



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 16

*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

51<sup>a</sup> seduta (pomeridiana): giovedì 15 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E****Audizione di rappresentanti di aziende ospedaliere sanitarie e locali e di organizzazioni di categoria**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 10, 11 e <i>passim</i>	* BIANCO . . . . .	Pag. 4, 18, 19
* CURSI (AN) . . . . .	11, 17, 19 e <i>passim</i>	* LICATA DI BAUCINA . . . . .	8, 20
		MACCHITELLA . . . . .	11, 21, 23
		* RICCIARDI . . . . .	13, 23

---

**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-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-Ind-MA; 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-Democrazia Cristiana: Misto-DC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

*Interviene il professor Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOM-CeO), il dottor Giuseppe Ricciardi, vice presidente nazionale del Coordinamento italiano medici ospedalieri – Associazione sindacale medici dirigenti (CIMO-ASMD), il dottor Francesco Licata di Baucina, direttore generale ARNAS Ospedale civico e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli di Palermo, e il dottor Luigi Macchitella, direttore generale dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,35.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di rappresentanti 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 di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma per questa seduta l'audizione del professor Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), del dottor Giuseppe Ricciardi, vice presidente nazionale del Coordinamento italiano medici ospedalieri – Associazione sindacale medici dirigenti (CIMO-ASMD), del dottor Francesco Licata di Baucina, direttore generale ARNAS Ospedale civico e Benfratelli, G. Di Cristina e M. Ascoli di Palermo, e del dottor Luigi Macchitella, direttore generale dell'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma, che saluto e ringrazio per aver accolto il nostro invito.

Prima di cedere loro la parola per una esposizione introduttiva, che mi augurerei di taglio sintetico, per consentire poi ai senatori qui presenti di porre domande e a voi di poter rispondere prima dell'inizio della seduta dell'Aula, vorrei dare una comunicazione ai colleghi. Dal momento che siamo venuti a conoscenza del fatto che ai fini della trasparenza fiscale la Guardia di finanza ha effettuato dei controlli in alcune Regioni italiane sulla cosiddetta attività ALPI allargata e che in proposito sono stati raccolti dei dati sul rilascio da parte dei medici delle ricevute fiscali, ritengo

opportuno che la Commissione acquisisca dal Ministero dell'economia e delle finanze ulteriori informazioni ai fini dell'indagine conoscitiva che stiamo svolgendo. Non facendosi osservazioni, così rimane stabilito.

Saranno comunque utili e gradite eventuali memorie scritte che intendeste inviarci, per approfondire le tematiche oggetto del nostro interesse.

*BIANCO.* Signor Presidente, onorevoli senatori, vorrei innanzitutto ringraziarvi per la cortese attenzione che avete riservato alla Federazione nazionale dell'ordine dei medici e degli odontoiatri con questa audizione sul tema della libera professione esercitata da medici e sanitari dipendenti del Servizio sanitario nazionale; una questione che va assumendo risvolti sempre più delicati non solo per gli interessi che oggettivamente muove, ma anche per le contrastanti opinioni che suscita nell'opinione pubblica, e, ritengo, anche nel mondo politico.

Il riconoscimento ai medici del diritto all'esercizio della libera professione «nelle mura e fuori le mura dell'ospedale», è stata una costante giuridica e contrattuale delle grandi riforme che negli ultimi 30 anni hanno coinvolto la nostra sanità pubblica. Il legislatore infatti, nel perseguire l'obiettivo di realizzare la transizione da un modello organizzativo di sistema sanitario pubblico, fondato sulla contribuzione alle casse malattia di categoria (garanti di prestazioni spesso molto differenziate) a quello di un servizio sanitario pubblico, finanziato dalla fiscalità generale con funzioni di tutela della salute, equo, universalistico, efficace e di qualità, si è sempre preoccupato di garantire una costante e forte osmosi tra i valori e gli interessi dei professionisti e quelli dei cittadini.

Così come avvenne con l'istituzione del tempo pieno, che coinvolse i medici pubblici dipendenti degli anni Settanta, quella dell'esclusività di rapporto, prevista per i dirigenti medici e sanitari negli anni Duemila, sfondò il muro delle diffidenze e delle ostilità professionali solo quando fu faticosamente definita una cornice legislativa e regolamentare al cui interno si consentiva l'esercizio della libera professione cosiddetta *intramoenia*, per chi aveva optato per il rapporto esclusivo, ed *extramoenia* per i non esclusivisti, il tutto svolto rigorosamente oltre l'orario di lavoro dovuto.

Come si può evincere, sul piano giuridico e contrattuale, il rapporto esclusivo del dirigente non si caratterizza per un divieto dell'esercizio della libera professione, quanto piuttosto per una sua diversa e più restrittiva regolamentazione, comunque fortemente orientata sia ad espandere l'offerta di servizi pubblici nell'area della domanda privata, sia ad ottimizzare l'utilizzo dell'offerta privata nell'area della domanda pubblica.

Il secondo contratto della dirigenza medica e sanitaria ha infatti previsto, accanto alla classica fattispecie di libera professione *intramoenia* (individuale e di *équipe*), quella cosiddetta aziendale, ovvero prestazioni che l'azienda «acquista» dai propri dirigenti per fini propri, non riconducibili all'interno dell'orario di lavoro, compreso il contenimento delle liste d'attesa.

L'ultimo contratto collettivo nazionale di lavoro ha ulteriormente diversificato l'insieme dell'istituto, individuando una tariffa oraria (60 euro) e liberando ulteriori disponibilità orarie per le attività ordinarie attraverso la possibilità di remunerare le guardie notturne con un tariffa forfettaria (480 euro).

Nella stessa direzione va un'altra norma contrattuale, che purtroppo vediamo poco ripresa, che prevede la destinazione di 30 minuti della riserva settimanale di quattro ore per l'aggiornamento, che non è computabile nei piani di attività, proprio per favorire il contenimento delle liste di attesa; 30 minuti non sono pochi, perché il tutto corrisponde, per i soli medici, a circa 2.750.000 ore di lavoro annuo, che, parificate ad un rapporto orario annuale, significa aver immesso nel sistema circa 1.640 nuovi dirigenti.

Regolamentata oggi a livello nazionale, regionale e locale, la materia si caratterizza sul piano formale e sostanziale per un grande equilibrio tra i diritti e i doveri in capo ai dirigenti medici e sanitari. Sono infatti disciplinati i volumi di attività dalla norma legislativa, il decreto legislativo n. 502/517 del 1992, all'articolo 15-*quinquies*, comma 3, secondo la quale quelli libero professionali non possono superare quelli istituzionali e la relativa disciplina contrattuale di rinvio puntualmente recepisce, dagli articoli 54 e 60, tali limitazioni.

Sono stati altresì regolamentati dal DPCM del marzo 2000 e successivi atti di regolamentazione regionale, laddove sono stati fatti, i luoghi di esercizio dell'attività *intramoenia* che, in deroga al principio generale e nell'impossibilità di realizzare spazi separati e distinti nelle strutture del Servizio sanitario nazionale, può essere svolta fuori dalle mura, in regime di ricovero o ambulatoriale, presso strutture private, autorizzate ma non accreditate, o meglio, non convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

In caso di impossibilità a reperire tali strutture, il decreto legislativo n. 254 del 2000, all'articolo 3, ha previsto la possibilità di usufruire di studi professionali privati, ivi compreso quello proprio, limitatamente all'attività ambulatoriale e previa autorizzazione aziendale, con una iniziale decadenza indicata al 31 luglio 2003, poi prorogata di anno in anno fino all'attuale provvedimento, il decreto legislativo n. 223 del 2006 in scadenza ultima al 31 luglio 2007; questo per quanto riguarda la cosiddetta *intramoenia* allargata.

Inoltre è stato definito il regime di remunerazione (tariffe concordate con le Aziende) e fiscale (sono tutte soggette a ritenuta IRPEF) di tali attività, che per l'*intramoenia* è assimilato a quello della dipendenza, con contestuale riconoscimento alle Aziende del ristoro delle spese sostenute, creando le condizioni materiali per il massimo di trasparenza remunerativa, tariffaria e contributiva.

