



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 17

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

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ESERCIZIO DELLA LIBERA
PROFESSIONE MEDICA INTRAMURARIA, CON PARTICOLARE
RIFERIMENTO ALLE IMPLICAZIONI SULLE LISTE DI ATTESA
E ALLE DISPARITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI
PUBBLICI

52^a seduta: martedì 20 febbraio 2007

Presidenza del vice presidente SILVESTRI

I N D I C E

Audizione di rappresentanti di aziende sanitarie locali

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 16	* PORTALURI	Pag. 3, 4, 14 e <i>passim</i>
BODINI (<i>Ulivo</i>)	3, 10	* RIZZATO	5, 12, 13 e <i>passim</i>
* EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>)	11, 13, 15 e <i>passim</i>		
TOMASSINI (<i>FI</i>)	8		

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

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il dottor Enzo Rizzato, direttore sanitario dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo, ed il dottor Maurizio Portaluri, direttore generale dell'Azienda sanitaria locale Bat di Andria.

I lavori hanno inizio alle ore 15,20.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti di aziende sanitarie 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 del 15 febbraio 2007.

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

È oggi in programma l'audizione del dottor Enzo Rizzato, direttore sanitario dell'Azienda ULSS 18 di Rovigo e del dottor Maurizio Portaluri, direttore generale dell'Azienda sanitaria locale Bat di Andria che ringrazio per avere accolto il nostro invito.

Do quindi la parola al dottor Portaluri.

PORTALURI. Signor Presidente, la ASL che dirigo è nata nel gennaio del 2006. Pertanto, i dati richiesti sono stati forniti solo oggi in anteprima, in quanto per la ricostruzione dei dati relativi al 2005 si dovrebbe attingere a fonti delle ASL da cui sono stati ceduti i tre rami che compongono la nuova Azienda, che coincide con la sesta Provincia pugliese.

Rispetto all'ALPI dai dati a nostra disposizione emerge che, a fronte di circa 1 milione e 700.000 prestazioni ambulatoriali fornite dalle strutture sanitarie del servizio sanitario locale, 27.000 sono in ALPI, quindi circa un sessantesimo, mentre il loro valore economico è un dodicesimo del valore della produzione del servizio sanitario locale, dovuto cioè alle differenze tariffarie tra le due tariffe di prestazione.

BODINI (*Ulivo*). Dottor Portaluri, prima di entrare nello specifico, potrebbe indicare, in linea di massima, la dimensione della popolazione della Provincia?

PORTALURI. La popolazione della ASL è di circa 380.000 abitanti. Sono presenti quattro presidi ospedalieri su sette plessi, su un totale di dieci Comuni. L'assegnazione regionale per la ASL è di 480 milioni di euro al netto di 90 milioni di mobilità passiva, prevalentemente intraregionale. Non vi sono poli di eccellenza perché la più vicina facoltà di medicina è nel Policlinico di Bari. I dipendenti medici sono circa 630, il 95 per cento di essi ha un rapporto esclusivo e di questi 177 effettuano ALPI allargata e 55 ALPI pura.

Il contributo delle prestazioni effettuate in ALPI è esiguo rispetto alle prestazioni totali erogate dal sistema. Alcuni medici hanno un numero di prestazioni molto basso, al punto che l'assessorato alla sanità della Regione Puglia ha disposto il loro rientro in ALPI pura e la direzione generale riceve richieste di informazioni, negli ultimi tempi piuttosto frequentemente, dalla Guardia di finanza. Ancora più esigua è l'ALPI in regime di ricovero. Inoltre, l'ASL, nel 2006, ha pagato 3 milioni e 200.000 euro di prestazioni aggiuntive ex articolo 55 prevalentemente in cardiologia e in radiologia. L'impatto dei progetti ex articolo 55 sui tempi di attesa è molto elevato; infatti, nel momento in cui si è deciso di riportare la remunerazione di questa attività al contratto, cioè non più una remunerazione a prestazione ma su base oraria, come prevede l'ultimo contratto, i tempi di attesa si sono molto allungati. Il costo pagato è comunque corrispondente a circa 30 dirigenti medici oppure a 60 collaboratori tecnici o sanitari.

La considerazione che mi sento di esprimere è che sia l'ALPI che i progetti ex articolo 55 si configurano come una retribuzione aggiuntiva che, una volta percepita, viene pretesa come quota stabile dello stipendio. In proposito faccio però presente che soprattutto i progetti ex articolo 55 devono avere un carattere di provvisorietà e fronteggiare l'emergenza. L'ALPI rappresenta un'evidente anomalia nel panorama del pubblico impiego, un conflitto di interesse e una concorrenza che nessuna azienda sanitaria privata accetta.

I costi per attrezzare strutture dedicate all'ALPI rappresentano, a mio modesto parere, un investimento di denaro pubblico finalizzato a far pagare prestazioni direttamente ai cittadini. Sembra anche molto singolare che lo stato giuridico dei medici, oggi, abbia voluto vincolare all'orario di lavoro figure che sono definite dirigenziali.

L'impatto dell'ALPI sui tempi di attesa è nullo a giudicare dai volumi di attività dichiarati e l'esperienza anche personale come medico, prima di questo incarico, mi dice che il cittadino, quando trova facile accesso al servizio sanitario, difficilmente ricorre all'ALPI. Il sistema, così com'è strutturato, tende a remunerare in base alle prestazioni erogate, con il risultato di produrre un'ipertrofia di prestazioni senza alcun orientamento alla salute.

