



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 14

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

**12<sup>a</sup> 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

49<sup>a</sup> seduta: mercoledì 14 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

**Audizione di rappresentanti di Regioni, di aziende ospedaliere sanitarie e locali  
e di organizzazioni di categoria**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 9 e <i>passim</i>	* CANNATELLI . . . . .	Pag. 3, 17
* BODINI ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .	15	* CAVINA . . . . .	7, 18
GHIGO ( <i>FI</i> ) . . . . .	16	* GALANZINO . . . . .	9, 20, 21
TOMASSINI ( <i>FI</i> ) . . . . .	14, 21	* MAJNO . . . . .	11, 22

---

**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 Pasquale Cannatelli, direttore generale dell'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano, accompagnato dal dottor Matteo Stocco, responsabile della libera professione, il dottor Augusto Cavina, direttore generale dell'Azienda ospedaliera Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, accompagnato dalla dottoressa Elisabetta D'Alfonso, collaboratore amministrativo professionale esperto, il dottor Giuseppe Galanzino, commissario dell'Azienda sanitaria ospedaliera Molinette San Giovanni Battista di Torino, accompagnato dalla dottoressa Rosa Alessandra Brusco, dirigente amministrativo responsabile, e il dottor Edoardo Majno, direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,50.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

#### **Audizione di rappresentanti di Regioni, di aziende ospedaliere sanitarie e locali e di organizzazioni di categoria**

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 d'attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, sospesa nella seduta dell'8 febbraio 2007.

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 oggi in programma l'audizione del dottor Pasquale Cannatelli, direttore generale dell'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano, del dottor Augusto Cavina, direttore generale dell'Azienda ospedaliera Policlinico Sant'Orsola Malpighi di Bologna, del dottor Giuseppe Galanzino, commissario dell'Azienda sanitaria ospedaliera Molinette San Giovanni Battista di Torino e del dottor Edoardo Majno, direttore generale dell'Azienda ospedaliero universitaria Careggi di Firenze, che ringrazio tutto per la disponibilità dimostrata accogliendo il nostro invito.

Do quindi la parola al dottor Pasquale Cannatelli.

CANNATELLI. Signor Presidente, oltre al questionario già trasmesso, lascerò agli atti della documentazione e la relazione che illustrerò, in modo che siano a disposizione della Commissione.

L'Azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda di Milano ha 4.267 dipendenti e 1.326 posti letto, registra 53.000 ricoveri, 20.600 interventi chirurgici, 2,5 milioni di prestazioni ambulatoriali, 83.000 accessi in pronto soccorso, con 304 milioni di euro di ricavi per prestazioni sanitarie. L'Azienda eroga altresì il 10 per cento di prestazioni di ricovero per pazienti fuori regione e presenta una casistica che è la più complessa (1,4 il peso medio) del Sistema sanitario regionale lombardo.

Nell'Azienda di Niguarda vengono effettuati tutti i tipi di trapianti e sono presenti tutte le specialità cliniche; inoltre, è sede del Servizio 118 di Milano e Provincia. Al Niguarda operano 4.267 dipendenti, 735 medici, 89 dirigenti sanitari e amministrativi, circa 2.000 unità tra personale infermieristico, terapisti e tecnici e 1.442 persone del comparto. Vi sono 1.326 posti letto di cui 1.148 per ricoveri ordinari e 178 in *day hospital*. L'attività viene erogata in 68 unità operative, organizzate in 11 dipartimenti.

Entrando più in dettaglio, in base ai dati 2006, la saturazione dei posti letto è pari al 94 per cento, i ricoveri ordinari sono 32.000, la degenza media è di 10,5 giorni, il peso medio di 1,4 e i ricoveri in *day hospital* sono 20.460, con 9,6 per cento dei ricoveri totali provenienti da fuori regione.

Con riferimento ai tempi di attesa, ho voluto prima spiegare la nostra situazione del punto di vista delle erogazioni istituzionali per poi affrontare brevemente anche i dati illustrati nel questionario per quanto riguarda l'attività libero professionale.

Il quadro normativo di riferimento è quello del decreto legislativo n. 124 del 1998 e del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui LEA per l'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati.

La regione Lombardia ha definito tempi, obiettivi, modalità di monitoraggio, deroghe, separazione delle agende e provvedimenti per le urgenze differibili e dal 2003 vincola annualmente gli obiettivi dei direttori generali al rispetto delle indicazioni regionali sui tempi di attesa in funzione delle necessità evidenziate.

A livello regionale sono stati individuati, per alcune prestazioni ambulatoriali, criteri di priorità clinica per la regolamentazione dei tempi massimi di erogazione. Le direzioni sanitarie devono avere un ruolo primario nel governo del Registro delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati. La direzione generale della Lombardia ha previsto inoltre per le ASL la disponibilità di circa 14 per cento delle risorse destinate alla specialistica ambulatoriale per progetti finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa e per l'equilibrio domanda-offerta.

Le aziende ospedaliere devono predisporre due volte l'anno, quindi semestralmente, piani di governo dei tempi di attesa per risolvere le criticità a livello aziendale locale; tali piani vengono validati dalla regione.

Sono previsti tempi specifici per ogni prestazione: 40 giorni per le risonanze; 16 giorni per le TAC, le ecografie, gli esami gastroduodenoscopici, per le visite dell'area oncologica e per l'area cardiovascolare; 40 giorni per la parte diagnostica, così per la parte materno-infantile e per

l'area geriatrica. Per tutte le altre specialità, ci sono 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami di diagnostica.

Inoltre, sono state individuate delle classi di priorità di accesso a livello regionale: la classe A per visite cardiologiche, oculistiche, TAC e risonanze prevede la prestazione entro 72 ore su richiesta o su indicazione specifica del medico di medicina generale; la classe B si riferisce alle prestazioni che possono essere dilazionate a 30 giorni e, infine, la classe C per i controlli a distanza.

Gli esami di laboratorio possono essere effettuati senza prenotazione, i medici hanno la possibilità di attribuire ad un numero limitato di richieste il cosiddetto bollino verde, per cui entro 72 ore devono essere erogate le prestazioni che sono non differibili.

L'Azienda ospedaliera Niguarda si attiene a queste disposizioni e in più garantisce l'accesso diretto all'elettrocardiografia nel poliambulatorio ospedaliero, nonché visite e prestazioni di pneumotisiologia e radiologia del torace nell'istituto Villa Marelli, che fa parte dell'Azienda.

Nel 2005 Niguarda ha partecipato alla realizzazione di alcuni progetti su indicazione della regione e dell'Area città di Milano per la facilitazione delle prestazioni ambulatoriali e il contenimento dei tempi di attesa, con particolare riferimento a prestazioni aggiuntive prolungate alle fasce orarie fino alle 20 per la radiologia e cardiologia, fino alle 22 per la neuroradiologia e al sabato per l'oculistica e la colonscopia che sono alcune delle aree critiche.

Questi progetti sono stati finanziati con una quota parte delle risorse del Fondo di risultato negoziato con le Organizzazioni sindacali della direzione generale dell'Azienda.

L'azienda ospedaliera Niguarda Ca' Granda, essendo un ospedale con una forte capacità di attrazione extraregionale, presenta una richiesta notevole e a volte questo comporta una criticità, per cui si arriva al limite dei tempi fissati dalla regione Lombardia. Una serie di dati illustra i tempi medi per quanto riguarda le visite, che si collocano nei tempi *standard* fissati dalla regione Lombardia: il tempo medio è inferiore ai 30 giorni per le visite e ai 60 giorni per la diagnostica.

Dall'aprile 2005 l'azienda ospedaliera Niguarda ha realizzato un nuovo servizio ambulatoriale di odontoiatria per soddisfare e abbattere le liste di attesa (anche questa era una situazione di criticità).

