



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 13

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

46^a seduta (antimeridiana): giovedì 8 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione di rappresentanti delle Regioni

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 14		LUCCHINA	Pag. 3, 9
BODINI (<i>Ulivo</i>)	6		* MONTEMARANO	5, 6, 13 e <i>passim</i>
* BOSONE (<i>Aut</i>)	7			
TOMASSINI (<i>FI</i>)	7			

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei 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, il dottor Carlo Lucchina, direttore generale della Direzione sanità dell'assessorato alla salute della Regione Lombardia, il professor Angelo Montemarano, assessore alla sanità della Regione Campania, accompagnato dal dottor Albino D'Ascoli, coordinatore della programmazione sanitaria dell'assessorato alla sanità.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti delle Regioni

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 6 febbraio 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 si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma oggi l'audizione di rappresentanti delle Regioni.

Sono presenti il dottor Carlo Lucchina, direttore generale della Direzione sanità dell'assessorato alla salute della Regione Lombardia, il professor Angelo Montemarano, assessore alla sanità della Regione Campania, accompagnato dal dottor Albino D'Ascoli, coordinatore della programmazione sanitaria dell'assessorato alla sanità.

Do ai nostri ospiti il benvenuto a nome della Commissione. Vi chiedo la cortesia di limitare i tempi degli interventi, in modo da lasciare alle senatrici e ai senatori la possibilità di rivolgervi alcune domande. Queste ultime potrebbero essere molte e assai articolate, quindi laddove non sia possibile rispondere a tutte vi pregherei – mi rendo conto che è un impegno ulteriore – di fornirci una memoria scritta.

Come avrete appreso anche dagli organi di stampa, il Ministro della salute ha sottolineato che per prendere posizione su questo argomento attenderà le conclusioni del lavoro di questa Commissione. Immaginate, quindi, quanto sia importante per tutti noi poter portare a termine il nostro impegno nel modo più efficace possibile.

LUCCHINA. Signor Presidente, signori senatori, per quanto riguarda la Regione Lombardia, la disciplina del rapporto della libera professione

intramoenia risale al 2001. Va segnalato che la nostra Regione fin dall'inizio ha preso una posizione non propriamente favorevole rispetto a questo tipo di normativa, motivo per il quale il 9 agosto 1999 ha sollevato eccezione di costituzionalità sul decreto legislativo n. 229 del 1999.

Nel pieno rispetto della normativa, comunque, la Regione Lombardia ha provveduto ai necessari adempimenti, sia tenendo conto dell'applicazione contrattuale, sia disciplinando quanto previsto dalla normativa nazionale riguardo all'esercizio della professione *intramoenia* nei locali delle strutture ospedaliere o, in assenza di idonei spazi, tramite apposite convenzioni sottoscritte dalle aziende con i professionisti interessati, affinché questi ultimi potessero esercitare in locali idonei, adatti e accreditati per l'esercizio della professione sanitaria.

Vi è tutto un fiorire di delibere della Giunta regionale e di circolari. Mi preme ricordare, da ultimo, l'adempimento in attuazione dell'articolo 22-*bis* della legge 4 agosto 2006, n. 248, di conversione del cosiddetto decreto Bersani, in cui è inserito – come voi sapete bene – un comma che stabilisce che gli adempimenti connessi all'esercizio della libera professione, così come previsti nella normativa a regime, vengano attuati entro il 31 luglio di quest'anno. La Giunta regionale e la Direzione generale sanità hanno dato disposizioni alle aziende per invitarle a predisporre, ove possibile, tutti gli spazi e gli adempimenti logistici necessari affinché i professionisti possano esercitare la propria attività all'interno degli ospedali. Non vi nascondo, signor Presidente, signori senatori, che ricavare spazi idonei e sufficienti, soprattutto per l'attività ambulatoriale (sull'attività di ricovero le criticità sono minori) rappresenta un problema logistico notevole. Se i senatori lo ritengono, potrò essere più preciso nel prosieguo. Emerge infatti un insieme di necessità che oggettivamente non può non tenere conto del fatto che interventi strutturali di questo tipo, predisposti sulla base di progetti, debbono preliminarmente considerare la messa a norma delle strutture stesse. Ove sia necessario intervenire, si ritiene assolutamente prioritario che il progetto rilevi la necessità di una verifica e, se necessario, di un intervento sulla messa a norma complessiva degli ospedali.

In questa sede mi rivolgo non solo a membri del Parlamento, ma anche a medici, specialisti della materia, i quali quindi ben sanno come la messa a norma di un insieme di spazi sanitari non riguardi solo la messa a norma di un impianto elettrico, bensì coinvolga attività, interventi ed operazioni estremamente più complessi, evidentemente con i correlati costi.