I CUP non sono assolutamente in grado di discriminare le ragioni cliniche che sottostanno a una richiesta di prestazione; il Sistema sanitario nazionale rischia di trasformarsi in un erogatore di prestazione e i medici in tecnici che perdono di vista il problema sanitario complessivo della per-

sona. Ecco perché il sistema di prenotazioni dovrebbe recuperare la professionalità degli operatori, consentendo accessi per branca specialistica. Sarà poi il medico a guidare l'ammalato nel percorso diagnostico terapeutico, senza che debba essere il paziente a rincorrere le prestazioni. Ciò richiede evidentemente un medico diverso da quello di cui oggi disponiamo, un medico che sia a disposizione del malato in modo esclusivo, senza preoccupazioni per altre attività, pur necessarie forse ad integrare il proprio reddito.

I progetti ex articolo 55, in quanto orientati alla crescita delle prestazioni, vengono ormai richiesti da tutte le unità operative per colmare carenze di organico per ridurre i tempi di attesa.

Nella ASL da me diretta, in realtà, per fronteggiare il problema dei tempi di attesa, oltre alla già ricordata attività ex articolo 55, è stato messo in atto un sistema di chiamata dei pazienti prenotati, che ha consentito di evidenziare un forte numero di pazienti prenotati che non si presentano alla riscossione della prestazione e un accordo con i medici di medicina generale, perché segnalino, come la modulistica permette, i casi con priorità diagnostica. Nella negoziazione di *budget* chiediamo alle unità operative di offrire una quota dell'attività ambulatoriale per i pazienti così riferiti a loro dai medici di medicina generale, con l'impegno di evadere le richieste più urgenti entro un mese.

Quindi mi sembra che, rispetto all'ALPI, sia necessaria una radicale riforma del rapporto di lavoro medico e una maggiore disponibilità dei medici o esclusività dei medici a vantaggio del servizio sanitario.

RIZZATO. L'Azienda ULSS 18 di Rovigo non è l'unica USL provinciale ma all'interno della provincia esiste un'altra piccola Unità sanitaria locale, l'USL di Adria. La Provincia è molto vasta, anche se la popolazione è abbastanza limitata (circa 250.000 abitanti), e presenta una situazione orografica (Basso Polesine) ben conosciuta in termini di viabilità (numerose canali e strade lagunari) con presenza di nebbia soprattutto in questo periodo.

Sul territorio sono presenti un ospedale grande provinciale, sede del Servizio 18, e un ospedale periferico a Trecenta; la USL di Adria ha invece un ospedale sito nello stesso Comune di Adria. I medici dipendenti a rapporto esclusivo sono 325 su un totale di 340, quindi con una percentuale dello 0,96 per cento.

Poiché la nostra segreteria vi ha già inviato i dati relativi allo schema predisposto, se mi è permesso, vorrei esprimere alcune considerazioni sulla base della nostra esperienza. L'USL ha fatto delle liste d'attesa un elemento importante del suo operato, visto l'impatto notevole che le stesse hanno sui cittadini. Abbiamo, quindi, cercato di stringere un patto con i cittadini, ritenendo che la lista d'attesa non sia legata soltanto a un meccanismo di domanda e di offerta ma sia anche un problema dello stesso cittadino che, sottoscrivendo un patto con l'azienda vincola se stesso al rispetto di alcune fondamentali regole. Diversamente qualsiasi sistema

volto a dare «ordine» al problema non riuscirebbe ad addivenire a nessuna soluzione stabile e duratura.

Da anni adottiamo criteri di prioritizzazione secondo i quali il medico di base, in virtù del sospetto clinico, avverte il paziente della patologia che sospetta e gli garantisce che, nel tempo stabilito, avrà la prestazione. Questo ci ha permesso di rientrare nei traccianti regionali sulla quasi totalità delle liste d'attesa, con sole due prestazioni fuori dai parametri regionali dei 30 giorni: l'ecocardio e la risonanza magnetica nucleare; questo è dovuto in parte anche a ciò anche per difficoltà di carattere tecnologico (numero delle tecnologie presenti).

Queste azioni ci hanno permesso di raggiungere alcuni obiettivi; infatti, durante il mandato della nostra direzione abbiamo raggiunto, dato 2006, 19,7 prestazioni per abitante, a fronte del valore già di per sé significativo della Regione Veneto, che ha, a fronte di un tasso di ospedalizzazione tendenziale a 160 ricoveri per mille abitanti, una media di prestazioni per abitante pari a 15. Pertanto, se raffrontassimo le nostre prestazioni ai valori regionali, il delta differenziale fra 15 e 19 ci permetterebbe di azzerare le liste di attesa. Questo significa e comprova che, anche se si cercasse di aumentare l'offerta, la domanda in incremento genererebbe comunque liste d'attesa.

