



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 15

*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

50<sup>a</sup> seduta (antimeridiana): giovedì 15 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

## Audizione di rappresentanti di aziende ospedaliere sanitarie e locali

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 16	CATANANTI .....	Pag. 4
* BOSONE (Aut) .....	11	* CICHETTI .....	4, 12
* CURSI (AN) .....	8	GABRIELE .....	5, 13
TOMASSINI (FI) .....	10	* GRASSO .....	7, 15

---

**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 direttore del Policlinico «A. Gemelli», professor Cesare Catananti, il direttore amministrativo dell'Università cattolica del Sacro Cuore, dottor Antonio Cicchetti, il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale Roma D, dottoressa Giuseppina Gabriele, il direttore del Dipartimento cure primarie dell'Azienda sanitaria locale Roma D, dottoressa Daniela Sgroi, e il direttore generale dell'Azienda sanitaria locale Roma E, dottor Pietro Grasso.*

I lavori hanno inizio alle ore 8,30.

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di rappresentanti di aziende ospedaliere sanitarie e locali**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, sospesa nella seduta di ieri.

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 oggi prevista l'audizione di rappresentanti di aziende ospedaliere sanitarie e locali, che ringrazio per aver accolto il nostro invito.

Per quanto riguarda il metodo di lavoro che ci siamo dati, vorrei chiedere agli auditi di svolgere interventi di durata non superiore ai dieci minuti, considerato il tempo che abbiamo disposizione, in modo che in seguito vi sia la possibilità per i senatori presenti di svolgere le proprie osservazioni e per gli auditi di replicare. A volte le domande sono molte; nel caso non vi fosse il tempo per rispondere a tutte, chiederei agli auditi la cortesia di inviarci dei commenti scritti.

Questa indagine conoscitiva è per noi molto importante. Abbiamo chiesto al Ministro della salute di attendere la conclusione dei lavori della Commissione e il parere che daremo entro la fine di marzo prima di assumere dei provvedimenti di carattere governativo. Potete quindi immaginare quanto ognuno di noi attenda di ascoltare le vostre considerazioni su questo importante argomento per la vita di tutti i cittadini.

Cedo ora la parola ai rappresentanti dell'Università cattolica del Sacro Cuore e del Policlinico Gemelli.

*CICCHETTI.* Signor Presidente, introduco rapidissimamente l'argomento. L'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) fu istituita ufficialmente al Policlinico Gemelli già alla fine degli anni Ottanta; nel 1997 fu emanato un regolamento, concordato anche con le organizzazioni sindacali. Tale attività viene oggi regolarmente sviluppata secondo le norme in vigore. Lascero poi la parola al professor Catananti per gli aspetti specifici.

Al momento attuale le strutture destinate all'attività libero-professionale intramuraria sono costituite da circa 80 letti e da ampi spazi destinati all'attività ambulatoriale. Abbiamo ricevuto da parte della Regione i contributi previsti dalla legge per l'ampliamento di tali strutture. I lavori sono quasi ultimati e qualche spazio è già stato ulteriormente ampliato (arriveremo a circa 120 letti).

L'attività libero-professionale intramuraria è molto richiesta. Devo dire che in questi anni gli aspetti positivi sono stati di gran lunga superiori a qualche difficoltà che inevitabilmente si è incontrata.

*CATANANTI.* Signor Presidente, come accennava il dottor Cicchetti, già dal 1989 abbiamo iniziato l'attività di esercizio della libera professione intramuraria. In questi anni abbiamo maturato una lunga esperienza, che ha portato a disciplinare in maniera abbastanza puntuale tutti gli aspetti relativi a questa importante attività: importante sul piano del dimensionamento del fatturato (al netto dell'IRG abbiamo un fatturato di circa 30 milioni di euro l'anno), ma importante anche perché si riesce a rispettare il diritto dei nostri medici all'opzione dell'attività *intramoenia* e il diritto dei pazienti che chiedono questo tipo di prestazione.

Il nostro regolamento – che in questi giorni è parzialmente in fase di revisione, d'intesa con le organizzazioni sindacali mediche – disciplina in maniera accurata le modalità di accesso alla libera professione, la formulazione delle liste di attesa, l'articolazione sia della libera professione all'interno delle strutture del Gemelli (come ambulatorio e come libera professione in costanza di ricovero), sia di quella che viene chiamata attività libero-professionale *intramoenia* allargata, con le convenzioni con studi professionali esterni.

È stata istituita una commissione per il controllo dell'attività libero-professionale, che serve a far rispettare il cosiddetto codice deontologico, ma soprattutto a verificare i problemi e a controllare, con la supervisione della direzione sanitaria, che sia rispettata quella quota e quel rapporto tra attività istituzionale e attività *intramoenia* libero-professionale.

Sempre in base agli accordi con le organizzazioni sindacali mediche, sono state stabilite le quote di ripartizione tra l'*équipe*, l'amministrazione e il fondo di perequazione. Su alcuni fronti, soprattutto per quanto riguarda le prestazioni diagnostiche (mi riferisco alla risonanza magnetica e ad altre attività), c'è stato un certo ritardo nell'attivare l'attività libero-professionale intramuraria, perché c'era una forte pressione di richieste istituzionali, che hanno avuto ovviamente la precedenza. Recentemente essa è stata tuttavia potenziata, sia in termini di macchinari e di tecnolo-

gia, sia in termini di incentivazioni a fornire prestazioni aggiuntive; anche su questo fronte direi che vi è un *work in progress* continuo, con risultati soddisfacenti.

