



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 6

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

27^a seduta: mercoledì 15 novembre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

**Audizione di rappresentanti della Società italiana di ginecologia ed ostetricia (SIGO)
e della Società italiana di chirurgia (SIC)**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e <i>passim</i>	<i>MOSCARINI</i>	Pag. 5, 11
BODINI (<i>Ulivo</i>)	10	* <i>TERSIGNI</i>	6, 9, 12
* GRAMAZIO (<i>AN</i>)	4, 5		
MASSIDDA (<i>DC-Ind-MA</i>)	10		
TOMASSINI (<i>FI</i>)	3, 9, 14		
* VALPIANA (<i>RC-SE</i>)	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 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 la Società italiana di ginecologia ed ostetricia, il professor Massimo Moscarini, componente del Consiglio direttivo; per la Società italiana di chirurgia, il professor Roberto Tersigni, presidente.

I lavori hanno inizio alle ore 15,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti della Società italiana di ginecologia ed ostetricia (SIGO) e della Società italiana di chirurgia (SIC)

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 del 26 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 l'audizione del professor Massimo Moscarini, componente del consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia ed ostetricia (SIGO) e del professor Roberto Tersigni, presidente della Società italiana di chirurgia (SIC), che ringrazio per avere accolto il nostro invito.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, onorevoli colleghi, intervengo ora perché è la prima volta che ci ritroviamo a discutere di questo tema, dopo l'audizione, del 26 ottobre scorso, del dottor Enrico Rossi, assessore alla sanità della Regione Toscana, intervenuto in veste di coordinatore della commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

Presidente, nel corso di quella audizione, lei sembrava soddisfatto e ottimista, in quanto era finalmente stato rappresentato, dopo tanti, un quadro di possibile positività nei confronti della soluzione dell'*intramoenia* allargata. Ovviamente non ho nulla da eccepire al riguardo, dal momento che lei ha piena libertà, come tutti i parlamentari, di esprimere le sue opinioni e di esultare, magari, quando la sua squadra del cuore segna un gol, nel senso che vuole esultare, anche se si tratta di voce assolutamente difforme da tutte le altre ascoltate fino a quel momento.

Il problema è se questa esultanza parta da affermazioni su dati certi, o se invece non derivi da indicazioni inesatte, cui purtroppo recentemente, proprio nell'ambito di questa Commissione, abbiamo dovuto abituarci. Mi riferisco a quando si affrontò il discorso dei 90 morti al giorno per errori medici, al cui riguardo mi complimento con lei, Presidente, per aver promosso e fatto chiarezza nella conferenza stampa tenuta da questa Commissione il 31 ottobre scorso a Palazzo Madama. Penso ai dati statistici relativi all'eutanasia, indicati dall'onorevole Pisapia e riportati oggi sul «Corriere della sera», ancorchè già contestati due anni fa.

Parlo di notizie gravemente fuorvianti sia perché palesemente diverse dai numeri che l'assessore Rossi ha citato – e che puntualmente contesterò in uno specifico documento –, sia perché si tratta di affermazioni palesemente non corrispondenti alla realtà, e questo è meno tollerabile.

Presidente, consegnerò, perché restino agli atti della Commissione, tre foto che riguardano proprio l'Azienda ospedaliera di cui parlava l'assessore Rossi. Ebbene, da queste foto si evince in modo molto chiaro non solo che il centro per l'attività libero-professionale, che è stato là edificato, porta a bilancio cifre ben più consistenti di quelle citate in questa sede dall'assessore Rossi ma anche – e con inoppugnabile evidenza – che la consegna dei lavori è prevista per il 1° novembre 2008. Chiedo, quindi, che non si tenga nessun conto di quelle dichiarazioni.

Inoltre, considerando fatto molto grave che l'assessore Rossi abbia presentato nell'audizione davanti a questa Commissione dati non comprovati, chiedo che, ove riascoltato nell'ambito delle funzioni della Conferenza Stato-Regioni, sia accompagnato da altro assessore di altro segno politico.

