



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

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

21^a seduta: giovedì 19 ottobre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Seguito dell'audizione di rappresentanti del Tribunale dei diritti del malato
e dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

PRESIDENTE	Pag. 3, 7		<i>NARDI</i>	Pag. 4
			* <i>SALATINO</i>	5
			<i>SCARAMUZZA</i>	3, 5

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 Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono per il Tribunale dei diritti del malato – Cittadinanzattiva, il dottor Giuseppe Scaramuzza, membro della Segreteria nazionale, e la dottoressa Sabrina Nardi, componente del comitato di coordinamento, e, per l’Agenzia per i Servizi sanitari regionali, la dottoressa Gilda Salatino, dirigente della sezione di monitoraggio della spesa sanitaria.

I lavori hanno inizio alle ore 8,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell’audizione di rappresentanti del Tribunale dei diritti del malato e dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali

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 di giovedì 12 ottobre scorso.

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

È in programma oggi il seguito delle audizioni dei rappresentanti del Tribunale per i diritti del malato e dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), iniziata nella seduta del 4 ottobre nella quale erano stati svolti gli interventi introduttivi ed erano stati posti quesiti e richieste di chiarimento da parte di alcuni senatori.

Sono presenti, per il Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva, il dottor Giuseppe Scaramuzza e la dottoressa Sabrina Nardi e, per l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, la dottoressa Gilda Salatino.

Cedo quindi la parola al dottor Scaramuzza perché possa replicare alle domande poste dai senatori nella seduta precedente.

SCARAMUZZA. Signor Presidente, cercheremo, per quanto possibile, di rispondere alle domande dei vari senatori, basandoci sul Resoconto stenografico della scorsa seduta, che ci è stato inviato.

Uno dei quesiti posti dal senatore Tomassini è se a fronte delle lunghe liste di attesa, e delle conseguenti necessità sostanziali di fruire delle prestazioni in *intramoenia*, avevamo registrato anche il rifiuto di accedere ad altra struttura pubblica. In effetti, i cittadini ci chiamano soprattutto per esporre questa problematica. I nostri dati – e qui rispondo alla seconda domanda che poneva il senatore Tomassini – sono rilevati direttamente dai

cittadini ai Centri unificati di prenotazione (CUP), quindi tengono conto della propedeuticità, di cui si preoccupava il senatore. I cittadini che si rivolgono a noi vanno direttamente ai CUP con la ricetta rosa del medico di base.

Alla terza domanda, riguardante una valutazione del carico medio di visite e pazienti, purtroppo non siamo in grado di fornire una risposta, dal momento che le nostre rilevazioni non hanno una valenza scientifica ma civica, aspetto che ribadiamo ogni volta che raccogliamo dati su tutto il territorio nazionale.

La senatrice Binetti chiedeva spiegazioni, e soprattutto un chiarimento, in ordine all'impiego di personale specializzando negli studi privati. In merito, riceviamo diverse segnalazioni e sappiamo con certezza che ciò avviene per svariati primari, ma non siamo in grado di quantificare il fenomeno; ne siamo solo a conoscenza grazie alle suindicate segnalazioni.

Per quanto attiene all'ultima domanda della senatrice Binetti, in merito all'esistenza di percorsi preferenziali a favore dei pazienti visitati, abbiamo avuto varie segnalazioni, anche abbastanza eclatanti. Una delle ultime arriva dalla Sicilia e, se permettete, dal momento che l'abbiamo raccolta proprio in questi giorni, magari la dottoressa Nardi, che è stata chiamata in causa in prima persona, lavorando nel nostro *front liner*, può leggerla a titolo di esempio.

NARDI. Si tratta di una donna di Catania in stato di gravidanza che, come ogni donna incinta, deve sottoporsi ad una serie di esami di controllo. Ci racconta, nel corso della telefonata, che dovrà effettuare un'ecografia che solitamente si effettua nella tredicesima settimana, ma che purtroppo non ha avuto la possibilità di prenotare in alcuna struttura privata convenzionata o pubblica, non solo di Catania ma anche dei dintorni. La donna in questione è giunta a chiedere una prenotazione a Taormina, a Ragusa e *viciniori* senza riuscire a prenotarla tempestivamente. Racconta di avere provato a prenotare l'ecografia fetale con sei mesi di anticipo ma, nonostante l'enorme anticipo, considerando che si tratta di una gravidanza, non è riuscito ad avere una prenotazione attraverso il Servizio sanitario nazionale. Racconta poi di essere stata costretta a ricorrere ad un sistema parallelo al Servizio sanitario nazionale, molto diffuso in Sicilia che chiama: Servizio sanitario nazionale parallelo. Le modalità di svolgimento di tale sistema sono sostanzialmente le seguenti: una visita dal medico pubblico in regime privato, per un costo di 100 euro; ecografia con un costo variabile da 100 a 120 euro, più un'altra serie di esami, comunque tutti a pagamento, per un totale di costi per gravidanza tra i 4.000 e i 5.000 euro.