Come accennava il dottor Cicchetti, i punti di forza di questa attività, per quanto riguarda il Gemelli, sono rappresentati dall'ottenere un richiamo di pazienti e dal fornire le necessarie ed indispensabili risorse aggiuntive. Il punto di debolezza è probabilmente legato alla forte richiesta e, per poterla soddisfare, abbiamo bisogno di potenziare le nostre strutture.

In sintesi estrema e come prima impostazione questi sono i dati fondamentali. Siamo pronti a rispondere a tutte le ulteriori domande.

*GABRIELE.* Signor Presidente, vorremmo partire da una considerazione di principio (lasciamo poi alla Commissione una breve nota scritta): avendo esaminato i dati che ci riguardano, abbiamo la certezza che nella nostra azienda, così come in molte altre, l'attuale organizzazione dell'*intramoenia* non garantisca la stessa possibilità di accesso alle cure a tutti i cittadini, cosa che invece fa parte della nostra cultura e soprattutto è prevista dalla nostra Costituzione. Ci pare che questo dipenda prevalentemente dal fatto che non è sufficientemente cogente la normativa che collega le liste d'attesa con l'*intramoenia*.

Quando ha avuto inizio l'esperienza di gestione della ASL Roma D, era decisamente prevalente il numero di autorizzazioni concesse ai medici per l'esercizio dell'attività *intramoenia* all'esterno dell'azienda, cioè in strutture private (in cliniche o nei loro studi professionali). Le due percentuali erano pari al 30 e al 70 per cento circa. Siamo poi riusciti, attraverso un percorso di riforma, se così lo possiamo chiamare, attuato con la collaborazione di tutti i medici e i dirigenti dell'azienda, a portare entrambi i valori al 50 per cento. Dunque il 50 per cento dell'attività si svolge effettivamente dentro le strutture dell'azienda. Questa percentuale, però, non ci sembra ancora sufficiente, perché comunque si potrebbe determinare una sorta di curiosa concorrenza dei nostri medici nei confronti della nostra stessa azienda quando lavorano in cliniche che non sono di nostra competenza.

Peraltro in questo modo risulta abbastanza difficile creare un collegamento con i CUP, ovvero inserire le prestazioni effettuate come attività libero-professionale *intramoenia* all'interno del sistema di prenotazione informatizzata. Queste sono le ragioni per cui è possibile che l'azienda non abbia ben chiaro come organizzare tali attività, affinché tutti i cittadini ne traggano eguale vantaggio, nei limiti ovviamente in cui ciò è possibile. Sarebbe allora importante trovare fondi finalizzati al riadattamento di tutte le strutture interne non adeguate (ad esempio, nella nostra azienda siamo riusciti ad adeguarne alcune, migliorando così la situazione), onde garantire a tutti i medici la possibilità di svolgere l'attività all'interno delle strutture aziendali.

Il secondo tema che vi sottopongo, e su cui ritengo sarebbero importantissimi una riflessione e un intervento, è quello economico-finanziario. Nella nostra azienda – così come in altre – si è scelto, nell'ambito di una

libera contrattazione, la parte di quota da destinare ai professionisti e quella da trattenere in azienda. In questo modo però si crea una situazione di grande disomogeneità. Ci sembrerebbe utile e corretto, invece, sulla base della nostra esperienza, fissare un *range* all'interno del quale le aziende e le organizzazioni sindacali possono effettuare la contrattazione, per garantire almeno la copertura delle spese reali delle aziende e che ci sia dunque una certa equità da questo punto di vista.

Un'altra questione, che desidero sottoporvi e che personalmente mi ha colpito, è quella relativa alla possibilità di esercitare la libera professione intramuraria in specialità mediche diverse rispetto a quelle per le quali si lavora all'interno dell'azienda. Anche questo aspetto ci sembra possa determinare un aumento del *risk management* e creare un danno all'immagine dell'azienda; sarebbe più corretto far esercitare ad ogni medico la sola specialità per la quale lavora e per la quale è stato assunto nell'azienda.

Voglio poi accennare ad un tema complesso ed articolato: il legame tra prestazioni in *intramoenia* e liste di attesa, che credo costituisca un punto dirimente della nostra discussione. È vero che esistono norme che, quando vengono fatte rispettare, rendono la questione meno complessa; rimane però il fatto che ancora oggi non riusciamo a trovare un indicatore, uno strumento, una misura da poter utilizzare. Dunque accade che, anche nei medesimi orari, i professionisti svolgano un numero più alto di prestazioni nell'attività in *intramoenia* che nell'attività istituzionale. Allo stesso modo accade che alla prestazione in *intramoenia* un paziente possa accedere entro due giorni, mentre una volta entrati nelle liste d'attesa per la stessa prestazione occorre attendere fino a 200 giorni. Sarebbe utile trovare una forma di accordo che preveda – ma questo è solo un esempio dei tanti che si possono fare – la possibilità di esercitare l'attività in *intramoenia* solo se la lista d'attesa non supera i 90 giorni. Il mio è solo un suggerimento, ma potrebbe costituire un'opportunità per aiutare le aziende che non sempre sono in grado, singolarmente, di stipulare accordi che garantiscano l'equilibrio tra le due attività. Sarebbe utile anche contare il numero di prestazioni svolte nel corso dell'una attività e dell'altra per stabilire degli *standard*. Ritengo che essi debbano essere abbastanza simili, anche se – lo posso capire – non del tutto uguali, cosa che al momento da noi non si verifica.

