



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

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

16^a seduta: giovedì 5 ottobre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

**Audizione di rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO)
e della Federsanità-ANCI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 11, 12 e <i>passim</i>	* REGGIANI	Pag. 3, 11, 12
* EMPRIN GILARDINI (RC-SE)	9	RIPA DI MEANA	4, 12
* GRAMAZIO (AN)	11		
TOMASSINI (FI)	7		
* ZUCCHELLI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	9		

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 per la Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, il dottor Francesco Ripa di Meana, presidente, accompagnato dal dottor Luigi D'Elia, vice presidente, e, per Federsanità-ANCI, il dottor Alessandro Reggiani, membro del comitato direttivo.

I lavori hanno inizio alle ore 9.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO) e della Federsanità-ANCI

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, sospesa nella seduta pomeridiana di ieri.

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 vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi in programma l'audizione del dottor Alessandro Reggiani, membro del comitato direttivo della Federsanità-ANCI e dei dottori Francesco Ripa di Meana e Luigi D'Elia della Federazione italiana aziende sanitarie ed ospedaliere (FIASO), ai quali esprimo il benvenuto a nome della Commissione.

Tenuto conto della convocazione dell'Assemblea alle ore 10, invito i nostri ospiti a limitare il più possibile i loro interventi onde consentire ai commissari di porre eventuali domande ai fini dell'approfondimento della materia oggetto dell'indagine conoscitiva in titolo.

Cedo quindi la parola al dottor Reggiani.

REGGIANI. Signor Presidente, onorevoli senatori, sono direttore generale dell'Azienda sanitaria Toscana di Empoli da sette anni. Com'è noto, sulla libera professione intramuraria la Regione Toscana, all'indomani dell'approvazione, nella scorsa legislatura, della normativa che liberalizzava il previgente ordinamento, ha adottato un provvedimento legislativo che vincola i dirigenti del Sistema sanitario nazionale alla professione intramuraria. Ciò significa che, nella nostra Regione, il dirigente medico ospedaliero all'atto della nomina deve sottoscrivere con il direttore generale un contratto, con il quale s'impegna ad esercitare la libera professione

nei locali messi a disposizione dall'Azienda sanitaria. Oltre all'impegno dell'ASL di fornire i locali idonei e del professionista di esercitare la libera professione secondo le regole stabilite, in giorni prefissati e con modalità ben distinte dall'attività istituzionale, il contratto stabilisce anche la quantità di tale prestazione.

La libera professione intramuraria, infatti, altera le regole sinallagmatiche vigenti fra l'Azienda e il suo dirigente, giacchè quest'ultimo esercita, sostanzialmente in ambito aziendale, una libera professione completamente al di fuori della sua attività istituzionale. Nella pratica quotidiana accade che un medico approfitti della sua posizione dirigenziale per reclutare i clienti più facoltosi nel proprio studio privato. Questo pericolo, pur realizzandosi raramente, comunque esiste e determina un conflitto di interessi. Può accadere, infatti, che il professionista, per ragioni magari opportunistiche, aumenti artificiosamente le liste di attesa dell'attività istituzionale al fine di reclutare i pazienti più abbienti.

A questo pericolo si rimedia solamente con un contratto stipulato liberamente fra le parti con il quale il professionista s'impegna a svolgere prestazioni libero professionali in equilibrio con l'attività istituzionale. Solo in presenza di una situazione equilibrata il direttore ha la possibilità di controllare che non si alteri il rapporto fra l'attività istituzionale e quella libero professionale. Con quest'ultima attività, infatti, si può produrre una richiesta di prestazione sanitaria di guisa che i professionisti o i colleghi che esercitano nello stesso ramo possano trarre vantaggio dall'esistenza di lunghe liste d'attesa.

Pertanto, alla luce dell'esperienza fatta, deduco che l'attività libero professionale dovrebbe svolgersi sempre e comunque in un contesto di rapporti chiari e trasparenti. In tal senso, male ha fatto il legislatore nella scorsa legislatura a liberalizzare un'attività che era invece ben regolata dal decreto legislativo n. 229 del 1999.