GRAMAZIO (AN). Signor Presidente, a mio avviso, il collega Tomassini ha, con molta attenzione, colpito nel segno. Voglio solo ricordare che l'assessore Rossi, pur essendo stato convocato come rappresentante delle Regioni, ha parlato esclusivamente della sua Regione. Mi sembra assolutamente antidemocratico dare la possibilità di parola a un solo assessore, tenuto soprattutto conto che il dottor Rossi ha parlato in qualità di assessore alla sanità e non di rappresentante delle Regioni. Ciò detto, ritengo opportuno che la Commissione ascolti tutti gli assessori alla sanità, dal momento che non si capisce il motivo per il quale se ne ascolti uno piuttosto che un altro.

L'assessore Rossi, nel suo intervento, ha affermato di non essere venuto in veste di rappresentante delle Regioni, perché avvisato in ritardo ma questo è un altro problema. Il fatto importante è che ha parlato non in rappresentanza delle Regioni ma esclusivamente a nome della sua Regione.

PRESIDENTE. Colleghi, non v'è alcuna difficoltà a riconoscere che l'assessore Rossi ha di fatto svolto una relazione che riguardava soprattutto la Regione Toscana, laddove l'invito gli era stato chiaramente rivolto

in qualità di coordinatore della commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome.

GRAMAZIO (AN). Non solo ha riferito solo sulla Toscana ma ha anche affermato il falso, alla luce di quello che ci ha appena detto il collega Tomassini. Ciò è grave!

PRESIDENTE. Sicuramente si è creato un problema che la Segreteria della Commissione ha fatto presente agli Uffici della Conferenza delle Regioni anche successivamente all'audizione. D'altra parte, in sede di Ufficio di Presidenza potremo decidere, se lo riteniamo opportuno, come comportarci.

Per quanto riguarda le informazioni e le affermazioni del presidente Tomassini e del senatore Gramazio riguardo all'inesattezza dei contenuti riportati, sinceramente non mi sento di commentare e non credo neanche spetti a me farlo; tuttavia, prendo atto della documentazione fornita dal presidente Tomassini. Ad ogni modo, trattandosi di argomento che ha suscitato perplessità in diversi membri della Commissione, nel prossimo Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei Gruppi, potremo democraticamente decidere il percorso da seguire.

Do quindi la parola al professor Massimo Moscarini che svolgerà una breve relazione introduttiva.

MOSCARINI. Signor Presidente, sono qui in veste di rappresentante della Società italiana di ginecologia ed ostetricia che, nel suo contesto, ha numerose rappresentanze (primari, assistenti, medici ambulatoriali, medici di territorio) e quindi è portatrice di una realtà variopinta. Come abbiamo messo per iscritto, la nostra posizione comune riguarda fondamentalmente il tema della libera professione.

La nostra è una società scientifica – ho degli appunti in merito – che, in quanto tale, non deve affrontare il problema delle liste di attesa. Affermiamo il diritto alla libera professione intramuraria e siamo convinti che questa libera professione debba esistere. Riassumo alcuni punti del nostro documento. Mi preme innanzi tutto sottolineare che, quando l'azienda non dispone degli spazi separati e distinti, previsti per altro dalla legge, è necessario trovare soluzioni che non contrastino né con l'esercizio della libera professione del medico, che è un diritto, né con il diritto del cittadino di scegliere il proprio medico.

Concordiamo sui punti a nostro giudizio opportuni, come riteniamo necessario che soprattutto chi ricopre ruoli importanti e svolge compiti organizzativi debba svolgere l'*intramoenia* intesa in senso assoluto. Entro il luglio 2007 dovrebbe cessare la cosiddetta *intramoenia* allargata, la cui diffusione non è certamente imputabile ai medici ma a situazioni strutturali e ambientali. Siamo comunque favorevoli all'*intramoenia* svolta nel posto di lavoro, laddove è possibile disporre di spazi idonei e dignitosi, rispettosi dei principi e dei diritti che abbiamo indicato; tale attività deve però essere separata dalle funzioni istituzionali.

Questo è il documento che ho riassunto e che deposito agli atti della Commissione a nome della Società italiana di ginecologia e ostetricia. Non ripeterò i termini di legge che troverete riportati in tale documento.