Per quanto riguarda la libera professione, sappiamo benissimo quali sono le normative a livello nazionale e regionale: il decreto legislativo n. 229 del 1999 e il DPCM del 27 marzo 2000 e, a livello regionale, c'è una indicazione precisa per l'ottemperanza dello svolgimento dell'attività libero-professionale. Abbiamo un regolamento interno aziendale che è stato rivisto proprio nell'ultimo anno, con delibera n. 486 del 2002.

È stato costituito, per la gestione dell'attività libero-professionale, un ufficio *marketing*-libera professione sotto la responsabilità della direzione sanitaria e si occupa di autorizzare e verificare lo svolgimento dell'attività libero-professionale, di fatturare la stessa, di elaborare le variazioni stipendiali dei medici, di promuovere e stipulare convenzioni attive con altre

aziende (gestite direttamente dall'Azienda) ed elaborare i preventivi per l'attività.

Viene autorizzata l'attività in studi professionali privati, che però devono esporre un avviso obbligatorio, per l'utenza che utilizza questi ambulatori, in cui vengano indicate le tariffe in vigore e soprattutto che lo studio è stato autorizzato dall'ente, che viene svolta attività professionale *intramoenia* allargata e che viene data ricevuta su un bollettario dell'ente stesso.

I medici dipendenti dell'Azienda Niguarda sono 735, dei quali 698 a rapporto esclusivo, quindi il 94,97 per cento; di questi ultimi svolgono *intramoenia* (che è un rapporto esclusivo) solamente 314 medici, quindi il 45 per cento. Di questi ultimi 187 medici sono stati autorizzati ad effettuare l'attività libero-professionale *intramoenia* allargata in 5 case di cura, in 19 centri polispecialistici, in 132 studi privati. Aver dato l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività libero-professionale presso tali strutture ha due significati: in primo luogo, non avevamo e non abbiamo ancora gli spazi per soddisfare tutte le richieste; in secondo luogo, può essere utile anche per l'Azienda, perché molti nostri professionisti abitano fuori della Provincia di Milano e quindi il loro studio può essere un punto di offerta specialistica al paziente e anche un punto di attrazione che richiama e rimanda alla stessa nostra Azienda.

Per quanto riguarda la parte economica dell'attività libero-professionale, ci sono ricavi per circa 7.647.000 euro, di cui il corrispettivo per i medici è di circa 6 milioni di euro, con una marginalità lorda di 1.341.000 euro e una marginalità netta all'azienda di 261.000 euro. L'indennità di esclusività costa invece all'azienda 8.377.000 euro.

Il fatturato del 2006 – come dicevo – è di 7.647.000 euro: per quanto riguarda l'*intramoenia* stretta, 2.191.000 euro per le prestazioni e 1.851.000 euro per i ricoveri; per quanto concerne l'*intramoenia* allargata, 2.400.000 euro per le prestazioni ambulatoriali e 1.200.000 euro per i ricoveri.

Le prestazioni erogate *extra* Servizio sanitario nazionale da parte di professionisti ma gestiti dall'Azienda sono interessanti dal punto di vista della valorizzazione, perché siamo nell'ordine di 26 milioni di euro per prestazioni di laboratorio, per prestazioni diagnostiche e anche per effettuazione di convenzioni con le varie strutture.

Il rapporto tra attività istituzionale e attività libero-professionale *intramoenia* è molto basso, perché per le visite specialistiche in generale è l'1,2 per cento e 6 per cento per gli elettrocardiogrammi o per alcuni esami diagnostici.

Ci stiamo ponendo il problema di costituire una struttura *ad hoc* all'interno del Niguarda anche se paritario è l'intervento di riqualificazione dell'ospedale. Si tratta di un intervento complesso la cui attuazione è prevista in sette anni; nel prossimo mese cominceranno i lavori per la prima piastra. Nel frattempo, entro il 2009-2010, una delle palazzine che si renderanno libere verrà individuata *ad hoc* per l'attività libero-professionale, con 40 camere di degenza, un blocco operatorio, alcune apparecchiature

radiologiche, TAC, risonanza, sala interventi, avendo però tutto il supporto del contesto dell'ospedale perché, essendo all'interno dello stesso, offre ai pazienti la garanzia di avere tutti i supporti specialistici.

PRESIDENTE. La ringrazio per la completezza dell'informazione e per aver rispettato i tempi a disposizione.

CAVINA. Presidente, per rispettare tassativamente i tempi a disposizione, seguirò la sequenza del questionario che ci avete inviato.

L'inquadramento generale non è particolarmente originale, nel senso che facciamo riferimento alla normativa nazionale sui tempi di attesa, integrata con alcuni elementi da una normativa regionale soprattutto per la graduazione dei tempi di attesa nei casi particolari. Pertanto, oltre alle prestazioni urgenti, è prevista la prestazione sollecita che deve essere fornita entro la settimana. Per il resto, i tempi di attesa sono quelli *standard*: 30 giorni per la visita, 60 giorni per le prestazioni diagnostiche.

Il Policlinico Sant'Orsola di Bologna è un ospedale in cui insiste la facoltà di medicina e chirurgia, ha una dotazione di 1.750 posti letto, vi lavorano 885 medici, di cui i due terzi ospedalieri e un terzo universitario convenzionati, ed è a rapporto esclusivo il 93 per cento. I medici che effettuano attività libero-professionale sono 640, quindi circa l'80 per cento, e di questi il 15 per cento è autorizzato a svolgerla in maniera allargata, quindi in strutture esterne all'azienda, presso tre strutture private non convenzionate e presso delle strutture ambulatoriali non convenzionate.

Questo rapporto generale cambia in parte rispetto ai direttori di struttura complessa. I fatti, su 77 direttori di strutture complesse, 71 effettuano attività libero professionale, di cui circa il 30 per cento nella forma allargata.

Il Policlinico Sant'Orsola non ha ancora – ma siamo in dirittura d'arrivo – spazi dedicati ad uso esclusivo per l'attività libero-professionale in regime di ricovero; sarà attivato un reparto nel mese di maggio e un altro entro dicembre di quest'anno, per un totale di 27 camere. Queste strutture sono state realizzate mediante utilizzo dei fondi *ex* articolo 20 della legge n.67 del 1988 finalizzati proprio alla libera professione, mentre la libera professione intramuraria ambulatoriale viene esercitata nei circa 250 ambulatori utilizzati anche per l'attività divisionale, ovviamente in orari diversi.

Il valore complessivo dell'attività libero-professionale è di oltre 18 milioni di euro, così suddivisi: due terzi per attività ambulatoriale e un terzo per attività in regime di ricovero. Sono circa 1.000 i ricoveri l'anno (in parte in *intramoenia*, in parte in attività libero-professionale allargata in strutture non convenzionate) su un totale di 60.000 ricoveri l'anno. La percentuale di prestazioni ambulatoriali (visite e prestazioni ambulatoriali) in libera professione rispetto al totale delle prestazioni è di circa il 9 per cento.

A questo riguardo vorrei svolgere una prima considerazione: dai dati e dalla nostra esperienza ritengo che, data la sproporzione dei volumi, la

libera professione ambulatoriale non abbia una reale incidenza nella moderazione dei tempi di attesa. In effetti, può essere utilizzata come strumento di governo dei tempi d'attesa quella che chiamiamo simil-ALPI (Attività libero professionale intramuraria), vale a dire le prestazioni fornite dai medici dell'Azienda in *extra* orario di servizio attraverso accordi con l'ASL. Faccio riferimento in particolare alle attività di radiologia o, comunque, anche ad altre attività di diagnostica strumentale.

Ritengo che neanche l'attività libero professionale in regime di ricovero moderi significativamente i tempi di attesa. Bisogna avere al riguardo un'avvertenza: per evitare ambiguità dobbiamo essere assolutamente in grado di garantire, le prestazioni di ricovero in regime istituzionale entro tempi adeguati alla patologia. Ciò significa ad esempio che il paziente con patologia neoplastica deve essere ricoverato e trattato non oltre un mese dalla diagnosi; eventualmente si possono fare eccezioni per certe neoplasie, come per esempio il tumore della prostata per il quale il tempo ha una minore relazione con i problemi connessi alla malattia.