RIPA DI MEANA. Signor Presidente, ringrazio la Commissione igiene e sanità del Senato per la cortesia che ha dimostrato volendo ascoltare il nostro punto di vista attraverso l'audizione odierna.

L'argomento oggetto del nostro incontro non rappresenta una novità per il nostro Sistema sanitario nazionale, visto che fin dal 1968 si parla di fidelizzazione del medico alla struttura pubblica. In verità, la gran novità si è verificata nel 1991 con l'affermazione dell'unicità del rapporto e l'avvento dell'aziendalizzazione delle USL. La situazione non è più quella di 30 o 15 anni fa, essendo stato introdotto nel sistema il principio della libera scelta del cittadino, principio che ha aumentato i gradi di libertà della domanda e ha posto in maniera diversa anche il tema della libera attività del professionista. Al contempo, però, ha introdotto principi di responsabilità e autonomia, tipici dell'azienda, assolutamente legati a una visione differente del suddetto istituto.

Il già citato decreto legislativo n. 299 ha introdotto i concetti di libera professione *intramoenia* ed *extramoenia* e di rapporto esclusivo, novità lessicali che vanno però inquadrare in un contesto mutato: le aziende sa-

nitare esistevano già da quattro anni ed era quindi possibile parlare di responsabilità. A nostro parere, la vera gran novità è rappresentata dall'istituzione delle aziende sanitarie che hanno cambiato l'approccio alla libera professione *intramoenia*, essendo quest'ultima nata per tutelare il diritto del cittadino ad un rapporto fiduciario e a una differenziazione del *comfort*, che è destinato però ad estinguersi, stante il processo di miglioramento che sta attraversando il sistema nel suo complesso.

Si parla da una parte dell'attività istituzionale che va diminuendo, dall'altra della possibilità per il cittadino di essere tutelato nella sua scelta, della calmierazione delle tariffe e quindi della trasparenza dei criteri di formazione delle liste d'attesa.

È chiaro che di per sé il diritto è del medico, che può esercitare la propria attività professionale con la giusta valorizzazione, ovvero con la possibilità di dimostrare la capacità di avere una clientela diretta. Ad indennizzo di una scelta esclusiva operata dal medico esiste in questo contesto una forma d'integrazione del salario dei più capaci, non investendo il fenomeno la totalità dei medici ma una stretta cerchia, all'interno delle singole aziende, di professionisti con particolari capacità.

A questo punto mi sembra di poter affermare che nelle aziende il diritto del sistema pubblico sia stato applicato (o almeno cerchiamo di applicarlo, deposito agli atti della Commissione un testo in proposito) anche servendoci di una serie di ricerche condotte da enti. Sono però altrettanto convinto che vada garantito anche il diritto delle aziende a sgravare il servizio pubblico da oneri impropri per un'attività del medico in senso stretto e nel contempo a garantire trasparenza nell'erogazione e nel rapporto economico fra il cittadino e il medico, assicurandosi però che esso non si trasformi in una leva volta a distruggere l'organizzazione del sistema sanitario.

Questo è il tema che interessa le aziende: si ripristina il diritto della libera professione *intramoenia* ad essere inserita in un'organizzazione e, se non lo è, è eversiva. Le ricerche hanno dimostrato come in molte realtà italiane la differenziazione sia molto forte non solo tra il Nord e il Sud, ma anche fra Regione e Regione, specialmente nell'Italia settentrionale. Fra Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna vi sono differenze, anche se non sostanziali e minori di quelle esistenti fra le suddette Regioni e quelle del Sud. Nelle Regioni del Centro si è registrato invece un grande aumento della capacità di controllo.

Le differenze riguardano il metodo, la regolamentazione, la valorizzazione professionistica, la disponibilità di infrastrutture. Come evidenzia una ricerca del CERGAS del 2003, sulle tariffe e sui costi esistono differenze enormi anche fra aziende della stessa Regione. Ciò ha diffuso la percezione nel cittadino, e forse anche nelle istituzioni, dello scarso valore aggiunto dell'istituto o della possibilità di utilizzare lo stesso per dribblare le liste d'attesa. Tale tema getta sicuramente fango sull'istituzione.

