



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 18

*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

53<sup>a</sup> seduta: mercoledì 21 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E****Audizione di rappresentanti di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 9	<i>BERTULLA</i> . . . . .	Pag. 3
EMPRIN GILARDINI (RC-SE) . . . . .	8	<i>COLASANTO</i> . . . . .	5, 8
TOMASSINI (FI) . . . . .	7		

---

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

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

*Intervengono, per l'Istituto Giannina Gaslini Ospedale pediatrico IRCCS di Genova, il dirigente dell'Unità operativa servizi amministrativi sanitari, dottor Luigi Bertulla; per l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico Ospedale oncologico di Bari, il direttore generale, dottor Angelo Domenico Colasanto, il responsabile Unità operativa semplice statistica ed epidemiologia, dottor Pietro Milella, la responsabile Unità operativa semplice qualità, risk management, dottoressa Patrizia Nardulli, e la responsabile area gestione risorse umane, signora Grazia Rubino.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16,05.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di rappresentanti di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**

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

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

È in programma oggi l'audizione di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai quali do il benvenuto a nome dell'intera Commissione, chiedendo loro, per l'esiguità del tempo a nostra disposizione prima dell'avvio dei lavori dell'Aula, di far pervenire successivamente le risposte scritte alle eventuali domande che verranno poste dalle onorevoli senatrici e senatori, qualora non sia possibile replicare nel corso della seduta.

Lascio subito la parola ai nostri ospiti.

*BERTULLA.* Ringrazio innanzi tutto le onorevoli senatrici e gli onorevoli senatori per l'invito che ci è stato rivolto. Intendo portare alla Commissione i saluti del commissario straordinario e del direttore generale dell'Istituto Gaslini di Genova.

Vorrei brevemente rappresentare la situazione vigente all'interno dell'Istituto con riferimento allo svolgimento della libera professione intramuraria, distinguendo l'attività di ricovero da quella ambulatoriale.

L'attività di ricovero intesa nel significato classico non ha avuto attuazione all'interno degli spazi dell'Istituto per una serie di motivi. In

primo luogo, va registrata la carenza dei finanziamenti previsti dalla legge n. 67 del 1988; inoltre, l'Istituto ha presentato il proprio piano ai sensi del decreto legislativo n. 254 del 2000, ma le risorse a tutt'oggi non sono state ancora erogate e questo ha impedito la realizzazione di nuovi spazi, peraltro già contemplati in una delibera emanata dal commissario straordinario lo scorso anno, che prevede la costruzione di una palazzina da destinare ad attività sia di ricovero che ambulatoriali.

Vorrei ricordare che l'Istituto Gaslini ha una struttura a padiglioni e, per tale motivo, richiede continui e profondi interventi di ristrutturazione come quelli che negli ultimi anni hanno interessato molti reparti di alta specializzazione (ematologia, nefrologia, ortopedia, neurochirurgia, patologia neonatale). Ciò ha comportato una serie di trasferimenti dei vari reparti, soprattutto in zone site nella palazzina del DEA che a suo tempo si era deciso di destinare all'attività libero-professionale. Bisogna poi considerare tutte quelle problematiche che sorgono in virtù del fatto che l'Istituto è un ospedale pediatrico. Pertanto, mentre alcuni circuiti a livello pediatrico possono essere attivati utilizzando protocolli riconducibili ad attività istituzionali, per altre prestazioni non soggette ai limiti della disciplina l'approccio risulta essere più complesso. Ad esempio, il personale anestesista è dotato di una particolare formazione e si incontrano difficoltà di reperimento dal punto di vista numerico. Un problema analogo si riscontra anche nell'attività ambulatoriale, in quanto il personale infermieristico ha una formazione prettamente pediatrica e sono limitati i casi in cui la sua preparazione è idonea per seguire un paziente adulto.

È evidente che l'attività dell'Istituto si esplica in tutta una serie di processi costruiti a misura di bambino, che è difficile indirizzare in tempi stretti su un *target* di pazienti adulti, tant'è vero che l'attività di ricovero è sostanzialmente molto limitata.

