



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

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

19^a seduta: giovedì 12 ottobre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione di rappresentanti dell'ANMDO-Associazione nazionale medici delle Direzioni ospedaliere e dell'AIOP-Associazione italiana ospedalità privata

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 13 e <i>passim</i>	APARO	Pag. 5, 12, 13
* BODINI (<i>Ulivo</i>)	10	* BONANNO	8, 14
* BOSONE (<i>Aut</i>)	11	FINZI	3, 14
* TOMASSINI (<i>FI</i>)	9	* PAOLINI	6, 13

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 l'Associazione nazionale medici delle direzioni ospedaliere (ANMDO), il dottor Gianfranco Finzi, presidente nazionale, e il dottor Ugo Luigi Aparo, vicepresidente con delega per le attività scientifiche, e per l'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), l'avvocato Enzo Paolini, presidente, e il dottor Franco Bonanno, direttore generale.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti dell'ANMDO-Associazione nazionale medici delle Direzioni ospedaliere e dell'AIOP-Associazione italiana ospedalità privata

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 giovedì 5 ottobre 2006.

È oggi in programma l'audizione dei dottori Gianfranco Finzi e Ugo Luigi Aparo dell'Associazione nazionale medici delle Direzioni ospedaliere (ANMDO) e dell'avvocato Enzo Paolini e del dottor Franco Bonanno dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), che ringrazio per la partecipazione alla seduta odierna.

Stante i ristretti tempi a nostra disposizione in vista dell'inizio dei lavori di Assemblea previsto per le ore 10, cedo subito la parola al dottor Finzi che svolgerà una breve relazione introduttiva.

FINZI. Presidente, ringraziamo lei e la Commissione per averci convocato questa mattina per esprimere il nostro parere sul tema oggetto dell'indagine conoscitiva.

Il nostro intervento si articola in due parti: svolgerò la prima, molto generale; quindi, passerò la parola al dottor Aparo, che è il vice presidente dell'ANMDO.

Secondo noi il problema va diviso in due distinte parti. *In primis* vi è la libera professione *intra* o *extramoenia* quale diritto sancito non solo da vari decreti legislativi ma anche dalla legge e dal contratto nazionale di lavoro. Il secondo problema riguarda le liste di attesa ed è solo in parte collegato alla tematica della libera professione.

Al di là di eccessi frutto della deviazione di una minoranza, la libera professione è un diritto del medico sancito dai decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 229 del 1999 e dal contratto nazionale di lavoro e di cui fa menzione anche la legge n. 138 del 2004.

Quanto alle modalità, la libera professione può essere certamente svolta: all'interno o all'esterno delle strutture ospedaliere e la scelta deve essere compiuta dal singolo soggetto. In realtà, quando si fa riferimento alle strutture ospedaliere non bisogna dimenticare che il processo riguarda tutto l'ospedale e non solo la figura del medico. Gli attori della libera professione non sono solo i medici ma anche le altre figure professionali operanti all'interno della struttura ospedaliera. Per esempio, una parte dei proventi della libera professione in radiologia va anche ai tecnici che in essa operano. Nel caso invece delle sale operatorie e degli interventi chirurgici una parte dei proventi va al personale infermieristico del comparto. Analogo discorso vale per l'ente ospedaliero e per l'organizzazione in generale. Cito un altro esempio pratico riguardante la nostra Associazione: nel cumulo del fondo della libera professione una parte dei proventi è destinata ai medici di direzione sanitaria che, in realtà, non esercitano questo tipo di attività. Stante il coinvolgimento di tutti questi soggetti, ne discende che, se ben gestita, l'attività *intramoenia* potrebbe, in realtà, rappresentare un guadagno per tutti.

Il problema maggiore riguarda invece l'attività *extramoenia*, vale a dire la libera professione esercitata al di fuori dell'ospedale. Al di là dei pareri soggettivi dei 1.200 medici di direzione sanitaria nostri associati, in generale la posizione dell'Associazione è per il mantenimento dell'attività *extramoenia* in quanto diritto sindacale della nostra categoria, ovviamente purché strettamente regolamentata e sorvegliata.

A mio parere. Decidere di abolire o meno questa forma di libera professione è soprattutto una scelta di natura economica. In alcuni Paesi dove è stata scelta l'unicità del rapporto senza la libera professione *extramoenia* gli stipendi e i riconoscimenti assegnati alla classe medica sono decisamente superiori a quelli percepiti nel nostro Paese. Uno dei problemi concerne, dunque, il trattamento economico della nostra categoria.