Abbiamo monitorato la situazione delle aziende. Vorrei segnalare che la Regione Lombardia e l'Agenzia delle entrate hanno effettuato numerose verifiche ed ispezioni, proprio per valutare gli adempimenti dei professionisti interessati dal punto di vista fiscale. Credo sia stato verificato più del 60 per cento delle aziende pubbliche. Non ci risultano criticità particolari, salvo casi sporadici (che obiettivamente sono sempre presenti). Abbiamo tenuto sotto controllo questo aspetto. Con un minimo di criticità, abbiamo dato esecuzione ad una sentenza del Consiglio di Stato, risalente a circa

un anno fa, che a nostro parere stabilisce un criterio estremamente restrittivo per le possibilità d'esercizio della libera professione fuori dall'azienda o dall'ambiente di appartenenza. Siamo in condizione di poter relazionare a questa Commissione che non rileviamo in Lombardia gravi criticità da questo punto di vista.

Per quanto concerne le prospettive, riteniamo abbastanza problematico, per non dire estremamente difficile, poter rispettare il dettato normativo della scadenza del 31 luglio. Ho l'abitudine di ricordare – mi spiace se sarò noioso – che per dimensione e popolazione la Lombardia, se fosse uno Stato nazionale, sarebbe al dodicesimo posto nei Paesi dell'Unione europea. Questo insieme di situazioni non fa altro che aumentare le complicità di un sistema sanitario oggettivamente non facile da gestire. L'ipotesi di rispettare la scadenza del 31 luglio 2007, signor Presidente, mi sembra quindi estremamente problematica da rispettare.

MONTEMARANO. Signor Presidente, signori senatori, anche in Campania l'attività *intramoenia* è stata attivata nel 2001 e subito ha ricevuto l'adesione della grande maggioranza dei medici campani. Più del 98 per cento dei medici dipendenti delle strutture sanitarie ha optato per il rapporto di esclusività.

L'attività in regime di ricovero si svolge prevalentemente nelle strutture pubbliche, con un'elevata percentuale, nella città di Napoli, di adesione a rapporti convenzionali – come ho visto accade anche in Lombardia – con strutture private, non in regime di accreditamento provvisorio. L'attività in rapporto ambulatoriale, invece, nella maggior parte dei casi è effettuata, previa autorizzazione delle aziende, presso studi extra ASL e extra azienda ospedaliera.

Si rilevano le stesse difficoltà paventate dalla Regione Lombardia per quanto riguarda l'applicazione del decreto Bersani, laddove prevede che dal 31 luglio in poi i medici svolgano attività ambulatoriale nelle strutture ospedaliere. Questo ci crea notevoli problemi organizzativi. Per la verità, mentre per il regime di ricovero si immagina un percorso ormai consolidato, compatibile con le attività ospedaliere, per l'attività ambulatoriale la mole di medici che attualmente svolge tale attività presso i propri studi crea non pochi problemi organizzativi. Abbiamo allertato le direzioni generali delle aziende e stiamo lavorando per avere dei dati al fine di verificare la compatibilità di questa nuova normativa con l'organizzazione interna delle aziende stesse.

Dal 2001 anche noi abbiamo predisposto una serie di interventi con circolari e indicazioni alle varie aziende; nel 2006 è intervenuta anche una legge regionale che ha disciplinato l'attività dell'*intramoenia*. Abbiamo avuto, tutto sommato, risultati abbastanza apprezzabili perché si è passati da un ricavo intorno ai 17 milioni di euro nel 2001, a 50 milioni di euro nel 2005.

Per quanto riguarda le criticità, abbiamo avuto un momento di contestazione piuttosto forte quando abbiamo proceduto a riunificare le liste che in precedenza erano invece separate: lista dei ricoveri ordinari da un lato e

lista di coloro che optavano per l'*intramoenia* dall'altro. Era infatti intervenuta una forte richiesta da parte dei cittadini campani volta alla riunificazione dei due momenti perché la presenza di una doppia lista creava nei fatti una pressione quasi naturale, per accelerare i tempi di attesa, ad optare per l'attività a pagamento. Abbiamo verificato questa circostanza; abbiamo avuto un momento di difficoltà con i medici, ma ora tutto si svolge in maniera abbastanza tranquilla.

PRESIDENTE. Volevo chiedere cosa si intende per «riunificare».

MONTEMARANO. Signor Presidente, vuol dire che c'è una sola lista.