Il regime sanzionatorio per i professionisti in caso di violazioni e inadempienze è, sul piano penale, quello oggettivamente risultante dagli obblighi dello stato giuridico, mentre su quello amministrativo, come sapete,

possono addirittura ricorrere gli estremi per la risoluzione del rapporto di lavoro per giusta causa.

Devo dire che appare fin troppo severo nelle previsioni – e forse per questo inapplicabile ed inapplicato – il sistema sanzionatorio relativo ai direttori generali, passibili – lo ricordo – in caso di gravi inadempienze commissive o omissive, di rimozione dall'incarico.

Tale cornice – bisogna dirlo – in non pochi luoghi è però saltata, complici le amnesie e le omissioni di alcuni direttori generali che non esercitano con sufficiente incisività i controlli previsti e non attivano strutture dedicate e gli sciagurati comportamenti di frange di professionisti che ne approfittano, dando occasioni e pretesti a quanti vogliono di fatto cancellare questo istituto.

Non saprei come altrimenti interpretare il fatto che – come vi è noto sicuramente – al consuntivo 2005, solo poco meno del 50 per cento delle ingenti risorse (826 milioni di euro) destinate a finanziare la costruzione di strutture per la libera professione sono state effettivamente utilizzate, e ben 422 milioni di euro, adesso poco meno, erano ancora in attesa di progetti. Si tratta di un tasso di mancato utilizzo di questo tipo di risorse che affligge le Regioni del Nord (Piemonte al 78,4 per cento, Lombardia al 63,4 per cento, Veneto al 52,8 per cento) e del Centro-Sud (Marche al 60,2 per cento, Puglia all'82 per cento). In alcuni casi, ad esempio Abruzzo e Campania, non si era nemmeno a conoscenza dell'esistenza di queste risorse, tant'è che il tasso di mancato utilizzo è stato totale, il 100 per cento.

Le indagini effettuate nel 2003 sia da una Commissione parlamentare che dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali mettono in luce una serie di dati che, se intrecciati con quelli esposti, disegnano uno scenario preoccupante, sul quale va fatta chiarezza.

Soprattutto al Centro-Sud l'*intramoenia* è svolta quasi del tutto fuori dalle mura, ma non si utilizzano le risorse per portarla dentro e le stime della spesa *pro-capite* per cittadino per l'attività libero professionale sono in queste stesse Regioni nettamente inferiori alla media nazionale, allora stimata in circa 15 euro l'anno (Lombardia: 19,22 euro; Piemonte 25,9 euro; Veneto 22,22 euro; Toscana 25,44 euro; Lazio 15,21 euro; Campania 5,45 euro; Puglia 9,88 euro; Calabria 2,85 euro; Sicilia 5,92 euro).

Tutti ci auguriamo che le cose siano cambiate negli ultimi tre anni perché questa devastante miscela di negligenze manageriali e di opportunismi di settori professionali alimenta, nella percezione del cittadino in lista d'attesa, la convinzione che la libera professione *intramoenia* sia il canale sul quale viaggiano spediti i diritti di chi può pagarseli. Purtroppo in alcune realtà questo è un fatto oggettivo, che è inutile e dannoso rimuovere. E così le colpe di alcuni, talora enfatizzate da una partigiana regia mediatica, ricadono su tutti e il decisore politico – anche quello non di buona volontà – fatica a sottrarsi alle pressioni di quanti individuano un nesso di causalità tra liste d'attesa e libera professione *intramoenia*, de-

nunciandone quindi l'incompatibilità etica ed organizzativa con le attività istituzionali.

La valutazione dei dati disponibili non supporta, sul piano delle evidenze, questa relazione negativa tra liste di attesa e libera professione *intramoenia*; è infatti impossibile sostenere che tale attività, una quota del tutto marginale dell'insieme di prestazioni effettuate, possa determinare il *deficit* complessivo dell'offerta di servizi da cui deriverebbero le liste di attesa. In particolare, l'indagine 2003 dell'Agenzia per i servizi sanitari nazionali ci dice che i DRG eseguiti in regime di libera professione *intramoenia* costituiscono lo 0,39 per cento di tutti i DRG eseguiti nel Sistema sanitario nazionale, ed in particolare poco più del 50 per cento di questi afferiscono a situazioni nosologiche poco credibili per le liste d'attesa, quali, ad esempio, il parto cesareo e quello vaginale. Mi risulta poco credibile immaginare una lista di attesa per i parti o per interventi sul cristallino, sul ginocchio ed altre articolazioni maggiori.

In questo clima stenta ad emergere un'altra evidenza, e cioè che questa attività, in tutte quelle realtà, che non sono poche, dove è governata dal rispetto delle regole, non interferisce negativamente con le liste d'attesa e crea un valore aggiunto per l'Azienda sanitaria, diversificando l'offerta dei servizi ed incentivando i propri professionisti a catturare quella quota di domanda che, pur in presenza di una efficace risposta pubblica, si rivolge al privato per una scelta libera e consapevole.

In questa delicata materia posta al crocevia di molteplici interessi è dunque necessario reintervenire con misure idonee a migliorare quanto in alcune situazioni non funziona, o non convince, o non dà sufficienti garanzie di equità e rispetto degli obblighi istituzionali.

Innanzitutto andrà trovata una soluzione efficace alla decadenza al 31 luglio 2007 della cosiddetta *intramoenia* allargata, ovvero l'esercizio dell'*intramoenia* ambulatoriale negli studi privati; l'unica praticabile, salvo impedire le attività, è quella di renderla temporalmente contestuale all'attivazione degli spazi separati e distinti; un'azione che, come abbiamo visto, compete alle Regioni.

L'annunciato provvedimento legislativo sul cosiddetto governo clinico potrebbe invece costituire la cornice di valori condivisi e lo strumento più idoneo per conseguire obiettivi di maggiore respiro, se davvero si farà carico di trasferire la responsabilità specifica di assicurare la qualità, l'efficacia e l'efficienza dei servizi, dal direttore generale ai dipartimenti ed in ultima istanza al collegio di direzione.

Accanto alle più incisive azioni di contenimento delle liste di attesa, nello specifico della libera professione si potrebbe ad esempio prevedere l'affidamento ad appositi nuclei dipartimentali della responsabilità di garantire il rispetto delle procedure e delle regole di esercizio delle attività *intramoenia*, ovvero la definizione e la valutazione quali/quantitativa del rapporto tra attività istituzionale e libero professionale.

Questi nuclei, costituiti in modo paritetico da dirigenti medici e sanitari del dipartimento e da componenti esterni all'Azienda (penso, ad esempio, al Comitato etico di azienda o agli Ordini) avrebbero la potestà di ac-

cedere ai flussi informativi e/o disporre l'obbligo. Questo allo scopo di osservare gli andamenti delle attività e produrre *report* periodici al collegio di direzione al fine di disporre eventuali misure di correzione dei fenomeni fuori regola e le relative sanzioni.

Non si può, né si deve, più tollerare l'insana collusione tra disdicevoli comportamenti professionali e inerzia regolatoria e di controllo delle direzioni generali, perché è necessario dare credibilità ed autorevolezza agli sforzi per ricondurre anche questo istituto ai principi di dignità e decoro della professione e garantire, attraverso la libertà dell'esercizio professionale, anche le libertà dei cittadini.

Comprendiamo il disagio politico derivante dalla percezione del cosiddetto doppio canale di accesso ai servizi, quello rapido a pagamento e quello dai tempi più lunghi delle liste d'attesa, ma riteniamo sbagliata ed ingiusta ogni ipotesi di negare ai medici dirigenti il diritto ad esercitare la libera professione, magari in nome di un'etica che facilmente si dissolve in estetica (fatela dove volete e come volete, ma fuori!) se non addirittura in una cosmesi (tutto come prima, ma con altre vestigia).

È questa una stagione che abbiamo già vissuto e che vorremmo non ritornasse più.

*LICATA DI BAUCINA.* Ringrazio il Presidente e i senatori per avermi invitato. Cercherò di essere il più conciso possibile.

Sono direttore generale dell'ARNAS di Palermo, un'azienda nazionale di alta specialità, la più grande del Meridione insieme all'ospedale Cardarelli di Napoli, per complessivi 1.100 posti letto suddivisi in tre presidi ospedalieri, di cui uno è l'ospedale per bambini, unica struttura pediatrica presente in Sicilia.