In altri termini, per il regime di ricovero, in particolare, più che l'importanza di tempi automaticamente definiti, bisogna definire tempi adeguati per il trattamento della singola patologia importante. Se non vengono rispettati questi tempi si crea, a mio avviso, una pressione sul cittadino per cui non siamo più in grado di garantire la libertà scelta, causa in una forte pressione all'utilizzo della libera professione, con ovvi problemi.

Il totale del valore dell'indennità di esclusività al nostro personale è di circa 9 milioni di euro, compresi gli oneri riflessi. Ovviamente, i tempi di attesa non solo sono pubblicizzati ma anche monitorati. Nella nostra Provincia, esiste un CUP centralizzato – quindi esterno, una sorta di agenzia – presso il quale l'Azienda ospedaliera deve effettuare una percentuale di prenotazioni, che varia a seconda della prestazione ambulatoriale ma che non è mai inferiore al 70 per cento. I tempi di attesa vengono elaborati da questa agenzia, il CUP 2000, gestiti dalla azienda USL e trimestralmente sono oggetto di discussione con le organizzazioni sindacali confederali e le associazioni dei rappresentanti dei cittadini. Questo CUP centralizzato prenota anche una parte dell'attività libero-professionale. Ci siamo dati l'obiettivo di organizzare entro il 2007 un sistema esaustivo, cioè un unico sistema centralizzato di prenotazione per la libera professione, anche al fine di garantire uno *standard* di servizio identico ed omogeneo.

Per rispondere alla richiesta di valutare i punti di forza e di debolezza dell'ALPI nell'azienda, penso che la libera professione costituisca sicuramente un incentivo per il personale, anche se mediamente non ha un grosso valore economico: si stima un valore lordo attorno ai 15.000 euro, ovviamente con una grandissima differenza fra i professionisti. Sicuramente, questa pratica può migliorare anche l'identificazione di questi ultimi nell'azienda.

È necessario garantire gli spazi ad uso esclusivo per la libera professione in regime di lavoro al fine di assicurare un livello di *comfort* alberghiero differenziato, che dovrebbe essere poi l'elemento reale di diversifi-



cazione, accanto alla scelta dello specifico professionista. Quindi, questo è quanto abbiamo previsto di realizzare entro quest'anno.

Concluderei così il mio intervento per lasciare spazio alle domande.

PRESIDENTE. Desidero esprimere al dottor Cavina il mio ringraziamento per la presentazione e l'illustrazione dei dati che ci ha fornito.

GALANZINO. Presidente, l'azienda ospedaliera San Giovanni Battista di Torino è sede della Facoltà di medicina e chirurgia dell'Università di Torino; negli ultimi anni ha avuto *case mix* annuali nei primissimi posti della graduatoria italiana.

Tale azienda ospedaliera ha circa 5.400 dipendenti, che diventano quasi 6.000 con i dipendenti universitari; i ricoveri annui fra ordinari e diurni sono 60.000; vengono svolte 3,4 milioni di prestazioni per esterni, cui si sommano quelle interne e di pronto soccorso (80.000 circa); i posti letto sono attualmente 1.374 con 98 strutture complesse sanitarie, suddivise in 16 dipartimenti.

Il *budget* di Molinette è di 500 milioni l'anno e il disavanzo negli ultimi anni si è stabilizzato intorno ai 50 milioni di euro. Nell'anno 2006 si è registrata un'inversione di tendenza in diminuzione, ma siamo sempre nell'ordine del 10 per cento complessivo rispetto al *budget*.

Quanto all'attività libero-professionale, faccio presente che il numero dei medici dipendenti a rapporto esclusivo, compresi gli universitari, è di 974 su un totale di 1031 dipendenti, quindi, il 95 per cento a rapporto esclusivo. In base ai dati relativi al 31 dicembre 2006, i medici che effettuano l'attività libero-professionale *intramoenia* sono 899; quelli che effettuano l'*intramoenia* cosiddetta allargata sono 673, cioè circa il 75 per cento dei medici che effettuano la libera professione *intramoenia*. Il numero dei medici direttori di struttura complessa, compresi gli ospedalieri e gli universitari, è di 98 al 31 dicembre 2006; di questi 90 effettuano la libera professione *intramoenia* di cui 79 effettuano la libera professione allargata.

Il fatturato annuo dell'attività di libera professione è di 24.690.000 euro, di cui 14.700.000 riguardano visite e prestazioni e 9.972.000 i ricoveri. La parte riferita all'*intramoenia* allargata per visite e prestazioni è di circa 10 milioni sui circa 14 milioni di euro, equivalendo quindi ai due terzi del fatturato per chi effettua la libera professione-allargata. Per quanto riguarda i ricoveri, quasi tutto il fatturato è relativo all'attività di *intramoenia* allargata. Tralascio altri dati in quanto inseriti nel questionario.

Trentasei sono gli ambulatori interni al complesso dell'Azienda Molinette dedicati alla libera professione *intramoenia*, nessuno dei quali è dedicato alla libera professione con rapporto esclusivo. Il totale delle ore ambulatoriali è di 336.576, non considerando l'attività di laboratoristica e diagnostica. Su queste 336.576 ore il totale delle ore ambulatoriali dedicate all'attività libero professionale è di circa 11.500 e tutte sono ricom-

prese nell'attività di ambulatori dedicati a tale rapporto in modo non esclusivo.

Dei 1374 posti letto al 31 dicembre 2006 quelli dedicati all'attività libero professionale sono 10, cioè lo 0,73 per cento del totale. Il numero delle prestazioni in attività libero-professionale è 148.000, mentre il numero totale delle prestazioni ambulatoriali effettuate per il servizio sanitario è di 3.421.000. Quindi, la percentuale delle prestazioni effettuate in libera professione è 4,35 per cento. Come risulta dai dati forniti all'inizio dell'illustrazione, la media di fatturazione è di circa 20.000 euro per ogni medico che effettua le prestazioni di libera professione, con punte che arrivano anche oltre i 600 milioni di euro. Alcuni medici, infatti, fatturano oltre 500 milioni di euro. Questi dati si riferiscono al 2005 e, probabilmente, quest'anno le cifre saranno aumentate.

Complessivamente, la libera professione per l'Azienda Molinette comporta un utile, desunto dal centro di costo, di 164.114 euro, con entrate per 24.690.000 euro e uscite per 24.526.000 euro. A fronte di tale considerevole massa di attività, di fatto, l'utile dell'Azienda Molinette non è molto elevato.

L'Azienda non ha fatto investimenti per la libera professione. In particolare, negli ultimi anni erano stati stanziati circa 10 milioni di euro utilizzando i fondi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988. Le amministrazioni regionali e le direzioni generali succedutesi all'interno dell'azienda, prendendo in considerazione altre priorità, hanno impiegato i soldi per mettere a norma l'ospedale, che è vecchio, è un'opera edilizia vetusta di 80 anni.

Nell'ambito delle ultime inchieste giornalistiche sulla cosiddetta malasanità, l'ospedale Molinette è salito all'onore delle cronache sui giornali nazionali per la vicenda del filtraggio dell'acqua in funzione della legionella. Secondo alcuni giornali l'acqua non era potabile; non è la verità ma, comunque, c'è stato un forte investimento per risolvere i problemi strutturali di un ospedale vecchio di 80 anni.