Un altro punto riguarda i modi della regolamentazione della libera professione e, soprattutto, la predisposizione di strumenti atti a sorvegliare affinché non siano commessi abusi. È un altro problema che si potrebbe risolvere ma sul quale non intendo dilungarmi oltre.

La lunghezza dei tempi delle liste d'attesa non credo possa essere risolta attraverso l'esercizio della libera professione, ma mediante l'impiego di mezzi e di personale adeguati. Viene spontaneo domandarsi come mai, pur disponendo di ottime strutture, non vi è personale sufficiente ad assicurare il pieno sfruttamento delle loro potenzialità. La contraddizione di questo discorso è che si parla di riduzione delle liste di attesa e, contemporaneamente, di riduzione degli organici dell'ospedale, mentre per fare funzionare di più le nostre strutture bisogna avere personale specializzato e soprattutto numericamente adeguato.

Vi sono Paesi in cui alcune strutture radiologiche, come la TAC o la risonanza magnetica, sono attive per 20 ore al giorno, stante la disponibilità del personale sufficiente ad assicurarne il funzionamento. Nel nostro Paese, nella migliore delle ipotesi, in alcuni ospedali avanzati tali strutture funzionano 10 ore al giorno. Effettivamente, a fronte di un'offerta pub-

blica che prevede l'attesa di un mese per la prestazione del servizio, disporre di un'offerta privata può chiaramente agevolare il cittadino, che dovrebbe però essere maggiormente informato al riguardo: è un circuito chiuso.

Prima di cedere la parola al dottor Aparo, vorrei sottolineare che uno dei reali problemi delle liste di attesa riguarda la non appropriatezza della prescrizione di esami non in linea con la diagnosi effettuata, con conseguenti oneri dal punto di vista finanziario. Si dovrebbero formare, in un certo senso acculturare, di più i medici di famiglia sulla necessità di non rilasciare prescrizioni non coerenti rispetto alla patologia del paziente.

APARO. Ringrazio moltissimo il presidente Marino. Non credo vi sia moltissimo da aggiungere. Ho letto con attenzione le prime righe dell'oggetto di questa indagine conoscitiva che descrivono, già di per sé, il contenuto del problema che questa Commissione intende affrontare, rappresentando anche una fotografia della situazione esistente.

Sin dall'inizio, noi direttori sanitari ci siamo chiesti come fosse possibile pensare che l'introduzione dell'*intramoenia* potesse ridurre le liste d'attesa, trattandosi di due ambiti completamente diversi. Nel caso delle liste di attesa, si ha l'erogazione di un servizio pubblico ed è sufficiente che il paziente si rechi dal medico con il *ticket*, o anche senza qualora sia esente. Nel caso invece dell'*intramoenia* si ha una prestazione che è comunque a pagamento sia pure con caratteristiche diverse. È per ciò evidente che vi sia un intasamento maggiore nelle liste di attesa, salvo dare poi interpretazioni diverse.

Richiamo ad esempio quanto è stato fatto all'IDI per le liste d'attesa eccessivamente lunghe nel settore della radiologia. Si è fatto in modo che le attrezzature radiologiche funzionino da 12 a 14 ore al giorno in un regime istituzionale, quindi pubblico con pagamento del *ticket*. In altri termini, si corrisponde ai radiologi una percentuale sull'attività pomeridiana espletata al di fuori del loro orario di servizio e il cittadino non paga una prestazione libero-professionale ma istituzionale. Tale approccio, che si colloca a metà strada tra le due tipologie di prestazione, ha portato ad un abbattimento reale delle liste d'attesa.

Inoltre, si potrebbe fare un altro passo in avanti piuttosto importante valutando il problema delle liste d'attesa, anche nell'ottica d'integrazione fra ospedale e territorio richiamata dal professor Finzi. Per integrazione intendo le attività che si stanno svolgendo attualmente a livello regionale per realizzare il progetto RECUP di prenotazioni integrate. Per altro verso, dovrebbe essere svolta un'attività di formazione e di integrazione tra ospedale e territorio soprattutto per le richieste di carattere strumentale. In realtà, una sorta di selezione avviene ormai automaticamente giacché, data la quantità di richieste, bisogna dare priorità alle patologie più gravi per le quali, infatti, la problematica registra dei progressivi miglioramenti. Di contro, si registra un incremento dei tempi di attesa per le malattie meno gravi.