PRESIDENTE. Quindi, se un cittadino si inserisce nella lista attraverso il meccanismo dell'*intramoenia* e un altro s'inserisce un quarto d'ora prima di lui nella lista dell'attività ordinaria, quest'ultimo sarà nella lista effettivamente e riceverà per primo la terapia, il trattamento e la diagnostica?

MONTEMARANO. La lista è unica; l'esercizio del diritto si esercita una volta che si viene convocati per il ricovero. In quel momento, il paziente può optare per l'*intramoenia*, scegliendo il professionista di riferimento.

PRESIDENTE. Quindi il cittadino si iscrive semplicemente nella lista, quando viene chiamato...

MONTEMARANO. Al momento del ricovero chiede di optare per l'*intramoenia* o per l'attività ordinaria. È un sistema che ci ha consentito di evitare il contenzioso che si verificava molto spesso.

PRESIDENTE. Quindi, adesso funziona così.

MONTEMARANO. Sì, funziona così con grande difficoltà da parte del mondo medico.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, volevo sapere dai nostri ospiti – dal momento che la normativa si riferisce al 2001 e adesso siamo nel 2007 – quante aziende, quanti ospedali nelle due Regioni, in questi cinque anni, hanno fatto interventi strutturali reali per allestire spazi ed attrezzarsi rispetto a questo problema, al di là delle circolari?

Mi interessa conoscere anche la percentuale di medici che realmente esercita; sappiamo infatti che c'è una differenza tra aver espresso l'opzione per l'*intramoenia* ed il suo esercizio effettivo. Almeno nella realtà della mia città, Cremona – che ho lasciato da poco – c'è una significativa differenza tra i due gruppi. Qual è quindi la stima delle persone che effettivamente avrebbero bisogno di spazi *intramoenia*?

Vorrei infine avere informazioni sulla questione delle liste d'attesa e conoscere il vostro punto di vista, con particolare riferimento alle prestazioni ambulatoriali; se, a vostro avviso, ci sono state interferenze tra le due attività; se sono state attivate – laddove ci fossero difficoltà o tempi lunghi di attesa sulle prestazioni ambulatoriali – quelle forme di libera professione di *equipe* per superare tali problematiche. Vorrei insomma avere un quadro generale rispetto a questo problema.

BOSONE (*Aut*). Signor Presidente, sono d'accordo con quanto detto dal senatore Bodini, in merito all'utilità di un quadro sulla situazione di coloro che hanno optato per l'*intramoenia*, tenendo conto che c'è l'indennità di esclusività. Tra l'altro, i trasferimenti che sono arrivati alle Regioni sono stati erogati talvolta in modo non omogeneo alle strutture pubbliche e a quelle accreditate al Servizio sanitario nazionale. Quindi, talvolta, anche nella Regione Lombardia si sono verificate disparità tra i medici che hanno scelto l'*intramoenia*, il rapporto esclusivo con la struttura, ed i medici che appartengono alla sanità privata, però accreditata presso il pubblico, che in qualche modo dovrebbe essere messa sullo stesso piano trattandosi di medici che aderiscono al contratto pubblico. C'è un problema di indennità, che concerne probabilmente anche il discorso di quanti tra i medici che hanno scelto il rapporto esclusivo effettuano realmente l'*intramoenia*. Su tale questione c'è la ferma convinzione di non andare oltre il mese di luglio – se ci si riesce –, di arrivare cioè ad una disciplina definitiva entro tale termine. Questo per dare una prospettiva sia alle aziende ospedaliere, sia ai medici stessi, anche rispetto alle trattative decentrate che poi devono avvenire tra azienda e sindacati dei medici. È anche vero che in tutti questi anni non si è riusciti perché il sistema è molto complesso; chi lo conosce sa bene che si possono anche mettere a disposizione fondi, ma che comunque non bastano mai; nelle stesse strutture nuove è difficile creare, pur in qualche anno, spazi adeguati e separati per l'attività ambulatoriale.

Vorrei sapere se è possibile, almeno in una prima fase, superare questo problema attraverso rapporti di convenzionamento o di mutuo soccorso. Mi spiego meglio: io medico opto per l'*intramoenia*, per l'esclusività di rapporto, per svolgere attività di *intramoenia* nella mia azienda ospedaliera; quest'ultima non ha lo spazio per permettermi di svolgere l'*intramoenia*, spazio che magari ha una struttura privata, accreditata o meno, o un'altra struttura sanitaria; a quel punto la mia azienda si convenziona con quella struttura; io però mantengo il rapporto esclusivamente con la mia azienda. Non so se vi sono già esempi di questo genere in corso e se si tratta di uno strumento che permetterebbe, utilizzato in modo più ampio, di superare il discorso degli spazi.