Per quanto riguarda le liste d'attesa, ovviamente non posso parlare a nome della SIGO perché, anche se il dibattito ci coinvolge, non abbiamo documenti scritti sul tema. Come direttore di un dipartimento assistenziale nonché universitario e in virtù del collegamento che ho con gli altri colleghi ginecologi, posso dire che anche il problema delle liste d'attesa non può essere imputato ai medici, ma a problemi di carattere organizzativo: bisogna avere buona volontà e raggiungere un accordo fra il personale medico e quello che dirige l'azienda. Le liste di attesa si possono riorganizzare: per gli operatori e per chi vive il problema è più facile individuare le colpe e le modalità per trovare con relativa semplicità le giuste soluzioni. Spesso però questa realtà è diversa nei vari ospedali e nelle Regioni e occorrono capacità organizzative, altrimenti si persiste nella confusione, ampliando così un disagio che in alcuni luoghi è effettivamente difficile affrontare, ma in altri può essere appianato.

TERSIGNI. Signor Presidente, mi permetta innanzitutto di ringraziare lei, la Commissione, le senatrici ed i senatori per questo gentile invito che abbiamo particolarmente apprezzato. Vi porto i saluti e gli auguri di buon lavoro da parte del consiglio direttivo della Società italiana di chirurgia.

Ho scritto un documento che è stato per altro validato anche dal *Past president* della Società che, come lei sa, riunisce chirurghi ospedalieri e universitari, quindi rappresenta la società chirurgica italiana nel suo contesto totale.

Se il Presidente me lo permette, vorrei distribuire tale documento ai presenti per ottimizzare il tempo a mia disposizione.

PRESIDENTE. Lo faccio subito distribuire.

TERSIGNI. Farò qualche cenno agli aspetti normativi cui i medici fanno di solito riferimento.

Le disposizioni del decreto legislativo n. 502 del 1992, integrate dal decreto legislativo n. 222 del 1999, hanno introdotto l'esclusività del rapporto del lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale, con la possibilità di esercitare attività libero professionale *intramoenia*. La legge n. 448 del 1998 ha istituito un fondo per la esclusività di tale rapporto, allo scopo di disincentivare i medici dalle attività professionali *extramoenia*.

Successivamente, il rapporto di esclusività è stato revocato temporaneamente con possibilità di transito nel regime di attività professionale *extramoenia*, in *par-time*. Questo vale soprattutto per i dirigenti di secondo livello.

Occorre sottolineare come la libera professione *intramoenia* sia stata introdotta principalmente per affermare il diritto costituzionale alla libera scelta fiduciaria del medico da parte del cittadino e per la valorizzazione della professionalità dei medici.

In base alle normative vigenti, i direttori delle Aziende sanitarie ed ospedaliere debbono definire modalità organizzative ed individuare spazi idonei aziendali o non accreditati per l'esercizio dell'attività *intramoenia*. Inoltre, è compito dei direttori generali introdurre misure idonee a ridurre le liste di attesa, in osservanza alle direttive del decreto del 2000 del Presidente del Consiglio e anche della finanziaria 2006.

Alcuni cenni all'adesione dei medici al rapporto esclusivo e ai costi relativi e alle differenze regionali. Nell'anno 2004 – sono questi gli unici dati di cui tutti disponiamo – la percentuale dei dipendenti medici che ha optato per il rapporto esclusivo è stata del 95,37 per cento (il 4 per cento in più rispetto al 2001).

Contestualmente, i costi sostenuti dalle Aziende sanitarie sono stati di 1.220 milioni di euro, il 4 per cento in più rispetto al 2000, a fronte di 93 milioni di euro di guadagni, o per meglio dire di ricavo. I costi si sono rivelati sottostimati per 284,5 milioni di euro nel 2004.

Su questo punto vorrei chiarire che esiste sempre un ricavo delle aziende, che varia da Regione a Regione, che è di circa 3 euro a prestazione, o in alcuni casi in percentuali molto maggiori.

I ricoveri effettuati in regime di libera professione *intra* ed *extramoenia* sono stati, nel 2004, 51.794, su circa 13 milioni di ricoveri, ovvero pari allo 0,40 per cento dei ricoveri complessivi. Nelle Aziende ospedaliere la percentuale è stata del 38,92 per cento, mentre nelle case di cura del 22,93 per cento.

Le attività ambulatoriali ed in regime di ricovero *intramoenia* ospedaliero sono diffuse prevalentemente nel Nord e nel Centro del Paese; nel meridione l'attività *intramoenia* allargata è più presente, con punte del 75 per cento di ricoveri nelle strutture private in Campania, con uno *spread* dello 0,84 per cento dei ricoveri complessivi.