Un altro problema riguarda segnatamente la situazione dell'Azienda ospedaliera Molinette e concerne la ripartenza del progetto per la Città della salute di Torino, il cui pezzo portante dovrebbe essere un nuovo Ospedale, il cosiddetto Molinette 2. Questa Città della salute dovrebbe comporsi della parte ospedaliera, della nuova sede della facoltà universitaria e di un progetto di incubatore d'impresa, un *cluster*. Comunque, sarà l'amministrazione regionale a decidere ma, considerando che i tempi di costruzione di un nuovo ospedale possono andare da cinque a otto anni, non riteniamo utile investire risorse in una costruzione per la quale non è stato ancora individuato il luogo, anche se una possibilità, abbastanza forte, prevede lo spostamento completo di questo nuovo ospedale dall'altra parte della città. Almeno in questo momento, l'indicazione sarebbe di investire oculatamente per il mantenimento della struttura fino alla costruzione di quella nuova.

Per quanto riguarda le liste d'attesa, Molinette garantisce le urgenze entro 48 ore. Per i codici di prenotazione B e P sono rispettati in linea di

massima i termini di 15 giorni per le visite e di 30 per la diagnostica; per il codice di prenotazione D i termini sono di 30 e 60 giorni.

L'Azienda Molinette presenta una particolarità: in alcuni casi è difficile assumere provvedimenti programmatori per riportare le liste di attesa nei tempi definiti dallo Stato e dalla regione. È un ospedale di riferimento regionale ed è sede di una serie di attività di altissimo livello per i trapianti, segnatamente fegato e rene, anche se è iniziata un'intensa attività di trapianti di cuore e di polmone, e ciò drena risorse. Inoltre, questo complesso ospedaliero ha un'altissima capacità di attirare pazienti ed è per ciò difficile capire, misurare o calcolare il volume dell'offerta di fronte a una domanda indifferenziata. Le Molinette ha questa capacità di attrazione in quanto luogo storico della salute per la città di Torino.

*MAJNO.* Signor Presidente, onorevoli senatori, vi ringrazio per questa importante opportunità. Non passerò in rassegna moltissimi dati, limitandomi a sottolineare che, in larga misura, possono essere sovrapposti a quelli indicati negli interventi precedenti.

L'Azienda ospedaliera universitaria di Careggi a Firenze occupa poco meno di 6.000 persone, con 1.700 posti letto, 130 strutture complesse ed è sede di una delle tre facoltà di medicina della Toscana.

Indubbiamente, il fenomeno della libera professione, su cui è incentrato questo mio breve intervento, deve tenere comunque conto del contesto della regione Toscana, che vede alcuni elementi, già evidenziati nei precedenti interventi, forse in modo ancor più restrittivo. In altri termini, in tutta la regione, il fenomeno della libera professione per i ricoveri pesa meno dello 0,8 per cento, mentre per le visite specialistiche sensibilmente meno del 10 per cento. Per la nostra Azienda ospedaliera universitaria, poiché si concentrano le alte specializzazioni, siamo sul 3 per cento per i ricoveri e un pochino meno, intorno al 7 per cento, per le visite specialistiche.

La nostra è un'Azienda ospedaliera universitaria che sta vivendo una ristrutturazione anche logistica di immenso impegno, per cui vi sono lavori per oltre 500 milioni di euro, avviati da circa 7 anni, dei quali si prevede la conclusione nel 2010 e, viste anche le indicazioni normative e l'evoluzione della medicina, il sistema vedrà la presenza di risorse dedicate alla possibilità per i professionisti di dedicarsi alla libera professione.

Come dicevo, la libera professione in Toscana è un fenomeno relativo, ma estremamente sentito. Se mi è consentito, vorrei adottare un'immagine un po' poetica, anche se nella realtà non c'entra nulla; dal mio accento vi sarete accorti che non sono toscano ma milanese. Ebbene, ho la sensazione che il fenomeno della libera professione sia avvicicabile al Duomo di Milano che, anche se non siete milanesi, sicuramente conoscerete: è un esempio di gotico-lombardo, un grande casone con tante guglie, grandi e piccoline. Il corpo di fabbrica può essere il sistema sanitario, le guglie possono essere i medici, grandi e piccolini e, se escludiamo la guglia maggiore, con la Madonnina che sicuramente non appartiene ad al-

cuno, tutte le altre hanno la possibilità di esercitare un'attrazione assolutamente diversificata.

Ho maturato un'esperienza in Lombardia, dove sono nato e vissuto per vent'anni, poi sono stato nelle Marche e adesso, da due anni, vivo in Toscana: mondi diversi ma con problemi assolutamente simili. Riprendendo il dato relativo alla casistica poc'anzi citato da altri colleghi, l'Azienda di Careggi, per chi sa intendere questo indicatore non soltanto in termini quantitativi, è passata dall'1.4 a oltre l'1.7 del peso relativo per singolo caso, semplicemente con l'introduzione di una decina di persone, capaci di un certo tipo di attività, che hanno portato con loro un rimorchio colossale di iniziative e di attività. Se queste dieci persone fossero rappresentative, ad esempio, di una visione un po' schweizeriana, quindi altruistica, gratuita (ce ne sono anche nel mondo della medicina), il problema della libera professione non esisterebbe; gli uomini però non sono tutti uguali e alcuni mettono il proprio impegno a servizio anche di un ritorno economico.

Come si è detto, esistono pochissimi medici che possono superare con la libera professione il 10-20 per cento dell'intero fatturato. Si tratta quindi di un fenomeno che interessa tutti, ma in modo profondamente diverso e credo che di questo si debba tener conto.

Di fatto – per concludere questo piccolo immaginifico esempio –, se le maglie diventano troppo strette, sicuramente le guglie più alte, perlomeno quelle interessate soprattutto o anche all'aspetto economico, troveranno un modo per realizzare diversamente il proprio impegno.

La nostra Azienda è composta da circa 1.000 medici che per circa il 94 per cento, ossia la quasi totalità, producono attività libero professionale. Come ho detto, abbiamo una convenzione con le due maggiori Case di cura della città di Firenze ed entrambe lavorano al 70-80 per cento per Careggi. Nella città vi è quindi una forte tensione su questo tema; pertanto, oggi abbiamo un problema politico, sociale e anche di gestione dei rapporti, perché ci sono interi ospedali, pur privati, o comunque che hanno una diretta e immediata conseguenza nella gestione del sistema salute della città e dell'area metropolitana, che si avvia ad estendersi verso Empoli, Prato e oltre. Non è quindi soltanto un fatto numerico legato ai nostri problemi contabili.

Mi allineo a quanto è stato detto, e cioè che per noi non è un costo: l'equilibrio esiste, sicuramente è un'attività aggiuntiva per i nostri sforzi e i costi sono coperti dai pazienti.

Potrei intrattenervi a lungo, ma tengo a rispettare i tempi a mia disposizione. Mi limiterò a ricordare, però, un aspetto peculiare che deve essere tenuto presente, ossia che la nostra amministrazione regionale ha indicato con forza e in maniera stringente di voler concludere rapidamente, ossia entro la scadenza dettata dalla normativa (31 luglio 2007), la possibilità di portare in casa, cioè veramente *intramoenia*, quanto meno tutta l'attività specialistica. Questo per noi vorrebbe dire allestire grosso modo tra i 70 e i 100 ambulatori, cosa che contiamo di fare ristrutturando un grande edificio insieme all'azienda territoriale. Sottolineo tre volte questo «insieme»,

perché cerchiamo di avere un rapporto fortissimo tra le diverse aziende per governare i fenomeni delle liste di attesa in modo congiunto, per cui abbiamo istituito un osservatorio comune – anche un collega lo aveva sottolineato – con il quale non sempre riusciamo, ma ci proviamo, a governare il fenomeno anticipatamente, superando o cercando di superare i problemi prima che si pongano.

Di fatto, siamo un pochino meno bravi di Molinette e forse un pochino più bravi di Niguarda, ma ci troviamo tutti più o meno sulla stessa barca. Parlando da direttore sanitario – più che da direttore generale –, perché ho ricoperto l'incarico per tantissimi anni, vorrei sottolineare che quel che spesso pubblica la stampa sui ritardi infiniti, ci fa soffrire, perché la vera e grande urgenza nel nostro Sistema sanitario nazionale non è praticamente mai disattesa. Capitano anche fattacci, questo è assolutamente vero, però le lunghissime attese sono perlopiù fenomeni che si verificano sulla carta, ma quando il bisogno si manifesta la possibilità che venga fronteggiato esiste sempre, e questo succede in Lombardia, nelle Marche e in Toscana, dove vivo oggi.