Non siamo interessati al dibattito sulla libera scelta del medico; come gestori siamo più interessati a che quest'operazione vada a buon fine. Non siamo interessati al dibattito ideologico, se così si può chiamare, e forse

non pensiamo sia sufficiente guardare solo all'*intramoenia* allargata, che non rappresenta l'unico problema. Siamo convinti invece che sia importante mantenere il *focus* su quanto era previsto dal decreto legislativo n. 299, laddove aveva imputato una responsabilità quasi di revoca ai direttori generali. Concordiamo sul fatto che siano attribuite delle responsabilità, perché il nostro compito è saper controllare il fenomeno. Pur in presenza di uno stimolo forte alla ripresa delle aziende, consideriamo di centrale importanza concentrarsi su alcuni aspetti di carattere aziendale della libera professione *intramoenia*; mi riferisco, ad esempio, al fatto che l'*extramoenia* non è possibile o comunque è difficile da realizzare nel caso dei dirigenti che devono possedere capacità gestionali.

Riprendendo quanto detto dal collega Reggiani, quello che più ci colpisce è la possibilità di revocare ogni anno le nomine dirigenziali: nessuna organizzazione, segnatamente quella aziendale, può resistere se ogni anno il suo dirigente può non ricoprire più il proprio incarico di responsabilità. In ogni caso, è nostra opinione che in quest'ambito sia fondamentale mantenere l'opzione della durata di una carica dirigenziale che è in genere di tre o cinque anni, onde evitare che tutta l'organizzazione vada – come si suol dire – a ramengo.

Sottolineo poi l'utilità di valorizzare la differenza delle esperienze aziendali, però senza cercare di uniformare tutte le realtà approvando una legge nazionale che stabilisca dei picchetti, come peraltro è già avvenuto in passato. Le differenze fra azienda e azienda e fra Regione e Regione sono troppo marcate e una legge uniformante potrebbe trasformarsi in un alibi per le aziende in posizione di svantaggio.

Abbiamo notato che i nostri associati delle aree urbane hanno problemi assolutamente differenti da quelli degli associati provinciali. In provincia il problema è decisamente minore, nelle grandi città, come Roma e ancor di più nella più avanzata Milano, le nostre associate hanno indicato differenziazioni troppo forti.

Sarebbe utile concentrarsi sugli strumenti proposti dal decreto istitutivo della libera professione. Penso, ad esempio, a una regolamentazione condivisa con i professionisti, assolutamente unica per l'azienda ma non unica a livello nazionale né regionale, stanti le differenze esistenti tra i vari territori e conseguentemente la diversa percezione da parte della popolazione dello stato dei servizi. È opportuno lasciare autonomia alle aziende nel programmare la libera professione come parte della produzione di cui è titolare e di cui si assume la responsabilità, apponendo, ad esempio, la propria intestazione sulle fatture rilasciate al cittadino che, in tal modo, non sarebbe indotto a pensare che la libera professione funziona da leva per le liste d'attesa.

Le leve che utilizziamo sono altre. Penso, ad esempio, al *budget* che prevede prestazioni aggiuntive a quelle dell'anno precedente: se si svuota questo meccanismo, si svuota uno dei nostri poteri. Bisogna fare chiarezza anche sul fatto che non acquistiamo prestazioni in libera professione ma prestazioni aggiuntive utilizzando il contratto della dirigenza, il che implica costi molto differenti. Infatti, se si dovesse ricorrere alla libera pro-

fessione i costi sarebbero decisamente più ingenti, mentre noi applichiamo i 60 euro per ora previsti dal contratto per le prestazioni aggiuntive. Si può parlare dunque di orario aggiuntivo e non di prestazioni *intramoenia*.

Stiamo lavorando – su questo abbiamo bisogno di essere continuamente stimolati – sulle prenotazioni: ovviamente non tutte le aziende pensano che debba esistere un CUP distinto per la libera professione; anzi alcune sono rientrate in un unico CUP stressando la capacità dell'operatore che deve dare spiegazioni al cittadino.

Una soluzione efficace e ormai possibile può essere quella del controllo economico e fiscale delle fatture del medico che, come hanno dimostrato le vicende liguri o venete, si sono rivelate al limite della legalità.