La carenza di strutture per l'attività *intramoenia* in regime di ricovero è nota, poiché solo una modesta parte degli 826 milioni di euro stanziati dal Ministero della salute nell'anno 2000 per l'edilizia sanitaria è stata impegnata. Ciò ha comportato, in particolare nel Sud Italia, la prevalente utilizzazione di strutture sanitarie non accreditate (al Sud soltanto il 7 per cento delle attività sono in *intramoenia*).

Alcune Aziende sanitarie ed ospedaliere hanno, invece, introdotto il meccanismo della produttività aggiuntiva, individuale o d'*équipe*, remunerata con tariffe calmierate, in prevalenza per i servizi di radiologia e laboratorio analisi per la cardiocirurgia.

Svolgerò alcune considerazioni. Appare difficile valutare, anche approssimativamente, in carenza di un osservatorio nazionale di monitoraggio ministeriale, i risultati effettivi della libera professione *intramoenia* e confrontarli con i risultati attesi.

Se l'introduzione dell'attività *intramoenia* aveva come finalità il miglioramento del servizio sanitario per il cittadino, una eventuale riduzione delle liste di attesa, la possibilità di scelta del medico e di una struttura sanitaria di fiducia, la valorizzazione della professionalità dei medici, ponendo a disposizione le potenzialità ospedaliere ed incentivando la esclu-

sività del rapporto, ebbene, gli obiettivi sono stati solo parzialmente raggiunti (o se preferisce mancati). Per le seguenti ragioni. Mentre il rapporto esclusivo è stato scelto da oltre il 95 per cento dei medici, l'attività *intramoenia* è praticata solo da un'esigua minoranza dei medici. Per tale motivo, il maggiore gettito di entrate atteso per la utilizzazione di apparecchiature o di strutture ospedaliere per 12-24 ore di esercizio non è stato ottenuto. La diffusione dell'istituto dell'*intramoenia*, che è avvenuta prevalentemente nel Nord del Paese, non è stata preceduta dalla creazione di adeguate strutture ospedaliere dedicate all'attività *intramoenia* al Centro e nel meridione. La libera professione *intramoenia* non possiede, probabilmente, le caratteristiche intrinseche per influire sulla riduzione delle liste d'attesa, poiché coinvolge solo una trascurabile parte delle attività ospedaliere; la sua scarsa applicazione, inoltre, ne ha sminuito la potenziale efficacia, benché in alcune Regioni, come in Lombardia e in Alto Adige (oltre che in Toscana, dove si fa largo uso delle attività *intramoenia*), abbia contribuito a migliorare i servizi sanitari. La carente organizzazione della erogazione dei servizi istituzionali, con conseguente lievitazione delle liste di attesa, ha determinato nel cittadino la spiacevole percezione che la opportunità di scegliere il medico di fiducia o un trattamento accessorio migliore attraverso l'istituto dell'*intramoenia*, sia responsabile dei tempi lunghi di attesa nei servizi istituzionali, o, peggio ancora, della odiosa discriminazione legata alla remunerazione delle prestazioni. Tale situazione ha orientato i cittadini a considerare erroneamente la classe medica come unica responsabile degli obiettivi mancati. L'istituto della produttività aggiuntiva, individuale o d'*équipe*, appare lo strumento più idoneo per le liste d'attesa, attraverso *budget* finalizzati ad obiettivi di produttività o mediante altri strumenti contrattuali aziendali.

Occorre, inoltre, costruire sistemi di prestazioni informatici centralizzati, che permettano di evitare prenotazioni plurime (cioè una prenotazione drogata); definire l'appropriatezza delle richieste degli esami medici, da parte dei medici del territorio, attraverso un filtro che ne stabilisca la pertinenza e le priorità; assumere personale medico e paramedico per utilizzare nell'arco delle 12-24 ore le attrezzature ospedaliere e rinnovare la rete ospedaliera coerentemente con il Piano sanitario nazionale.