La donna fa poi presente che nel corso della prima visita il medico le sottopone un contratto contenente tutti i costi relativi alle varie fasi di assistenza al parto. Se tale contratto non verrà sottoscritto, il medico non garantirà la sua disponibilità durante il parto, e quindi l'assistenza allo stesso. In tal modo, è evidente il condizionamento psicologico della donna

che, in caso di non sottoscrizione, rischia di non ricevere alcuna assistenza. Com'è noto, ogni medico tende per prassi ad assistere le proprie pazienti e se non si ha un medico si conosce quello a cui si va incontro. Dopo avere avuto informazioni da alcune sue conoscenti, la signora racconta di essere stata tentata di rivolgersi a Ragusa dove vi sono medici che si fanno pagare una visita, per poi inserire la persona nelle liste di attesa, secondo i criteri di priorità richiesti per seguire sin dall'inizio l'iter sanitario previsto per la gravidanza, ivi incluso il parto, presso le strutture pubbliche.

Mi preme far presente che la presentazione del caso nasce dalla risposta a un quesito della senatrice Binetti che, nella scorsa audizione, aveva chiesto chiarimenti sull'esistenza di percorsi preferenziali a favore di pazienti visitati negli studi privati nel momento in cui devono ricorrere a prestazioni più significative, dalla TAC alla risonanza, fino ad arrivare ad eventuali interventi chirurgici.

Abbiamo diversi esempi al riguardo, ma ho ritenuto opportuno sottoporre il caso suindicato, che è fra i più eclatanti, all'attenzione di chi si occupa di tali tematiche per sollevare il problema. Peraltro, tale caso è significativo perché la persona non ha deciso spontaneamente di rivolgersi al sistema privato, ma vi è stata costretta non avendo trovato un'adeguata risposta nel Servizio sanitario nazionale pubblico.

Una riflessione: se non si riesce ad trovare un'adeguata risposta nel servizio pubblico, è giusto sborsare tanto denaro per avere un'assistenza che dovrebbe essere garantita di diritto, come sancito dall'articolo 32 della Costituzione? È una sollecitazione – forse una provocazione – che intendo porre all'attenzione di questa Commissione.

SCARAMUZZA. Questo racconto costituisce certamente solo un esempio, ma volevamo dare uno spaccato delle segnalazioni che riceviamo quotidianamente.

Infine, in merito a tutte le suggestioni emerse nell'ultimo incontro, stiamo verificando le esperienze delle varie Regioni d'Italia con l'attivazione dei RECUP. Giusto perché siamo in questa Regione, cito il RECUP del Lazio. Tali CUP regionali riescono, con tutti i loro limiti, a dare un quadro sulle diverse prestazioni nelle varie ASL. Abbiamo notato che, attraverso la prenotazione presso i RECUP, i cittadini riescono a usufruire in generale, in tempi abbastanza accettabili, anche di prestazioni importanti. Questo è un aspetto al quale vorremmo fosse prestata maggiore attenzione e su cui lo Stato a livello centrale dovrebbe investire di più. Riteniamo infatti che l'informatizzazione dei CUP rivesta una particolare rilevanza.

SALATINO. Mi ricollego nuovamente alle domande poste dal senatore Tomassini, in merito alle tariffe delle prestazioni in libera professione e alla ricomprensione in queste dei costi per l'ammortamento delle attrezzature. La mia risposta è affermativa; infatti, il contratto del 2000 dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, il primo sottoscritto dopo l'introduzione del regime di *intramoenia*, ha individuato i criteri che i di-

rettori generali devono tenere in considerazione per la determinazione delle tariffe. Tale contratto stabilisce espressamente che le tariffe devono coprire il costo della prestazione, inclusa la quota di ammortamento delle attrezzature, sia nel caso che la prestazione venga erogata in una struttura del servizio pubblico, sia che venga effettuata in casa di cura non convenzionata.

La differenza riguarda solo i ricoveri ospedalieri; infatti, la tariffa di un ricovero in libera professione effettuato in una struttura pubblica dovrebbe essere inferiore a quella di un ricovero in una struttura privata non accreditata. Nel primo caso, infatti, la normativa prevede un concorso da parte della Regione in una percentuale variabile dal 50 al 70 per cento dell'intera tariffa. Se invece il ricovero in libera professione viene effettuato in una struttura privata non accreditata non si prevede alcun concorso regionale; in questo caso la tariffa della prestazione dovrebbe essere superiore.