TOMASSINI (*FI*). Signor Presidente, desidero anzitutto complimentarmi con i due rappresentanti degli assessorati, perché nella loro sintesi sono riusciti a dirci ciò che a noi serve senza perdere tempo su altre questioni. Ho registrato con favore anche le considerazioni del senatore Bo-

sone, nel senso che le prospettive future devono avere una collocazione; pregherei al riguardo di ribadire con precisione quello che mi è sembrato di capire, ovvero che non si ritiene possibile in ogni caso attivare la libera professione totalmente *intramoenia* entro il termine prefissato.

Dico questo perché in una precedente audizione l'assessore Rossi, investito anche dell'incarico di rappresentare sostanzialmente il coordinamento degli assessori nella Conferenza Stato-Regioni, aveva detto che ciò non si verificava solo per cattiva volontà delle Regioni e degli assessorati, ma che se ci fosse stata buona volontà sarebbe stato possibile per tutti rispettare la scadenza del 31 luglio; in questo fu invitato alla prudenza anche dal sottosegretario Zucchelli e smentito dai fatti e da alcuni rilievi che mi sono permesso di lasciare agli atti della Commissione.

La seconda domanda riguarda un piano di possibile adeguamento, di cui entrambi i nostri ospiti hanno parlato. Ipotesi in tal senso sono state avanzate anche dal senatore Bosone. Poiché l'adeguamento richiede investimenti, ritenete che essi siano giustificati, non solo nella prospettiva futura, ma soprattutto nella scala delle priorità e delle necessità della sanità delle vostre Regioni?

Altro quesito riguarda le liste d'attesa. Ho sentito dire dall'assessore della Campania che vi è un problema di contemporaneità di due liste diverse. Secondo me si tratta di un problema rilevante, che prevedrebbe un percorso diverso. Le liste d'attesa generali risentono del problema della libera professione, oppure no? Non credo che tale problema sia collegato a quello delle liste di attesa, visto che un tipo di prestazioni rientra all'interno di un contratto specifico, mentre le prestazioni dell'altro tipo sono libere.

In particolare, per la Regione Lombardia, vorrei avere chiarimenti per quanto riguarda l'attività diagnostico-operatoria. Ho sentito il dottor Lucchina affermare che tutto sommato i problemi al riguardo sono risolvibili. Ciò dipende dal fatto che in termini numerici vi è una richiesta inferiore oppure dipende dal tipo di organizzazione dell'attività ospedaliera? Nel secondo caso rimarrei stupito, perché credo che proprio nell'attività generale di diagnosi e cura in costanza di ricovero vi siano molte difficoltà operative.

Un'ulteriore domanda che desidero rivolgere sempre al dottor Lucchina riguarda il problema dei costi e dei ricavi nella remunerazione della libera professione. Qual è il vantaggio reale? Tutti sappiamo, infatti, che già nella riscossione esistono problemi. Sull'argomento dei costi e dei ricavi, per quanto riguarda la Regione Campania, sono rimasto sorpreso dalle cifre fornite dal professor Montemarano. Mi sembra che la modifica del dato nel corso degli anni sia molto elevata, direi addirittura esagerata. Vorrei capire bene a quale voce si fa risalire tale sviluppo e come, visto che risulta che in quella Regione l'attività privata pura o convenzionata esterna rappresenta comunque una percentuale elevata. Come fa ad esserci quel volume? Si tratta di un volume di incremento che dipende esclusivamente dalla libera professione o è un calderone in cui rientrano anche altri dati?

Vorrei chiedere ad entrambi se vi risulta che l'esclusività per la dirigenza sia una necessità. I contratti di lavoro attualmente richiedono lo stesso numero di ore di lavoro sia per chi è in esclusiva sia per chi non lo è. L'esclusività rappresenta per così dire un premio in più. Vorrei allora capire meglio il discorso di dover legare all'esclusività chi dirige un reparto.

