera professione nelle case di cura non accreditate, vorrei sapere se i costi delle prestazioni tengono o no conto dell'ammortamento dei materiali. Si tratta di un dato molto importante, posto che nel sistema pubblico non si tiene mai conto del costo dell'ammortamento dei materiali, laddove nel sistema privato il costo

della prestazione è comprensivo dell'ammortamento, trattandosi di una quota che non viene investita se non da chi produce la prestazione. Analogo discorso va fatto per quanto riguarda la verifica dei costi strumentali. Ad esempio, in merito ai ricoveri in *intramoenia*, mi interesserebbe avere una valutazione del costo medio degli interventi chirurgici praticati (o dei principali campioni) rispetto ad analoghe prestazioni effettuate in libera professione, onde verificare se i costi siano analoghi o diversificati.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Signor Presidente, vorrei ricordare che il regime dell'*intramoenia* è nato per ridurre il volume delle visite specialistiche e dell'assistenza ospedaliera effettuata tramite un sistema di convenzioni esterne che, pur facendo parte a pieno titolo del sistema sanitario pubblico, veniva comunque ritenuto superabile per permettere un completamento dell'attività. Stando però ai dati che emergono – forse la mia è una chiave di lettura superficiale – sembra che il suddetto sistema stia fallendo: in primo luogo non si registra una riduzione delle convenzioni esterne; in secondo luogo, a seguito della decisione di adottare tale regime, che peraltro richiese un grande sforzo economico per la predisposizione dei siti negli ospedali, si addivenne ad un sistema di *intramoenia* esterno, che permetteva ai liberi professionisti di utilizzare il proprio studio e le proprie strumentazioni a fronte del versamento alla struttura pubblica di un certo importo. Ciò serviva per ridurre il numero delle convenzioni e le liste di attesa. Ogni giorno, però, leggiamo che le liste di attesa invece di ridursi aumentano e veniamo a sapere che le strutture sanitarie che di fatto non riuscivano ad avere il convenzionamento, in quanto non rientravano in un progetto, addirittura stanno lavorando di più perché, soprattutto in certe Regioni, coprono ciò che inevitabilmente proviene loro dall'ospedale pubblico. Infatti l'*intramoenia* è previsto solo negli ospedali non convenzionati e non in quelli convenzionati.

Credo che questi dati debbano farci riflettere. Ricordo che la disciplina dell'*intramoenia* è stata varata nella legislatura intercorsa tra il 1996 e il 2001, ma dal 2001 in poi siamo stati costretti a parlare di *intramoenia* allargata. Quest'ultima risulta conveniente per quegli ospedali che vengono investiti solo in minima parte, mentre chi fa l'*intramoenia* allargata deve utilizzare, a determinate tariffe, strutture e personale proprio.

Vorrei sapere se sto sbagliando, se questa è una chiave di lettura partigiana, oppure effettivamente sta emergendo il fallimento dell'obiettivo perseguito con l'*intramoenia*? Ritengo disgustoso che un paziente, recatosi presso una struttura pubblica che, per antonomasia, fornisce un servizio da tutti definito gratuito, si debba sentir proporre un'attesa di cinque mesi o, in alternativa, il ricorso alle medesime prestazioni effettuate in *intramoenia*. All'inizio eravamo tutti d'accordo, ma ora si sta delineando il fallimento totale di tale sistema. Aggiungo che stanno registrando maggiormente il fallimento dell'*intramoenia* proprio quelle Regioni che non hanno ancora utilizzato i fondi a disposizione per le strutture pubbliche.

Mi rivolgo in particolare alla dottoressa Salatino perché ancora oggi, in assenza di un'agenzia sanitaria regionale in Sardegna, pur essendo par-

lamentare da molti anni, non sono riuscito ad avere dati certi; ho avuto difficoltà ad ottenere quei dati dal Ministero, indipendentemente dal colore della maggioranza di Governo. So bene che è stato fatto uno sforzo enorme, ma penso che i dati che ci sono stati riferiti siano stati calcolati addirittura per difetto.