La Società italiana di chirurgia, nel ringraziare per l'audizione, si rende disponibile ad ogni collaborazione con la Commissione igiene e sanità del Senato, con il Ministro della salute e con le Aziende sanitarie ed ospedaliere nel perseguimento di un effettivo miglioramento del Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Tersigni, per questa relazione davvero completa. Vi è solo un dato che non riesco a comprendere. Nella prima pagina della memoria che ci ha consegnato, al penultimo capoverso, è scritto: «I ricoveri effettuati in regime di libera professione *intra* ed *extramoenia* sono stati ... 51.794, pari allo 0,4 per cento dei ricoveri complessivi. Nelle Aziende Ospedaliere la percentuale è stata del 38,9, mentre nelle case di cura del 22,93 per cento». Poiché l'insieme delle percentuali

da lei indicate corrisponde a circa il 61 per cento, vorrei capire a cosa è riferibile la restante parte.

TERSIGNI. Si riferisce ad altre strutture.

PRESIDENTE. Vi sono, cioè, altre strutture, al di fuori delle aziende ospedaliere e delle case di cura, dove si svolge l'attività *intra* ed *extra-moenia*? E quali sono?

TERSIGNI. I policlinici e gli istituti di ricerca scientifica.

PRESIDENTE. D'accordo, è chiarissimo. Quindi, il restante 39 per cento si riferisce a queste altre strutture.

TERSIGNI. Signor Presidente, purtroppo non abbiamo dati – e credo che nessuno li abbia – sui flussi delle visite (non dei ricoveri) in regime di *intramoenia*. Il Ministero avrebbe dovuto istituire una commissione di vigilanza, o meglio, un osservatorio nazionale che, se non sbaglio, non è stato costituito.

PRESIDENTE. Per questo motivo la Commissione igiene e sanità del Senato ha chiesto all'unanimità al Presidente del Senato di avviare l'indagine conoscitiva in titolo, al fine di ricavare una fotografia di tali dati che – e ce ne rendiamo conto – non sono disponibili.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, vorrei chiedere al professor Moscarini – che, ovviamente, ringrazio per quanto ha riferito nella sua relazione – se, nella veste istituzionale in cui viene audito, può riferirci qualcosa in merito agli spazi che garantiscono la libera professione *intramoenia*, soprattutto in relazione alle garanzie del diritto di libera scelta dei pazienti che assume una particolare evidenza nel rapporto professionale con il medico che li segue.

Per quanto riguarda le analisi sia dirette sia strumentali che, ormai, sono diventate sempre più necessarie in caso di visita ginecologica, vorrei sapere se le risorse che le aziende ospedaliere pubbliche mettono a disposizione sono sufficienti a garantire un esame completo. Secondo lei, nell'immediato, sono già disponibili gli spazi necessari per consentire l'interruzione dell'*intramoenia* allargata? In caso contrario, in quanto tempo potrebbero essere disponibili, vista la scadenza del 31 luglio 2007?

Premesso che si tratta di una informazione che potrebbe non conoscere, nel qual caso risponderà solo se ne è a conoscenza, vorrei sapere com'è stata organizzata la libera professione *intramoenia* del personale sanitario non medico e, visto il suo ruolo, segnatamente delle ostetriche.

Al professor Tersigni – al quale rivolgo i miei vivi complimenti per l'illustrazione sintetica ma molto chiara che ci ha fatto della situazione attuale – desidero chiedere se nei dati che ha indicato sono compresi anche gli ammortamenti relativi alle dotazioni strumentali. Si tratta, infatti, di un

dato fondamentale per poter affermare quanto ha sostenuto. Mi preme, inoltre, conoscere il costo relativo al cosiddetto personale accessorio. Uno dei problemi fondamentali, infatti, è che nell'ambito pubblico, i DRG non tengono conto del costo di tale personale, costo che, invece, è computato nelle cosiddette case di cura accreditate, dato di non scarso significato.

Un'altra domanda che vorrei rivolgere al professor Tersigni riguarda le tariffe al pubblico per le prestazioni di libera professione in *intramoenia*. Da quanto risulta a lei ed alla società che rappresenta, la SIC, dette tariffe sono uguali o superiori a quelle praticate nell'esercizio della libera professione?

MASSIDDA (*DC-Ind-MA*). Signor Presidente, anch'io desideravo porgere agli auditi alcune domande, ma essendo simili a quelle che gli sono già state rivolte, le faccio mie senza ripeterle.