Quanto alla libera professione, ho sempre manifestato, con i direttori sanitari, la perplessità che la situazione possa essere normata come se fossimo tutti uguali, attese le diverse capacità e potenzialità d'attrazione dei medici nei confronti dei potenziali clienti. Da un punto di vista teorico, un'organizzazione dovrebbe stipulare un contratto, addirittura separato e diverso, con ciascuno dei suoi medici. A loro volta i medici, lavorando nell'organizzazione e traendone dei vantaggi, devono ad essa un certo quantitativo non orario, ma numerico di attività libero-professionale intramuraria. Nel momento in cui il medico ha assolto a questo suo dovere rispetto all'organizzazione, può scegliere – mi si consenta l'esempio colorito – se «andare a spasso per Villa Borghese» o fare attività libero professionale *extramoenia*, scelta quest'ultima a mio parere più logica. Peraltro, una certa parte dell'attività libero-professionale *extramoenia* del medico rientra nell'organizzazione per cui lavora, ad esempio, come ricovero successivo o altro. In sintesi, il problema andrebbe affrontato in maniera differenziata e non cercando di trovare un'unica soluzione valida per tutti.

Com'è noto, il vero problema è che in molte zone d'Italia la maggior parte delle strutture non consentono oggi l'esercizio della libera professione; pertanto, se si volesse veramente perseguire questo obiettivo, bisognerebbe operare scelte di riprogrammazione e di organizzazione generale più ampie e tali da poter essere effettivamente attuate.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Aparo per le informazioni che ci ha fornito. Mi preme rilevare come le valutazioni che stiamo raccogliendo siano sempre più preoccupanti perché evidenziano l'enorme portata del problema.

PAOLINI. Presidente, la nostra AIOP rappresenta circa 550 strutture in tutta Italia: una rete ospedaliera che copre tutte le tipologie e le branche sanitarie, con 50.000 prestazioni l'anno e 120.000 dipendenti; in alcune Regioni rappresenta la prima categoria per fatturato e per livello occupazionale.

Abbiamo colto nell'interesse che la Commissione mostra verso questo problema la preoccupazione che il regime della libera professione, individuato come una panacea rispetto ai problemi che si evidenziavano negli anni scorsi, non abbia ottenuto il risultato sperato. Si era concessa al medico la possibilità del lavoro libero-professionale *intramoenia* allo scopo, da un lato, di contenere ed attenuare le liste d'attesa, dall'altro di assicurare il diritto del medico alla libera professione, giustamente invocato a gran voce dalle associazioni dei medici. Si è sempre cercato di compiere uno sforzo di moralizzazione rispetto alla creazione artificiosa delle liste d'attesa per conseguire l'altrettanto artificiosa deviazione del paziente verso le strutture a pagamento.

La soluzione legislativa adottata non ha risolto nessuno dei due problemi. Infatti, com'è già stato efficacemente rilevato, il paziente che non può accedere alla libera professione non potendone sostenere i costi continua ad intasare le liste d'attesa, mentre il medico che intende operare in

libera professione, laddove non si trovino accorgimenti giusti, quali quelli individuati, ad esempio, dall'IDI, può continuare a creare liste di attesa artificialmente per deviare il paziente verso il suo studio professionale, anche in *intramoenia*.

Nel nostro Paese quello delle liste d'attesa continua ad essere il problema più rilevante dell'assistenza sanitaria. Sarebbe invece utile fare chiarezza e liberalizzare veramente i mercati. Si potrebbero, da una parte, individuare soluzioni intermedie (come quella prima indicata dal rappresentante dei direttori sanitari), volte a sollecitare lo svolgimento di un certo numero di prestazioni al fine di consentire al medico una volta esaurito il numero concordato di esercitare liberamente la libera professione. Per altro verso, andrebbe effettivamente liberalizzato il «mercato sanitario» – espressione che non ho alcuna remora ad utilizzare – che è un mercato come tutti gli altri e non bisogna avere pregiudizi né porre steccati ideologici; è un mercato amministrato dallo Stato con tariffe regolate e, se si restringono surrettiziamente i margini di attività delle strutture private – in particolare quelle della specialistica e della diagnostica strumentale – con la politica dei tetti, dei tagli e delle regressioni si strozza la capacità dell'erogatore privato di fornire le prestazioni e si crea una lista d'attesa nel settore pubblico, laddove la prestazione costa a prescindere dalla qualità ed è pagata a piè di lista dallo Stato.