La nostra è una realtà particolare perché il 98,5 per cento dei medici hanno scelto il rapporto esclusivo e di questi oltre il 30 per cento hanno chiesto, ed è stata loro concessa, l'*intramoenia* allargata.

A fronte di 779 medici e di 790 dipendenti totali appartenenti alla dirigenza sanitaria, ben 779 hanno scelto il rapporto esclusivo nel 2005; di 776 totali nel 2006, ben 775 hanno scelto il rapporto esclusivo. Dei 790 dipendenti, 769 medici nel 2005 effettuano anche l'ALPI allargata. Sul totale, ben 222 medici nel 2005 e 233 nel 2006 hanno avuto autorizzata l'ALPI allargata. Per quanto riguarda il fatturato, nel 2005 ci aggiriamo intorno ai 2.800.000 di euro e a 3.138.000 nel 2006. Se osserviamo i dati, si nota che la gran parte del fatturato deriva appunto dall'ALPI allargata. L'attività e i ricavi derivanti dai ricoveri ospedalieri, infatti, sono di modica rilevanza.

Ho predisposto sia un promemoria che la risposta al questionario che mi è stato trasmesso dalla Commissione, che ritengo esaustivi delle richieste rivolteci.

Va rilevato inoltre un altro aspetto: agiamo in un territorio in cui non esistono strutture private non accreditate, per cui reperire al di fuori dell'ospedale degli spazi per esercitare un'ALPI con ricovero è difficile. Questa è la ragione per cui negli ultimi anni abbiamo cercato di reperire degli



spazi all'interno, riuscendo a recuperare fino ad ora otto posti, che sono già in funzione, mentre ne stiamo ricavando altri otto.

Si tratta di un aspetto dalle dimensioni molto modeste, come dimostrato da alcuni esempi. Per quanto riguarda la cardiocirurgia pediatrica, abbiamo avuto due interventi con ricovero nel 2005 e due nel 2006. Nel 2006 ci sono stati solo due interventi di cardiocirurgia, mentre di chirurgia maxillo-facciale ce ne sono stati 15 e 28 nel 2006, a fronte, ad esempio, sempre nella chirurgia maxillo-facciale, di 187 interventi realizzati in istituzionale. In realtà, da noi l'ALPI ha sofferto anche della situazione sociale abbastanza difficile e ha riportato ricavi abbastanza contenuti.

La contabilità separata, che è stata istituita fin dal 2002, ha funzionato e l'azienda è in attivo perché ha dei ricavi abbastanza rilevanti; ci aggiriamo intorno ad un ammontare netto di introito di 500.000 euro l'anno.

Il punto di debolezza sta negli spazi perché la nostra struttura – come lei, Presidente, ben sa – è stata realizzata attorno agli anni Venti. Sono attualmente in corso lavori di ristrutturazione per circa 130.000 euro. Gli spazi, quindi, sono ben limitati perché l'intero ospedale è in fase di ristrutturazione, tanto è vero che non abbiamo laboratori o ambulatori dedicati in esclusiva all'*intramoenia*. Si utilizzano infatti, anche se in orari diversi, i locali destinati all'attività istituzionale. Circa 75 ambulatori vengono dedicati sia all'attività istituzionale che all'attività ambulatoriale, a fronte di un totale di 1.100 posti letto – come abbiamo detto – che oggi sono ridotti a 1.090.

Il punto di debolezza da segnalare alla Commissione, oltre alla carenza di spazi disponibili, è la non completa informatizzazione del sistema. In realtà, non abbiamo un CUP che funziona per la totalità dei servizi che l'azienda offre. Questo è chiaramente un punto di debolezza perché è quello che presta più il fianco a deviazioni per quanto riguarda sia l'esercizio dell'ALPI che la prenotazione.

Abbiamo invece sfruttato la possibilità concessa dall'articolo 55 del contratto nazionale di lavoro: l'acquisto di prestazioni necessarie ad alcuni programmi. Nel 2002, quando sono stato nominato direttore generale dell'Ospedale civico di Palermo, ho trovato tempi di attesa di oltre 18 mesi per l'operazione di cataratta; ebbene, con l'utilizzo di questo sistema oggi non arriviamo a 50 giorni. Vi renderete ben conto del fatto che erano tempi insostenibili, soprattutto se si considera che i pazienti che si rivolgono alla struttura pubblica sono complessi, complicati e anziani che non potevano aspettare tempi così lunghi, che però sono stati abbattuti.

La stessa soluzione è stata adottata per gli esami cardiologici. Il ricorso allo strumento previsto dal contratto nazionale collettivo di lavoro ci ha consentito, infatti, di portare da sette a due giorni i tempi necessari per l'espletamento degli esami ecocardiografici, che sono fondamentali e che, tra l'altro, gravavano sul tempo di degenza non soltanto degli esterni, ma anche e soprattutto degli interni. Se l'espletamento di questi esami, infatti, superava i sette giorni, veniva compromessa la degenza media del ricovero. Abbiamo acquisito la possibilità fornita dall'articolo 55, utiliz-

zando però esclusivamente i fondi del bilancio ospedaliero, perché la Regione a tutt'oggi non ci ha riconosciuto nessuna particolare agevolazione.

Il punto di forza della nostra azienda è invece rappresentato dal giusto impiego del regolamento per l'attività *intramoenia*, che ci ha permesso di istituire le commissioni paritetiche che, in realtà, funzionano. Peraltro, prevedendo con una norma la possibilità di effettuare ispezioni, anche in forma individuale, da parte delle commissioni presso gli studi privati, è stato possibile rilevare alcune irregolarità nell'esercizio dell'ALPI allargata. Questo espediente ci ha dunque consentito di denunciare tali abusi alle competenti autorità.

Abbiamo emesso dei provvedimenti sanzionatori; abbiamo addirittura in corso, per alcune situazioni particolarmente gravi, il procedimento di risoluzione del contratto di lavoro. Aggiungo che simili risultati sono stati conseguiti anche grazie ad un protocollo di legalità, stipulato dalla nostra Azienda con la Guardia di finanza, che ha agevolato e reso più efficace il rapporto per la possibilità per l'Azienda di agire tramite il referente che si interfaccia direttamente con il Comando provinciale della Guardia di finanza. Il sistema permette di effettuare tutte le segnalazioni in automatico, a differenza di quanto accadeva negli anni passati, quando esse si attivavano con procedimenti burocratici, farraginosi e molto difficilmente riscontrabili dall'utenza.

Questa è grosso modo la situazione attuale. Stiamo cercando di portare avanti e di promuovere la possibilità dell'utilizzo dell'*intramoenia*; in tal senso recentemente ho nominato un ottimo chirurgo che lavorava all'ISMET, dove guadagnava tre volte quanto gli può garantire la nostra azienda, e sono riuscito a portarlo da noi fornendogli la possibilità di utilizzare una struttura idonea, distinta e separata, così come prevede la legge, all'interno dell'ospedale, e quindi in tal modo a dare ai cittadini l'opportunità di usufruire dell'*intramoenia* nell'ambito della stessa struttura ospedaliera.

Credo infatti che la strada giusta sia quella di consentire progressivamente a tutti i medici di lavorare bene all'interno dell'ospedale, anche perché ritengo che la prestazione effettuata all'interno di una struttura come la nostra, e comunque nell'ambito di un ospedale pubblico, abbia soprattutto il vantaggio di garantire l'utente dal punto di vista della sicurezza.

PRESIDENTE. Ringrazio il direttore generale dell'Ospedale civico di Palermo, dottor Licata Di Baucina, e aggiungo che destano qualche perplessità – ma forse perché non li ho ben compresi – alcuni dati fornitici a proposito del volume totale di alcune attività dell'ospedale da lui diretto che, come è noto, è il più grande del Centro-Sud del Paese. Mi riferisco nello specifico ai 181 ricoveri in chirurgia vascolare e ai 282 in chirurgia toracica, che in un anno sembrano molto pochi, soprattutto se si considera che ci stiamo riferendo a Palermo, che è la quinta città italiana, e a due specialità, quella vascolare e quella toracica, che sono tradizionalmente molto richieste.