Abbiamo analizzato il problema della lista d'attesa anche affrontando elementi che determinano l'abbandono della stessa, giacché in presenza di liste di una certa lunghezza si verificava il paradosso che il medico, presente in ambulatorio, si poteva trovare senza il paziente da visitare. Pertanto, pur avendo introdotto il numero verde e adottato vari *escamotage*, come l'*overbooking* sistematico, (si riempiono le liste d'attesa aggiungendo in più cinque visite per seduta al fine di colmare eventuali assenze), portando le prestazioni del medico a 25 invece di 20, con tensioni tra i professionisti, non siamo riusciti a risolvere stabilmente il fenomeno. Abbiamo cercato quindi di gestire il problema utilizzando tutte queste azioni registrando, come avviene per la prioritizzazione, nell'arco dei primi sei mesi effetti positivi per poi attestarsi e dare successivamente nuovamente luogo alle liste d'attesa.

L'esperienza del CUP provinciale, collegato in via informatica, ha dato inizialmente risposte positive al paziente offrendogli, al di là della richiesta espressamente presentata, una prestazione più comoda al suo domicilio o privilegiata in termini temporali. Tutto questo, però, ha determinato e determina purtroppo un aumento delle richieste di prestazioni; paradossalmente, infatti, se il paziente accetta di essere visitato, ad esempio dall'urologo di Adria, e questi ne proponga il ricovero accade poi che il paziente stesso per essere ricoverato debba essere sottoposto a sua volta ad un'altra visita dello specialista ospedaliero di Rovigo. Pertanto, quella che doveva essere una risposta al problema si sta invece dimostrando a sua volta un problema.

Si è cercato di fare in modo che alcuni esami ad elevata inappropriata fossero richiesti dai medici di medicina generale solo dopo una visita dello specialista; questo è avvenuto ad esempio per l'elettromiografia

e gli ecocardiogrammi. In questo modo, infatti, il medico di medicina generale utilizza la specialistica più appropriata (ad esempio EMG sensitive o motoria e non genericamente EMG). Questo procedimento ha dato dei risultati ma ci ha anche permesso di capire che molte visite specialistiche potrebbero essere evitate se i medici di medicina generale, riappropriandosi della semeiotica, che un tempo avevano e affiancandola all'uso delle nuove tecnologie visitassero il paziente. Oggi, infatti, dal punto di vista medico anche per formulare una diagnosi, la semeiotica non solo non è più sufficiente ma è anche necessario, dal punto di vista medico legale, affiancarla con determinati esami strumentali. Per questo stiamo cercando di dotare i medici di base di elettrocardiografi in rete con la nostra cardiologia, in modo che possano ad esempio eseguire un elettrocardiogramma in ambulatorio, senza richiedere una visita specialista con elettrocardiogramma. Ci stiamo muovendo in questa direzione anche per altre specialità (consulti telefonici diretti con gli specialisti, l'uso della telemedicina).

In base ai patti, che stiamo sottoscrivendo con la convenzionata in Veneto, ai medici di medicina generale compete – ovviamente attraverso protocolli e momenti formativi condivisi – l'assistenza e la cura dei pazienti diabetici di tipo due, che invece, fino a poco tempo fa, si rivolgevano al centro antidiabetico per le normali e routinarie cure. In base alla nostra esperienza, il medico di medicina generale che si riappropria di alcune competenze e responsabilità di carattere specialistico ridurrebbe il ricorso allo specialista in modo meno pressante rispetto a quanto oggi avviene.

Dalla nostra esperienza abbiamo desunto l'inappropriatezza di molte prestazioni alla luce dei risultati fortunatamente negativi degli esami stessi; questo determina però qualche volta l'attesa per chi ha veramente bisogno dell'accertamento diagnostico. Stiamo quindi cercando di costruire dei protocolli e di individuare le cosiddette prestazioni bersaglio per provare a mettere in atto strategie mirate volte al contenimento delle liste d'attesa.

Vorrei ora sottoporre una riflessione alla vostra attenzione. Ci stiamo rendendo conto di non sapere mai se stiamo erogando prestazioni successivamente corrette ai cittadini oppure se stiamo offrendo più di quello che la buona medicina giudica come appropriato. Come è stato fissato infatti per il tasso di ospedalizzazione il parametro di 160 ricoveri per mille abitanti, ci chiedevamo se era possibile, dal punto di vista tecnico, definire un parametro di riferimento su 1.000 abitanti o su 1.000 assistiti anche per gli ecocardiogrammi, le TAC e altri esami particolari. La definizione di parametri di questo tipo consentirebbe, alle aziende sanitarie, di capire se stanno rispondendo a una domanda teoricamente appropriata ovvero se vi sono situazioni rispetto alle quali si dà di più sfavorendo altre situazioni che potrebbero invece essere dettate dalla necessità e alle quali non si riesce a dare risposta.

Per quanto riguarda la libera professione abbiamo costruito un sistema all'interno del *budget* in cui ogni unità operativa, in base al tempo istituzionale (le 38 ore dei professionisti) deve garantire determinate pre-

stazioni: ricoveri, visite, esami, interventi chirurgici. Inoltre, c'è una parte della retribuzione di risultato – che abbiamo chiamato «fondo strategico aziendale» –, rappresentata dalle somme non spese delle quote variabili negli anni precedenti, che diventa nell'anno successivo «fondo aziendale», così come peraltro previsto dal contratto. Con tale fondo «acquistiamo» ulteriori prestazioni libero-professionali in favore dell'azienda: non si tratta però di una libera professione vera e propria, perché si usano i resti della retribuzione di risultato, ovvero il fondo che si viene a formare grazie ai residui dell'anno precedente.