In precedenza ho accennato al sistema di prenotazione, ma voglio ora ribadire il concetto con maggiore chiarezza. Credo che anche per l'*intramoenia* debba esistere un sistema di prenotazione assolutamente trasparente e quindi totalmente informatizzato e che esso debba essere gestito attraverso l'azienda. Non ritengo utile ciò che accade talvolta, ovvero che il singolo professionista tenga per sé la propria agenda (ovviamente non mi riferisco ai professionisti che lavorano nell'ASL Roma D). Tale situazione potrebbe dare al cittadino l'impressione che si tratti di un'attività totalmente privata, mentre credo che essa vada condivisa con l'ASL.

GRASSO. Non intendo ripetere le osservazioni svolte da chi mi ha preceduto, ma cercherò di descrivere lo stato dell'arte per quanto riguarda l'ASL Roma E. È in fase di rivisitazione il regolamento in vigore dal 2003; esso è stato modificato dall'attuale direzione, è stato concordato con le organizzazioni sindacali e proprio in questi giorni si trova in fase di deliberazione. Sottolineo questo aspetto perché la regolamentazione precedente ha gestito la libera professione in una fase di avvio, con tutte le criticità e le esigenze di successivi adattamenti che le fasi di avvio comportano.

Ricordo che stiamo parlando dell'ASL Roma E, cioè di una struttura con un numero complessivo di posti letto accreditati pari a 5.000, ma in cui i posti letto direttamente gestiti sono inferiori a 380. Quindi è difficile individuare spazi interni per degenze separate, tant'è che spazi di degenza destinati in maniera esclusiva all'attività libero-professionale si trovano solo nell'Ospedale oftalmico, in cui c'è un piccolo reparto per la libera professione, con tre posti letto e strutture ambulatoriali. Per il resto l'amministrazione precedente, e anche l'attuale nei primi mesi di attività, si è trovata nella situazione di dover approvare la commistione di posti letto per l'attività libero-professionale nello stesso spazio della degenza ordinaria, e dunque di dover disciplinare questa situazione abbastanza critica.

Lo stesso vale per gli spazi ambulatoriali: fatta eccezione per la situazione dell'oftalmico, nell'ospedale Santo Spirito vi sono spazi comuni, seppure separati per fasce orarie. Anche questo non rappresenta una giusta separazione dei flussi tra l'utenza istituzionale ordinaria e quella in libera professione. È stato individuato un finanziamento dall'apposito fondo ed è in fase di progettazione esecutiva (quindi di avvio per la realizzazione) un'area destinata esclusivamente ad attività ambulatoriali di libera professione.

Ho fatto questa rapidissima premessa per dire che, di fatto, la gestione è stata necessariamente orientata ad un'autorizzazione esterna, vale a dire alla cosiddetta *intramoenia* allargata. Ciò comporta certamente notevoli criticità, soprattutto in un sistema, quale quello esistente fino a poco tempo fa, di accesso alle prenotazioni ambulatoriali non regolamentato, come è invece oggi nella regione Lazio. In questo la regione Lazio è unica in Italia: c'è un sistema RECUP regionale, tramite il quale è possibile conoscere i tempi di attesa delle prestazioni, che sono disponibili – come ben sapete – sul sito regionale; ogni cittadino può quindi conoscere i propri, nonché quelli di ogni altra struttura. Il sistema RECUP regionale potrebbe dare soluzione al problema di cui parlava la dottoressa Gabriele, cioè quello di dare spazi anche alla lista di attesa in libera professione, laddove questa fosse governata unitariamente. Uno dei punti critici, insieme al regolamento che stiamo rivedendo, è pertanto il problema degli accessi e della regolamentazione, che in questo periodo è stato abbondantemente riferito ad una prestazione in *intramoenia* allargata.

Diversamente, l'area a pagamento è invece poco sviluppata, sia come vendita di prestazioni in conto terzi, sia per quanto riguarda acquisti per liste di attesa. Sostanzialmente l'azienda ha risposto alla criticità dei tempi

di attesa lunghi con un aumento della produzione propria, attraverso i propri professionisti e non attraverso l'acquisto di prestazioni.

Il fatturato è abbastanza limitato, intorno ai 4 milioni di euro; non ci sono certamente i volumi del Policlinico Gemelli. Anche i criteri di riparto sono in fase di rinegoziazione, perché sono stati contrattati in via decentrata e in sedi differenziate, non in maniera unitaria dall'amministrazione. C'è quindi un'ulteriore criticità, derivante dal fatto che i criteri di riparto sono differenziati secondo le tipologie di attività (oculistica, chirurgia, ginecologia e quant'altro). Il nuovo regolamento ridefinisce questa situazione.

Questa direzione si muove con un criterio fondamentale: essa ritiene che l'attività libero-professionale sia un'attività commerciale, ma anche che, in un sistema pubblico che tutela la salute (l'azienda ha una funzione di committenza nella tutela della salute), quest'ultima debba essere garantita attraverso il rispetto di regole e criteri controllati. Il regolamento si muove in questa direzione. Ovviamente, un sistema di attività commerciale significa forte governo, ma anche spazi per svolgere questa attività in maniera separata, strumenti informatici di governo di queste funzioni per quanto riguarda le liste d'attesa, strumenti di contabilità che separino nettamente l'attività libero-professionale dal bilancio e dalla contabilità ordinari.