Auspico quindi che il dottor Licata possa chiarire questo aspetto in sede di replica. Condivido inoltre quanto affermato dal nostro ospite in ordine all'utilizzo dei fondi regionali. Come è noto, la Regione siciliana è tra quelle che storicamente, ovvero dal 1988 ad oggi, non hanno acceduto ai fondi messi a disposizione dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e mi risulta che alla fine degli anni Novanta vi fossero quasi 500 milioni di lire rimaste inutilizzate dal 1988. Pertanto, pur considerando assolutamente meritorio che il dottor Licata abbia utilizzato dei fondi del proprio bilancio, dal momento che le risorse stanziare dal suddetto articolo 20 esistono è importante che le Regioni possano farne uso, come del resto già segnalato dal professor Bianco.

CURSI (AN). Quella di non utilizzarle è stata una scelta delle Regioni.

PRESIDENTE. Non so se sia stata una scelta delle Regioni, questo è un aspetto da verificare.

CURSI (AN). Esistevano evidentemente altre forme di compensazione.

PRESIDENTE. La mia era soltanto un'osservazione; in ogni caso, i nostri ospiti avranno modo di chiarire questi aspetti in sede di replica

MACCHITELLA. In primo luogo desidero salutare e ringraziare la Commissione per questo invito.

L'Azienda ospedaliera che dirigo è formata da due presidi ospedalieri, il San Camillo e il Forlanini, ed è dotata da 1.300 posti letto. Tralascio di entrare nel merito dei contenuti del questionario che abbiamo già provveduto ad inviare alla Commissione, e che quindi possono essere desunti direttamente.

Prenderò quindi spunto dai temi specificamente oggetto della presente indagine conoscitiva e che attengono al rapporto tra *intramoenia* e liste d'attesa ed all'equità dell'accesso per segnalare alcuni esempi, riprendendo anche qualche aspetto contenuto nel questionario.

All'interno della nostra Azienda operano 1.000 medici, dei quali il 94-95 per cento ha optato per l'*intramoenia*, ovvero per il rapporto esclusivo; la quasi totalità di questi, cioè 700 dei circa 900 che hanno operato la suddetta opzione, hanno scelto di esercitare in *intramoenia* allargata, e ciò è dovuto essenzialmente alla sottoutilizzazione dei due presidi ospedalieri. Faccio presente che l'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini ha una disponibilità di 300.000 metri quadrati, dei quali sono però utilizzabili in condizioni che, se pur non ottimali, rendono possibile l'apertura al pubblico, circa 100.000 metri quadrati. Ciò significa che ci sono circa 200.000 metri quadrati inutilizzati e inutilizzabili perché da anni in situazione di progressivo abbandono, e quindi fatiscenti.

È stato effettuato un intervento di ristrutturazione del San Camillo che ha interessato una parte limitata. Il San Camillo si struttura in dodici padiglioni storici e due più recenti; di questi solo due padiglioni sono stati interessati dalla ristrutturazione effettuata sulla base dell'articolo 20 della legge n.67 del 1988, nell'ambito dei quali è stato realizzato il dipartimento di emergenza che costituisce, peraltro, l'unica area del tutto a norma dell'Azienda. Si tratta di una struttura sicuramente moderna ed efficiente che però, come già sottolineato, è anche molto limitata.

Con l'inizio della mia direzione generale è stato dato avvio alle procedure di ristrutturazione, utilizzando una parte di risorse praticamente inutilizzate messe a disposizione dal già citato articolo 20 ed usufruendo di fondi dell'Azienda in attesa che con il nuovo patto fra Stato e Regioni si possa accedere al nuovo finanziamento previsto per il 2007.

Nel frattempo, al fine di avviare rapidamente la ristrutturazione dei padiglioni, soprattutto del San Camillo, abbiamo messo in moto la suddetta procedura mediante nostri fondi, ovvero attraverso la stipula di un contratto di *leasing* e l'accensione di un mutuo, cui si è andato ad aggiungere un cofinanziamento regionale.

Proprio per le ragioni testè sottolineate, è sostanzialmente impossibile realizzare l'attività di *intramoenia* all'interno dei due presidi ospedalieri, per cui si utilizza lo strumento dell'*intramoenia* allargata attraverso accordi con 11 case di cura autorizzate per l'attività sanitaria ma non accreditate, nel senso che queste strutture non sono convenzionate con il Servizio sanitario nazionale.

Il fatturato complessivo dell'*intramoenia* è di 25 milioni di euro, a fronte di un fatturato per prestazioni effettuate a livello istituzionale di 340 milioni di euro; quello realizzato in *intramoenia* rappresenta quindi circa il 7-8 per cento del fatturato complessivo ed anche il numero delle prestazioni riproduce più o meno lo stesso rapporto tra le prestazioni erogate a livello istituzionale e quelle in *intramoenia*. Se consideriamo che in termini di fatturato comunque le prestazioni in *intramoenia* sono leggermente superiori a quello che è il fatturato che si può realizzare a livello istituzionale, probabilmente quel 7-8 per cento cui ho fatto riferimento si riduce ulteriormente, fino ad arrivare alla soglia del 5 per cento.

Da ciò si deduce abbastanza facilmente che l'influenza dell'*intramoenia* sul problema delle liste d'attesa è abbastanza limitata, nel senso che sicuramente saranno in condizione di poter accedere all'*intramoenia* quei cittadini che comunque avrebbero accesso a questa tipologia di prestazioni anche se non ci fossero le liste d'attesa; va anche osservato che però il numero di coloro che scelgono l'*intramoenia* piuttosto che attendere i tempi delle liste d'attesa istituzionali è in ogni caso estremamente limitato. Con ciò mi pare di poter dire che l'*intramoenia* non influisce negativamente sull'andamento delle liste d'attesa.

Peraltro, siamo riusciti a limitare abbastanza i tempi di attesa delle liste a livello istituzionale, posto che, per quanto riguarda le attività di visita specialistica, tali tempi vanno dai 5 ai 35 giorni, mentre per la diagnostica strumentale per situazioni particolarmente complicate al massimo si

stima una attesa di 3 mesi. Desidero comunque in proposito fare presente che molto dipende dalla quantità di attrezzature, nel senso che le nostre sono in funzione grosso modo per 12 ore al giorno, ed è evidente che non si può andare oltre.

Prendiamo ad esempio l'ecografia *ecocolordoppler* e supponiamo che, in media, se ne possa fare una ogni 20 minuti. Abbiamo cinque macchine all'uopo utilizzabili all'interno della struttura ospedaliera: è evidente che questo limita, nell'arco della giornata, il numero dei trattamenti e della diagnostica possibile. Tuttavia – ripeto – manteniamo entro i 90 giorni la lista d'attesa per questo tipo di prestazione.

A questo si aggiungono altre due considerazioni: il nostro è un ospedale di alta specializzazione, ma che si trova, grosso modo, al centro di Roma ed ha un bacino di utenza di 700.000 persone, al quale facilmente si può accedere anche a piedi. Dunque, intorno all'ospedale esiste un bacino di utenza notevolissimo e conseguentemente gli accessi che portano al San Camillo sono probabilmente molto più congestionati e trafficati di quanto non accada per altri ospedali della stessa cinta romana; penso al Sant'Andrea, che è completamente al di fuori della città, o ad altri ospedali che si trovano in situazioni più periferiche.

Peraltro, a questo occorre aggiungere anche gli usi impropri o eccessivi che si fanno spesso della diagnostica strumentale: noi riscontriamo che almeno il 10 per cento delle risonanze che vengono fatte come ripetizioni di TAC non danno esiti diversi da quelli che aveva dato la TAC, il che significa che si tratta di esami assolutamente inutili, per cui anche questo evidentemente aggrava le liste d'attesa. Infatti, quanto più inappropriate sono le prestazioni che vengono richieste ed erogate, tanto più la lista d'attesa sostanzialmente si allunga.