Allora, vorrei sapere se, a vostro avviso, conviene ancora mantenere l'*intramoenia* o se è arrivato il momento di riesaminare tale regime. La libera attività professionale intramuraria di fatto ha dato maggiori risorse agli ospedali pubblici? Ha ridotto le liste d'attesa? Ha diminuito i servizi al convenzionato esterno? Forse la mia lettura è sbagliata ma, proprio per questo motivo, vorrei conoscere la vostra opinione al riguardo.

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, la mia domanda si lega all'intervento testé svolto dal collega Massidda. Vorrei chiedere ai nostri ospiti se dispongono di dati in merito al ricorso a convenzioni con studi privati e al pressoché impossibile monitoraggio della situazione.

In secondo luogo, vorrei qualche chiarimento in ordine all'impiego di personale specializzando negli studi privati, *sub specie* di attività di formazione.

La terza domanda, infine, riguarda l'esistenza di percorsi preferenziali a favore dei pazienti visitati negli studi privati nel momento in cui devono ricorrere a prestazioni più significative, dalla TAC alla risonanza magnetica, alla PET fino ad arrivare ad eventuali interventi chirurgici da effettuare in strutture pubbliche o convenzionate in cui operano i professionisti a cui si sono rivolti nei loro studi privati.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, innanzi tutto vorrei che lei prendesse in seria considerazione la possibilità, vista l'importanza delle domande formulate e considerato l'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, di riconvocare i nostri ospiti affinché possano dare più compiutamente risposta alle richieste di chiarimento su una problematica estremamente articolata.

Vorrei poi rivolgere una domanda molto semplice al vice presidente del Tribunale per i diritti del malato. L'ingegner Terzi nel suo intervento ha riferito che, rispetto alle prestazioni sanitarie specialistiche, c'è «una via a metà». Noi conosciamo l'*intramoenia* e l'*extramoenia* e quindi non ho ben compreso se si tratta di una nuova categoria. Ciò sarebbe estremamente curioso.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Signor Presidente, vorrei sapere se, rispetto all'incremento del ricorso alle prestazioni svolte in regime di *intramoenia*, documentato dall'aumento degli incassi, è stata fatta una rilevazione per tipologia di prestazione, se si dispone cioè di un'analisi più dettagliata che non sia solo quantitativa, ma anche qualitativa e se si è in grado di valutare anche le differenze territoriali e per ASL.

CURSI (AN). Signor Presidente, Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato ha pubblicato, non più tardi di una settimana fa, un lunghissimo elenco delle liste di attesa a livello nazionale. Quindi, abbiamo già potuto conoscere in modo chiaro e preciso i dati relativi alle liste di attesa per tipologia, per specializzazione, per ASL e per Regione. La Commissione di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale lo scorso anno si avvale del contributo dei NAS per un'indagine da cui emersero elementi abbastanza sconvolgenti, perché risultò che le liste di attesa sono presenti a livello nazionale.

Vorrei sapere se sono state adottate iniziative per contenere le liste di attesa, sulla base di quanto previsto dalla legge finanziaria per il 2006, che – come è noto – ha stabilito modalità per il loro contenimento. Sembra, però, che per cinque Regioni ancora non sia stato fatto assolutamente nulla.

Infine, se non ho compreso male, per alcune tipologie di prestazioni effettuate in regime di *intramoenia* vi sono tempi di attesa inferiori a quelli registrati per prestazioni definite urgenti. È normale, allora, che i cittadini si chiedano il motivo delle liste di attesa.

PRESIDENTE. Considerati la rilevanza delle domande formulate e l'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, non ritengo opportuno comprimere i tempi per le risposte. Se i nostri ospiti si sono resi disponibili a partecipare all'audizione odierna, evidentemente condividono il percorso che stiamo cercando di seguire. Pertanto, vorrei sapere se possono rinnovare la loro disponibilità a proseguire l'audizione in altra seduta.

TERZI. Signor Presidente, confermiamo sin d'ora la nostra disponibilità; chiediamo, però, di poter avere quanto prima il testo integrale delle domande che ci sono state rivolte.

PRESIDENTE. Non appena disponibile, vi verrà inviato il resoconto stenografico della seduta.

Rinvio il seguito dell'audizione e dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,55.