Il contratto prevede che se non vengono consumati i fondi relativi agli straordinari e alla retribuzione di posizione, magari perché ci sono stati pensionamenti nel corso dell'anno, o dei giudizi negativi, tale importo economico passa all'anno successivo e l'azienda deve utilizzarlo attraverso l'istituto della retribuzione di risultato. Dunque, c'è sia una retribuzione «classica» di risultato che si applica automaticamente sia questo fondo da cui attingiamo per comprare prestazioni, il cui numero è sovrapponibile a quello che si ottiene attraverso l'attività istituzionale.

La stessa regola vale, eventualmente, per la libera professione individuale o in favore dell'azienda (decreto del Ministro Sirchia), che cerchiamo di porre all'ultimo posto dei «gradini» o tappe che comportano una sorta di accordo con i professionisti. Chiediamo al professionista, attraverso la retribuzione di risultato ed eventualmente tramite prestazioni in favore dell'azienda, di aiutarci nel tempo istituzionale a raggiungere un ottimale utilizzo delle macchine e delle attrezzature pari o oltre le 12 ore. Dalla tredicesima ora in poi, grazie al concetto dell'economia di scala, l'azienda può concedere l'utilizzo della macchina ad un costo inferiore rispetto alle prime 12 ore, perché l'ammortamento è già stato abbattuto nelle ore precedenti. Spero di essere stato sufficientemente chiaro. Tutto ciò ha permesso di ottenere volumi prestazionali maggiori rispetto alla situazione precedente.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare entrambi i nostri ospiti per il loro intervento e per il fatto di aver rispettato i tempi a loro disposizione.

TOMASSINI (FI). Visto che entrambi gli auditi hanno parlato di un elevatissimo numero di personale medico in regime di esclusività, vorrei chiedere loro se hanno considerato che, tutto sommato, la percentuale da loro citata è quella normale. Occorre infatti considerare che, da sempre, il 70 per cento dei medici non compie nessuna libera professione e che è accertato che mediamente del restante 30 per cento, a livello nazionale, svolge l'attività in *extramoenia* circa il 15 per cento. È invece importante sapere per quale tipo di specialità vi si ricorre: di solito essa riguarda per il 90 per cento le specialità chirurgiche. Su questo argomento mi sarei aspettato qualche accenno ulteriore.

Mi riferisco in particolare al dottor Portaluri, che mi pare si sia dilungato nell'esprimere giudizi non comprovati piuttosto che a spiegarci come ha organizzato la libera professione all'interno dell'Azienda che dirige.

Voglio porre alcune domande in questo senso, visto che poi – e lo dico anche al dottor Rizzato – la stragrande maggioranza degli auditi ha affermato che l'allungamento delle liste d'attesa non dipende dall'esercizio della libera professione, pur potendo avere un'influenza indiretta.

In particolare, l'enunciato iniziale del dottore Portaluri (secondo cui non dovrebbe essere consentita ai dipendenti pubblici la libera professione, non essendo permessa ad altre categorie) non è vero, neppure se si prende come riferimento l'industria privata. È questo un esempio che è stato più volte portato, ma che posso smentire con prove concrete.

Allo stesso modo non si può dire che l'unico motivo per cui si chiede una prestazione libero-professionale è il mancato accesso al Servizio sanitario nazionale. Non è assolutamente vero: tutte le statistiche dicono che il motivo principale per cui si ricorre alla medicina privata non è un motivo nobile, ma deriva dall'insoddisfazione per le strutture e per la qualità del vitto. Purtroppo, i pazienti raramente arrivano a valutare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni offerte.

È stata formulata dagli auditi una critica al CUP, ma vorrei capire se si riferissero al loro CUP o al sistema in generale. Per quel che mi è dato sapere, stando anche alle esperienze riferiteci nel corso di questa indagine conoscitiva, i CUP – almeno in alcune zone – funzionano benissimo e sono appropriati. Vorrei inoltre sapere dal dottor Portaluri, che ha citato l'esclusività come panacea di tutti i mali, se si rende conto che, come ha detto anche il suo collega, essa è legata ad un preciso orario di lavoro: tutto quello che deborda da quell'orario non è organizzabile. Una notazione: è stata citata come esperienza pionieristica quella di indicare delle preferenze ai percorsi, faccio presente però che il sistema dei percorsi con codice esiste già ed è anche applicato in molte Regioni d'Italia.

Desidero ora rivolgermi delle domande più specifiche. Vorrei sapere con precisione dal dottor Portaluri quale percentuale di posti letto è dedicata, negli ospedali di sua competenza, all'attività libero-professionale e se tale numero rispetta quello minimo nazionale. Inoltre, vorrei sapere quanti e quali ambulatori sono stati attivati, anche in rapporto al numero di medici, visto che non ritiene prioritario quel tipo di investimento, posizione questa che posso anche condividere.

L'auditore non ci ha detto poi se esistono o meno nel territorio di sua competenza case di cura private e quali incidenza esse abbiano, né se ritiene plausibile che entro il 31 luglio l'azienda che dirige sia in grado di garantire a tutti i medici e al personale sanitario non medico la possibilità di svolgere la propria attività *intramoenia* all'interno delle strutture, senza ricorrere all'*intramoenia* allargata.