Vorrei, però, sottolineare un quesito posto solo parzialmente dal senatore Tomassini, quando ha ricordato che entro il 31 luglio 2007 dovrà cessare l'*intramoenia* allargata: secondo voi, che rappresentate società diffuse in tutta Italia, è possibile farne a meno?

Visto che non sono intervenuto in precedenza, colgo la presente occasione per sottolineare anche che quanto accaduto lo scorso 26 ottobre rappresenta un fatto assai grave, da non sottovalutare. Ricordo, infatti, fu invitato l'auditore – del quale preferisco non citare il nome – ad essere cauto, perché apparivano evidenti le difficoltà a sospendere in tutta Italia l'*intramoenia* allargata in tempi così brevi. Ho richiamato tale esempio perché oggi si è scoperto che non funziona, tant'è vero che lo valuteremo; comunque sia, non credo di aver messo in dubbio le affermazioni del senatore Tomassini. Ho voluto cogliere questa occasione per chiarire tale punto, Presidente, perché, se non vengono presentati dati certi, le nostre audizioni diventano piuttosto delicate.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, vorrei innanzi tutto chiedere un chiarimento al professor Tersigni, sul sesto capoverso della memoria che ci ha presentato, riguardo i costi. Quei 1.220 milioni di euro rappresentano costi di investimento delle aziende (sono spesi, cioè, per le strutture) o costi di carattere gestionale? E, d'altra parte, quel guadagno – che poi abbiamo inteso, invece, essere un ricavo – di 93 milioni di euro è su base annua o globale? È riferito soltanto alla libera professione in regime di ricovero o comprende anche quella in regime ambulatoriale? Nella mia esperienza, la libera professione in regime di ricovero è molto più complessa da attuare rispetto a quella su base ambulatoriale per ovvie ragioni, tra cui anche la struttura organizzativa dei nostri reparti e dipartimenti. Il regime di ricovero, infatti, implica una complessità organizzativa molto più ampia, mentre la libera professione su base ambulatoriale, per quanto riguarda, ad esempio, le visite in *day hospital*, è decisamente più snella. Vorrei, quindi, capire se gli auditi – e mi rivolgo ad entrambi – dispon-

gono di dati diversificati rispetto a tali due fattispecie di libera professione.

Vorrei chiedere poi al professor Moscarini, sulla base della sua esperienza e rispetto al suo dipartimento, qualche notizia in più riguardo a questo tipo di organizzazione. In particolare, vorrei sapere se la libera professione *intramoenia* ha influito sulle liste d'attesa, se queste sono tuttora in fase di stabilizzazione, se tendono ad aumentare o se aumentano settorialmente rispetto ad alcune attrezzature particolarmente carenti o di difficile accesso.

A mio avviso, anche questo problema va diversificato: un conto è fare una visita specialistica, altro è accedere a strutture che richiedono o l'assistenza, come si diceva prima, di un personale infermieristico o l'utilizzo di attrezzature complesse. Gli ecografi, per esempio, pur non essendo particolarmente complessi, possono comunque essere limitativi rispetto agli spazi libero-professionali.

MOSCARINI. Per quanto riguarda le domande poste dal senatore Tomassini riguardo alle possibilità e agli spazi attualmente a disposizione, quando mi è giunta la richiesta di intervento da parte della Commissione – che ringrazio – ho effettuato una rapida indagine sui policlinici universitari, essendo io la componente universitaria della nostra associazione. Ebbene, in questo momento, nella maggiore parte delle strutture universitarie, non vi è la possibilità per tutti di svolgere in modo adeguato la libera professione intramuraria. In modo particolare, non esiste per quelle componenti mediche che hanno bisogno anche di strumentazioni; mi riferisco ai ginecologi ma anche ai colleghi radiologi. Per queste figure professionali, a meno che non le si voglia far lavorare nella stessa struttura dove svolgono anche l'attività istituzionale, in questo momento, nella maggior parte dei reparti dei policlinici universitari non c'è questa possibilità. D'altra parte, stiamo svolgendo anche un'indagine per quanto riguarda la ginecologia nelle strutture ospedaliere, sulla quale riferirà il collega Gigli della FisMed.

Il senatore Massidda chiedeva se è possibile fare a meno dell'*intramoenia* allargata: se c'è buonsenso, la gradualità delle applicazioni è forse la soluzione migliore.