Un'altra operazione che abbiamo fatto, proprio per intervenire sulla iniquità dei percorsi per l'*intramoenia* e per le liste d'attesa istituzionali, è stata di istituire una commissione che con medici e infermieri, canalizzando le richieste di prestazioni, ci consenta di individuare quelle urgenti, per permetterci di procedere immediatamente all'attività diagnostica. Mi pare che questo aspetto rientrasse fra i quesiti del questionario, a cui abbiamo già risposto.

**PRESIDENTE.** Grazie dottor Macchitella. Certo il problema dell'utilizzo di alcuni strumenti diagnostici è reale. Ora io non ricordo esattamente il numero, ma mi pare che a Roma si eseguano oltre 500.000 tra TAC e risonanze magnetiche all'anno, un numero superiore a quello che dovrebbe essere necessario, considerando il numero della popolazione.

**RICCIARDI.** Signor Presidente, ringrazio la Commissione per l'invito. Molto è stato già detto dal presidente Bianco. Volevo fornire subito qualche numero: i dati ARAN del 2005 ci dicono che i medici ospedalieri dipendenti sono circa 109.000, i ricoveri sono stati 9 milioni nell'anno, le guardie notturne e festive 2 milioni e 200.000, le attività ambulatoriali e diagnostiche per gli esterni un miliardo e 400 milioni, che, diviso per

109.000, viene all'incirca 1.200 prestazioni a testa per gli esterni. Gli organici medici sono stati storicamente costituiti sulla base delle attività da svolgere per i malati acuti e i cronici riacutizzati. Nel corso degli anni giustamente, con l'evoluzione della medicina, si è passati molto di più ad un'attività ambulatoriale, anzi sappiamo tutti che il futuro della medicina sarà orientato verso questa direzione più che alle degenze.

Tuttavia, mentre prima questo era retribuito con un *plus* orario che arrivava fino a 7 ore a settimana e permetteva molto spesso di arrivare al 50 per cento in più dello stipendio, adesso si usa la retribuzione di risultato che, con la diminuzione che c'è stata, comporta una remunerazione per l'attività esterna di 0,35 euro per prestazione.

Sappiamo tutti che la domanda di salute aumenta e con richieste sempre più illimitate, mentre le risposte sono limitate, da una parte perché non filtrate adeguatamente dal territorio, e spesso perché neanche giustificate. Dal 2001 abbiamo avuto il blocco delle assunzioni; la finanziaria del 2005 ha determinato una riduzione dell'uno per cento sul costo del personale rispetto al 2004 che, tradotto in cifre, vuol dire una riduzione di circa il 3 per cento, e la finanziaria di quest'anno comporta l'1,4 per cento di riduzione del personale, che viene in parte supplito con l'assunzione di precari, che chiaramente non possono garantire la stessa qualità dei servizi assicurata da chi è in organico. La lista d'attesa esiste in quasi tutti i sistemi, il problema non è stato risolto completamente quasi da nessuno.

I medici ospedalieri lavorano circa 6 ore alla settimana in più rispetto al loro orario di servizio, quasi mai remunerati, quindi non si può dire che non lavorino all'interno delle strutture ospedaliere. I provvedimenti da assumere sono: i 30 minuti recuperati all'aggiornamento, per cui si devono presentare delle proposte organiche di utilizzo; 60 euro l'ora per svolgere delle attività supplementari, e 480 euro per le guardie, che spesso i direttori generali non possono applicare per carenza di finanziamento.

Sostenere che la libera professione, che viene comunque effettuata fuori dell'orario di servizio, sia correlata alle liste d'attesa è sbagliato. Infatti, come dirigenti di dipartimento e dirigenti di unità operativa, abbiamo un *budget* annuale che concordiamo con i direttori generali, comprensivo anche di tutte le attività ambulatoriali. Esiste un controllo di gestione che ai primi del mese rendiconta tutte le prestazioni fatte. Siamo quindi non controllati, ma controllatissimi. La nostra attività è concordata, abbiamo degli obiettivi e spesso, lavoriamo un numero di ore maggiore.

Nelle realtà dove esistono commistioni tra libera professione e attività istituzionali ci troviamo nella patologia, non nella fisiologia, e sono quelle realtà, purtroppo, dove non funziona l'istituzionale, non la libera professione; sono inoltre le realtà che saranno favorite dalla legge, perché i virtuosi l'applicheranno di sicuro, mentre i non virtuosi se ne disinteresseranno: chi non è virtuoso nell'attività istituzionale, che non viene espletata, lo è tanto meno nella libera professione.

Inoltre secondo noi della CIMO, ma penso per tutti quanti, la professione non allunga, ma diminuisce le liste d'attesa perché è basata sul rapporto fiduciario medico-paziente. Infatti se il sistema pubblico funziona,

abbiamo visto che la richiesta di privato è sempre minore. Questo accade in tutte le società occidentali, tant'è vero che solo nel terzo mondo funziona l'attività istituzionale e non quella libero-professionale, dal momento che le istituzioni non offrono sbocchi. Quindi l'attività professionale non allunga, ma riduce le liste di attesa perché, trattandosi di un rapporto fiduciario, il paziente non si rivolge al sistema sanitario nazionale, ma sceglie un medico che ha una parcella controllata che non grava sul sistema sanitario, ed anzi contribuisce per una parte ad arricchire il sistema sanitario stesso. Oltretutto, l'onorario viene convenuto tra le direzioni aziendali e lo stesso libero professionista.

Inoltre, la libera professione per quasi tutti i medici è un'attività marginale, che però compensa in parte uno stipendio che comunque è inferiore – lo possiamo dire – a quello di un medico di medicina generale. Un primario guadagna meno di un medico di medicina generale, e pertanto l'attività liberoprofessionale serve anche a remunerare quella parte di *stress* che l'attività ospedaliera comporta.

Avete anche ragione ad affermare che vi sono prestazioni inappropriate, ma molto spesso il problema è legato ad una medicina difensiva, sulla quale occorre riflettere seriamente. Sono un pediatra: in Pronto soccorso arrivano molti traumi cranici e si eseguono molte TAC; se dovessero sorgere problemi, può essere richiesto il perché non sono state fatte. Personalmente mi rammarico del fatto che spendiamo molti soldi ed irradiamo i bambini quando nel 99 per cento dei casi questi esami non servono non per fini medico-legali.

Come sindacati siamo pronti a recepire questo tipo di osservazioni, ma è necessario che a livello governativo vengano tracciate linee guida precise che in qualche modo ci tutelino ed impediscano l'abuso di queste prestazioni che, oltre a non essere vantaggiose, possono rivelarsi addirittura dannose.

A mio avviso, inoltre, la libera professione permette di mantenere una mentalità da professionista e non da impiegato, perché con la mancanza di prospettive economiche e l'appiattimento delle carriere si ha lo stimolo e il desiderio di avere un paziente che si rivolge direttamente al medico per le sue prestazioni, e la cosa appare positiva a livello sostanziale e formale.

Del resto, rinchiudere i medici negli ospedali favorisce enormemente il privato. Se osserviamo cosa stanno facendo i privati accreditati lo comprendiamo facilmente. Essi aprono l'accesso ai professionisti non solo all'interno dell'ospedale, della Provincia o della Regione, ma di tutta Italia, e spesso anche all'estero, per attirare i pazienti. Se lasciamo questa quota di pazienti, andiamo ad accrescere la remunerazione dei privati, il che non mi sembra un fatto positivo.

L'*intramoenia* allargata fino ad oggi ha supplito bene e se vi sono delle irregolarità, come vi sono, siamo noi sindacalisti i primi a dire che devono essere punite pesantemente. Un altro aspetto importante, vista l'ampiezza territoriale e riagganciandomi a quanto affermavo poc'anzi a proposito dei privati, è che, se vi fossero delle strutture adeguate, il 90

per cento dei medici sceglierebbe volontariamente di andare a lavorare in ospedale, perché molto più comodo e soggetto ad una maggiore tutela. Ma vista l'ampiezza del territorio, per alcune specialità, come la geriatria, la fisiatria, la pediatria, la ginecologia, se un medico ha i propri pazienti a 40 chilometri di distanza, rinchiudere l'attività nell'ospedale è annullare di fatto la libera professione. È evidente che una mamma con un bimbo piccolo che abita a 30 chilometri dall'ospedale non porta a far visitare il bambino in ospedale, ma trova un medico privato sul posto. La regione Toscana, che lo ha capito, permette ai suoi medici di andare in alcune zone, magari nelle ASL, per esercitare la libera professione. È il medico che cerca l'utile del paziente. Per certe specialità questo problema non sussiste, ad esempio per le visite oculistiche, per le quali non vi sono problemi a recarsi in ospedale una volta l'anno, ma per altre prestazioni professionali ripetitive le distanze contano molto, e questo è un aspetto da tener presente.