La FIASO è disposta, se richiesto, ad approfondire la lettura su un campione di aziende. Concordiamo con questo stimolo e con il fatto che questo istituto sia rimesso al centro dell'attenzione, abbiamo però dubbi sulle generalizzazioni eccessive o sulle scadenze che alcune aziende o Regioni non riescono a mantenere. Pensiamo invece che la valorizzazione e la ricerca del processo e dell'esperienza aziendale siano più importanti, perché, a volte, una scadenza che non è possibile rispettare si trasforma in un alibi, mentre consideriamo irrinunciabili il monitoraggio del risultato e il rafforzamento della nostra autonomia per il corretto governo di questo istituto.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, mi preme innanzitutto premettere che quanto emerso dalle audizioni odierne è assolutamente difforme da quanto rilevato nella scorsa legislatura nel corso dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria svolta dalla Camera dei deputati e, in particolare, dal documento dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali. Alla luce di ciò vorrei meglio capire quanto oggi proposto. Ritengo inoltre di fondamentale importanza che le persone audite dalla Commissione rispondano della materia di cui sono competenti e delle responsabilità che ricoprono. A tal riguardo considero inaccettabile che il dottor Reggiani abbia posto un falso ideologico, giacché il provvedimento legislativo di cui ci ha parlato non è intervenuto nel merito dell'esercizio della libera professione *intramoenia* effettiva o allargata ma solo in ordine al criterio dell'esclusività. Pertanto, le affermazioni che egli ha fatto rappresentano un falso assoluto. La norma certamente riguarda una parte della dirigenza che prima era obbligata all'*intramoenia* e in questo caso può scegliere un'opzione diversa, ma non attiene i temi specifici e precisi per i quali i nostri ospiti sono stati chiamati in audizione.

In particolare vorrei capire se l'Azienda diretta dal dottor Reggiani, che è della Toscana, riesce ad assicurare l'esercizio della libera professione in *intramoenia* assoluta a tutti coloro che ne hanno diritto e ne fanno richiesta o se deve invece ricorrere all'*intramoenia* allargata, che garantisce non solo quella vera e propria ma anche, ad esempio, lo svolgimento dell'attività di consulenza in altre sedi. In tal caso, vorrei avere delle indicazioni sulla misura in cui la stessa viene consentita, sull'eventuale frui-

zione di strutture non accreditate ovviamente per la libera professione, sulla concessione di mandati per altre specialità, per l'attività e l'opera della mente e per tutto quello che concerne ogni altro tipo di libera professione. Tutto ciò l'*intramoenia* allargata lo consente e va perciò espresso.

In secondo luogo, vorrei che il dottor Reggiani ci fornisse dei dati precisi sui profitti, indicando esattamente gli incassi e i ricavi netti che l'Azienda ricava da quell'attività al termine di tutte le riscossioni. Vorrei sapere, inoltre, l'Azienda quanto imputa del materiale impiegato e del relativo ammortamento alla libera professione nella cosiddetta *intramoenia* allargata.

Il dottor Reggiani avrebbe dovuto dare indicazioni precise anche sulle liste di attesa dell'Azienda sanitaria che dirige nei cosiddetti servizi, liste su cui – sia ben chiaro – l'opera individuale del professionista che sceglie di lavorare in *extramoenia* non può esercitare alcun tipo di influenza. In altri termini, vorrei capire come funzionano le liste di attesa e i servizi nell'ambito dell'orario di lavoro, che è costante, per il professionista che sceglie l'*intramoenia* assoluta e per quello che opta per quella allargata. Ad esempio, come abbiamo chiesto ieri ad altri auditi, vorrei avere i dati relativi alla frequenza e al monte orario sia degli ambulatori istituzionali dedicati al pubblico sia di quelli in *intramoenia*.

Al di là delle considerazioni sicuramente utili che ci ha fornito, il presidente Ripa di Meana avrebbe dovuto indicare il dato relativo alle aziende che rispettano, ad esempio, il dato percentuale dei posti letto dedicati alla libera professione a livello nazionale. Avrei voluto sentire anche i dati relativi: alle aziende che sono in grado di assicurare nell'*intramoenia* esclusiva il 100 per cento della possibile richiesta di libera professione; all'investimento in strumenti per la libera professione e alla parte di questi ultimi strumenti che non sono considerati nelle spese.