Ad oggi, per quanto concerne la realtà di Roma e di alcune Regioni che conosco – ne parlavo anche con i colleghi del Policlinico Careggi di Firenze e con altri colleghi di Milano –, abolire completamente l'*intramoenia* allargata, entro il 31 luglio 2007, significherebbe creare una situazione di tensione nel campo medico abbastanza complessa. Ciò perché, come giustamente è stato detto, molte figure professionali hanno necessità di strumentazioni e non è possibile organizzarne l'utilizzo in meno di un anno.

In merito al quesito posto dal senatore Bodini, riguardo alla possibile influenza dell'attività di *intramoenia* sulla consistenza delle liste d'attesa, a mio parere non c'è alcun nesso. Distinguerai, infatti, tra ciò che è l'*intramoenia*, ovvero una gratificazione per il medico, un diritto sia per il

medico sia per il cittadino, e le liste d'attesa, che invece rappresentano un problema anche organizzativo. Giustamente il medico ha la sua parte di responsabilità, ma anche chi si occupa dell'organizzazione delle strutture aziendali e dei dipartimenti che si trovano solo in poche realtà. Infatti, non tutti i dipartimenti sono partiti completamente, anche perché si tratta di strutture complesse che per affermarsi necessitano di una mentalità che in Italia non esiste ancora. Credo sia un fenomeno culturale che soltanto pian piano può partire. Ciò detto, non vedo come le liste d'attesa possano essere influenzate dall'*intramoenia* o dall'istituzione dei dipartimenti.

Sempre il senatore Bodini chiedeva se le liste d'attesa sono aumentate; in effetti sì, anche se si tratta di una realtà diversificata da ospedale a ospedale. In certi ospedali si è cercato e si è riusciti ad abbattele con metodologie che si possono anche analizzare; in altri ospedali non si è riusciti e sono aumentate. Quindi la varietà è talmente enorme che è difficile trovare un denominatore comune. Senz'altro, per la mia esperienza, o perlomeno nelle strutture con cui ho avuto a che fare, in Abruzzo prima, e nel Lazio poi, a Roma, all'azienda Sant'Andrea e al Policlinico universitario Umberto I, le situazioni sono diverse; dove c'è una buona organizzazione, le liste d'attesa possono diminuire. Ad ogni modo, bisogna considerare alcuni fattori tecnici; al riguardo cito solo l'esempio della Regione Lazio, dove si richiede la programmazione delle visite su 12 mesi, con inevitabili conseguenti errori tecnici che dovrebbero essere risolti.

Infine, non mi sembra che il personale paramedico, ad esempio le ostetriche, possa, al momento, avere soddisfazione dall'attività *intramoenia*; anche questo aspetto meriterebbe una qualche considerazione.

TERSIGNI. Presidente, il senatore Tomassini ha perfettamente ragione: gli ammortamenti non sono calcolati e probabilmente non sono nemmeno calcolabili. Sono in grado, però, di fornire alcuni dettagli sui costi e sui ricavi. Vorrei prima precisare però che in generale le tariffe per le visite in ospedale in *intramoenia* sono sicuramente inferiori rispetto a quelle applicate per le prestazioni in libera professione.

Per quanto riguarda i ricavi, la media nazionale dei costi *pro capite*, in euro, per l'attività libero-professionale *intramoenia* è di 16,97 euro ed è maggiore in Piemonte, Liguria, Emilia Romagna e Toscana. Per quanto riguarda la media nazionale, invece, i costi, sempre *pro capite*, scendono a 14,88 euro, quindi c'è un ricavo per le aziende; anche in questo caso i costi sono maggiori per il Piemonte, il Veneto, la Liguria, l'Emilia Romagna, la Toscana e le Marche. Al riguardo sottolineo un dato curioso che andrebbe analizzato: il ricavo e i costi *pro capite* relativi all'attività libero-professionale *intramoenia* in valore di euro per l'anno 2004 sono a sfavore delle aziende sanitarie nel Molise, nelle Marche e nella Basilicata.