Mi auguro che l'iniziativa della Commissione dia un contributo significativo alla risoluzione del problema giacché ancora oggi il legislatore italiano non ha fatto chiarezza sulla reale necessità di liberalizzare i mercati al fine di applicare l'unica regola ferrea che caratterizza in genere tutti i mercati e segnatamente quello sanitario, che è regolato dallo Stato: la qualità e la competizione abbattano i costi e aumentano il tasso di qualità e nella qualità è insito il problema dell'efficienza e dell'efficacia del servizio ai cittadini e, conseguentemente, della lista di attesa.

A nostro avviso, la soluzione del problema va individuata, da un lato, nella chiarezza nell'espressione della volontà vera del legislatore di liberalizzare il mercato; dall'altro lato, non si deve razionare ma razionalizzare la spesa sanitaria, spendendo meglio le risorse appostate nella voce di bilancio dello Stato relativa alla spesa sanitaria.

Quando dalla Corte dei conti si leva annualmente il lamento dell'eccessiva spesa sanitaria, rinvengo un elemento di dissenso: bisogna spendere di più e meglio in quanto è soprattutto il settore della sanità che necessita di innovazione e di tecnologia per soddisfare la crescente domanda di benessere da parte dei cittadini.

La legislazione vigente, soprattutto su questo tema, è viziata da pregiudizi ideologici e non consente di fare chiarezza sul punto, seppur nel nostro contratto sia prevista la libera professione *intramoenia*. Mi riferisco anche alla normativa sulle incompatibilità dei medici che va di pari passo con la legislazione della libera professione *intramoenia*. Una chiarezza maggiore, depurata dal pregiudizio e dallo steccato ideologico indotto da questa normativa capziosa, subdola e non risolutiva, potrebbe rappresentare quanto meno la soluzione di questa parte del problema. Se a que-

sta chiarezza si accompagnasse la possibilità e la capacità dello Stato di individuare le sacche di spreco per razionalizzare e spendere meglio le risorse, evitando di indurre i pubblici amministratori a essere sorveglianti di una libera professione che non necessita di sorveglianza, se non nei limiti di regole valevoli per le strutture sia pubbliche che private.

BONANNO. Presidente, svolgerò alcune brevi considerazioni aggiuntive a quelle già espresse dal presidente Paolini. Quando si parla di attività *intramoenia* cosa s'intende? Quella prevista dalle leggi sulla libera professione intramuraria, in base alle quali la struttura sanitaria – soprattutto per quanto riguarda i ricoveri – addebita all'ASL il 50 per cento del valore del DRG ovvero la libera professione? Nel primo significato non sarebbe applicabile alle strutture associate AIOP dal momento che esse non possono per legge svolgere attività *intramoenia* nelle sue 545 strutture accreditate. Ci avete convocato in qualità di addetti ai lavori per capire i nostri collegamenti con l'attività *intramoenia*. Non possiamo però fare calcoli, giacché l'AIOP prevede una forma di attività *intramoenia*, ma diversa: è una libera professione del medico e non l'attività intesa nei termini della normativa voluta dal ministro Bindi, che ha valore solo per i dipendenti pubblici.

Solo nel Lazio – a seguito dell'adozione di una delibera –, qualora un cittadino ricoverato in una struttura sanitaria accreditata chieda l'assistenza di un medico diverso da quello presente, la struttura addebita all'ASL il 20 per cento in meno del DRG. In sintesi, attraverso il combinato disposto di tali norme può svolgersi attività *intramoenia*. Tuttavia mi preme ricordare che nelle varie Regioni, ad esempio in Lombardia, in Piemonte o in Sicilia non esiste quel tipo di attività ma un'*intramoenia* diversa. Il contratto dei nostri medici – che consegno copia agli atti della Commissione – prevede la possibilità, ove la struttura e l'organizzazione lo consentano, di svolgere attività in regime libero professionale *intramoenia* al di fuori dell'orario di lavoro, in orari concordati consensualmente tra il medico e l'amministrazione, nel rispetto delle normative nazionali e regionali, nonché del regolamento interno. Al medico è comunque consentito di esercitare l'attività libero professionale al di fuori della Struttura sanitaria. Ciò concerne la struttura dei ricoveri.

Per la parte ambulatoriale invece è tutto diverso. Quanto riportato dal direttore sanitario dell'IDI corrisponde a quello che avviene nelle nostre strutture dove cerchiamo di incrementare le ore di lavoro del personale della radiologia o dei laboratori di analisi per diminuire, quanto più possibile, le liste di attesa. Ciò vale soprattutto per quelle analisi cliniche per le quali sono richiesti tempi di risposta particolarmente lunghi. Allora è necessario automatizzarsi sempre di più. Tuttavia, se dovessero confermarsì le norme previste sulla legge finanziaria di quest'anno, ci chiediamo, ma converrà automatizzarsi se poi le prestazioni saranno pagate al 50 per cento? Alcuni aspetti della norma non sono molto chiari.