Desidero ora rivolgermi al dottor Rizzato. Per la verità sono d'accordo con alcune soluzioni che ha prospettato, ma vorrei capire come sia riuscito ad attuarle, anche avendo riguardo alla loro legittimità. Ad esempio, la visita di controllo specialistica ai fini dell'accesso a prestazioni successive, di cui ha parlato, è stata dichiarata palesemente illegittima e dunque non praticabile. Vorrei capire con quali *escamotage* è riu-

scito a renderla possibile; lo chiedo pur condividendo che il miglioramento della medicina di base potrebbe incentivare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni.

Il dottor Rizzato ha anche parlato dell'abuso e di un consumo eccessivo delle prestazioni e sono perfettamente d'accordo con lui. Il problema che si pone è però quello di stabilire chi deve fare il controllore. Alcune Regioni si sono servite di sistemi di controllo autarchico, che però non hanno prodotto risultati convincenti. Sono convinto che, nell'ambito di un sistema di retribuzione delle prestazioni basato sui DRG, il più grave errore sarebbe quello di prevedere un meccanismo a retribuzione totale. In altri termini, il DRG dovrebbe essere solo un riferimento contrattuale da sottoporre al controllo di un soggetto terzo diverso dall'erogatore e dall'utilizzatore delle prestazioni. In tal modo, criteri di appropriatezza e linee guida avrebbero un senso.

Mi trova altrettanto dubbioso il criterio di cui il dottor Rizzato ha parlato nell'ultima parte del suo intervento con riferimento all'utilizzo dei macchinari. Ricordo di aver formulato, a suo tempo, anch'io un'ipotesi del genere. Di fatto, però, non è prevista la possibilità di inserire in un contratto, nell'ambito della contrattazione locale, un criterio che garantisca il funzionamento dei macchinari 24 ore su 24. Inoltre, mi rende molto dubbioso il meccanismo secondo il quale si baratta uno strumento sulla base del numero di ore di attività dello stesso e nutro anche molte perplessità circa la legittimità della pratica indicata.

BODINI (*ULIVO*). Il dottor Portaluri ha affermato che nella sua ASL 177 medici esercitano in ALPI allargata e 55 in ALPI pura, sottolineando anche che il contributo delle prestazioni effettuate in ALPI è esiguo rispetto alle prestazioni totali erogate dal sistema. Vorrei sapere se esiste una differenza tra coloro che esercitano dentro l'ospedale, in *intramoenia* pura, e coloro che esercitano la libera professione fuori della struttura.

Vorrei capire anche se la sua affermazione circa l'ipertrofia delle prestazioni in libera professione è documentata e se, in base alle indagini svolte, avete riscontrato che le richieste di esami in libera professione hanno un indice di inappropriata più alto di quelle richieste nel Servizio sanitario nazionale. In effetti, dalla relazione emerge un'insufficiente differenziazione dei due percorsi e un'offerta di servizi insufficiente può costituire una spinta al ricorso alla libera professione.

Vorremmo garantire un'offerta di prestazioni sufficiente con liste d'attesa contenute, anche attraverso forme incentivanti di libera professione di gruppo, come previsto da contratto. Ciò consentirebbe un'attività in libera professione basata sulla libera e volontaria scelta del paziente di quel particolare specialista. In caso contrario, si creerebbero situazioni concettualmente confusionali.

Il dottor Rizzato ha sostenuto la necessità di coinvolgere maggiormente i medici di base, fornendo loro strumenti diagnostici di supporto, quali l'elettrocardiografo. In proposito ritengo che, nell'ambito di un lavoro di gruppo, anche l'ecografia debba essere portata a livello di territo-

rio, onde disintarsare le sfere successive; e, in tal senso, ripropongo l'esempio già citato del diabete.

Al dottor Rizzato desidero chiedere se questo maggior coinvolgimento è stato già realizzato nella sua ASL e, in caso affermativo, se esso ha prodotto un miglioramento nelle liste di attesa. Vorrei sapere anche quanti medici, che esercitano la libera professione, la praticano effettivamente in strutture *intramoenia*, quale sia cioè l'effettivo rapporto tra attività interna ed esterna.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Ringrazio il dottor Portaluri e il dottor Rizzato per aver dato conto anche delle azioni intraprese all'interno delle loro ASL per la gestione dell'«attività» oggetto di quest'indagine, che continuo a chiamare con quel nome che ne mette in luce la contraddizione, essendo un'attività *intramoenia extramoenia* un ossimoro per definizione. Anche altri relatori hanno espresso in precedenti occasioni più di una perplessità sull'esercizio non solo della attività esercitata in *extramoenia* ma anche in *intramoenia*.

L'oggetto dell'indagine di questa Commissione legittima ad un'analisi che ponga in relazione tali attività con le implicazioni sulle liste di attesa e le disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici. Proprio questi temi ricorrono nel titolo dell'indagine ed è a motivo di questa che vi abbiamo invitati ad essere oggi auditi.