In questo nobilissimo consesso, vorrei comunicare e condividere il parere di un dirigente, credo di un certo livello, del sistema sanitario: pur essendo perfettibile, viviamo in un grande sistema sanitario, e così dicendo non incenso me stesso ma il sistema sanitario, che ritengo essere assolutamente tale, come credo lo ritenga anche l'Organizzazione mondiale della sanità.

Concludo con una riflessione legata ad un aspetto che ho soltanto accennato. In Toscana verranno investiti molti denari per cercare di portare all'interno delle mura le attività specialistiche, soprattutto le visite. Le attività chirurgiche, invece, che prevedono grandi impianti e hanno necessità organizzative e strutturali molto ampie, sono molto più difficili da gestire in quanto, nonostante tutto, il privato ha maggiore possibilità di manovra e può quindi affrontare in modo molto più economico la gestione del personale, degli acquisti e quant'altro.

Se persa questa snellezza – il mio peraltro non è un consiglio –, di fatto, la gestione del pubblico, per realizzare una alternativa di questo tipo, con le stesse attuali regole del pubblico e non potendo certamente perdere economicamente, rischierebbe di portare fuori mercato le prestazioni e quindi avvitare su se stesso il problema. E questa è una riflessione che condivido con moltissimi colleghi.

Non elenco i numeri, perché riportati nel documento alla vostra attenzione. Sostanzialmente la dimensione è la stessa (26 milioni di euro) e anche la media per medico dedicato è identica, con una sperequazione che sottolineo essere formidabile: da 500.000 euro o sopra il milione di euro, alle poche centinaia quando si tratta di cose veramente marginali.

Se tornassi fra un anno, potrei dire che avremmo realizzato il centro per l'attività specialistica interna, mentre avremmo probabilmente continuato i servizi in convenzione, sperando che l'assessore me lo consenta, con la prospettiva che è in sviluppo in questo momento.

TOMASSINI (FI). Risulta evidente che i responsabili delle principali aziende ospedaliere nazionali (che presto rincontreremo con la Commissione d'inchiesta sull'efficienza ed efficacia del Sistema sanitario nazionale che ho l'onore di presiedere) non hanno presentato una lettura omogenea nei dati di risposta. In particolare, la relazione del dottor Majno si basa su un substrato diverso da quello che ci hanno fornito gli altri auditi, che magari integreranno nell'ambito della risposta.

Voglio altresì segnalare che l'ospedale di Niguarda si differenzia dagli altri perché non è un policlinico universitario e che (ma è una riflessione che condivido con i colleghi della Commissione d'inchiesta presenti in questa sede) è edificante confrontare i dati ora ascoltati con quelli presentati questa mattina e ieri dai rappresentanti del Policlinico Umberto I.

Vorrei sottolineare che sono state illustrate le problematiche delle liste di attesa, ma non è stato portato un confronto delle liste di attesa fra l'attività istituzionale e quella libero-professionale, che meriterebbe una breve illustrazione.

Uno dei punti principali a cui l'indagine conoscitiva tende a dare una risposta è se sia possibile disattendere la libera professione in regime di *intramoenia* cosiddetta allargata entro il 31 luglio di quest'anno e quindi se il contenitore sia sufficientemente valido a recepire non solo e meramente i medici e gli ambulatori, ma tutto quello che produce, attraverso l'*intramoenia* allargata, prestazioni esterne. Su questo aspetto mi sembra che solo il direttore dell'azienda ospedaliera di Firenze abbia detto una parola chiara, per cui la vorrei chiara e conclusiva anche dagli altri ospiti.

Mi sembra invece che tutti abbiano sottolineato con chiarezza che, se la libera professione comporta degli oneri, la resa economica è molto modesta e addirittura in qualche caso passiva. Quindi, volevo sapere se ritengono una priorità di impegno, nell'ambito dei loro compiti istituzionali e quindi dei pareggi di bilancio e di tutte le attività sanitarie, investire in questo tipo di attività.

Sono rimasto stupito dal fatto che in alcune aziende, in particolare mi riferisco all'Azienda ospedaliera Sant'Orsola di Bologna, compaia, in prestazioni in costanza di ricovero, quasi il 20 per cento di prestazioni in libera professione, che corrisponde quasi ad un quarto delle prestazioni interne dell'ospedale. Se a questo aggiungiamo il valore di un terzo che è la libera professione assoluta esterna, mi chiedo come sia pensabile riuscire a riportare il tutto all'interno di questo contenitore entro il 31 luglio prossimo.

Inoltre, vorrei sapere se ritengono utile ripristinare la partita IVA per i medici che esercitano la libera professione, in *intramoenia* pura o allargata, perché, secondo me, questo porterebbe chiarezza riguardo alla situazione contabile ed economica.

Vorrei sapere se, nell'ambito dei contratti di dirigenza erogati (c'è una differenza da regione a regione), l'essere in esclusiva abbia determinato dei pesi di produttività differenti nell'ambito della dirigenza, cioè se laddove è possibile attribuire incarichi di dirigenza semplice e complessa, a prescindere dall'esclusività, si nota una differenza di produttività e di

resa sulla base della stessa esclusività, come dato oggettivo e non come vostro pensiero.

Dal dottor Majno vorrei una conferma: il padiglione ristrutturato e destinato alla libera professione *intramoenia* sarà consegnato tra un anno, quindi nel 2008; il direttore generale ritiene sia possibile allocare gli ambulatori per la libera professione specialistica, ma che non sia possibile recuperare quanto avviene, in costanza di ricovero, nelle tre cliniche esterne e che altri padiglioni saranno invece consegnati nel 2010. Se confermerà questo aspetto, voglio sottolineare in Commissione come questo dato sia assolutamente in contrasto con quanto ha riportato l'assessore alla sanità della regione Toscana.

Vorrei sapere poi se è vero che nella regione Toscana è stato comunicato l'obbligo a far rientrare nell'ambito dell'*intramoenia* allargata tutte le autorizzazioni extraregionali e anche quelle regionali aggiuntive una settimana prima della scelta tra l'opzione per l'esclusività e la non esclusività.

Infine, noi riteniamo – quando parlo di noi mi riferisco all'opposizione – che sia necessario ridiscutere per intero l'istituto della libera professione, magari con maggiore chiarezza. Come valutereste una nuova libertà contrattuale in cui la libera professione *intramoenia*, più che obbligata, sia affidata alla responsabilità del direttore generale che può giungere a una contrattazione individuale pattuita con il professionista e, quindi, non più generalizzata?

BODINI (*Ulivo*). Ringrazio gli auditi per la quantità di dati illustrati, che ci hanno confortato nel fatto che il Servizio sanitario, laddove le aziende sono ben organizzate, funziona e riesce a rispondere sia alle esigenze dei ricoveri sia a quelle delle prestazioni ambulatoriali, lasciando spazi libero-professionali che vanno ulteriormente strutturati, ma che comunque funzionano. Il messaggio arrivato globalmente è che questa attività non interferisce con il servizio ordinario. Questo aspetto è molto importante perché non vorremmo che nel Servizio sanitario nazionale si creassero rispetto alla libera professione sanità a due velocità, una di serie A, un'altra di serie B.

Nel corso delle audizioni svolte mi sembra di aver capito – vorrei una conferma in proposito – che non esiste una correlazione tra le liste di attesa e l'*intramoenia*. Come il collega Tomassini rilevava, mi interessa recuperare il discorso della reale valutazione dell'attività libero-professionale.