Come è stato già detto dal presidente dell'AIOP e dai rappresentanti dell'AMDO, i tempi delle liste di attesa non possono essere ridotti attra-

verso l'attività *intramoenia* ma soltanto con lo svolgimento di una maggiore attività. Ad ogni modo, nelle strutture a noi associate i medici possono sempre svolgere attività *intramoenia*, vale a dire se intesa come libera professione.

TOMASSINI (FI). Presidente, premetto che mi sembra molto importante quanto detto e che spero sia fornito un completo resoconto della seduta anche ai colleghi assenti. I rappresentanti dell'AIOP hanno riportato chiarezza sui contenuti della professione istituzionale vera e propria, di quella istituzionale ma sostanzialmente fatta in privato sotto formulazione di *équipe* rientrante in una fascia intermedia e, infine, di quella privata pura. Molta confusione si registra su questi concetti da parte di chi non lavora nell'ambito ospedaliero e non partecipa al mondo medico, anche fra i parlamentari.

Una prima domanda ai colleghi dell'ANMDO. Si è parlato di inappropriatezza, argomento sul quale torneremo. Per quanto consta loro a che punto è l'organizzazione negli ospedali interessati dall'attività professionale intramuraria con particolare riferimento all'adeguatezza delle strutture e ai costi sostenuti? Mi riferisco, ad esempio, al *day hospital* o all'endoscopia operatoria in quei comparti che hanno registrato uno sviluppo eccezionale, quali la ginecologia e l'oculistica. Sono sicuro che questi aspetti siano strettamente connessi alla lunghezza dei tempi delle liste di attesa.

Sempre in merito all'organizzazione, come valutate le strutture disponibili rispetto alla richiesta di attività *intramoenia*? A vostro giudizio, sarà possibile rispettare la scadenza del 31 luglio 2007, data entro cui l'attività *intramoenia* allargata dovrebbe perentoriamente scadere?

Il dottor Finzi ha parlato di diritto alla libera professione dei medici, vorrei parlare invece di diritto alla libera professione del paziente che nell'attività istituzionale dovrebbe essere altrettanto garantito a norma della Costituzione. Soprattutto vorrei capire se viene rispettato il diritto del paziente a scegliere durante l'orario istituzionale un medico che non lavora in esclusiva. Prevedere questa possibilità forse potrebbe aiutare a risolvere il problema delle liste d'attesa.

Il dottor Finzi ha parlato di equità fra chi guadagna con la libera professione e chi non guadagna ma concorre, nell'ambito della propria attività, a formare il corrispondente tetto di spesa. Mi sembra vi sia una distinzione evidente tra il lavoro che nasce dall'*équipe* istituzionale e quello che nasce dal singolo professionista. Vorrei conoscere la vostra opinione anche su chi ha scelto di svolgere l'attività *intramoenia* ma esercita sostanzialmente una libera professione non redditizia occupando alcuni orari ambulatoriali.

Al dottor Finzi e al dottor Aparo chiedo se consta loro che sia in via di risoluzione il problema del diritto alla libera professione per le categorie sanitarie non mediche. All'estero si adotta un parametro diverso: un contratto omnicomprendivo che comprende sostanzialmente anche la libera professione ad una quota più alta.

A parte il discorso della non appropriatezza delle prescrizioni mediche ricordate dal dottor Finzi, vorrei sapere se può fornirci dei dati sulla reale consistenza delle liste d'attesa rivisitate; mi riferisco al caso in cui i pazienti si iscrivono in più liste d'attesa? La libera scelta rispetto ai CUP di quanto allunga le liste d'attesa? Come direttori sanitari ritenete che si possa migliorare la situazione attivando brevi contratti speciali con professionisti non dipendenti dell'ospedale, magari anche stranieri di ambito comunitario, che aiutino, con la loro attività, a smaltire le liste d'attesa?

Ai rappresentanti dell'AIOP vorrei chiedere se nelle strutture accreditate esistono ancora casi di duplicità di impiego di medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale che vanno a coprire esigenze specifiche. In caso affermativo vorrei sapere quanto quei medici forniscono all'*intra-moenia* allargata in termini di orario. Conoscere tale dato potrebbe essere molto importante ai fini di un eventuale intervento.