Il dottor Ripa di Meana ha poi parlato di percentuali; ebbene, anche in questo caso, gradirei una migliore specificazione. Lei ha citato tre Regioni del Nord in cui si riscontra il più basso ricorso alle strutture private; di contro, percentuali più elevate si registrano al Centro e al Sud. Ciò, naturalmente, influenza le liste di attesa nell'ambito dell'azienda pubblica.

Il presidente Ripa di Meana ha altresì parlato della congruità della dirigenza riguardo al tipo di esclusività; vorrei capire quale livello di dirigenza merita, a suo parere, l'esclusiva in assoluto, posto che ciò comporta differenze sia per il livello di responsabilità sia per il tipo di specialità e di medicina applicate. Infatti, quanto egli ha affermato è assolutamente condivisibile per alcune specialità ma non è altrettanto valido per altre.

A mio giudizio è stato espresso un orientamento in malafede, facendo sostanzialmente un processo alle intenzioni che non è accettabile. Mi riferisco a quando il dottor Reggiani si è soffermato sull'ipotesi del profitto, facendo riferimento al fatto che i medici sfrutterebbero l'etichetta dell'azienda. Secondo me si è in presenza di un'affermazione assurda, essendo la realtà esattamente al contrario: può sfruttare il titolo dell'azienda chi

inizia ad esercitare la libera professione *intramoenia* e non certo la dirigenza. È mio parere che dare la possibilità di esercitare la libera professione ad un medico nella fase di inserimento nella struttura sia assurdo, trattandosi di persona che ha ancora poco da offrire in termini di professionalità a chi gli si rivolge sicuramente non per una scelta professionale ma per altri motivi. Ovviamente la situazione è assolutamente opposta se si è in presenza di una maggiore esperienza.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Presidente, vorrei dei chiarimenti rispetto a quanto detto, fermo restando che il rischio di un conflitto oggettivo di interessi tra il rapporto con il Servizio sanitario nazionale e la libera professione, sia essa *intramoenia* assoluta o allargata, è considerato dalla stessa normativa che ha istituito questa forma di attività.

Fatta questa premessa, sarebbe utile che la Commissione acquisisse il contratto citato dal dottor Reggiani e la conoscenza delle regole che una o più aziende sanitarie, segnatamente toscane, hanno posto in essere per eliminare un oggettivo conflitto di interessi. Quindi, il controllo della libera professione intramuraria è anche nell'interesse degli esercenti. Non credo, infatti, che i controlli giochino a discapito di chi esercita una professione ma ne siano anzi il presupposto soprattutto in un contesto di Servizio sanitario nazionale. L'acquisizione del contratto e l'esame di quali siano le regole miranti ad un equilibrato esercizio di questa attività possono essere di nostro interesse.

Vorrei poi approfondire alcuni aspetti dell'intervento del dottor Ripa di Meana, approfittando di questa occasione per ringraziare tutti gli auditi presenti questa mattina. Mi è sembrato di capire che sia stata presentata come erronea la percezione di uno scarso valore aggiunto dell'esercizio della libera professione intramuraria da parte dell'utenza e, più in generale, dell'opinione pubblica. Come è d'altronde nostro compito, bisognerebbe indagare in cosa consista e sulla base di quali indicatori si valuta il valore aggiunto dell'esercizio della libera professione intramuraria, anche rispetto agli obiettivi posti al momento della sua istituzione.

Penso, ad esempio, che consentire un minore accumulo di tempi di attesa fosse uno degli obiettivi o, perlomeno, uno di quelli dichiarati pubblicamente all'atto di istituzione della libera professione intramuraria.

Un altro punto su cui desidero un chiarimento riguarda quanto detto dal dottor Ripa di Meana circa il fatto che l'*intramoenia* allargata non rappresenta il solo problema. Vorrei che si approfondisse l'aspetto problematico, così come rilevato, di tale attività e che si chiarisse quali altri problemi sono invece percepiti rispetto all'esercizio della libera professione intramuraria e agli obiettivi di salute che, per definizione, le Aziende sanitarie devono perseguire al di là della loro forma organizzativa.