A ciò, come ho già detto, si aggiungono tutte le problematiche connesse ai lavori di ristrutturazione che hanno interessato anche i blocchi operatori e, soprattutto, la necessità di garantire determinate prestazioni ad un'utenza che – i dati lo confermano – in maggioranza è di provenienza extraregionale. Si inserisce a questo punto in misura rilevante il problema delle liste di attesa, che di fatto ci ha impedito una piena attuazione del regime di libera professione intramuraria.

Nonostante tutto ciò, anche sulla base delle richieste avanzate dalla Regione Liguria, che proprio recentemente ha fornito alcune risposte in merito, sono state già individuate alcune soluzioni. Si è pensato di creare alcuni spazi a pagamento in strutture che sono state già interessate dai lavori di ristrutturazione (come quelle che ospitano i reparti di ostetricia e di neurochirurgia), naturalmente collocando le strutture all'interno del reparto. Bisogna poi considerare che l'attività libero-professionale, se può avere una certa incidenza sulla popolazione adulta, a livello pediatrico ha un'applicazione più limitata.

L'obiettivo, comunque, è quello di cercare di attivare entro l'anno la stragrande maggioranza delle strutture chirurgiche, pur con i condizionamenti delle opere da realizzare. Cito, ad esempio, l'utilizzo di risorse

per l'informaticizzazione e per l'accREDITAMENTO istituzionale (*Joint commission*).

Si pone, inoltre, il problema dell'affluenza di utenti extracomunitari che molto spesso non sono in grado di far fronte alle spese di ricovero. Questo presuppone un impegno di risorse che non ha consentito una destinazione più immediata di fondi alla libera professione. Di fatto, quindi, ci siamo tendenzialmente ancorati sull'attività ambulatoriale, che però soffre di carenze strutturali, in quanto l'attività *intramoenia* viene svolta negli stessi spazi destinati all'attività istituzionale.

Diversi sono i settori per i quali è risultato molto difficile applicare il regime dell'attività libero-professionale intramuraria e la causa è sempre riconducibile al problema delle liste d'attesa; le prestazioni cardiologiche, ad esempio, hanno particolari protocolli, mentre quelle radiologiche hanno comportato la necessità di attivare rapporti con strutture esterne, in particolare per quelle tipologie di servizi per le quali i professionisti del Gasslini sono rinomati a livello nazionale e internazionale, anche se questo è un fenomeno che verosimilmente andrà a scemare.

Per quanto riguarda una serie di altre discipline, prevalentemente non pediatriche, abbiamo riscontrato che lo strumento dell'*intramoenia* allargata da un certo punto di vista ha favorito un collegamento più diretto fra il paziente e il singolo professionista, consentendo la presenza sul territorio e la creazione di un legame fiduciario che presenta, peraltro, ricadute favorevoli sul circuito del Servizio sanitario nazionale in grado anche di evitare, in particolare, meccanismi di fuga verso altri paesi (mi riferisco ai residenti nell'estremo ponente ligure) e di mobilità passiva verso altre Regioni.

Con riferimento al potere di attrattiva esercitato dal nostro Istituto soprattutto sulle Regioni meridionali, che rappresentano un grande bacino d'utenza, la normativa in materia ha forse parzialmente penalizzato la possibilità di attivare strumenti in grado di consentire ai nostri medici, proprio nell'ottica di un rapporto fiduciario nella medicina pediatrica, l'esercizio della libera professione anche al di fuori degli spazi regionali. Riteniamo che, in presenza di una disposizione normativa di carattere generale ed uniforme, dovrebbero essere valutate le diversità che contraddistinguono le ASL, le aziende ospedaliere e gli IRCCS pediatrici in modo da farle valere in un contesto giuridico-normativo.

*COLASANTO*. Ringrazio per l'invito rivolto dalla 12<sup>a</sup> Commissione del Senato al nostro IRCCS di Bari, la cui *mission* esclusiva si incentra sulla oncologia.