In base alla mia esperienza, non solo presso il Policlinico Gemelli (dove ho avuto l'opportunità di partecipare allo sviluppo dell'attività libero-professionale), ma anche in Veneto, presso l'azienda ospedaliera di Padova, posso affermare che i livelli di avanzamento di questo tipo di organizzazione consentono sempre più di sviluppare una logica di attività commerciale regolata se effettivamente il sistema si muove con regole e con strumenti adeguati. Credo che dobbiamo muoverci in questa direzione. Resta la criticità, sicuramente molto forte per quanto riguarda l'ospedale Santo Spirito, struttura piccola rispetto ad altre più ampie, di individuare comunque sedi separate per la degenza. Questo è un punto fondamentale. Il diritto e l'equità di accesso, le regole di controllo di questa funzione sono il *back office* dell'organizzazione e devono essere rese note al cittadino. Ma gli spazi devono essere nettamente separati, altrimenti nascono conflitti molto forti, anche nella gestione del paziente.

CURSI (AN). Signor Presidente, abbiamo ascoltato una serie di considerazioni utili per cercare di capire in quale modo muoverci. Vorrei tuttavia ricordare un accordo, che probabilmente qualcuno ha dimenticato (io ero presente a quell'incontro in qualità di Sottosegretario): quello stipulato in sede di Conferenza Stato-Regioni nel marzo 2006, che fissava date, scadenze e le cento prestazioni che erano state oggetto di incontri a livello operativo e che quindi prevedevano regole e scadenze. Le Regioni avevano chiesto di rivisitare almeno la metà di tali prestazioni per poter organizzare il lavoro. Oggi siamo al 15 febbraio 2007: è passato un anno e quell'accordo è finito nel cassetto, non so in quale, forse in un cassetto di qualche scrivania che è stata poi mandata al macero. Così ricominciamo.



Si è perso un anno per cercare di definire un percorso, che era stato comunque condiviso dalla Conferenza Stato-Regioni. La fissazione delle cento prestazioni offriva anche la possibilità di definire in termini seri l'*intramoenia* allargata; questo non c'è stato. Oggi ricominciamo, ma non sappiamo ancora cosa accadrà.

Capita di leggere sui giornali che per alcuni esami diagnostici, al di là delle buone intenzioni, occorre attendere 600 o 700 giorni. Noi pensavamo – io pensavo, essendo romano – che fosse una situazione tipica di Roma e del Lazio; poi ho visto che l'Emilia Romagna, la Toscana, il Veneto, la Lombardia si trovano nelle stesse condizioni. Quando abbiamo fatto la mappa della situazione sul territorio abbiamo visto quali sono i tempi per le liste di attesa. Ripeto, oggi le liste di attesa per alcune prestazioni vanno mediamente dai 350 e i 700 giorni. Oggi però ci troviamo di fronte a una scadenza che riguarda tutte le Regioni, per alcune delle quali nell'anno trascorso non è stato fatto nulla.

A marzo presumibilmente termineremo i lavori di questa indagine conoscitiva e il Ministro presenterà un disegno di legge, che poi dovrà seguire il suo percorso parlamentare. In questa sede il Ministro ci ha detto che le Regioni presenteranno entro questo mese – spero che l'abbiano già fatto – i piani per poter attrezzare le aree da destinare all'*intramoenia* interna o esterna.

La domanda che rivolgo ai responsabili delle aziende sanitarie e ospedaliere oggi presenti è la seguente: è credibile e immaginabile che si possano predisporre e adeguare le strutture (in genere attraverso l'espletamento di gare), anche in considerazione delle attuali liste di attesa, rispettando i termini previsti dalla legge? Quanti posti letto, ad esempio, sono destinati all'*intramoenia* nelle ASL? Ho saputo quanti sono quelli del Policlinico Gemelli, ma vorrei sapere anche dalle ASL Roma D ed E quanti ne sono stati attrezzati. C'è già un progetto? E questo progetto cosa prevede in termini di tempi? Ci saranno una gara e un appalto? Poiché la data di scadenza entro la quale dobbiamo lavorare è il 31 luglio (e sembrerebbe che per quella data sarà già pronto un nuovo progetto), vorremmo sapere da voi che tipo di lavoro è stato fatto e se è stata già presentata una proposta in merito.

Quali sono stati gli effetti dell'attività di libera professione in *intramoenia* sulle liste di attesa? Che risultati ha dato, se è vero, come è vero, che nelle vostre ASL le liste di attesa sono ancora abbastanza corpose? Qualora esista, come è stata accolta la proposta delle vostre ASL in merito a tale attività? Ai rappresentanti del Policlinico Gemelli e delle ASL Roma D ed E, che fanno tutti parte della regione Lazio, vorrei chiedere quali problemi, a loro parere, creerà la riduzione di 1.500 posti letto già deliberata e quella prevista tra il 2008 e il 2009, pari ad altri 1.500 posti. Immagino infatti che la diminuzione dei posti letto possa creare qualche problema. Non è certo uno scherzo attrezzare delle aree per lo svolgimento dell'attività in *intramoenia*, allargata o no. Noi siamo convinti che sia possibile e giusto farlo, pur nella consapevolezza dei costi e del fatto che sino ad oggi non si sono ottenuti grandi risultati.

Vorrei chiedere infine ai responsabili delle ASL e del Policlinico Gemelli, quali conseguenze sono derivate dalla mancata attuazione dell'accordo concluso in sede di Conferenza Stato-Regioni nel marzo 2006, che è stato dimenticato in un cassetto.