Riprendo anch'io le vostre considerazioni su ciò che potrebbe essere meglio per il futuro. Noi dell'opposizione, se da un lato riteniamo che sarebbe veramente assurdo costringere entro termini precisi il rientro della libera professione *intramoenia*, riteniamo dall'altro che l'argomento generale meriti una rivisitazione. Così com'è non piace neanche a noi. Tale situazione, originata nella tredicesima legislatura, è stata da noi subita e non si è potuto rimediare più di tanto (forse questa è stata anche una nostra responsabilità). Mi chiedo se non valga la pena uscire dalla logica attuale e ripensare la libera professione come un'opzione esclusivamente nell'interesse aziendale, facendo quindi dipendere sostanzialmente da una scelta della singola azienda chi vincolare o a chi chiedere contratti di esclusività e riportare la contrattazione all'interno dei singoli contratti. Vorrei sapere se non ritenete che queste necessità riguardino soprattutto alcune specialità; se pensate che, essendo ormai l'indennità di esclusività generalizzata, debba essere – purtroppo – incamerata così com'è, o non si debba pensare ad un'altra forma di incentivazione per quelle specialità che non solo non hanno una possibilità diretta di libera professione, ma che sarebbe molto utile sviluppare all'interno dell'azienda.

Infine, desidero sapere se ritenete che la questione delle liste d'attesa e della libera professione possa essere risolta con l'esatto opposto dell'esclusività, cioè con contratti libero professionali, che coinvolgano anche professionisti esteri, chiamati a risolvere determinati problemi con capacità e soluzioni professionali non rinvenibili sul territorio, portando, così, un miglioramento organizzativo.

LUCCHINA. Signor Presidente, vorrei iniziare rispondendo al senatore Bodini. In Lombardia tutte le aziende, sia le aziende sanitarie locali, sia le aziende ospedaliere, sia gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, hanno attivato gli spazi necessari. Recentemente ho commissionato una rilevazione sulla dirigenza medica, quindi i dati sono freschi come il pane appena sfornato. In Lombardia, nelle aziende sanitarie locali, il 30 per cento circa dei medici dirigenti ha chiesto l'autorizzazione all'esercizio dell'*intramoenia*. Nelle aziende ospedaliere il dato sale al 65 per cento, negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico al 60 per cento. In Lombardia sono attivi 886 letti per l'attività di libera professione. Ovviamente la distribuzione è variegata. Mediamente il 10,13 per cento dei medici delle aziende sanitarie locali, il 28 per cento circa di quelli delle aziende ospedaliere e il 42 per cento circa di quelli degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non hanno trovato spazio, nel senso che hanno sottoscritto una convenzione con l'azienda di riferimento per la disciplina della propria attività professionale non di ricovero.

Vedo un moto di sorpresa da parte del senatore Bosone, ma chi conosce la realtà degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di Milano mi comprende. Credo che neppure Mandrake, per essere chiari, sia in grado di trovare spazi alternativi all'interno del compendio immobiliare dell'Istituto nazionale per la cura dei tumori, perché si tratta di una situazione di complessità notevole.

La Regione Lombardia ha liste di attesa separate per i ricoveri. Il cittadino che ritiene di chiedere il ricovero in *intramoenia* lo fa in anticipo. Sottolineo ai signori senatori e al Presidente una criticità nel sistema delle liste di attesa per le prestazioni specialistiche. Non riusciremo mai a far capire al cittadino che si reca al Centro unico di prenotazione o telefona al *call-center* la ragione per cui vi è uno sportello con una coda di trenta persone e uno sportello, poco distante, in cui non vi è nessuno e per quale motivo a chi chiede la prenotazione a quest'ultimo sportello viene dato un appuntamento dopo tre giorni, mentre all'altro sportello bisogna aspettare (in Lombardia, se Dio vuole, non molto) una decina di giorni. E' impossibile far capire al cittadino questo concetto. Non possiamo permetterci un ufficio di *public relation* prima dell'entrata del Centro unico di prenotazione che spieghi al cittadino che, se ritiene di usufruire gratuitamente dei servizi tradizionali del Servizio sanitario nazionale regionale, si deve mettere in una certa coda e ottenere un appuntamento dopo una decina di giorni senza pagare nulla; se, invece, ha voglia di spendere qualche decina di euro per una prima visita specialistica, può andare allo sportello a fianco, pagare 25 euro, ed avere la visita due giorni dopo.

Nella complicata situazione logistica dei nostri ospedali – credo che non ci sia differenza tra Lombardia, Campania e Lazio, ciò vale per tutta l'Italia – prevedere percorsi nettamente e completamente separati oggettivamente non è facile. È una situazione delicata che genera tensioni e critiche. In questa sede, parlando ad operatori della sanità, potete capire come si tratti di critiche che valgono fino ad un certo punto, però al cittadino – soprattutto nel momento in cui chiede una prestazione sanitaria e ha quindi un'ipersensibilità personale al problema – non è assolutamente facile far comprendere tale discorso.