Per quanto riguarda poi la distribuzione dei proventi, immagino che si sia curiosi di sapere quanta parte di essi vada ai medici e quanta ad altri soggetti: in realtà, esiste un'*intramoenia* dei paramedici, dal momento che la stessa viene eseguita con la collaborazione di infermieri durante le visite oppure di strumentisti in caso di interventi. Quando si esegue un in-

tervento in *intramoenia* in ospedale, una consistente percentuale di ricavo va al primo operatore mentre una percentuale, per un accordo sindacale, è distribuita tra i paramedici ed amministrativi; percepiscono una percentuale sul mio intervento addirittura il portiere e il giardiniere del mio ospedale. In realtà, i paramedici partecipano – e come – all'attività *intramoenia*, naturalmente con prestazioni da loro fornite non direttamente ma indirettamente. Vanno poi apprezzati alcuni particolari curiosi: al Nord la distribuzione in percentuale determina un ricavo per l'azienda del 14,31 per cento. Per il personale medico e paramedico, invece, è dell'85,69 per cento. Credo che al personale medico di questa cifra arrivi circa il 30 per cento. È bene che ciò si sappia dal momento che circolano tante notizie false al riguardo. La distribuzione dei ricavi al Centro è dell'8,88 per cento per i ricavi dell'azienda e del 91 per cento per quelli dei medici, con una strana situazione nelle Marche dove l'ospedale perde il 7,88 per cento, in quanto dà al personale una percentuale di ricavo del 107,86 per cento. Tale situazione si ripete, con assonanza, nella Basilicata e nel Molise dove addirittura si registra un meno 33,9 per cento, il che significa che l'azienda, perdendo questo 33 per cento, di fatto paga l'*intramoenia*; e ciò è senza dubbio abbastanza strano, soprattutto per gli accordi sindacali che sono stati stipulati.

PRESIDENTE. Rispetto ai dati incoraggianti che abbiamo sentito in precedenza, quelli che ci avete fornito oggi sono chiaramente diversi, ma la Commissione è qui per ascoltare le informazioni riferite dai soggetti, designati dalle istituzioni di appartenenza per le loro cariche rappresentative, proprio per avere una fotografia della situazione, che ci auguriamo sia il più vicina possibile alla realtà. È nostro intendimento, infatti, produrre, auspicabilmente nei primi mesi del 2007, un documento che possa essere di utilità per gli assessori regionali e per il Ministro della salute, al fine di intervenire su questa problematica molta importante e seria.

VALPIANA (RC-SE). Signor Presidente, desidero formulare una richiesta alla Commissione. Ci è stato detto più volte, in questa audizione ed in altre, che in realtà non si sarebbe pronti per il luglio 2007 ad abbandonare l'*intramoenia* allargata. È evidente che si è pronti nella misura in cui ci si attrezza. In tal senso, a me piacerebbe che la Commissione approfondisse le modalità con cui le strutture sanitarie si sono ad oggi attrezzate per consentire l'esercizio dell'attività intramuraria, alla luce soprattutto delle innumerevoli proroghe che si sono susseguite.

Sarebbe utile sapere come si è partiti quando l'*intramoenia* allargata è stata attivata, verificando quello che è stato fatto ad oggi, attraverso, se possibile, un'analisi per fasce semestrali. Ciò consentirebbe di verificare come tale attività si è sviluppata nel tempo. Diversamente, non disponendo di parametri sufficienti per giudicare i progressi maturati, ci vedremmo costretti a constatare a luglio 2007 il mancato raggiungimento dell'obiettivo. Per essere chiari, potremmo provare a valutare retrospettivamente, di anno in anno, o di semestre in semestre, quanto è stato fatto

per migliorare la situazione. In caso contrario, ci limiteremmo ad osservare lo *statu quo* e la nostra indagine potrebbe protrarsi in eterno senza approdare a soluzioni concrete.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, è certamente interessante valutare lo stato di avanzamento delle modalità con cui le strutture sanitarie si sono attrezzate nel tempo e i risultati che hanno raggiunto. Credo, però, che sia altrettanto importante quantificare i costi che tale percorso ha comportato ad oggi in relazione ai benefici ottenuti. In altri termini, se ci si trova in un punto sbagliato, si può anche cercare di riportare indietro la barca che non è ancora arrivata dall'altra parte del fiume e fare un progetto di tipo diverso.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Moscarini ed il professor Ter-signi per il contributo che ci hanno dato.

Dichiaro concluse le audizioni odierne e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,25.