Da entrambi i relatori si evince che hanno messo in atto nelle loro realtà una serie di strumenti atti ad impedire che l'esercizio della libera professione inframuraria sfugga completamente a un controllo. Infatti, noi abbiamo una serie di forme di valutazione e di controllo interne al Servizio sanitario nazionale, mentre la libera professione *intramoenia* – e vorrei che qualcuno mi correggesse – per legge non è oggi sottoposta ad alcun controllo di valutazione rispetto all'appropriatezza della prestazione, anzi sfugge completamente.

In un sistema quale quello italiano, con una legislazione come la nostra e con l'articolo 32 della Costituzione nel testo vigente, avremmo l'obbligo di garantire tutte le prestazioni necessarie attraverso il Servizio sanitario nazionale. Dobbiamo eliminare le prestazioni inappropriate e impedire che sia proprio l'esercizio della libera professione *intramoenia* ad aprire le porte all'inappropriatezza nelle prestazioni. L'espressione di tale opinione è assolutamente legittima, tanto più che ci stiamo ponendo il problema di un intervento legislativo. Entrambi i relatori si sono esercitati su questo tema e non sulla base di affermazioni di principio ma in una pratica di gestione quotidiana, onde contenere questo limite che è interno allo strumento.

Al dottor Portaluri chiedo di illustrarci meglio l'indagine svolta attraverso la chiamata di pazienti prenotati. Rappresenterebbe, infatti, un'importante acquisizione se dall'indagine emergesse che pazienti prenotati non si presentano e che forse la lista di attesa risente di elementi che la gonfiano.

Il dottor Rizzato, quando parla di patto con il cittadino, mette in luce la necessità di una relazione tra medico, paziente in cura e istituzione, che riconduca a razionalità la gestione del diritto alla salute del cittadino – perché di questo stiamo parlando –, indicando alcuni strumenti alla base anche di precedenti audizioni.

La prima richiesta è per una maggiore precisazione delle rilevazioni effettuate nelle vostre ASL rispetto alle liste di attesa e al modo in cui sono gonfiate. La seconda richiesta mira a comprendere l'economicità dell'esercizio della libera professione per come si sta effettivamente svolgendo. Questo tema, sul quale ha posto l'accento il dottor Rizzato, affronta la gestione in termini di costo marginale delle strutture e delle macchine, attraverso un accordo con i medici che esercitano l'attività, ma anche con accordi, come sosteneva il dottor Portaluri, con i medici di base.

Io penso, comunque, sia del tutto legittimo, dal momento che ci apprestiamo a intervenire sulla normativa, esprimere delle opinioni, sulla base dell'esperienza consolidata dei relatori, rispetto allo strumento e alla sua utilità in relazione al diritto alla salute e all'ottenimento di tutte le prestazioni necessarie da parte del Servizio sanitario. Quindi, esiste una certa contraddizione, posta dall'attività *intramoenia* e dalla legislazione vigente su di essa.

RIZZATO. Presidente, il primo concetto che illustrerò riguarda il contratto collettivo nazionale di lavoro in merito alla retribuzione di risultato, che deve assicurare un prodotto nettamente differenziato da quello ottenuto con l'attività istituzionale. Attraverso il *budget* definiamo il volume prestazionale nelle 38 ore, quindi, la quota aggiuntiva in base alla retribuzione di risultato, che deve fondarsi sugli stessi criteri di quella istituzionale. Se un medico fornisce quattro prestazioni in un'ora istituzionale, saranno attese quattro prestazioni anche nell'attività incentivata; ciò vale sia per l'attività di libera professione acquistata dall'azienda sia per la libera professione in senso stretto.

Il contratto prevede che la retribuzione di posizione, quella di risultato e lo straordinario, qualora non venissero spesi nell'anno corrente, sono trasportati all'anno successivo nella quota di risultato e che l'azienda distribuisca tali risorse ai medici, ai quali tali fondi appartengono, sotto forma di retribuzione di risultato. Invece di ridistribuire questi fondi a pioggia, abbiamo creato un fondo, d'accordo con le OO.SS., essendo materia di contrattazione aziendale, attingendo al quale acquistiamo prestazioni per abbattere le liste d'attesa. Quindi è tecnicamente corretto e in linea con gli accordi sindacali vigenti.

Per quanto riguarda poi le visite specialistiche richieste, l'esistenza di una prioritizzazione è frutto a monte di un accordo con i medici di medicina generale; in altri termini, non stiamo affrontando le liste d'attesa come un problema di chi offre o solo di chi domanda, ma come problema di un'azienda in cui ci sono medici di medicina generale, specialisti e anche pazienti.

Partirò nella mia esemplificazione da questi ultimi: il paziente se non informato con chiarezza sul perché della richiesta di un'ecografia, certamente cercherà di sottoporsi all'esame prima possibile, bypassando tutte le regole, cercando il medico che gli prescriva con «cortese urgenza» oppure telefonando all'amico che lavora al CUP: tutto questo ormai è normale!

Il medico di medicina generale, invece, nella nostra realtà cerca di rassicurare il paziente della patologia e, nel rassicurarlo, è garante dell'erogazione della prestazione entro i giorni della prioritizzazione. Con la prioritizzazione quindi cerchiamo di garantire questo accordo, che è tenuto insieme dalla volontà di tutte le parti di risolvere un problema che non è del singolo ma di tutti e che è quello relativo alla lista d'attesa.