I problemi emersi in passato – di cui il senatore Tomassini è a conoscenza avendone già discusso in altra sede – non sono stati ancora risolti. L'attività svolta dal nostro Istituto si esplica prevalentemente in regime ambulatoriale (diagnosi o sospetto clinico), per certi aspetti di tipo tradizionale nel panorama della tutela della salute nel Meridione. Infatti, la rete ospedaliera meridionale è caratterizzata dalla consistente inadeguatezza degli spazi interni. In particolare, l'Ospedale oncologico di Bari vive

una situazione alquanto delicata e drammatica, che fortunatamente è in procinto di risolversi; infatti, non dispone di una sede propria, pur essendo un istituto di diritto pubblico non trasformato in fondazione successivamente al decreto legislativo n. 288 del 2003. Dal 1990 la Regione Puglia prende in affitto strutture, attrezzature (i grandi macchinari) e personale per lo svolgimento dell'attività sanitaria, ma nel momento in cui, per una serie di questioni giuridico-amministrative, la convenzione è decaduta, l'Istituto è rimasto confinato in una parte molto limitata dell'albergo privato che lo ospitava, non avendo peraltro ancora risolto le questioni di dotazione organica e di spazi sia per lo svolgimento delle attività ambulatoriali sia per l'erogazione in regime libero-professionale di prestazioni chirurgiche o mediche.

Vorrei poi sottolineare un aspetto che oggettivamente limita l'accesso alle prestazioni medico-chirurgiche in regime libero-professionale (a mio parere, per fortuna). L'Istituto tratta generalmente patologie di media-alta complessità, le cui cure presentano costi particolarmente elevati, difficilmente sostenibili da un cittadino di medio livello socio-economico. È giusto quindi che tali prestazioni non vengano erogate in regime libero-professionale. Si tratta di prestazioni erogate in un secondo momento della malattia neoplastica. Allo stesso tempo, le somministrazioni chemioterapiche non sono solo coadiuvanti, ma investono momenti molto particolari del ciclo terapeutico della malattia.

La nostra attività, dunque, è prevalentemente incentrata su visite ambulatoriali che, nella maggior parte dei casi, vengono effettuate in regime di *intramoenia* allargata a causa della carenza di spazi idonei. Se a luglio dovesse venir meno la possibilità di svolgere la libera professione in regime di *intramoenia* allargata, oggettivamente dovremmo organizzarci, qualora venissero riconfermati, con gli strumenti finora consentiti. Molto probabilmente dovremmo affittare delle strutture.

Come è stato giustamente sottolineato, al di là dell'interpretazione politica, credo che il servizio pubblico possa offrire condizioni migliori. Per fare un esempio specifico, sarebbe meglio poter esercitare in una struttura al centro di Bari invece che nella nuova sede (che sarà definitiva tra qualche mese), che per la verità è piuttosto periferica e difficile da raggiungere se non con mezzi propri. A mio parere meriterebbe una riflessione la possibilità di offrire questo servizio in una struttura più accettabile, per esempio al centro di Bari.

Mi è stato chiesto qual è l'incidenza dell'esercizio della libera professione *intramoenia* sulle liste di attesa. A mio parere, l'incidenza è scarsissima perché non sono molti i cittadini che possono accedere al tipo di servizio che offriamo, in quanto i costi sono piuttosto elevati. Dunque, la ricaduta sulle liste di attesa – in cui sono iscritti per lo più cittadini comuni, con determinati *target* sociali – è veramente esigua. Quello su cui io e i miei collaboratori abbiamo sempre messo l'accento è che sia garantito l'accesso alla struttura, indipendentemente da come si venga inseriti nelle liste di attesa. Credo che questo sia l'aspetto più importante.