Il senatore Bosone mi ha rivolto una domanda relativa ad eventuali disparità in Lombardia tra medici in rapporto esclusivo; mi è sembrato di capire che la sua domanda si allargasse al problema del riconoscimento dell'indennità di esclusività di qualche medico. A me non risulta che ci siano disparità di trattamento nei rapporti esclusivi fra medici in Lombardia; c'è stato un caso – probabilmente quello al quale lei si riferisce – che riguardava i medici dipendenti degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e degli ospedali classificati che hanno avuto delle difficoltà nel riconoscimento, nella liquidazione del pagamento dell'indennità di esclusività, ma per un problema di natura ministeriale. Fino al 2006 i finanziamenti statali – il Fondo sanitario nazionale, tanto per intenderci – comprendevano una quota specifica di assegnazione di risorse per il pagamento dell'indennità di esclusività agli IRCCS e agli ospedali classificati. Ovviamente, la Regione Lombardia prendeva la quantificazione mi-

nisteriale e la trasferiva *pro capite*, secondo il numero dei medici che avevano optato, ai vari IRCCS; questo ha creato qualche criticità, però ad oggi la questione è stata risolta.

Per quanto riguarda eventuali criticità con rapporti convenzionali, cerchiamo di governare il problema – l’abbiamo già fatto e lo facciamo – però non vi nascondo che se questa deve essere la norma nazionale e ognuno di noi, essendo cittadino italiano, ha il dovere di rispettarla, allora a regime dovrà per forza esserci uno spazio adeguato all’interno della struttura; questo non può che essere un discorso transitorio. Se mi permette, sottolineo (anche perché sarà argomento di una riunione che cominceremo con la Regione tra un paio d’ore) che tale tipo di problematica non può non inserirsi in un discorso di finanziamento nell’ambito complessivo dell’edilizia sanitaria. Nel 2002 c’è stata un’assegnazione specifica – se non sbaglio di 2.000 miliardi delle vecchie lire – per la libera professione; per tutto un insieme di motivazioni legate anche alla necessità di contenere i conti pubblici per rispettare i parametri europei, ad oggi il Ministero dell’economia, in particolare, non ha ancora finito di assegnare queste risorse alle Regioni. Se avvenisse questa assegnazione, che per quanto riguarda la Regione Lombardia, è sinergica agli interventi di edilizia sanitaria e di messa a norma. Vi confesso che facciamo fatica a pensare che in un ospedale ci possa essere un intervento, relativo all’attrezzatura, all’arredamento o alla sistemazione di spazi per la libera professione separato da un intervento di carattere complessivo. Tali interventi non possono che essere sinergici e nel nostro piano di edilizia sanitaria questo avviene; è chiaro che un passo in avanti si può compiere. Credo così di aver risposto anche al senatore Tomassini che voleva informazioni circa le priorità; se dovessimo scegliere, è inutile dirvi che per la Regione Lombardia la priorità è la messa a norma degli ospedali.

Per quanto concerne l’attività diagnostica-operatoria, il senatore Tomassini chiedeva un chiarimento rispetto alla mia affermazione; la richiesta delle prestazioni di ricovero in libera professione in Lombardia non è esageratamente elevata, anche perché il sistema lombardo – criticabile e criticato legittimamente – ha comunque ormai maturato una rete, tra pubblico e privato accreditato (tenuta sotto controllo e sotto governo, anche per evitare che si possa dare la sensazione che i posti letto sono in aumento, quando è vero il contrario), sufficiente a soddisfare il bisogno sanitario complessivo del ricovero, sia dal punto di vista territoriale, delle altre specialità e dei centri di riferimento. Altro discorso – come ho già precisato – è la specialistica.

Per quanto riguarda il rapporto costi-ricavi, la Regione Lombardia rileva un incasso annuale di libera professione per un valore che per il 2006 si attesterà sui 220 milioni di euro lordi; quale che sia, il ricavo delle aziende è una frazione certamente non elevata, siamo nell’ordine del 5 per cento, con grande attenzione – è quello che stiamo facendo da qualche anno in Lombardia – a fare in modo che il centro di costo della libera professione rappresenti esattamente i costi imputabili alla libera professione stessa, diversamente può anche capitare qualche sorpresa.