TOMASSINI (FI). Nell'ambito dell'odierna audizione ho riscontrato una certa disomogeneità nella presentazione delle aziende, che peraltro abbracciano filosofie di gestione differenti. Ad esempio, il Policlinico Gemelli è assolutamente peculiare a livello nazionale ed è paragonabile, forse, al solo ospedale San Raffaele di Milano; si aggiunga anche il fatto che esso è un'azienda mista, in cui è presente anche un insegnamento universitario. Assai diversa è la situazione dell'ospedale Santo Spirito, che è stato recentemente restaurato, ma che proviene da un'esperienza e da una storia differenti rispetto a quella del Policlinico Gemelli.

Voglio subito precisare che, se attraverso le audizioni odierne si intendeva offrire uno spaccato della situazione nella regione Lazio, sarebbe stata utile la presenza dei rappresentanti delle realtà sanitarie delle Province diverse da Roma. Comunque, stante la nostra ormai lunga esperienza di audizioni, non sarà difficile riuscire a trarre indicazioni utili, sperando anche di poter ricevere i questionari compilati, che ci consentiranno ulteriori chiarimenti e approfondimenti.

Vorrei ricordare alla dottoressa Gabriele che quello alla libera professione è un diritto-dovere costituzionale, che riguarda tutti i cittadini e in particolare gli operatori sanitari. Lei è tenuta a rispettare sia la Costituzione che la legislazione vigente. Nella nostra audizione, dunque, è invitata a risponderci tenendo presente il contesto normativo. L'attività professionale, grazie a Dio, è libera nell'ambito dell'orario fissato e nel rispetto di criteri prestabiliti. È evidente dunque che all'interno di tale orario ogni professionista può decidere liberamente il flusso dei pazienti da ricevere e, proprio grazie alla legge vigente, può esercitare qualsiasi specialità di cui sia titolato, così come prevedono le disposizioni sull'*intramoenia* volute dall'allora ministro Bindi. Tra l'altro, vorrei ricordare che all'epoca critici il Ministro per l'ampiezza con cui riconobbe la libera professione.

Devo inoltre segnalare alla dottoressa Gabriele che la gran parte di coloro che sono stati auditi – e ciò vale soprattutto per gli amministratori regionali – hanno affermato in maniera chiara che il problema delle liste d'attesa non ha nulla a che vedere con l'esercizio della libera professione: le due questioni sono nettamente separate tra loro.

Passo ora alle domande che voglio rivolgere a tutti i nostri auditi.

In primo luogo vorrei mi dicessero in maniera categorica, con un sì o con un no, se ritengono credibile la prospettiva di eliminare entro il 31 luglio la libera professione *intramoenia* allargata nelle loro strutture, per quanto di loro competenza. In secondo luogo domando loro se quanto impiegato, in termini di locali e di personale, all'interno delle strutture in convenzione è sufficientemente compensato dagli incassi che derivano dalla libera professione. In terzo luogo, visti gli intendimenti della revisione della legge, se ritengono prioritari gli investimenti finalizzati ad ot-

tenere ulteriori spazi e adeguamenti per la libera professione *intramoenia* rispetto ad altri possibili interventi dedicati a migliorare le strutture e gli strumenti per le prestazioni generali che si svolgono negli orari di lavoro istituzionale. Voglio infine chiedere se essi tengono conto del fatto che il 70 per cento dei professionisti medici, che fino ad ora ha scelto l'*intramoenia*, aveva di fatto già compiuto tale scelta già prima dell'approvazione della legge – nel senso che essi non praticavano la libera professione – e che del 30 per cento che pratica la libera professione quasi il 90 per cento lavora in chirurgia.

Da ultimo, vorrei rivolgere alcune domande specifiche alla dottoressa Gabriele. In primo luogo le chiedo se ha ricevuto finanziamenti dalla Regione per attivare spazi per la libera professione e per aggiornare le strutture e, in caso di risposta positiva, come li ha utilizzati. Vorrei sapere inoltre quale percentuale di posti letto ha destinato alla libera professione chirurgica *intramoenia*, quanti locali ambulatoriali nella sua struttura sono dedicati alla libera professione *intramoenia* e se tali locali sono adatti all'attuale complessità dell'attività ambulatoriale. Solo per fare alcuni esempi, si consideri che il *pick-up* di un ovocita si può fare in ambulatorio e che la diagnostica ortopedica spesso necessita nell'immediato di un controllo ecografico. Dunque desidero capire se gli ambulatori sono adeguatamente attrezzati ovvero se ci sono soltanto lo sfigmomanometro e il fonendoscopio. Le chiedo infine quante prestazioni vengono svolte, qual è il relativo volume d'affari ed infine se, nella sua azienda, viene garantita la libera professione anche per il personale sanitario non medico, così come previsto dalla legge vigente.

BOSONE (*Aut*). Innanzi tutto voglio ribadire la necessità di non confondere il problema delle liste d'attesa con quello dell'*intramoenia*, perché spesso le prime non dipendono dal fatto che il medico svolga o no attività intramuraria, ma dalla stessa organizzazione che l'azienda sanitaria mette a disposizione. Anzi, talvolta il medico è messo nelle condizioni di non poter svolgere l'attività *intramoenia* perché l'azienda sanitaria non è in grado di organizzare né l'*intramoenia* né l'attività ordinaria.