ZUCCHELLI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, innanzitutto ringrazio per la possibilità che mi è offerta di poter intervenire per sollecitare taluni chiarimenti. Ringrazio inoltre i due auditi

perché è assolutamente opportuno conoscere le opinioni di chi governa le Aziende e le strutture del Servizio sanitario nazionale.

Nonostante le difficoltà denunciate e l'estrema problematicità nell'instaurare corretti equilibri tra questo istituto e la vita istituzionale delle Aziende, mi sembra di avere capito che queste ultime – o perlomeno gli auditi in rappresentanza delle loro associazioni – considerino ancora un fenomeno sostanzialmente positivo la possibilità dell'esercizio della libera professione da parte dei medici e la possibilità per i cittadini di adire direttamente, secondo le loro scelte, alla libera professione.

Certamente condividiamo il fatto che in molte parti del Paese è stato fatto un uso talmente scadente, per usare un eufemismo, dello strumento in questione da apportare un danno di immagine per le Aziende, per la professione e forse anche per l'efficienza di determinate strutture.

Siamo, però, in una sede estremamente importante e dobbiamo effettuare delle verifiche nel tempo, attesa soprattutto la scadenza del 31 luglio 2007, data entro cui dovrà cessare l'*intramoenia* allargata. Con la scelta recentemente operata con il decreto Bersani, ci siamo infatti concessi un anno di tempo, affinché il fenomeno possa essere riaffrontato in termini forse non definitivi ma certamente importanti. Bisogna perciò avvicinarsi a questa data senza far trascorrere il tempo inutilmente ma sapendo ciò che avverrà al giungere di tale scadenza.

Chiedo scusa per la lunga premessa e procedo nella formulazione delle domande. Vorrei che mi venisse confermato o meno se esiste ancora un giudizio in teoria positivo sul fenomeno. Mi riferisco alla possibilità del medico e del cittadino di avere questo tipo di rapporto diretto, possibilità che fa parte del diritto alla libertà. Naturalmente, ogni diritto deve essere regolamentato e l'oggetto di questa considerazione è che tale diritto non è stato sufficientemente regolamentato producendo danni gravi.

Ritengo necessarie valutazioni specifiche dal momento che rappresentate le Aziende sanitarie. Il Governo ha per primo i suoi difetti ed è per primo inadempiente. La commissione che doveva controllare il fenomeno a livello nazionale non è mai stata istituita, e questa è una grave responsabilità. Ci risulta però che, anche in periferia, moltissime strutture aziendali non abbiano esercitato i controlli necessari sul fenomeno, lasciandolo andare nel peggiore dei modi. Ritenete realisticamente possibile esercitare tali controlli in modo da fare convivere l'attività istituzionale con un diritto che tutti insieme giudichiamo sostanzialmente positivo?

Vorrei capire inoltre se gli elementi da valutare sono i volumi, gli orari, le sedi e i prezzi di tale attività dal momento che si svolge in locali di tipo istituzionale, il regime e la correttezza fiscale del fenomeno: tutti aspetti che in un Paese civile devono essere regolamentati.

Ovviamente, l'interesse della Commissione è più vasto e abbraccia tutto il fenomeno della libera professione mentre il decreto citato parla della libera professione ambulatoriale; quindi, non si mette in discussione l'attività di ricovero e di degenza. Si tratta dunque di un fenomeno per la

soddisfazione del quale sono necessari ambulatori sufficientemente attrezzati per lo svolgimento delle varie attività professionali. Ritenete ineluttabile che si giunga al 31 luglio 2007 senza porre rimedio a questa carenza, che è la base del fenomeno, ancor più degenerato, della libera professione *intramoenia* allargata? A vostro giudizio le Aziende possono compiere uno sforzo significativo in tal senso? Infine, ove ciò non accada entro il 31 luglio 2007, dobbiamo negare i diritti dei cittadini e dei medici o arrivare ad una nuova regolamentazione?