A mio avviso esiste inoltre un forte rischio di dequalificazione degli ospedali pubblici se si elimina l'*intramoenia* allargata o non si realizza un regime di *intramoenia* efficace all'interno degli ospedali stessi. Infatti, i medici vicini alla pensione se ne vanno (sembrano già tutti in attesa del 31 luglio e quest'anno le richieste di pensionamento aumenteranno in modo drastico) e con l'accesso ritardato dei nuovi medici, dato che la formazione medica non si acquisisce in uno o due anni ma ci vogliono lustri, se non decenni, per trasmettere le conoscenze mediche ai più giovani, si interrompe la catena di trasmissione, il che può necessariamente portare ad una dequalificazione della professionalità.

Un altro aspetto che ritengo grave a livello psicologico è che in permettiamo l'*extramoenia*, mentre prima esisteva il tempo definito e il tempo pieno, oggi il medico in *extramoenia* può esercitare la libera professione esterna, ma pur effettuando le stesse prestazioni, guadagna il 30-35 per cento in meno e ha meno prospettive di guadagno perché gli viene sottratta la retribuzione di risultato, l'indennità di esclusività e buona parte della retribuzione variabile di posizione. Quindi, a parità di prestazioni è ovvio che il professionista in *extramoenia* – e ci sono alcune specialità che hanno un'ampia libera professione, come ad esempio i ginecologi – dedicherà comunque la sua attenzione fisica e psichica molto di più alla libera professione che non all'attività svolta in ospedale. Infatti, mentre prima con un tempo definito un medico guadagnava di meno, ma lavorava anche dieci ore di meno e tutto rientrava nella normalità (esistendo anche un'indennità di tempo pieno del tutto logica), ora a parità di prestazione e con una remunerazione differente le motivazioni decadono.

Sono molto preoccupato, essendo anche vicino alla pensione, per quanto accadrà al sistema pubblico. Si corre il rischio, volendo fare una cosa lodevole, di depauperare di qualità il servizio pubblico e di favorire consciamente o inconsciamente l'attività privata.

PRESIDENTE. Invito i senatori che intendano avanzare ai nostri ospiti domande o richieste di chiarimento a prendere la parola.



CURSI (AN). Innanzitutto desidero ringraziare gli ospiti intervenuti, che ci hanno dato la possibilità di conoscere meglio alcune strutture che in parte già conoscevamo. Per me, che sono romano, strutture come il Forlanini e il San Camillo sono abbastanza note.

Sull'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, occorrerebbe dirci la verità fino in fondo. Sarebbe opportuno, signor Presidente, che ci facesimo inviare i dati CIPE del 2003 per sapere quali Regioni hanno utilizzato correttamente l'articolo 20, relativo ai finanziamenti statali in materia di edilizia sanitaria. Si tratta di una normativa che risale al 1988, quindi a circa un ventennio fa. Del resto, Regioni come la Lombardia, il Veneto, la Toscana e l'Emilia Romagna hanno speso quasi il 100 per cento di quei finanziamenti, mentre altre hanno speso solo il 25 per cento. Addirittura ci sono Regioni che oggi pensano di costruire padiglioni o di effettuare ampliamenti di ospedali sulla base di tecnologie già superate perché pensate otto anni fa.

Sulla questione dell'*intramoenia*, mi convinco sempre di più, anche partecipando a questa indagine conoscitiva, che il regime di *intramoenia* funzioni perfettamente e che sarebbe opportuno che tutti lo praticino in maniera più o meno allargata, anche se poi dai dati rilevo che l'*intramoenia* allargata copre l'80 per cento.

La domanda che mi pongo riguarda la non stretta dipendenza delle liste di attesa con il regime di *intramoenia*. Ricordo che una delle motivazioni fondamentali della cosiddetta legge Bindi era che attraverso il regime di *intramoenia* sarebbe stato possibile ridurre le liste di attesa; oggi scopriamo che non è così. C'è da chiedersi quindi come nascano queste liste di attesa; qualcuno prima o poi ce lo spiegherà. Quando mi riferiscono, in relazione alle liste di attesa, di esami che si possono effettuare in 8 o in 20 giorni, mi chiedo se i dati riferiti dalle Regioni sono fasulli, o se lo sono gli accordi siglati lo scorso anno con le Regioni in relazione ad esami effettuati in 350-400 giorni, o magari se vi sono altri aspetti che non conosciamo. Si continua a dire che l'accordo sulle liste di attesa, sottoscritto nel marzo 2006 in sede di Conferenza Stato-Regioni, è fallito. Siamo arrivati a febbraio e sulle liste di attesa non è stato fatto ancora nulla, salvo fissare alcuni parametri nella finanziaria.

Certamente le liste di attesa continuano ad esserci sempre in tutte le Regioni, e non è vero che sono presenti soltanto in alcune. Anche questo dato va chiarito, se vogliamo essere coscienti fino in fondo della situazione a livello nazionale. L'indagine conoscitiva – lo ripeterò fino alla noia – svolta nel 2003 dalla Commissione affari sociali della Camera, per unanime opinione della maggioranza e dell'opposizione, ha concluso che l'*intramoenia* è stata un fallimento. Questo è avvenuto nel 2003, cioè tre anni fa.

Abbiamo ascoltato – lo dico ai direttori generali – il Ministro che ci ha comunicato che intende presentare entro marzo un disegno di legge e ci ha invitato a condurre un'indagine per acquisire dati, opinioni e proposte

utili alla presentazione del disegno di legge di modifica dell'*intramoenia*, anche perché il termine fissato dalla legge è il 30 luglio di questo anno. Però poi si aggiunge che le Regioni, le ASL e le aziende universitarie dovranno entro il mese di febbraio presentare alle Regioni i progetti per ristrutturare e per ridefinire le aree da attrezzare a *intramoenia*. La domanda che pongo ai direttori generali – siccome conosco le difficoltà che incontrano giornalmente – è la seguente: è possibile in due o tre mesi definire le aree, indire le gare, attrezzare le strutture? Se non ci si prepara per tempo, si ritorna al vecchio argomento per cui l'unica *intramoenia* possibile è quella allargata, cioè quella condotta all'esterno.

Per concludere, mi interessa sapere se voi siete coscienti della possibilità di attrezzare queste aree entro le scadenze prossime venturose. Di presidi ospedalieri – mi rivolgo al direttore generale, dottor Macchitella, – se ne contano due, ma mi chiedo fino a quando, visto che, secondo quanto riportano i giornali, uno sta chiudendo.

Voglio fare una battuta, dottor Macchitella: l'Azienda ospedaliera San Camillo-Forlanini è già sul piede di partenza. Ho partecipato all'inaugurazione del DEA, che è stata un'operazione all'avanguardia. Mi ha fatto piacere che il dottor Macchitella l'abbia ricordata. Anche il presidente Ciampi ha partecipato all'inaugurazione; si trattava, dunque, di una struttura di grande livello, però sottolineo le parole del dottor Macchitella secondo cui è impossibile realizzare l'*intramoenia* perché gli spazi non ci sono. Questo si collega con il discorso precedente della definizione degli spazi nelle prossime settimane e ci induce a ricorrere solo all'*intramoenia* allargata.

Questa situazione preoccupa perché nel caso dell'ospedale San Camillo-Forlanini, ma presumo ci siano tante ASL a livello nazionale con lo stesso problema, c'è proprio la difficoltà ad attrezzare questi spazi. Si rende pertanto necessaria una sollecitazione al ministro Turco a riflettere perché se imbocchiamo questa strada, potremmo non essere in grado di rispondere in maniera adeguata, correndo il rischio di fare una brutta figura.