Bisogna partire dal presupposto che l'*intramoenia* è una ricchezza per le aziende e le strutture sanitarie, che attiene alla libertà della cura e del rapporto medico-paziente e che dunque dobbiamo cercare di organizzare a tutti i livelli, non solo quelli dei responsabili delle strutture complesse, ma anche quelli della dirigenza medica e delle altre professioni sanitarie in generale. Occorre considerare le difficoltà che emergono per tutti: per le strutture private accreditate, per quelle pubbliche di vario genere e per gli IRCCS.

Va considerato poi che l'*intramoenia* pone anche un problema di economia sanitaria. Se infatti si devono separare esattamente gli spazi dedicati all'attività *intramoenia* da quelli dedicati all'attività istituzionale, bisogna dedicare a questo scopo una certa quantità di investimenti, sia da parte del Ministero (cioè dello Stato) sia da parte delle aziende locali, con risorse che magari vengono sottratte al potenziamento di attività isti-

tuzionali. Vanno considerati inoltre i costi di gestione degli spazi dedicati in modo esclusivo all'*intramoenia* (parlo soprattutto dell'attività ambulatoriale, di diagnostica e di clinica; è chiaro che l'attività chirurgica e di reparto devono avere una separazione netta).

Tutto ciò considerato, mi chiedo e chiedo a voi se non sia magari immaginabile, nella revisione che stiamo facendo, non prevedere una netta separazione degli spazi dedicati all'*intramoenia* da quelli dedicati all'attività istituzionale, essendo sufficiente una netta divisione delle fasce orarie (a parte le agende e le prenotazioni separate). Mi chiedo, cioè, se non sia possibile una soluzione per cui, per lo meno per l'attività ambulatoriale ordinaria e diagnostica (per l'attività di reparto ci devono essere spazi separati, altrimenti si determinerebbero problemi noti), vi possa essere una commistione tra attività ordinaria e attività *intramoenia*, come già oggi peraltro succede in quasi tutte le strutture, se non vogliamo raccontarci delle favole. Questo comporterebbe probabilmente risparmi di investimenti e limiterebbe i costi di gestione, rendendo più sopportabile un'attività *intramoenia* che, a questo punto, deve cercare di essere il meno possibile allargata all'esterno e il più possibile funzionale all'integrazione delle prestazioni all'interno della struttura sanitaria.

*CICCHETTI*. Signor Presidente, cercherò di essere molto sintetico nella mia replica. Quello degli spazi è certamente uno dei problemi fondamentali. Gli spazi non si inventano dall'oggi al domani; ci vogliono tempi lunghi, anche di programmazione perché bisogna sapere bene cosa si vuol fare. Per quanto riguarda il nostro caso specifico, cui accenavo nel mio intervento iniziale, storicamente il Policlinico Gemelli ha sempre svolto un'attività *intramoenia*, anche prima che fosse regolata dalla legge. C'è pertanto una tradizione ad avere spazi separati, almeno per la degenza, e in questo caso credo che non vi sia possibilità di fare diversamente.

Per quanto riguarda gli spazi ambulatoriali, alcuni possono essere destinati, altri possono essere usati sia per l'attività libero-professionale che per altre attività istituzionali, ovviamente attraverso un sistema di fasce orarie differenziate o di giorni alterni. Non si vede perché tali spazi debbano essere assolutamente destinati; la loro utilizzazione dipende anche dalla richiesta e dalle esigenze. Per quanto riguarda le strutture chirurgiche, è un po' difficile che esse vengano destinate esclusivamente all'attività libero-professionale, a meno che non ci sia un'attività libero-professionale specifica, perché ciò richiederebbe investimenti e personale destinato e, alla fine, non vi sarebbe alcuna possibilità di ritorno economico. Ovviamente un ritorno economico per l'amministrazione deve esserci: l'attività libero-professionale non deve costare più di quanto l'amministrazione spende, altrimenti sarebbe un lavoro a perdere. Ciò può essere verificato attraverso sistemi contabili, con i quali si può sapere esattamente quanto può costare una determinata attività e, nella ripartizione dei costi (che deve essere molto chiara), quanto va al medico, quanto al fondo di perequazione da redistribuire su tutto il personale e quanto all'amministra-

zione, togliendo a monte tutte le spese vive che l'amministrazione deve sostenere per permettere lo svolgimento di tale attività.

Per quanto riguarda poi l'esercizio dell'attività libero-professionale all'interno o all'esterno, distinguerei tra l'attività libero-professionale allargata di tipo ambulatoriale e l'attività libero-professionale di ricovero. In questo secondo caso sono dell'idea che debba essere svolta all'interno della struttura, mentre, per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, non c'è alcuna controindicazione a che essa sia svolta all'esterno. Certamente non può essere svolta tutta all'esterno; si deve trattare di una percentuale contenuta, ma non c'è nessuna controindicazione. Si tratta anche di un aspetto sociale: molti malati non vogliono andare negli ospedali per prestazioni ambulatoriali, ma preferiscono recarsi in ambulatori esterni. Trovo pertanto opportuno dare questa possibilità al medico, ovviamente con gli opportuni controlli (basta avere i blocchetti intestati all'ospedale) e con i necessari limiti, anche attraverso convenzioni con il medico.

Per quanto riguarda le liste di attesa, ritengo effettivamente che si tratti di un problema non legato all'esercizio della libera professione *intra-moenia*. In riferimento all'attività istituzionale, noi, al Gemelli, abbiamo affrontato tale questione cercando di contenere i tempi attraverso l'acquisto di prestazioni in più concordandole con gli stessi medici. Abbiamo predisposto dei pacchetti di incentivazione per le prestazioni più a rischio in termini di allungamento dei tempi di risposta. Ciò ha portato a tempi di risposta che ora sono all'interno di parametri considerati fisiologici.