GRAMAZIO (AN). Signor Presidente, sono soddisfattissimo dell'intervento del sottosegretario Zucchelli perché è un tecnico e un profondo conoscitore della materia. Voglio ricordare, però, che questa è un'audizione della Commissione igiene e sanità del Senato. Il Sottosegretario e il Governo fanno le proprie convocazioni e in quelle sedi pongono i propri quesiti. Non vorrei che in questo caso un rappresentante del Governo intervenga in una sede che è invece tipicamente destinata all'attività conoscitiva dei senatori.

PRESIDENTE. Senatore Gramazio, la ringrazio per il suo intervento. Le segnalo tuttavia che per il Governo è sempre possibile intervenire alle sedute parlamentari! Ed è proprio questa la motivazione dell'intervento del sottosegretario Zucchelli.

Cedo quindi la parola al dottor Reggiani che svolgerà una breve replica.

REGGIANI. In risposta al senatore Tomassini, faccio presente di essere presente qui oggi in veste di persona informata dei fatti e in ragione dell'esperienza acquisita in questi 15 anni come direttore di azienda.

Una delle tante domande che mi sono state poste riguardava il funzionamento nella mia Azienda delle liste d'attesa. Ebbene, la mia Azienda fa parte di un gruppo di aziende che partecipa al «Progetto mattone», che è stato sviluppato nel corso della precedente legislatura dal Ministero della salute per la riduzione delle liste d'attesa. Abbiamo adottato un sistema informatizzato per la gestione dei tempi di prenotazione delle visite e dal primo di gennaio di quest'anno siamo perfettamente nelle condizioni di rispettare il patto stipulato con i cittadini. Tale patto si basa sul principio del codice colore, in base al quale si determina il bisogno dell'intervento clinico e quindi il tempo d'attesa. Il codice rosso individua chi ha più urgenza e prevede l'erogazione della prestazione entro 24-48 ore, il codice verde concerne le prestazioni ambulatoriali specialistiche differibili entro 10 giorni, il codice azzurro indica i casi che si possono tranquillamente differire fino a 30 giorni, il codice bianco concerne i controlli e le visite programmate.

Il sistema funziona soprattutto grazie alla grande collaborazione dei medici di famiglia, che hanno a disposizione un numero di telefono per chiamare direttamente lo specialista al quale inviare il proprio paziente qualora si tratti di caso veramente urgente; essi compilano la cosiddetta

«ricetta rossa» – di cui posso eventualmente mostrare il *fac simile* – contenente uno spazio in cui definire il codice d'urgenza.

La Regione Toscana ha imposto dal primo giugno alle proprie aziende un sistema d'attesa in base al quale entro 15 giorni devono essere erogate sette prestazioni fondamentali di base, dall'ambito ginecologico a quello dermatologico. Tuttavia, per la realtà di Empoli e per altre vige un regime particolare; se entro la fine dell'anno questa esperienza avrà dato risultati positivi, potrà essere estesa a tutte le altre aziende.

Senatore Tomassini, certamente utilizziamo la cosiddetta *intramoenia* allargata, non disponendo ancora degli spazi sufficienti per garantire a tutti i nostri dirigenti lo svolgimento dell'attività ambulatoriale *intramoenia*.

Sono però convinto che la scadenza del 31 luglio 2007 potrà essere rispettata, non registrando in via generale grandi difficoltà anche per le aziende associate alla Federsanità. Detto termine, infatti, non è visto con preoccupazione: se non sarà possibile allestire ambulatori dentro le mura ospedaliere, si potranno prendere dei locali in affitto. In ogni modo si provvederà all'allestimento di tali spazi, che hanno una grande rilevanza strategica per l'Azienda, dal momento che si garantisce al cittadino un diritto ad un prezzo calmierato.

In questo quadro assume rilevanza il rigore fiscale sul pagamento ai professionisti di parcelle non rimosse direttamente ma dal CUP che prevede anche alla prenotazione della visita. Il tutto si svolgerà offrendo al professionista un servizio adeguato in uno spazio adeguato.

Quanto agli utili, dal bilancio risulta che l'attività *intramoenia* produce per l'Azienda utili poi reinvestiti in attrezzature.