Dalle considerazioni espresse dal dottor Majno è emersa l'esistenza di varie tipologie di medici operanti all'interno dell'azienda, a seconda delle specialità ma anche delle caratteristiche individuali: il medico che ama dedicarsi esclusivamente all'attività di ricovero, cioè al Servizio sanitario nazionale puro e semplice, e quello che è invece propenso a svolgere attività libero-professionale.

Dai dati illustrati si evince che in alcuni casi con la libera professione si raggiungono ricavi molto elevati. A volte, infatti, può esserci il timore

che un'attività libero-professionale estremamente espansa possa andare a scapito della struttura che si dirige o alla quale si partecipa. Oggi l'indennità di esclusività è concettualmente superata; dai dati che ci sono stati forniti si evince che molti medici svolgono attività esclusiva senza svolgere quindi libera professione. Se non sbaglio, l'indennità di esclusività è inclusa nello stipendio ospedaliero e, pertanto, può essere considerata oggetto di contrattazione. Ciò non di meno, andrebbe riconsiderata l'attività libero professionale nel suo complesso, eventualmente anche valutando la possibilità di premiare il medico che rinuncia ad esercitarla per dedicarsi solo alla struttura pubblica.

Mi domando se oggi esistono sistemi di valutazione oggettiva, al di là di quelli strettamente numerici, sulla resa di ciascun professionista all'interno di una struttura. Sulla base della mia esperienza, infatti, conosco reparti che funzionano perché alcuni colleghi hanno capacità di attrazione e altri compensano svolgendo gran parte dell'attività dei reparti. Dobbiamo valutare questo aspetto, per non dare l'impressione che la funzionalità del sistema sia determinata solo dalla libera professione, dalla grande guglia indicata dal dottor Majno: la grande guglia è utile ma sono necessari anche coloro che si dedicano esclusivamente all'attività istituzionale, perché non interessati alla libera professione, credendo in un Sistema sanitario nazionale più egualitario. Anche su questo aspetto dobbiamo svolgere gli opportuni approfondimenti per individuare sistemi premiali e incentivanti da adottare nell'una e nell'altra situazione.

Concludo con un'ultima osservazione. Mi sembra di capire che immaginare una libera professione esclusivamente *intramoenia*, nel senso fisico della parola e nei termini posti, sia quantomeno velleitario, anche se sono d'accordo con il dottor Cannatelli, laddove sostiene che qualche presidio esterno può essere funzionale rispetto al drenaggio della casistica sul territorio, purché gestito dall'azienda. In altri termini, l'azienda deve affermare di essere interessata ad avere un punto ambulatoriale esterno ma non per comodità o nell'interesse del singolo professionista.

GHIGO (FI). Signor Presidente, desidero esprimere il mio ringraziamento per le esaurienti esposizioni degli auditi. Sulla base delle illustrazioni svolte si possono svolgere alcune considerazioni, come d'altro canto hanno già fatto il senatore Tommasini e il collega Bodini. Se mi permettete, vorrei esprimere una considerazione di carattere politico: le audizioni odierne riguardano importanti aziende ospedaliere site in Regioni le cui amministrazioni sono piuttosto vicine all'attuale Ministro della salute; ovviamente, non mi riferisco alle figure dei direttori generali che – considerazione molto ironica – sono sempre scelti a prescindere dalle loro appartenenze politiche.

Vorrei che tutti voi mi chiariste per quale motivo il Ministro della salute continua, pur avendo una così consistente voce a sostegno politico della sua azione, ad insistere sull'imposizione della scadenza velleitaria del 31 luglio prossimo per la cessazione dell'*intramoenia* allargata, visto che da queste consultazioni emerge in modo chiaro che la sua posizione



dovrebbe essere rivista. D'altro canto, qualche giorno fa il presidente Marino ci ha rappresentato la disponibilità del Ministro a prendere una decisione al termine delle nostre audizioni e, a mio parere, dalle consultazioni odierne emerge con tutta evidenza che tale previsione dovrà comunque essere stralciata.

*CANNATELLI.* Signor Presidente, vorrei iniziare con una constatazione, anche sulla base degli interventi svolti dai senatori.

In effetti, l'attività libero professionale, soprattutto nelle grosse aziende ospedaliere – ma penso anche in generale – non interferisce, limita o mortifica l'attività istituzionale; anzi, per certi versi permette di offrire una motivazione anche professionale, non solo economica, a professionisti e, inoltre, consente una valorizzazione dell'attività istituzionale. Proprio per questo, condivido l'opinione di quanti affermano la necessità di dare spazio ai professionisti, perché possano muoversi anche al di fuori delle mura ospedaliere, anche perché non è semplicissimo concentrare tutto all'interno dell'ospedale. Come dicevo prima, noi, ad esempio, abbiamo la priorità della ristrutturazione e della riqualificazione dell'ospedale (con i poli di emergenza-urgenza che ci sono attualmente, la media e l'alta intensità di cura) in un processo che durerà sette anni.

Sicuramente la nostra prima attenzione sarà rivolta a questo obiettivo e non potremo dedicare all'attività libero-professionale risorse e spazi specifici dal punto di vista economico. Attualmente disponiamo di 14 camere dedicate all'attività di ricovero, gli ambulatori per l'attività libero-professionale vengono utilizzati anche per l'attività istituzionale. Pertanto, come alcuni colleghi rilevavano, è conveniente avere collaborazioni anche all'esterno perché, come diceva il senatore Bodini, può essere interessante per l'ente ma anche per il professionista rispetto alla propria capacità d'attrazione. Inoltre, ciò permette anche ai cittadini di poter scegliere liberamente se arrivare al Niguarda di Milano in certe ore, piuttosto che avere ambulatori fuori città nella Provincia, o nelle province vicine. Si tratta, cioè, di una facilitazione anche per i cittadini che, qualora debbano svolgere approfondimenti specialistici, utilizzeranno l'attività istituzionale del nostro ospedale o del Servizio sanitario nazionale, e questo per me rappresenta un aspetto importante.

Rispetto ad alcune delle domande poste dal senatore Tomassini, devo dire che non c'è lista d'attesa per quanto riguarda l'attività libero-professionale, mentre quella relativa all'attività istituzionale è molto contenuta. Garantiamo 80.000 prestazioni non solo attraverso il pronto soccorso (accesso diretto sull'urgenza-emergenza) ma anche per le situazioni d'urgenza (le 72 ore) e in altri casi ancora è previsto addirittura l'accesso con una regolamentazione di priorità. Quindi, le liste d'attesa per altre patologie, salvo che non si tratti di controlli periodici, sono di 30 o 60 giorni per attività diagnostica non urgente o improcrastinabile. Ribadisco. Non è facile recepire tutte le attività libero-professionali all'interno dell'ospedale a causa di problemi inerenti a risorse strutturali ed economiche e forse anche perché oggi non rappresentano una priorità, vista la situazione.

La questione inerente alla partita IVA sicuramente potrebbe costituire un problema. In proposito, mi preme però rilevare che l'aliquota IRAP che i nostri professionisti pagano per le attività libero-professionali in *intra-moenia* è dell'8,5 per cento, mentre quella applicata sull'attività *extramoenia* del libero professionista è del 4 per cento; e questo, secondo me, penalizza il nostro professionista anche rispetto alle trattenute da effettuare: è un aspetto su cui bisogna prestare molta attenzione e lavorare anche dal punto di vista legislativo.

CAVINA. Presidente, una prima considerazione generale riguarda la libera professione che, finché ha queste dimensioni, non costituisce una reale entrata netta per le aziende; forse, con l'estensione della copertura assicurativa e aumentando i volumi, potrà rappresentare un'entrata.