Ho già affermato che la nostra Agenzia conosce il numero e la tipologia di tutti i ricoveri in libera professione effettuati in tutte le Regioni italiane. A tal proposito è stato elaborato un documento – che lascio agli atti della Commissione – in cui si indica la tipologia del ricovero (parto, intervento chirurgico sul cristallino, chemioterapia, *bypass*, o altro) e la tariffa adottata da ciascuna Regione nel caso in cui il ricovero sia effettuato a carico del Servizio sanitario nazionale. Non conoscendo a livello centrale le tariffe che le Aziende hanno definito per la stessa tipologia di ricoveri in libera professione, un confronto tra queste e quelle applicate dal Servizio sanitario nazionale sarà possibile solo dopo che le Aziende avranno fornito tale comunicazione.

Alcuni prospetti sono stati preparati anche in riferimento alle prestazioni specialistiche e a quelle più critiche per le quali vengono indicate le tariffe applicate a carico del Servizio sanitario nazionale. Ad esempio, il costo di una visita specialistica è di 21 euro, quello di un'ecografia 60 euro, mentre una TAC *total body* costa 400 euro. Sulla base di questi dati è poi possibile operare dei confronti con le tariffe definite per una prestazione in libera professione effettuata in regime privato.

Le domande poste dal senatore Tomassini hanno attinenza anche al problema delle liste d'attesa che potrebbe essere collegato ad una carenza di organico e all'organizzazione del lavoro. In realtà, tale rapporto esiste. Ricordo che in base alla normativa precedente all'introduzione della libera professione svolta in *intramoenia* le prestazioni specialistiche erogate agli esterni venivano effettuate dai medici ospedalieri al di fuori dell'orario di lavoro ed erano remunerate con un incentivo definito «sub 2» che ammontava a circa 2000 miliardi e 200 milioni di lire; si trattava quindi di un *plus* orario il cui costo orario per l'Azienda sanitaria era mediamente, circa cinque volte superiore a quello di un'ora di straordinario. Pertanto, in quelle ore aggiuntive all'orario di lavoro i medici ospedalieri effettuavano prestazioni specialistiche per gli esterni. Con l'introduzione della libera professione in *intramoenia* le prestazioni specialistiche si erogano nell'ambito dell'orario di lavoro in quanto l'incentivo «sub 2» è stato con-

globato nello stipendio del personale medico e all'incirca corrisponde all'attuale ammontare dell'indennità di esclusività, circa un miliardo e 250 milioni di euro.

Se in un'Azienda ospedaliera l'organico risulta ridotto, è chiaro che le ore da destinare alle prestazioni specialistiche per gli esterni sono poche; viceversa, se in un'Azienda ospedaliera l'organico è in eccesso, il numero di ore da destinare allo svolgimento delle medesime prestazioni dovrebbe essere maggiore. Il condizionale è d'obbligo perché purtroppo questo non sempre accade. Vorrei fare un paragone tra due grandi ospedali romani che presentano lo stesso numero di posti letto e, soprattutto, la stessa complessità della casistica trattata. Entrambi offrono una buona qualità di assistenza perché attraggono molti cittadini di altre Regioni. A fronte di una media nazionale annua in base alla quale un medico assiste 100 ricoverati, in uno dei due ospedali romani cui ho fatto riferimento un medico riesce ad assistere 130 pazienti; ciò dimostra che si è in presenza di un organico ridotto e, malgrado ciò, la qualità dell'assistenza si mantiene buona. Nel secondo ospedale, invece, si registra un numero eccessivo di medici in quanto dai dati a nostra disposizione risulta che un medico assiste annualmente solo 70 pazienti. Si dovrebbe quindi pensare che in questo secondo ospedale si può dedicare un numero maggiore di ore all'effettuazione di prestazioni specialistiche per gli esterni. In realtà, non è così, perché il numero delle prestazioni è quasi uguale a quello registrato nel primo ospedale. Questi dati meritano sicuramente una riflessione.

Da ultimo intendo rispondere al senatore Cursi in merito alle azioni intraprese al fine di contenere le liste d'attesa secondo le previsioni della legge finanziaria per il 2006. Ricordo che il 28 marzo scorso è stato stipulato un accordo in Conferenza Stato-Regioni e Province autonome in base al quale le Regioni avrebbero dovuto individuare entro il 28 giugno i tempi massimi per l'erogazione di una serie di prestazioni che si presentavano più critiche in termini di tempi d'attesa. In mancanza di tale individuazione da parte regionale, sarebbe intervenuto lo Stato con decreto ministeriale. È accaduto che soltanto tre Regioni hanno ottemperato; per le altre il Ministero ha varato il decreto nel mese di luglio e lo ha trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni ma le Regioni hanno chiesto che il suo esame fosse per il momento differito.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per i chiarimenti che ci hanno fornito e che saranno sicuramente utili ai lavori di questa Commissione.

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

I lavori terminano alle 9,05.