PRESIDENTE. Dottor Reggiani, la invito a concludere il suo intervento. Sarebbe per noi molto utile, oltre che gradito, se facesse pervenire alla Segreteria della Commissione una relazione scritta contenente le risposte alle domande che le sono state rivolte.

REGGIANI. Presidente, concludo dicendo che l'attività *intramoenia* deve essere regolata, come avviene nel nostro ordinamento, in maniera puntuale. Diversamente, come osservava il dottor Ripa di Meana, rischia di diventare un'attività anche eversiva. Sappiamo di sistemi sanitari nazionali (ad esempio, di Bolzano) dove non esiste libertà di scelta e i professionisti svolgono il loro lavoro normalmente senza esercitare la libera professione.

RIPA DI MEANA. Signor Presidente, mi riservo di depositare agli atti della Commissione alcune osservazioni scritte, più approfondite di quelle che ho qui svolto.

Dalle ricerche a nostra disposizione non emerge un quadro dettagliato sullo stato delle aziende: ne sono rappresentate più della metà, ma comunque non tutte. Si tratta di un universo non semplice e i dati riportati nella

relazione del Ministero non sono immediatamente disponibili nè di facilissima lettura.

Riguardo ai livelli di responsabilità che consideriamo non includibili senza un'opzione *intramoenia* di esclusività, pensiamo soprattutto agli incarichi di struttura che hanno una forte componente gestionale e quindi molto bisogno di inserimento nell'alta dirigenza aziendale, blocco abbastanza coeso che si tenta di costruire e che non può essere continuamente soggetto alla struttura.

In merito al contratto, faccio presente che abbiamo sempre parlato in tutte le aziende di regolamenti; quindi, non esiste un contratto con il singolo medico ma vi sono regolamenti a volte più o meno controllati, alcuni dei quali più o meno compiuti.

Il valore aggiunto sulle liste di attesa è scarsissimo ed emerge anche una forte contraddizione: ogni volta che si verifica una discrepanza eccessiva si finisce sui giornali. Quindi, l'effetto della libera professione *intramoenia* sulle liste di attesa non è stato positivo, tant'è che il contratto della dirigenza prevede prestazioni aggiuntive con altre forme. Ciò significa il riconoscimento in una legge dello Stato di altre forme di prestazione; non esiste più la libera professione aziendale ma, in realtà, prestazioni aggiuntive che non sono fornite con la stessa forma. Di contro è molto forte la coesione e l'immagine complessiva dell'azienda, sia per la valorizzazione dei professionisti nella loro differente capacità professionale che viene così riconosciuta, sia nella possibilità del cittadino di cercare un rapporto, difficile da mantenere (come vediamo, ad esempio, nel caso del parto), diretto e di scelta del singolo professionista.

Quanto all'*intramoenia* allargata, credo sia bene non avere soverchie speranze sulla totale adesione alla data indicata, perché ovviamente per alcune aziende come molte di quelle che qui rappresento non sarà difficile farlo – e lo faremo –, ma vi sono anche aziende che sono più indietro per le quali si determineranno situazioni diverse. Bisogna comunque riconoscere che alcune aziende possano porsi il problema se sia meglio scegliere l'affitto di un locale completamente esterno lontanissimo dall'azienda o mantenere un'*intramoenia* allargata. Non credo si possa normativamente pretendere che tutte le aziende aderiscano ad una certa data. Ciò si può sicuramente pretendere per le aziende abbastanza avanzate ma – ragionando sempre in termini di autonomia di contesti – sappiamo bene che un contesto urbano è sicuramente diverso da uno rurale.

In conclusione, ribadiamo la nostra valutazione positiva perché nel patto che via via si sta creando tra direzione, *management* e professionisti il venir meno di questo istituto sarebbe molto pericoloso. Non è vero che abbiamo altre forme di controllo: ne parliamo da trent'anni e quella che abbiamo avuto finora è stata forse la meno peggiore, il che mi sembra un elemento sostanziale.

PRESIDENTE. Stante l'imminente inizio dei lavori di Assemblea, ringrazio i nostri ospiti per il contributo dato ai lavori della Commissione,

per la documentazione che ci avete consegnato e per gli eventuali altri dati che ci farete pervenire.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,55.