Le aziende ospedaliere e universitarie, faticano a realizzare dei margini, in quanto devono sostenere dei costi fissi molto elevati, che sono poi quelli che garantiscono livelli di sicurezza notevolmente superiori. Un conto è avere dei giovani medici di guardia notturna pagandoli a gettone, altro è mantenere una struttura di un certo livello. Secondo me, non c'è possibilità di confronto con i requisiti e le condizioni del settore privato e neanche rispetto ai margini di sicurezza, trattandosi di due aspetti molto diversi. L'attività libero-professionale allargata, esercitata su un territorio il più vasto possibile, se da un lato rappresenta un vantaggio per la struttura ospedaliera, perché ha sistemi di captazione dei pazienti, dall'altro lato è un elemento di *marketing* per una mobilità non sempre giustificata, se considerata in senso più generale dal punto di vista della sanità pubblica. Quindi, bisogna valutare quale sia il vantaggio della libera professione allargata dal punto di vista politico e della sanità pubblica.

Egoisticamente, da direttore di un'Azienda ospedaliera, ritengo che sarebbe utile avere dei professionisti che prestano servizio ambulatoriale anche in altre Regioni. Il Rapporto OASI 2006 dell'Università Bocconi classifica il Policlinico Sant'Orsola Malpighi al sesto posto tra le 20 strutture ospedaliere per numero di pazienti *extra* regione: quindi, prima del Careggi di Firenze e del San Raffaele di Milano.

Chiaramente, facendo una valutazione in termini aziendali, l'attività di libera professione allargata potrebbe essere interessante, ma dal punto di vista della sanità pubblica, non so se tale valutazione sarebbe ugualmente positiva.

Al senatore Tommasini, faccio presente che la percentuale dei ricoveri in attività libero-professionale allargata, come si evince dal questionario compilato, è del 4,47 per cento per i ricoveri chirurgici, che sono di gran lunga i più numerosi. I ricoveri in libera professione allargata sono 1000 su un totale di 60.000, 800 su un totale di 20.000 considerando solo i ricoveri chirurgici.

Le percentuali, cui il senatore Tommasini faceva riferimento, riguardano l'attività ambulatoriale. In effetti, determinate specialità hanno una certa incidenza sul volume di attività libero-professionale, come, ad esempio, l'ostetricia-ginecologia. A mio avviso, ciò non incide sui tempi di at-

tesa ma indica che non è facile controllarli e, di conseguenza, si crea una spinta a ricorrere alla libera professione, il che significa anche che, in certe discipline, come la ginecologia, fare riferimento a un medico di propria fiducia è pratica ancor più diffusa. Sono fenomeni da analizzare caso per caso e il senatore Tommasini, che è medico come me e forse più di me, conosce questi aspetti anche più in dettaglio.

Nessun dato dimostra che i medici a rapporto esclusivo hanno un livello di produttività maggiore rispetto ad altri medici. Nel caso del Policlinico Sant'Orsola Malpighi, il numero di medici con rapporto non esclusivo è così esiguo da non avere incidenza alcuna. Inoltre, valutare la produttività dei medici è molto difficile in quanto i sistemi esistenti, i cosiddetti piani di lavoro, sono strumenti deboli. Com'è possibile, infatti, valutare la produttività su un debito orario di 38 ore alla settimana, quando poi bisogna sottrarre tre ore per lo studio, quindi le ferie e le malattie? Insomma, sono strumenti quasi ridicoli, dal momento che non si può fare il medico in ospedale a 20-30 ore settimanali.

Se non è possibile programmare la produttività, la si può però sicuramente rilevare. Le aziende dovrebbero avere dei margini notevolmente maggiori per premiare la produttività. Purtroppo, negli ultimi dieci anni i contratti di lavoro dell'area sanitaria hanno sempre più ridotto questi spazi, accentuando maggiormente il proprio carattere pubblicistico e gli automatismi. Quindi, non sussistono molti margini, al di là dei limiti del *management* aziendale.

Quanto alle opportunità e alle possibilità di rientrare al 31 luglio prossimo, l'Azienda ospedaliera che dirigo sicuramente entro l'anno sarà in grado di svolgere tutta l'attività libero-professione in regime di ricovero all'interno della struttura. Con due nuovi reparti dedicati, saremo certamente in grado di raddoppiare la possibilità di ricoveri, arrivando a 2000 ricoveri rispetto agli attuali 1000. Anche per l'attività ambulatoriale sussiste tale possibilità relativamente al numero degli ambulatori. Dove riscontriamo una fatica maggiore è nella creazione di una funzione di supporto adeguata alle giuste richieste degli utenti. Il problema non riguarda tanto il numero degli ambulatori perché con 250 ambulatori si riesce a esercitare l'attività divisionale e libero-professionale, bensì la difficoltà di creare condizioni adeguate.

Sforzarci di fornire un servizio di alta qualità dentro l'ospedale, avendo anche pazienti più esigenti, può forse aiutarci ad elevare il livello medio generale; personalmente non considero negativamente questa eventualità. Se l'attività libero-professionale è svolta all'interno dell'ospedale, siamo in grado di garantire maggiori criteri di trasparenza, non tanto e non solo contro la possibile evasione fiscale, ma soprattutto perché siamo sottoposti a un giudizio molto più duro, giacché i nostri pazienti hanno la possibilità di effettuare confronti immediati. Per questo motivo, riceveremo stimoli forti e anche forti critiche da parte dei pazienti, e tutti loro mi insegnano che avere clienti esigenti rappresenta un buon elemento di spinta al miglioramento.

Sulla partita IVA, non so dire se sia meglio o peggio in quanto è un elemento che non ho valutato. Complessivamente, posso esprimere il giudizio secondo il quale la libera professione è uno strumento utile da utilizzarsi con grande trasparenza e rigore per non creare diseguità. È anche vero che questo sollecita attenzione. Ritengo sia uno strumento utile soprattutto se attuato all'interno della struttura, affinché questa sia stimolata complessivamente. Infatti, attuare tale strumento all'esterno dell'ospedale equivarrebbe alla rimozione del problema della fornitura di un servizio di alta qualità con i suoi aspetti relazionali di *comfort*.

*GALANZINO*. Risponderò ai quesiti posti per poi svolgere una breve considerazione.

Quanto all'investire nella libera professione, ho già detto che l'ospedale, di cui sono commissario, avrà un'altra sede entro breve termine, per cui mi sembra che la decisione di investire 10 o 15 milioni di euro rientri nell'ambito di scelte politiche e non di un amministratore. Comunque, la risposta al quesito sulla scadenza del 31 luglio è che, chiaramente, non ce la faremo, anche se i dati che ho fornito dimostrano che una parte della libera professione, in particolare ambulatoriale, viene già svolta all'interno. Per quanto riguarda Molinette questa possibilità non esiste nemmeno in prospettiva, se si vogliono investire soldi pubblici con diligenza.

Il presidente Tomassini ha posto una domanda, alla quale ho qualche imbarazzo a rispondere, su una sorta di patteggiamento tra direttore generale di turno e singoli professionisti per addivenire ad un accordo sui volumi di attività. Gli ultimi contratti del personale, non solo della dirigenza ma anche del comparto, hanno svuotato completamente la parte relativa alla cosiddetta valutazione del raggiungimento degli obiettivi. Quindi, bisognerebbe ragionare sul fatto che, seppure per motivi nobilissimi – sto solo facendo la cronaca di quel che è successo –, il salario di risultato è stato spostato per aumentare la parte fissa e che le aziende in questi anni – non so se dappertutto, ma sicuramente al Nord – hanno allestito sistemi valutativi da fantascienza, tra l'altro con un costo esponenzialmente aumentato, visto che in questo ambito vi è sempre la tendenza a creare sistemi di valutazione altamente burocratizzati. Bisognerebbe riflettere sul fatto che, poiché tutto è relativo, offriamo un «tozzo di pane» ai medici che raggiungono gli obiettivi che riusciamo a fatica a dare loro. Pertanto, la maggioranza dei medici, se deve scegliere, può non raggiungere l'obiettivo perché è, appunto, un «tozzo di pane», ma esercita un po' di libera professione e guadagna dieci volte tanto. Non so se mi sono spiegato.