È concettualmente giusto che la sanità sia un bene da garantire a tutti, ma, a fronte delle risorse disponibili, dobbiamo chiederci fino a che punto ciò sia possibile.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Per tutto ciò che è appropriato.

RIZZATO. Esatto. Purtroppo, l'appropriatezza si riscontra solo *a posteriori*, il più delle volte è difficile pensarla prima. Se ci fosse una regola, un indicatore, una cartina al tornasole da utilizzare immediatamente, sarebbe ottimale. Quello che ci rasserena è l'aver cercato, insieme ai medici, di definire le attività da svolgere nel tempo istituzionale.

Peraltro, si fa anche dello straordinario in più, per cui, alla fine, la libera professione non deve essere vista come un qualcosa che l'Azienda deve subire ma, eventualmente, come un'opportunità di fidelizzazione dei propri professionisti, al fine di utilizzare un mercato che, se non assorbito dalla struttura pubblica, passa alla struttura privata: perché lasciarlo libero da concorrenze. Non possiamo mettere in atto ulteriori meccanismi incentivanti per i medici. In pratica però se si collabora ad ottimizzare l'uso delle macchine nell'attività istituzionale attraverso anche lo straordinario o la libera professione a favore dell'azienda per le liste d'attesa, si può far costare meno l'utilizzo dell'apparecchiatura attraverso una corretta distribuzione dell'ammortamento, che per quanto riguarda la libera professione individuale è dalla tredicesima ora lavorativa in poi.

Quindi, se il paziente desidera una Tac da un certo medico, il professionista ha la possibilità di offrirla a costi decisamente inferiori di quelli normalmente previsti dal mercato privato, anche grazie al minor costo aziendale dell'attrezzatura che può incidere del 50 per cento del costo finale di una TAC: non so se sono stato chiaro.

Quanto al numero dei medici, prima non sono stato esaustivo e mi scuso.

Abbiamo 325 medici di cui 153 fanno libera professione e di questi 9 in *intramoenia* allargata. Dunque, la grande maggioranza dei medici esercita la libera professione in *intramoenia*, mentre i nove che svolgono l'allargata alla fine rientreranno nell'ambito dell'azienda.

Esercitano la libera professione in *intramoenia* allargata i medici che si sono trasferiti da noi da altre aziende e che abbiamo autorizzato a svolgere l'attività che svolgevano nell'azienda di provenienza per garantire una continuità assistenziale ai pazienti, contenuta però entro i primi sei mesi.

Quanto all'individuazione di chi dovrebbe valutare l'abuso delle prestazioni, cerchiamo di fare *audit* clinici, posto che la prioritizzazione si sostanzia nel definire la necessità di sottoporre il paziente a un dato esame in un determinato lasso di tempo. Capire invece se l'esame è appropriato rispetto al sospetto diagnostico è più difficile e, a tal fine, stiamo facendo degli *audit* clinici insieme ai medici di medicina generale per alcune patologie. Comunque, conosciamo la dinamica che si sviluppa all'interno di un ambulatorio e, quindi, gli elementi che determinano la richiesta dell'esame da parte del medico. Siamo tutti pazienti e sappiamo quali strumenti utilizzare. Conosciamo la preoccupazione che nasce e che è la risultanza di un'educazione sanitaria purtroppo finalizzata più agli interessi editoriali che a dare alla popolazione le conoscenze atte a fare acquisire alla stessa una educazione reale. In altri termini, i lettori di riviste che trattano problemi di salute leggono che il mal di testa può essere il segnale di un probabile tumore e, non conoscendo nè l'eziologia, nè la probabilità o la sintomatologia correlata e quindi la necessità tra la Tac e aspirina, chiedono la prescrizione al medico di base di una Tac il quale, per quanto di buona volontà, la prescrive perchè in qualche modo sotto ricatto o comunque sotto la pressione del paziente. Fatto sta che 19,5 prestazioni per abitante, come noi stiamo offrendo ai nostri assistiti, sono tante anche se non posso dirlo *a priori*, perchè bisognerebbe considerare in realtà i livelli di salute della popolazione. Ripeto, però, che se fosse possibile definire, in base a determinate patologie, quante gastroscopie prevedere per una popolazione di mille abitanti (quindi una popolazione pesata) a fronte di una data morbidità e morbosità, potremmo capire se stiamo agendo in modo corretto o sbagliato rispetto a quello che rendiamo disponibile ed assicuriamo ai pazienti e quindi valuteremmo con più serenità la lista di attesa chiedendoci se la troppa offerta non genera a sua volta una domanda inappropriata.

PORTARULI. L'attività libero-professionale nell'ASL che dirigo è molto povera in termini quantitativi; non influisce, ammesso che questo sia il suo scopo, sulla riduzione dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni e presenta in alcuni casi anche comportamenti bizzarri. Un esempio esplicativo: per la gravidanza ormai la medicalizzazione è molto spinta, non si hanno affatto liste di attesa ma la percentuale di attività in ALPI è importante rispetto a quella erogata dal Servizio sanitario. In effetti, non vi sono posti letto dedicati all'ALPI all'interno dell'ASL, non vi sono strutture private ma ve ne sono moltissime nella vicina Bari. All'interno dell'ASL ci sono solo 19 ambulatori in condominio tra l'attività istituzionale e l'attività ALPI ed è singolare riscontrare valori di attività estremamente bassi (addirittura 7-8 prestazioni) nella gran maggioranza dei numeri riferiti ai medici che effettuano l'ALPI allargata; sicuramente

si tratta di *intramoenia* pura e comunque di una maggior attività dei medici.