Anch'io sono convinto che la libera professione dovrebbe essere svincolata, assolutamente libera ed appartenere al libero mercato, ovviamente prevedendo un calmier delle tariffe. Consta che la spesa sanitaria *out of pocket* dei cittadini italiani, quindi quella per la libera professione, rappresenti quasi un terzo della spesa totale (circa 40 miliardi di euro). Vorrei avere delle indicazioni su quanta parte di tale spesa transita attraverso l'attività *intramoenia* e se è possibile quantificare in euro la quota della stessa destinata all'investimento in strutture e strumenti.

BODINI (*Ulivo*). Presidente, è stato documentato come, in realtà, la totale abolizione delle liste d'attesa aumenti l'inappropriatezza delle prescrizioni. Molto spesso le liste d'attesa hanno una componente strutturale che non viene affrontata; se vi fosse un reale squilibrio tra l'offerta e la richiesta, le liste d'attesa dovrebbero essere costantemente in aumento (erogando 30 prestazioni al giorno su una lista di 35 pazienti, se ne accumulano 5). Normalmente le liste d'attesa sono strutturalmente lunghe ma sempre in maniera costante o con delle fluttuazioni a seconda del periodo dell'anno. Ciò porta a riflettere sul fatto che forse il problema non è sempre ben affrontato dal punto di vista organizzativo. Si potrebbe addivenire a una soluzione incentivando i medici a superare i momenti critici aumentando le prestazioni o assumendo a tempo determinato del personale esterno che aiuti ad abbattere le liste nei momenti di picco.

In ogni ospedale le liste d'attesa sono in media di due mesi, il che vuole dire che il lavoro che si fa soddisfa la richiesta, ma esiste a monte un problema che non viene affrontato: se per un mese si lavora 24 ore su 24, la lista d'attesa si riduce a 15 giorni e da quel punto in poi dovrebbe rimanere a quel livello. Introducendo dei sistemi di incentivazione si potrebbe arrivare a liste d'attesa ragionevoli, in cui introdurre poi il criterio di appropriatezza, mediante un codice colore rispetto alle prestazioni, con una responsabilizzazione del medico nella valutazione dell'urgenza della prestazione stessa. Nella Regione Lombardia, ad esempio, si passa dall'urgenza minima del codice verde a quella massima del codice rosso, ma si potrebbero prevedere ulteriori gradazioni.

Non sono d'accordo, poi, con quanto detto dal dottor Paolini sulla liberalizzazione totale del mercato sanitario che sarebbe accettabile solo nel caso della libera professione pura, laddove non vi sia un terzo pagante: a quel punto l'appropriatezza della prescrizione non è più rilevante. Affermo ciò con poca convinzione, poiché ritengo che sia comunque sbagliato liberalizzare il mercato e far sì che si acquisti una TAC senza averne bisogno. Tuttavia, nel momento in cui il pubblico spende anche un solo euro, il discorso non è più accettabile e l'appropriatezza deve essere verificata fino in fondo. Vi sono dati precisi – l'esperienza della Regione Lombardia ne è un esempio evidente – che dimostrano come maggiore è l'offerta, maggiore è la domanda, con conseguente aumento dell'inappropriatezza.

Credo che su questo punto non si possa derogare: la regolamentazione dell'accesso a queste prestazioni deve essere ragionevole e congrua, ma senza un'apertura totale perché ciò porterebbe a sprechi che il nostro Paese, come altri, non può permettersi.

BOSONE (*Aut.*). Presidente, a mio parere il problema delle liste di attesa non dovrebbe essere risolto con l'attività *intramoenia*, trattandosi di due tematiche completamente diverse. Cito l'esempio di alcune strutture sanitarie che, riducendo i picchi delle liste di attesa, hanno risolto il problema per un mese, dopodiché le liste hanno ripreso a gonfiarsi. Ciò avviene perché esiste a monte un discorso di inappropriatezza. E' inutile lavorare di più per arrivare a ridurre di un mese i tempi di attesa se poi il paziente, attraverso il CUP o l'ospedale stesso, recupera il posto nella lista di attesa più breve.

Sull'attività *intramoenia* e sul problema delle liste di attesa bisogna ragionare in termini di convenzioni tra Regioni, sistema sanitario regionale e strutture al fine di ridurre i picchi, laddove esistenti. Le Aziende sanitarie devono attivare in accordo con le Regioni gli strumenti idonei a ridurre questo fenomeno; penso, ad esempio all'attività *intramoenia* allargata.