Cambiare troppo spesso le regole dell'attività libero-professionale è rischioso, perché non è facile avviare un nuovo meccanismo. È chiaro che ci devono essere regole. Quelle attuali per alcuni versi vanno riviste, soprattutto per quanto riguarda la libera professione esterna in regime di ricovero; questo, secondo me, oggi è un punto piuttosto critico. Per il resto, se si applicano le norme vigenti in maniera corretta, il sistema funziona abbastanza bene.

*GABRIELE.* Signor Presidente, credo sia necessaria una precisazione da parte mia; probabilmente non mi sono spiegata bene e sono stata fraintesa. Ovviamente nell'azienda che dirigo si applicano tutte le norme in vigore e quindi c'è la possibilità di esercitare la libera professione *intramoenia*, ci mancherebbe altro! Né ho detto che ciò sia sbagliato dal punto di vista costituzionale. Ho semplicemente detto che una discriminazione economica, se ci sono liste di attesa troppo lunghe, differenzia i cittadini a seconda della loro possibilità di acquisire prestazioni. Questo mi sembra un problema che un'azienda che ha come *mission* quella di tutelare la salute di tutti si debba porre. Il nesso – lo ribadisco, perché evidentemente non mi sono saputa spiegare – è che, se c'è una lista di attesa di 300 giorni e c'è la possibilità di accedere all'*intramoenia* in due giorni, ci sono dei cittadini che, potendo acquistare direttamente la prestazione, sono indirettamente privilegiati. Questo, secondo il tipo di *management* che abbiamo costruito nella nostra azienda, è un problema di cui farsi carico, trovando un sistema che garantisca la medesima prestazione negli

stessi tempi, anche a chi non è in condizione di poter pagare una prestazione in regime di *intramoenia*.

Ho sollevato soltanto una questione prettamente organizzativa quando ho parlato di liste d'attesa e di attività *intramoenia*; intendo cioè affermare il principio che anche l'attività istituzionale deve garantire dei tempi d'attesa ragionevoli. Tant'è vero che ho fatto un esempio concreto (si tratta solo di un esempio, dovendo gestire un'azienda sono infatti abituata a pensare alle soluzioni concrete), ovvero che in presenza di liste d'attesa superiori ai 90 giorni non si possa svolgere attività professionale intramuraria. Visto che tutti, giustamente, desiderano svolgere l'attività libero-professionale *intramoenia*, questo collegamento potrebbe avere un effetto positivo sulle liste d'attesa.

Rispondendo alle sollecitazioni che mi sono state rivolte sul tema, sottolineo che non ho sostenuto di voler vincolare il singolo professionista a svolgere un certo tipo di prestazione quando pratica l'attività libero-professionale, perché so benissimo che in questo caso si trova in una condizione di libertà assoluta. Ritengo che invece lo si debba vincolare quando svolge l'attività istituzionale: occorre impedire che, nello stesso orario, un professionista offra decine di prestazioni in regime di *intramoenia* e magari soltanto tre nella sua attività istituzionale. Dunque non intendo limitare l'attività libero-professionale, ma stimolare quella istituzionale creando degli *standard* simili.

Voglio fare un cenno alla questione della specialità, su cui sono stata invitata a rispondere. Quando un professionista esercita l'attività *intramoenia* «usa» l'immagine dell'azienda, ne utilizza i timbri e i ricettari. Dunque l'azienda in qualche modo ne risponde, sia pure indirettamente. Per questo ritengo sia più corretto che il professionista svolga la sua attività intramuraria nella specialità che esercita anche nel corso della sua attività istituzionale, altrimenti si configura una corresponsabilità dell'azienda rispetto ad una situazione che, però, non è in grado di valutare adeguatamente. Del resto, non credo sia una limitazione pesante chiedere ad un chirurgo di lavorare come chirurgo e non, magari, come allergologo, cosa che a volte accade.

Mi è stato chiesto se l'ASL che dirigo ha ricevuto finanziamenti: la risposta è positiva, perché stiamo utilizzando i fondi *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988, ovviamente non per l'*intramoenia*, perché essi debbono essere utilizzati per altre finalità. In questo momento nella nostra azienda ci sono 20 cantieri aperti, tutte le sedi erano infatti assolutamente fatiscenti. Aggiungo anche che abbiamo la possibilità di svolgere attività *intramoenia* all'interno dell'azienda, perché stiamo adattando nuovi spazi al policlinico Di Liegro (*ex* San Vincenzo) e all'ospedale Grassi: in entrambe le strutture si parla di 20 posti.

Sempre in riferimento alle domande del senatore Tomassini, la nostra ASL possiede strutture assolutamente adeguate – dal punto di vista dell'accoglienza, della presentazione e del *comfort* – che garantiscono ai professionisti dell'azienda la possibilità di svolgere la propria attività *intramoenia*.

Un'ultima risposta. Nel mio intervento iniziale ho omesso di riferire che ci stiamo preparando perché sappiamo di dover rispettare una scadenza prevista dalla legge. La scadenza, dunque, non ci coglie impreparati. All'inizio ho evidenziato soprattutto le criticità, pensando di dare così un contributo maggiore alla discussione, ma se devo rappresentare la nostra situazione, la mia risposta è positiva: siamo in grado di rispettare le scadenze.