Il senatore Tomassini parlava di un'ipotesi di modifica dell'indennità di esclusività pensando ad incentivare alcune specialità. Mi si permetta, trattandosi di opinioni, di sottolineare che la problematica del sistema sanitario – parlo della Lombardia – in questo momento, con grande rispetto per le varie professioni, mette al primo posto gli operatori del servizio sanitario: in Lombardia mancano gli infermieri. Soprattutto nelle zone di confine dove abbiamo storicamente una concorrenza spietata della Svizzera, che approfitta della formazione, oggettivamente elevata, dei nostri infermieri per utilizzarli nelle sue strutture, pagandoli il triplo o il quadruplo. Abbiamo un problema oggettivo di costo della vita; si è verificato, negli ultimi anni, un fenomeno di immigrazione di infermieri dalle Regioni del Sud, rispetto al quale ci stiamo organizzando per creare una sorta di convitti (non vorrei dare la sensazione di essere tornati a trent'anni fa, ma questa è la realtà). Infatti, un bravo infermiere che viene dalle Regioni del Sud e che ha voglia di specializzarsi si scontra con la realtà, ad esempio, di Milano, città in cui trovare una possibilità di alloggio non è semplice e certamente non è a buon prezzo. Questa è una criticità; nonostante la voglia di imparare di questi professionisti sia eccezionale e rappresenti un punto cardine importante.

Sui medici posso condividere l'opinione del senatore Tomassini perché il problema dei medici nella nostra Regione non può che essere estremamente indirizzato alla iperspecialità. Ciò significa che stiamo completando la rete della radioterapia e la rete delle PET; abbiamo una PET ogni 400.000 abitanti, radioterapie sufficienti, tuttavia l'università produce specialisti in medicina generale, ma non produce radioterapisti o radiologi iperspecialisti in numero sufficiente. Su questo discorso può non essere sbagliata la valutazione fatta dal senatore Tomassini.

Per quanto riguarda la possibilità di abbattere le liste d'attesa con contratti libero professionali, questo in Lombardia già avviene. Oggi il problema delle liste d'attesa, parlo della realtà lombarda, è soprattutto concentrato sulle prime visite; abbiamo il cosiddetto bollino verde, per cui se il medico ritiene di attivare la richiesta di urgenza ogni struttura ha l'obbligo di effettuare la prestazione nelle 72 ore lavorative successive. Esiste tuttavia un problema per alcune prime visite, soprattutto oculistiche, anche perché mancano tali specialisti; la criticità è dovuta a questo. Le visite cardiologiche, invece, non presentano grandi problemi. Può avere ragione il senatore Tomassini quando afferma che questo potrebbe essere uno spunto per migliorare l'organizzazione del servizio.

Mi permetta di ricordare, signor Presidente – e concludo –, che la sanità ha bisogno di uno strumento e uno stimolo ulteriore per governare l'equilibrio dal punto di vista della domanda, oltre che dell'offerta. La soluzione probabilmente consiste anche nel dedicare un po' più di attenzione al momento prescrittivo della prestazione sanitaria, per individuarne fino in fondo l'appropriatezza complessiva. Diversamente, noi spenderemo e cercheremo disperatamente di far fronte alle liste d'attesa in termini ragionevoli, ma non possiamo continuare a non dare risposta alla constatazione, ad esempio, che l'80 per cento dei referti delle prestazioni diagnostiche o

terapeutiche è negativo, il che vuol dire che ad otto persone su dieci facciamo radiografie di diverso tipo per dire loro che stanno bene; e se è vero che non sono tutte inappropriate, è altrettanto vero che qualche problematica prescrittivi può esserci.

MONTEMARANO. Signor Presidente, come ho già riferito, la maggior parte dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale (il 98 per cento) ha optato per il rapporto di esclusività, nè tale percentuale ha subito modifiche nel corso degli anni, anche quando è stato consentito il mantenimento della direzione di strutture complesse. Di questa percentuale, quasi tutti i medici hanno ottenuto di svolgere attività presso il proprio studio professionale. Un numero molto limitato è invece quello di coloro che svolgono attività in regime di ricovero nelle strutture ospedaliere. Sono prevalentemente i chirurghi, infatti, che svolgono libera professione *intramoenia* e tra questi gli specialisti, i ginecologi, gli ortopedici.

La maggior parte delle aziende di rilievo nazionale (in Campania sette su otto) ha propri spazi. Alcune, come il policlinico Federico II o l'azienda ospedaliera Cardarelli, uno dei più grandi ospedali del Mezzogiorno, tra pochi giorni o poche settimane disporranno di intere strutture (il policlinico per circa 100 posti letto e il Cardarelli per 60), dedicate esclusivamente ad attività in regime libero professionale.

Il problema si porrà nel mese di luglio, quando la gran parte dei medici dovrà rientrare nelle strutture pubbliche per effettuare l'attività professionale. Abbiamo in atto una convenzione con la Guardia di finanza, che ci aiuta nell'attività di vigilanza in questo settore, anche se non abbiamo registrato molti casi che hanno richiesto l'intervento dell'attività giudiziaria: un solo caso nel 2006, che ha determinato l'avvio di un'azione disciplinare e la sospensione di un medico che aveva violato la normativa in vigore.