Quanto alla libera professione *intramoenia*, si è in presenza di un compito che spetta davvero al mercato. E' importante ricevere da voi oggi e da chi audiremo in futuro informazioni sulle strutture italiane, se esse siano in grado di reggere l'impatto di una libera professione, che il medico deve poter svolgere in un ambito di mercato confrontandosi con le altre strutture.

Sul discorso dell'attività *intramoenia*, non bisogna confrontare né contrapporre strutture pubbliche e private. Il medico si confronta con il mercato e appartiene ad un altro ordine di considerazioni se lo fa all'interno della struttura dove lavora, all'esterno o in convenzione nel caso della cosiddetta attività *intramoenia* «allargata». Ricordo infatti che la convenzione fra strutture sanitarie è sempre utilizzabile, anche per lo svolgimento dell'attività *intramoenia*. Il problema fondamentale resta la capacità della struttura di ospitare l'attività libero professionale del medico in modo che essa possa pienamente esprimersi.

APARO. Presidente, cercherò di rispondere a molti degli argomenti sollevati a partire dai quesiti posti dal senatore Tomassini.

È sempre più evidente che esiste un problema che necessita di soluzioni organizzative flessibili e differenziate anche in funzione del luogo in cui l'attività medica si svolge. Come direttori sanitari, abbiamo il polso della situazione italiana ma, chiaramente, le realtà sono incredibilmente diverse. Noi diamo risposte ragionando sulla nostra realtà e non tenendo conto di Regioni e di situazioni dove la situazione ha raggiunto livelli quasi di fanta-sanità.

È stata chiesto se il diritto alla libera attività nelle professioni sanitarie non mediche sia stato applicato. Possiamo rispondere per quanto riguarda le nostre strutture, l'IDI e il Sant'Orsola di Bologna. Verificare che le stesse condizioni valgano per tutte le altre strutture è un compito diverso, ed è proprio quello che si propone questa indagine conoscitiva della Commissione igiene e sanità del Senato. Nelle nostre strutture tale diritto è applicato ed è estremamente importante che ciò accada perché la sua applicazione permette anche la razionalizzazione nell'utilizzo delle attività. Il rischio era avere un medico che svolgeva l'attività libero professionale per due ore e dover per questo impegnare un infermiere in un turno di sei ore, quattro delle quali trascorse a far nulla. Il collegamento della libera professione all'effettivo svolgimento dell'attività consente sia una razionalizzazione dell'erogazione dell'attività *intra moenia* sia una diminuzione dell'organico necessario.

Un altro quesito importante riguarda la garanzia di una libera scelta nell'attività istituzionale. Il problema esiste nel senso che, a fronte di una richiesta di visite, l'organizzazione garantisce l'espletamento della richiesta; qualora dovesse necessariamente garantire la libera scelta, si creerebbe una situazione quasi ingestibile. I colleghi, infatti, non sono tutti uguali: basta che uno appaia in televisione perché tutti vogliono farsi visitare da lui.

Presso l'IDI, garantiamo le visite in mattinata a tutti coloro che vengono. Considerando che il 50 per cento dei ricoveri e del bacino di utenza del nostro Istituto proviene da fuori Regione, questo aspetto è fondamentale in quanto impone che non si richieda ad una persona di rimanere un giorno in più a Roma. Visitiamo tutti e tentiamo, laddove possibile, di far visitare il paziente dal medico scelto. Non può essere, però, un diritto sempre assicurato: in questo consiste la distinzione con la libera professione, dove la persona può scegliere orario e medico.

Oggi presso l'IDI la radiologia lavora 14 ore al giorno grazie al seguente sistema: il paziente è registrato istituzionalmente, ma noi, garantiamo ai medici una quota parte della relativa entrata. In tal modo, pur lavorando al di fuori dell'orario di servizio, il medico non percepisce tariffe private, ma quote parte sull'attività svolta. Tale sistema ha consentito l'abbattimento delle liste di attesa per la risonanza magnetica e la TAC. Non riusciamo, invece, a risolvere il problema per le ecografie perché, maggiore è la disponibilità, maggiore diventa la richiesta.

Tornando al discorso dell'appropriatezza delle richieste, vi è una differenziazione dell'offerta. Ad esempio, presso l'IDI ogni giorno un certo numero di esami è riservato ai pazienti oncologici.

PRESIDENTE. Prego i rappresentanti dell'AMDO di concludere in tempi congrui al fine di consentire anche ai rappresentanti dell'AIOP di replicare brevemente.

Accogliendo il suggerimento del senatore Tommasini, chiedo agli auditi di inviare una memoria scritta, anche alla luce delle domande poste. Tale documento sarà prezioso per il nostro lavoro di valutazione.