*GRASSO.* Sono d'accordo con il dottor Cicchetti relativamente alla necessità di utilizzare il buonsenso e di ridimensionare i problemi riferendoli al contesto. Certamente non si può confrontare un policlinico universitario con la realtà dell'ospedale Santo Spirito, non certo per la qualità dei professionisti, che sono in entrambi i casi di buon livello, ma per la diversa complessità delle due strutture. Credo dunque che il buon senso, prima ancora che la legge, debba portarci a cercare soluzioni adatte alla diversa complessità organizzativa di ciascuna struttura.

Per quel che riguarda le funzioni ambulatoriali, ritengo che sia più facilmente realizzabile l'individuazione di luoghi separati. Ho fatto riferimento ad un finanziamento *ad hoc* assegnato all'ospedale Santo Spirito e al fatto che è in corso di realizzazione un ambulatorio espressamente dedicato alla libera professione. In questo caso la competenza e l'esperienza ci dicono che realizzare *ex novo* delle strutture all'esterno che abbiano le complesse attrezzature tecnologiche necessarie non è affatto conveniente. Pensiamo alla complessità, alla tecnologia, alla cultura e all'organizzazione di un policlinico ad alta specializzazione; si parlava degli ovociti, ma pensiamo anche alla chirurgia stereotassica o alla radioterapia. Proprio il buonsenso, dunque, ci dice che realizzando una struttura all'esterno non abbiamo possibilità di raggiungere un equilibrio economico. Ho avuto l'onore di redigere un documento per l'azienda ospedaliera di Padova, presso la quale ho lavorato, in cui si analizzava l'ipotesi di fattibilità di una struttura esterna dedicata esclusivamente alla libera professione; tale obiettivo, verso cui era indirizzata anche la Regione, non era però realizzabile, proprio per la difficoltà di raggiungere volumi adeguati rispetto alle prestazioni erogabili in quella sede.

Per quello che riguarda l'ospedale Santo Spirito e l'azienda sanitaria locale Roma E, le soluzioni da ricercare sono dunque quelle dettate dal buonsenso. Occorre individuare degli spazi all'interno che, con un sistema di accesso e di regolazione, possano essere dedicati alla degenza per l'esercizio della libera professione. È questa l'unica condizione che consente di evitare inutili costi aggiuntivi per il sistema sanitario.

Vorrei avanzare anche un'altra ipotesi che può essere presa in considerazione e appoggiata in alcuni contesti. Credo che l'ASL Roma E, d'intesa con le altre strutture operanti sul territorio, possa sviluppare una sorta di logica di rete. Stiamo parlando di strutture che operano per il Servizio sanitario nazionale, in base ad un sistema di accreditamento più o meno sviluppato e sulla base di alcune regole contrattuali. Si potrebbero perciò individuare delle sedi comuni, all'esterno, anche nel processo di riconver-

sione. In questo modo potrebbero essere realizzati spazi comuni, anche mantenendo separati i costi e i ricavi attribuibili a ciascun soggetto, garantendo contemporaneamente il diritto all'esercizio della libera professione e l'esigenza dell'equilibrio economico e finanziario, di cui parlava correttamente il dottor Cicchetti. Attraverso soluzioni condivise e di rete si potrebbero coinvolgere le strutture più piccole, che altrimenti avrebbero difficoltà a giustificare autonomamente gli investimenti, che sarebbero comunque limitati, indirizzando le azioni verso le situazioni più critiche per quel che riguarda le strutture e l'adeguamento alle misure previste dal decreto legislativo n. 626 del 1994. Sono dunque disponibile, a nome dell'ASL che dirigo, a ragionare con gli amministratori delle strutture che insistono sul nostro stesso territorio per valutare ipotesi di questo tipo, che certo costituirebbero un'innovazione.

Passando ad un altro argomento di cui si è parlato, anche io distinguo nettamente l'esercizio della libera professione dal problema delle liste di attesa, se non altro per la differenza dei volumi delle attività. Il RECUP della regione Lazio, che offre la possibilità di accesso a tutte le strutture, è unico nel panorama nazionale. Altre Regioni hanno dei CUP provinciali, non integrati, non unici e dunque non c'è altrove un sistema analogo al nostro, capace di garantire accessibilità ed equità per tutti i soggetti. Per quel che riguarda i tempi, il punto centrale oggi non è più quello dei posti letto. Il provvedimento che mira alla riduzione dei posti letto, nonostante riguardi 67 posti su 380, non spaventa l'ospedale Santo Spirito. Oggi l'elemento di cui dobbiamo tener conto non è più il posto letto, ma il percorso assistenziale: ad esso dobbiamo far riferimento per riorientare la politica e l'organizzazione dei servizi sanitari. Comunque lo ribadisco: dobbiamo tenere separati il problema delle lista d'attesa e quello dell'attività *intramoenia* perché i volumi delle prestazioni istituzionali sono nettamente più ampi rispetto all'attività libero-professionale.

In riferimento invece alla remunerazione e al coinvolgimento del personale, ritengo che vada interessato anche quello non medico nello svolgimento dell'attività intramuraria, sebbene si tratti di figure piuttosto giovani che ancora non hanno potuto esprimersi compiutamente. Per quanto riguarda poi le figure della dirigenza, anche queste hanno diritto di svolgere l'attività *intramoenia*, anche di laboratorio o l'attività veterinaria laddove questa è praticabile.

PRESIDENTE. Ringrazio gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,30.*