Il presidente Tomassini pone la questione di una contrattazione, secondo me giusta, che si dovrebbe avviare con coloro che svolgono la libera professione, in base alla quale, a fronte della garanzia di adempiere un determinato volume di attività all'interno, si lascia loro la possibilità di svolgere un certo volume di attività al di fuori. Mi sembra che questo sia il punto.

TOMASSINI (FI). Anche.

GALANZINO. Più o meno: non sto dicendo verità apodittiche. Una parte della contrattazione si baserebbe sul meccanismo per cui «dentro fai certe cose ed io, per compensarti, ti lascio fare cose fuori, che tra l'altro mi servono anche» per ridurre le liste di attesa, calmierare la spinta verso l'ospedale e così via. Tuttavia, a mio avviso, una simile contrattazione dovrebbe essere inquadrata nell'ambito della valutazione dei risultati ottenuti dai singoli medici, mentre mi sembra che la direzione presa, segnatamente nell'ultimo contratto, sia esattamente opposta. Non dico che tale contrattazione scardinerebbe il sistema: mi sembrerebbe giusta. Ma penso che occorrerebbe ragionare a tutto campo e non solo per un segmento.

Per quanto riguarda la relazione tra liste di attesa e libera professione, è già stato detto che le dinamiche che seguono la richiesta di prestazioni in libera professione sono un po' storiche, un po' consolidate ed anche un po' relative ad alcune branche. Sono alle Molinette dal 1° maggio 2006, per cui quando è successo non c'ero, ma in quell'azienda è capitato che in momenti di particolare carenza di personale si «comprassero» (ma è previsto) prestazioni dei propri professionisti per supplire a tale carenza.

Sull'IVA sono d'accordo con il collega Cannatelli: c'è l'IRAP, fermo restando che bisognerà controllare – ma questo è un problema che riguarda tutti i cittadini – non solo questi professionisti.

Più in generale, credo che la questione della libera professione dovrebbe essere vista in un'ottica diversa parlando per realtà, a torto o a ragione giudicate evolute, quali possono essere quelle di questi ospedali, che sono più o meno tutti attestati su un *target* di quantità-qualità di un certo tipo. A me sembra che nella costruzione e ristrutturazione dei servizi sanitari ormai vi siano requisiti di accreditamento che equiparano esattamente il pubblico al privato. Qual è allora la ragione per la quale il cittadino sceglie di essere curato in libera professione? Non è più quella di vent'anni fa, quando nelle cliniche private c'erano livelli di *comfort* alberghiero diversi (televisione in camera, camere a due letti, con bagno). Il motivo del *comfort* alberghiero è superato. Quel che incide è sempre più la scelta della persona e quindi una riflessione dovrebbe essere incentrata su questo aspetto.

Il ragionamento del presidente Tomassini è che se vogliamo avviare una trattativa con il singolo professionista, perché non incominciare a pensare che ogni professionista può essere pagato in modo diverso, come succede peraltro nel resto dell'Europa e in America, dove i grandi o medi luminari della scienza guadagnano cifre molto superiori ai nostri medici, non fanno libera professione, lavorano in ospedale dalle ore 8 del mattino alle ore 22 della sera e sono pagati sulla base di un contratto individuale a rendimento, verificato ogni x anni? Nel nostro Paese, dovremo fare questo, non solo per i medici.

*MAJNO.* Signor Presidente, porterò qualche dato che può essere utile per mostrare come queste quattro realtà per molti aspetti siano simili.

Dei 1.700 letti della nostra Azienda, 28 sono oggi dedicati alla libera professione e su un totale di ricoveri chirurgici pari a circa 33.000, 2.000 sono in libera professione; quindi, raggiungiamo, grosso modo, rispettivamente quasi l'1,6 per cento e il 6 per cento rispetto al totale delle attività e, come ho detto, si tratta di 26 milioni di euro su un totale di 560 circa, quindi cifre che possono essere poste in linea con quanto riferito per le altre aziende.

Con riferimento alle domande poste dal senatore Tomassini, ricordo che il 31 luglio è una data fissata dalla nostra amministrazione regionale come stringente per poter rientrare con le attività specialistiche ambulatoriali; e, come ho detto, abbiamo attivato una serie di iniziative che riteniamo possano consentire di rispettare tale termine.

Per quanto concerne invece l'attività chirurgica, come ho detto, abbiamo la possibilità di avere spazi completamente dedicati nel 2010; quindi, in questo lasso di tempo è assai probabile che continuerà il rapporto con altri centri, ma con una diversa modalità di gestione dell'attuale convenzione, che prevedrà un affitto diretto.

Con riferimento alla domanda sullo studio *extra* regione, non è stato posto come termine ultimo. Mentre alla domanda (alla quale è già stata data in parte risposta precedentemente) del rapporto tra liste di attesa e libera professione deve essere sottolineato molte volte che non c'è un vero rapporto: c'è una scarsa incidenza di un fenomeno sull'altro e sono percorsi completamente diversi, che hanno, con le motivazioni ben sottolineate poc'anzi, fondamenti anche diversi.

A parte il fatto che le singole realtà sono molto differenti, ci sono strutture che hanno colossali investimenti per ristrutturazione e ricostruzione, per cui può anche apparire relativamente facile, oppure grandissime strutture che, avendo ridimensionato di molto il numero di letti, possono rimettere a disposizione interi reparti da riorganizzare e quant'altro. Quindi c'è un panorama molto vario.

Sull'investimento in libera professione, sottolineerei questo concetto: la stragrande maggioranza dei colleghi (parlo da medico che si è confrontato con migliaia di medici nella sua carriera) rientrerebbe volentieri in situazioni adeguate dal punto di vista alberghiero e di una gestione anche del decoro, come si diceva prima. Però – come faceva notare un collega – spesso il livello di sicurezza e di impegno che le nostre strutture hanno a disposizione 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno, non è paragonabile con quello che le cliniche possono offrire. Questo è il motivo per cui molti dei nostri specialisti, i più interessati, vedrebbero volentieri una collaborazione e un rientro completo in azienda.

Il 31 luglio è una data sulla quale potremo dare una risposta completa per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, ma comunque con rapporti diversi con altre sedi fuori dal perimetro murario, perché questo è molto difficile da realizzare, direi quasi impossibile entro questo termine.

Circa l'accordo sui volumi, sono convinto che bisognerà sempre più andare verso una diversificazione. I vari professionisti hanno sicuramente la possibilità di possedere un diverso mercato, perché ci sono specialità che l'hanno e specialità che non l'hanno. Quando mi lamentavo con il mio primo direttore generale, allora era un commissario, di essere il direttore di gente che guadagnava quattro o dieci o quindici volte più di me, mi diceva che ero nato dalla parte sbagliata del fiume e di scegliere diversamente nella prossima vita. Quindi c'è un enorme panorama di situazioni differenti. L'accordo sui volumi sarebbe interessante e auspicabile. Sottolineo però un punto, quello sollevato dal senatore Bodini: i sistemi di valutazione sono estremamente inefficaci nel nostro sistema, non solo per la difficoltà di valutare il lavoro del medico, al di là dell'idea che la nostra disciplina è comunque largamente artistica oppure scientifica e tecnica o quant'altro. Il fatto è che oggi se un nostro medico lavora oltre un orario di servizio, magari sei, sette, otto ore in più la settimana, è un problema sindacale; in altri Paesi chi lavora 80 ore la settimana rappresenta un onore per l'azienda. Quindi ci sono situazioni profondamente diverse.

I sistemi di valutazione, quelli più diffusi e anche largamente proposti, sono di una tale complicazione e onerosità che non risolvono alcun problema, semmai li determinano. Sono direttore generale da sei settimane, ma ho 24 anni di esperienza come direttore sanitario; quello che sto cercando di fare è introdurre un sistema di valutazione semplice ma che mi dia qualche risposta.

PRESIDENTE. Vi ringrazio perché siamo riusciti non solo ad ascoltarvi, ma anche ad avere risposte alle domande formulate dalle senatrici e dai senatori.

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

*I lavori terminano alle ore 16,25.*