*BIANCO.* Signor Presidente, la questione del rapporto tra liste d'attesa ed attività *intramoenia* mi sembra di non facile soluzione perché esso è sempre stato malposto nelle condizioni oggettive. Credo che, quando l'allora ministro della salute Bindi sostenne che l'esclusività di rapporto dell'*intramoenia* avrebbe contribuito a ridurre le liste d'attesa, intendesse dire che il provvedimento, incentivando i professionisti a dedicarsi alle attività istituzionali, avrebbe comportato una loro maggiore disponibilità a rispondere alla domanda istituzionale.

Il fallimento dell'esclusività di cui a volte sento parlare ha probabilmente motivazioni di tipo economico. Anche in questo caso, a mio giudizio, si tratta di una questione malposta perché l'esclusività di rapporto – e

ve ne parla un testimone – non fu mai una partita doppia. Gli investimenti per l'esclusività di rapporto non furono mai politicamente messi in partita doppia con gli introiti della libera professione. Il costo dell'esclusività di rapporto fu individuato in due o tre leggi finanziarie successive e mai posto in partita doppia rispetto agli incassi della libera professione *intra-moenia*.

CURSI (AN). Tant'è vero che ci sono 400 milioni di euro nelle casse dello Stato per attrezzare queste aree: c'è da chiedersi il perché.

BIANCO. Abbiamo spiegato il motivo per cui non si provvede in tal senso, ma ci sono tante altre scelte che non vengono fatte. Potremmo ragionare, ad esempio, sul modo in cui funziona il federalismo, ma mi sembra un'altra questione.

Il problema vero, secondo me, è un altro. Perché non ci domandiamo che cosa deve fare il Servizio sanitario nazionale? Tutti si preoccupano della lunghezza delle liste d'attesa, ma è possibile che nel 2007 non sia possibile definire che cosa deve fare, perché sia appropriato, un Servizio sanitario nazionale? Ricordo che, quando nacquero, si contavano 12 milioni di DRG, mentre adesso siamo scesi a 9 milioni. Scopriamo che quando una nuova tecnologia viene inserita in un sistema, e quindi resa accessibile, nel giro di tre mesi si creano le liste d'attesa.

Fonti qualificate sostengono che nella mia Regione si fanno perlomeno il doppio delle risonanze magnetiche di quelle che servono effettivamente. Forse dovremmo domandarci il perché non si provveda a definire degli *standard* di attività, degli *standard* di appropriatezza rispetto ai quali commisurare di volta in volta la congruità o incongruità di altri istituti. Invece di chiederci perché c'è una lunga lista d'attesa per le risonanze magnetiche, perché non ci chiediamo com'è mai possibile che facciamo comunque, almeno nella mia Regione, esattamente il doppio delle risonanze magnetiche considerate appropriate? Non vi sembra questo il paradosso sul quale intervenire, invece di puntare il microscopio sul professionista?

A me sembra che bisogna affrontare in questi termini queste e altre questioni. Vi sembra ragionevole che il parto cesareo o quello vaginale siano concorrenti per le liste d'attesa? Il 25 per cento delle DRG in libera professione si occupano di queste operazioni. Credo proprio che dobbiamo fare un salto; ragionare veramente e responsabilizzare tutti per la definizione degli *standard* di appropriatezza in base ai quali stabilire a che punto siamo. Suggesto di osservare l'operato del medico all'interno delle strutture, e poi quello che fa fuori. Era questa la logica dell'esclusività di rapporto. Mettiamo i medici in condizioni di svolgere bene il loro lavoro nelle sedi istituzionali nei modi e nelle quantità opportune, perché stranamente quello che non si esegue appropriatamente all'interno diviene oggetto, attraverso un canale di alimentazione, dell'attività esterna.

*LICATA DI BAUCINA.* Innanzitutto vorrei precisare che i dati da me forniti sulle prestazioni in *intramoenia* riguardavano, così come risulta dal questionario da voi inviato, i ricoveri chirurgici in ALPI. Quando ho ricordato che nel 2005 ci sono stati 226 interventi di chirurgia maxillo-facciale, mi riferivo ad interventi fatti in ricovero ordinario, a fronte dei 15 operati in ALPI. Il dato che emerge da queste rilevazioni è che le attività prevalenti in ALPI sono quelle ambulatoriali, diagnostiche e strumentali, mentre i ricoveri chirurgici nella nostra realtà sono limitati a circa 200 l'anno. Questa attività intramuraria è abbastanza trascurabile. In verità il grosso dell'*intramoenia*, così come peraltro accade in altre realtà italiane, viene appunto dall'*intramoenia* allargata.

È indubbio, del resto, che il termine del 31 luglio 2007, a partire dal quale è fatto divieto di esercizio dell'*intramoenia* allargata, rischia di mettere in gravissime difficoltà tutte le strutture italiane. Attualmente abbiamo circa 16 cantieri aperti finanziati con i fondi messi a disposizione dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, o ai sensi dell'articolo 71 della legge n. 448 del 1998, opere per le quali si prevede un impegno economico pari a circa 130 milioni di euro. A questo proposito non va trascurato il fatto che la regione Sicilia ha potuto usufruire dei fondi stanziati dal suddetto articolo 20 solo a far data dall'accordo di programma del marzo 2002.

Devo dire che i progetti tutto sommato sono abbastanza avanti. Tali progetti sono stati infatti già calendarizzati dalla Stazione unica appaltante, nonostante i tempi siano abbastanza lunghi, considerato che mediamente per la fissazione di una gara relativa ad un progetto esecutivo necessitano dai 7 agli 8 mesi. Ora, se aggiungiamo a questi anche i tempi burocratici necessari all'espletamento degli appalti pubblici (anche se non si può certo parlare dei tempi di qualche anno fa in Sicilia, quando per la realizzazione degli ospedali di Giarre e di Palermo sono dovuti passare rispettivamente 33 e 24 anni), non si può immaginare che il tutto avvenga in poco tempo, e quindi per il completamento delle opere non si tratterà mai di mesi, ma sempre di anni.

È quindi evidente che, per quanto riguarda le nostre strutture, in qualche mese sarà possibile realizzare ben poco, ma è altrettanto indubbio che, avendo potuto usufruire anche delle suddette risorse ed essendo in possesso dei progetti definitivi, i cantieri stanno finalmente per partire e quindi presto si avvieranno i lavori. Del resto, basti pensare che per la realizzazione dello stesso ISMETT, basato su un progetto americano, si è partiti nel 1997 per poi concludere i lavori nel 2004; ciò significa che, nonostante il canale altamente privilegiato, i tempi tecnici sono più o meno quelli appena citati.

Analoghi sono stati peraltro anche i tempi che abbiamo impiegato per la realizzazione delle nostre strutture; l'Ospedale civico di Palermo è dotato di un *hospice* che a detta di tutti è tra i più belli d'Italia ed è stato realizzato a tempi da *record*, ma per il suo completamento sono stati comunque necessari 3 anni e 4 mesi.

Alla luce di quanto detto, è evidente che il citato termine del 31 luglio rischia di mettere in seria difficoltà le strutture sanitarie.

Quanto alla questione delle liste d'attesa, dai dati in nostro possesso il maggiore utilizzo dell'*intramoenia* in ricovero riguarda le prestazioni ginecologiche, mentre è esiguo il numero dei ricoveri chirurgici. Ritengo però che da questo punto di vista lo strumento previsto dall'articolo 55 del contratto collettivo nazionale di lavoro del comparto del personale del Servizio sanitario nazionale abbia funzionato; i miei rilievi critici in proposito riguardano infatti solo il canale di finanziamento, e cioè che la Regione Sicilia non abbia potuto utilizzare questo strumento che ritengo valido ai fini di un drastico abbattimento dei tempi delle liste di attesa.

**MACCHITELLA.** Signor Presidente, risponderò per rapidi cenni alle questioni sollevate. Personalmente, sulla base della mia esperienza, che non corrisponde solo a quella romana presso il San Camillo, ma che è anche stata maturata in altre Regioni, ritengo che non ci sia rapporto tra l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e la lunghezza delle liste d'attesa. Queste ultime hanno infatti un loro andamento autonomo assai legato all'inappropriatezza delle prestazioni, ed a tale riguardo porterò un esempio che sono solito fare per spiegare questa mia convinzione.