Per quanto riguarda l'attività e i ricavi effettuati, abbiamo un prospetto dal quale risulta che il fatturato registrato per l'attività libero professionale *intramoenia* dal 2001, anno in cui era di 23,926 milioni di euro, è passato nel 2002 a 25,861 milioni di euro, nel 2003 a 31,186 milioni di euro, nel 2004 a quasi 34 milioni di euro, nel 2005 a circa 49 milioni di euro; nel 2006, infine, nei primi nove mesi siamo appena sotto i 30 milioni di euro di fatturato. È, quindi, un crescendo che pur non arrivando ai 200 milioni di euro della Lombardia (cui guardiamo con una certa invidia) si attesta comunque su cifre elevate. Uno dei problemi che ci affliggono è quello della migrazione sanitaria, che stiamo tentando di arginare.

Le criticità che si affacciano alla nostra attenzione riguardano proprio la scadenza, troppo ravvicinata, del luglio 2007, epoca in cui si dovrebbero revocare le autorizzazioni all'attività libero professionale presso gli studi privati dei medici ed organizzarla all'interno delle strutture. Poiché è difficilissimo che ciò si realizzi per quella scadenza, se non vi saranno modifiche nei tempi, dovremmo tornare a un'ipotesi di convenzione con strutture sanitarie che non svolgono attività in regime di convenzione o

di accreditamento con il Servizio sanitario nazionale, per consentire ai medici di effettuare l'attività libero professionale.

Alcuni direttori generali sollevano obiezioni, facendo notare che l'attività sanitaria è attività complessa e necessita di essere autorizzata. Non si possono affittare alberghi, né studi, se prima non vengono adeguatamente attrezzati e, soprattutto, se non sono autorizzati allo svolgimento dell'attività sanitaria. Non è una cosa semplice da organizzare. Credo sarà l'argomento che ci terrà impegnati nelle prossime settimane.

Preparerò comunque una relazione articolata e analitica sui quesiti posti, che sarà cura del nostro assessorato fornire alla Presidenza della Commissione.

PRESIDENTE. Non intendo fare una domanda provocatoria, anzi la ringrazio per averceli forniti. Dalla loro lettura, però – se comprendo bene – emerge che nel 2001 vi è stato un decreto che ha assegnato 79 milioni di euro per le richieste di finanziamento. Se interpreto bene, ciò significa che al 2007 non ci sono ancora le richieste, e sono passati ben sei anni.

MONTEMARANO. No, in effetti è un punto di debolezza del sistema. Come dicevo, in Campania con notevole ritardo abbiamo avviato le procedure di ristrutturazione della rete ospedaliera previste dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 (legge finanziaria). Il processo di ristrutturazione della rete ospedaliera è stato avviato nel 2000 e ovviamente tutto il sistema ha subito un rallentamento. È infatti impensabile immaginare di poter trasformare gli ospedali in cantieri, quindi si è dovuto procedere per segmenti, consentendo l'attività ospedaliera e contestualmente la ristrutturazione. Solo nei grandi complessi ospedalieri si arriverà nei prossimi giorni alla conclusione di questo *iter*. Nella gran parte delle strutture si sta ancora procedendo a chiudere i cantieri della prima triennalità del suddetto articolo 20. Abbiamo avuto un ritardo notevole, la cui genesi e le cui cause sono le più varie. Sta di fatto che solo all'inizio del 2000 si è potuto avviare questo processo di ristrutturazione. Tutti i 79 ospedali della Regione Campania hanno subito una ristrutturazione interna; solo in pochi casi si è pensato di realizzare strutture *ex novo*; per cui l'attività di ristrutturazione è stata portata avanti contestualmente all'attività assistenziale, con gravi problemi organizzativi e, ovviamente, difficoltà nello svolgimento dell'attività ordinaria.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti. Sono consapevole delle difficoltà sollevate, che saranno uno dei punti che la nostra Commissione affronterà. Il problema di una certa lentezza nell'utilizzo dei fondi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e del rifinanziamento che è avvenuto anche quest'anno con la finanziaria non riguarda, certamente, solo la Regione Campania: è una situazione non direi generalizzata, ma piuttosto diffusa. Rappresenta sicuramente uno degli elementi di criticità su cui la nostra Commissione dovrà svolgere un approfondimento nel parere che siamo tenuti a consegnare al Ministro.

Vi ringrazio per la disponibilità e, anticipatamente, per gli ulteriori dati che vorrete gentilmente fornirci.

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

I lavori terminano alle ore 9,25.