Quando parlavo invece di ipertrofia, mi riferivo ad un sistema che acquista prestazioni senza mettere l'accento sull'appropriatezza delle stesse. In altri termini, con una remunerazione – peraltro non contrattuale che ho dovuto sospendere – dell'*équipe*, a percentuale sul valore economico delle prestazioni rese in più rispetto all'istituzionale, avevamo una erogazione di prestazioni formidabile, senza però che il radiologo esercitasse alcun filtro sulle richieste medesime. Per questo, sono stato costretto – non solo dal rispetto della norma contrattuale che prevede la remunerazione oraria delle prestazioni aggiuntive, ma anche da questa erogazione di prestazioni che mi è sembrata acritica – a cercare di ricondurre il sistema di erogazione all'appropriatezza attraverso il dialogo (mi è sembrata l'unica strada percorribile) con la medicina generale, che è quella che in maniera più forte e più consapevole può porre il problema della corretta indicazione in un esame. Quindi, non vi sono né letti né ambulatori dedicati e dispero di poterne fornire entro il termine stabilito.

In merito al fenomeno del *recalling* degli ammalati in lista di attesa, faccio presente che molto spesso si tratta di persone che hanno prenotato ma che hanno già eseguito l'esame piuttosto che di pazienti che non lo eseguiranno più. Evidentemente, l'ammalato ricorre ai cosiddetti sistemi amicali che nella nostra realtà meridionale sono molto radicati, ma che indirettamente indicano che forse la capacità di erogazione dell'*équipe*, anche in orario istituzionale, potrebbe essere maggiore di quella che i tempi delle società scientifiche ritengono consentito. Al riguardo mi preme rilevare che la linea guida gestita solo dalla società scientifica non può essere assunta in maniera acritica per il sistema sanitario. In altri termini, accanto alla società scientifica è necessario che nella redazione delle linee guida siano presenti la medicina generale e l'organo gestionale, quindi l'azienda, onde evitare che la suggestione dell'industria medica sia troppo forte dal punto di vista della redazione delle linee guida.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Probabilmente non ho ascoltato con sufficiente attenzione, ma vorrei sapere se applicate – o eventualmente ritenete che sarebbe opportuno applicare – alle prestazioni erogate in libera professione intramuraria le forme di controllo di appropriatezza che si applicano per le prestazioni rese in ambito di Servizio sanitario nazionale, dunque di servizio pubblico. Mi è sembrato di non cogliere una risposta in tal senso da entrambi gli auditi, ma forse non avevo posto la domanda in modo sufficientemente chiaro.

PORTALURI. La domanda è chiara. Non credo che l'ALPI si possa sottrarre al problema dell'appropriatezza, anche se oggi esistono strumenti normativi più forti per quanto riguarda le strutture accreditate, sulle quali il controllo dell'azienda sanitaria è doveroso. Forse andrebbero messi a punto degli strumenti regolamentari o legislativi anche con riferimento all'ALPI.

RIZZATO. A mio parere, vengono effettuati controlli uguali sulla libera professione sia intramuraria che extramuraria rispetto a tutti gli aspetti previsti dalla normativa vigente e cioè che vi sia la prenotazione, che il medico eserciti fuori orario di servizio, che la prestazione sia stata pagata precedentemente, che dedichi un tempo superiore, ma non inferiore rispetto all'attività istituzionale.

Se il medico rifiuta la collaborazione dell'infermiere nell'esercizio dell'attività libero professionale, in quella istituzionale posso pretendere che se ne avvalga per motivi di natura medico-legale, ciò non di meno, se la prestazione in libera professione viene erogata senza la presenza dell'infermiere, anche l'attività istituzionale deve essere svolta nelle medesime condizioni.

Al di là del controllo sul rispetto degli elementi normativamente indicati, non sono invece previsti controlli sull'appropriatezza o meno della prestazione, giacché la stessa rientra nell'atto fiduciario che si instaura tra il medico e il paziente. L'azienda non ha strumenti per entrare in merito; può invece valutare gli effetti di questo atto fiduciario monitorando le liste degli interventi, annotando i ricoveri e alla fine valutando, in base al fatto che si tratti di libera professione o meno, gli eventuali vantaggi prodotti. Il tutto si riduce a questo, non riguarda l'appropriatezza della prestazione clinica, perché è un atto fiduciario fra un professionista e un paziente.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Mi sembra un punto molto debole, perché il controllo di appropriatezza all'interno del sistema pubblico proviamo a farlo, con tutti i limiti. Il fatto che la libera professione intramoenia, per le ragioni che lei dice, che discendono anche dalla normativa, ne è in qualche modo sottratta perché rientra in un altro ambito, mi sembra sia uno dei punti deboli. È vero che c'è un rapporto fiduciario, ma poi c'è un interesse della collettività a garantire il diritto alla salute del cittadino.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per essere intervenuti e anche la senatrice Emprin Gilardini che anticipa i dibattiti per la passione con cui interviene.

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

I lavori terminano alle ore 16,15.