APARO. Presidente, concludo il mio intervento riprendendo il discorso relativo alle diverse modalità di ricovero e *day care* che sono oggetto di continua revisione quanto all'organizzazione e alla flessibilità della risposta della singola istituzione alla domanda in entrata.

Certo, noi possiamo agire in questo modo perché abbiamo una gestione privata. Non sono sicuro che una struttura pubblica abbia le stesse possibilità in termini di flessibilità. A mio avviso, minore è la flessibilità, maggiore diventa il disagio del cittadino.

PAOLINI. Signor Presidente, riservandoci di consegnare una relazione alla Commissione svolgo due considerazioni sulle osservazioni del senatore Bodini. Evidentemente non sono stato efficace nella mia esposizione. Quando parlavo di liberalizzazione dei mercati non mi riferivo, e non mi riferisco, ad un *far west* che nessuno desidera, ma ad una liberalizzazione nel rispetto delle regole. In essa intervengono, e devono intervenire, regole riguardanti l'appropriatezza dei ricoveri e la possibilità di accesso regolato ad essi. Lo Stato deve essere regolatore e non invece assicurare un'assoluta e indiscriminata possibilità di qualsiasi prestazione.

La seconda osservazione riguarda il riferimento del senatore Bodini a quello che reputo un luogo comune e cioè che in sanità maggiore è l'offerta, maggiore è la domanda: non è vero. Perché un'affermazione del genere è riferita solo al mercato sanitario e non, per esempio, a quello automobilistico? Negli anni Cinquanta circolavano poche macchine. Se oggi ogni famiglia possiede tre autovetture non è perché ad un'offerta maggiore corrisponde una domanda maggiore: evidentemente è aumentata la soglia di benessere dei cittadini e ogni famiglia ha la possibilità di avere tre macchine.

Il mercato sanitario è il più etico dei mercati. Oggi esiste la possibilità di somministrare terapie oncologiche per distruggere in maniera mirata le cellule cancerogene: è una tecnica innovativa. Ebbene, dovremmo censurare l'offerta di questa prestazione per evitare che si crei una domanda eccessiva? Sarebbe veramente strano.

Fortunatamente, nel mercato sanitario esiste un'offerta crescente di prestazioni. È ovvio e giusto che ciò avvenga e che, di conseguenza, la domanda di tali prestazioni sia sempre crescente. Sta a noi saper governare il sistema. Il mercato è il terreno di confronto ma il termine mercato

non indica il *far west*, ma uno Stato regolatore che fa rispettare le regole e valere i propri i diritti, senza comprimere quelli dei cittadini. Non bisogna comprimere i diritti ma la spesa perché l'innovazione cresce e con essa anche la domanda ed è una fortuna perché in tal modo possiamo offrire ai cittadini un servizio sanitario efficace ed efficiente.

Quando lo Stato si pone nella condizione di erogatore, di controllore e di pagatore, il sistema non può funzionare, perché c'è un vizio di origine. Se un'azienda sanitaria eroga nel contempo le prestazioni attraverso i propri ospedali a gestione diretta (ponendosi in diretta concorrenza con altri erogatori), controlla le prestazioni degli altri erogatori e le proprie e poi paga le prestazioni degli altri erogatori e dei propri ospedali a gestione diretta, il sistema è inquinato e non funziona. È questo il motivo, fra gli altri, per cui si creano le liste d'attesa, oltre a tutte le storture e gli aumenti della spesa sanitaria.

BONANNO. Per rispondere al senatore Tomassini, che ha fatto riferimento al CUP come mezzo per smaltire le liste d'attesa soprattutto ambulatoriali, vorrei evidenziare che le liste d'attesa si potrebbero assottigliare molto se al CUP si potessero iscrivere anche tutte le strutture sanitarie private: questo invece è proibito. Tale meccanismo è consentito esclusivamente nell'ambito del pubblico.

FINZI. Faremo avere alla Commissione il documento scritto che ci è stato richiesto ed un altro lavoro che stiamo per pubblicare sulle nostre riviste, che si intitola «Libera professione intraospedaliera: un modo diverso di fare buona sanità».

PRESIDENTE. Restiamo in attesa di ricevere questi documenti che saranno preziosi per la nostra Commissione, che intende condurre la propria attività di indagine nel modo più serio; a tale scopo più dati avremo e più precise potranno essere la nostra analisi e le nostre conclusioni.

Ringrazio i rappresentanti dell'ANMDO e dell'AIOP per il proficuo contributo e dichiaro chiusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,25.