Quando sono stato nominato direttore generale dell'Ospedale di Foligno, non esisteva ancora la strumentazione per la risonanza magnetica, e quindi i cittadini si dovevano rivolgere altrove; ricordo che noi pagavamo queste prestazioni, che ammontavano a circa 500 l'anno. Ebbene, nel momento in cui ci siamo dotati di tale strumentazione il numero delle risonanze magnetiche è passato a 500 al mese! Ciò significa che se c'è l'offerta di un servizio, si assiste anche ad un contestuale aumento indiscriminato della domanda, e questo malgrado tutti gli strumenti di controllo che pure nel nostro caso avevamo attivato. Si rende pertanto necessario intervenire sull'appropriatezza delle prestazioni attraverso una adeguata regolamentazione.

Come già sottolineato, questo incremento indiscriminato delle prestazioni è anche dovuto alla cosiddetta «medicina difensiva». Spesso e volentieri, infatti, presso le strutture di pronto soccorso si erogano prestazioni assolutamente inutili che vengono prescritte dal medico per tutelarsi e quindi, anche quando tali prestazioni non c'entrano molto con la patologia accertata, vengono comunque prescritte nel timore che si possano produrre eventi dannosi per il medico che magari richiedano anche l'intervento della magistratura.

Al fine di una drastica riduzione dei tempi delle liste d'attesa, si ritiene pertanto necessario intervenire sia attraverso una seria e programmata regolamentazione dell'offerta dei servizi sanitari e delle prestazioni, mediante il governo dell'appropriatezza delle prestazioni e, infine, affrontando tutta quella partita che va sotto il nome di *risk management* e che in qualche modo riguarda il rapporto tra gli errori in medicina, la medicina difensiva e quant'altro.

Seconda questione. Dico subito che la struttura che dirigo non sarà in condizione di eliminare l'*intramoenia* allargata entro il previsto termine del 31 luglio 2007, né ritengo che in questo caso risulti utile farlo, nel senso che, non esistendo, a mio avviso, un rapporto tra esercizio della libera professione intramuraria e consistenza delle liste d'attesa, non reputerei seria né giustificata la scelta di eliminare l'*intramoenia*. C'è però la necessità – questo sì – di accentuare tutte quelle procedure che possano portare rapidamente a svolgere l'esercizio dell'*intramoenia* all'interno del presidio ospedaliero. Ritengo, ad esempio, che nel giro di un paio d'anni, la nostra Azienda riuscirà ad ottenere gli spazi adeguati per svolgere l'attività di *intramoenia*, perché in tale lasso di tempo prevediamo di completare i lavori di ristrutturazione dell'ospedale.

A questo proposito desidero però evidenziare un unico problema che attiene alla farraginosità delle procedure relative all'accesso ai finanziamenti messi a disposizione dal più volte citato articolo 20. Tanto per fare un esempio, dal momento che da qui a un mese e mezzo verrà stipulato l'accordo Stato-Regioni finalizzato alla distribuzione delle risorse stanziare da tale articolo, sarebbe bene avere già oggi la possibilità di dare avvio alle procedure di progettazione per quelle parti di ristrutturazione che non possiamo realizzare con nostri fondi, ma che è previsto vengano finanziate dalle risorse stanziare dall'articolo 20. Il problema, però, è che se perseguissimo questa strada, non potremmo più accedere a tali fondi, giacché saremmo chiamati a dimostrare che la progettazione ha avuto inizio solo nel momento in cui siamo entrati concretamente in possesso del finanziamento. Ritengo che questo sia un modo per ritardare in maniera assolutamente ridicola quello che invece si potrebbe già attivare oggi; in tal caso, infatti, una volta avuta la certezza dello stanziamento, occorrerebbe solo attendere i tempi necessari per bandire la gara e per effettuarla. Ne consegue che sarebbe probabilmente opportuno introdurre delle procedure più snelle nella gestione dei fondi stanziati dall'articolo 20.

Ultima questione, tanto per rispondere con una battuta alla battuta del senatore Corsi. Vorrei fare presente che non stiamo chiudendo l'ospedale Forlanini perché è già chiuso, e si è chiuso da solo. Basti pensare che il complesso San Camillo-Forlanini aveva una disponibilità di 7.000 posti letto, laddove oggi ne ha solo 1.200. Non abbiamo quindi nessun interesse a dimostrare che la struttura è ancora aperta, perché siamo perfettamente consapevoli che siamo in presenza di una chiusura che si è andata via via dipanando nel corso del tempo, perché la medicina è cambiata e il fabbisogno di medicina ospedaliera si è ridotto.

CURSI (AN). A battuta rispondo con una battuta segnalando che due anni fa l'ospedale Forlanini avrebbe dovuto essere venduto all'INAIL; c'è stato invece uno scandalo perché lo si intendeva vendere ai privati.

*MACCHITELLA.* Innanzi tutto, non mi risulta che venga venduto ai privati. Infatti, stando alle decisioni prese al riguardo, l'intenzione è quella di realizzarvi la sede del Consiglio regionale, che certo non è un soggetto privato. Secondariamente, il problema che si era posto allora era un altro, ovvero quello di vendere questa struttura all'INAIL per poi riaffittarla al fine di realizzarvi una struttura sanitaria. Quello che sto sostenendo è che questa Azienda ospedaliera non serve più come struttura sanitaria perché considero eccessivo mantenere 300.000 metri quadrati con una disponibilità di soli 1.300 posti letto. Tra l'altro, mi pare che il Presidente qualche tempo fa – chiedo scusa per questa citazione – ebbe a dire che ospedali da 1.000-1.400 posti letto sono assolutamente inappropriati, posto che gli ospedali moderni devono avere al massimo una disponibilità di 500-600 posti letto. Alla luce di questo, che cosa ci facciamo con 300.000 metri quadri, se si hanno 1.300 posti letto! Si tratta solo di una ridicola possibilità gestionale perché, stando così le cose, quella struttura sarà sempre in *deficit*!

*RICCIARDI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, secondo me si può ottenere la riduzione delle liste di attesa attraverso un maggior accordo tra i medici di famiglia, che devono garantire la continuità assistenziale in modo tale che ci sia meno ricorso al pronto soccorso, e le professionalità dell'ospedale, che possano lavorare nei distretti per dare continuità assistenziale.

Ricordo che noi abbiamo molti medici vecchi, ormai sopra i 50, 55 anni. Si tratta di circa la metà dei medici che sono nelle corsie, che sono costretti a lavorare anche per 4 o 5 notti al mese necessitano tre giorni perché recuperino. Quindi è bene che i medici possano andare all'esterno, come anche medici di famiglia con specialità possano portare la propria specializzazione in un ambulatorio interno: in questo modo si ridurrebbe l'accesso in pronto soccorso, una delle cause maggiori di superlavoro e anche di spesa.

Negli ultimi sei anni si è quadruplicato l'accesso al pronto soccorso; avete tentato giustamente di emanare il provvedimento sui codici bianchi, ma è stato male interpretato; l'inappropriatezza è altissima, però bisogna garantire l'assistenza all'esterno.

Un'altra considerazione importante riguarda la razionalizzazione della rete ospedaliera perché i piccoli ospedali, con la tecnologia moderna, sono costosi e pericolosi, quindi bisogna cercare di eliminarli e di creare delle strutture *standard* e di alta qualità.

Infine, per quanto riguarda l'esclusività, ricordo che su 10.480 primari direttori di unità operativa, solo 212 sono in *extramoenia*; quindi si tratta di un problema evidenziato, ma che praticamente è inesistente. Inoltre, credo che la maggior parte dei grossi liberi professionisti veri siano in *extramoenia*, e quindi la cosa non ci riguarda.

Se noi razionalizziamo bene la spesa sanitaria e facciamo dell'appropriatezza il nostro credo, la libera professione si riduce veramente soltanto nel rapporto fiduciario fra medico e paziente che esiste dai tempi di Ippo-

crate, e non vedo perché bisognerebbe accanircisi contro: si troveranno benissimo le modalità per svolgere una valutazione.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per essere qui intervenuti e per l'interessante apporto che hanno fornito alla nostra indagine conoscitiva.

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

*I lavori terminano alle ore 16,30.*