Ho da poco assunto l'attuale incarico ed abbiamo quasi completato l'allineamento (come si suol dire in termine tecnico) delle agende pubbliche con quelle relative all'*intramoenia* allargata (che sono pur sempre pubbliche), considerando come queste si intersecano con le agende di ricovero per prestazione chirurgica o per somministrazione chemioterapia (peraltro fatta prevalentemente in sede ambulatoriale). Siamo in grado di garantire sempre l'equità nell'accesso. A questo credo si riferisse il Presidente nella lettera di convocazione, quando chiedeva se non ci siano disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici. Noi cerchiamo sempre di impegnarci in questo senso, naturalmente salvaguardando l'autonomia del medico che può certificare – non dichiarare – che, in presenza di particolari condizioni cliniche, il paziente può essere estrapolato dalla lista d'attesa. In questi casi, con tale certificazione, il medico si assume una responsabilità professionale. Il sistema, dunque, consente una forzatura per superare le liste di attesa; per questo, però, è previsto un certificato, perché riteniamo che l'equità nell'accesso sia un diritto da salvaguardare.

Non credo vi sia altro da aggiungere. Ovviamente risponderemo con assoluta disponibilità alle domande che vorrete formulare.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, innanzi tutto desidero fare i miei complimenti ai rappresentanti dei due IRCCS qui presenti (perdonatemi se uso ancora la vecchia dizione). Sono due istituti di grande prestigio e con una storia importante alle spalle.

I complimenti all'IRCCS di Bari sono forse di più di quelli rivolti all'Istituto Gaslini di Genova, la cui storia è più consistente. L'Ospedale oncologico di Bari, infatti, ha avviato un'attività molto coraggiosa affrontando numerose difficoltà, come ha ricordato il dottor Colasanto e come io stesso ho potuto constatare durante un'ispezione che effettuai in passato. L'IRCCS Ospedale oncologico di Bari rappresenta l'unico caposaldo di qualità in oncologia da Roma al Meridione ed è perciò fondamentale che continui a proseguire sulla strada intrapresa. Ritengo che l'attività prestata sarebbe meglio svolta attraverso il meccanismo della fondazione, che anzi credo rappresenti la vera soluzione al problema. Ma vengo alle domande.

Entrambe le strutture hanno riferito che sono prevalenti le attività ambulatoriali perché, sostanzialmente, quelle in regime di ricovero non trovano spazio. Vi chiedo se i vostri ambulatori sono idonei allo svolgimento dell'attività libero-professionale, visto che, come sapete bene, soprattutto al Gaslini, tali attività non necessitano soltanto di normali strumenti, quali il lettino, il fonendoscopio, lo sfigmomanometro. Per un ambulatorio modello è necessario un complesso di elementi. Si riesce ad ottenere all'interno della struttura un giusto livello di sinergia e di compensazione?

In secondo luogo, è realistico pensare di porre termine al regime di *intramoenia* allargata entro il prossimo 31 luglio?

Ancora. Ritenete nell'ambito dei vostri istituti una priorità assoluta investire nella libera professione piuttosto che in altre opere più generiche,

come per esempio la messa a norma ai sensi del decreto legislativo n. 626 del 1994.

Nella finanziaria per il 2007, a mio parere sbagliando dal punto di vista linguistico, si stabilisce un'incompatibilità fra le funzioni di direttore scientifico degli IRCCS e lo svolgimento dell'attività professionale. A mio avviso tale previsione risulta essere particolarmente limitativa proprio per i pazienti. Certo, ci sono direttori scientifici che si dedicano soprattutto alla ricerca pura, ma se l'attività professionale si sostanzia nelle pubblicazioni, secondo me, escludere quel direttore dall'esercizio della libera professione è un grave danno. Vorrei sentire cosa ne pensate voi.

Vorrei poi rivolgere ai rappresentanti degli IRCCS una domanda che ho già posto agli assessori regionali che abbiamo sentito in questa sede, e cioè se non ritenete più vantaggioso per i vostri istituti demandare la modalità di esercizio dell'attività professionale alla libera contrattazione, con un'iniziativa assunta nell'interesse dell'azienda e contrattata *ad personam* con il singolo professionista.

Da ultimo, mi soffermo sul problema delle liste d'attesa, condividendo quanto sostenuto dal dottor Colasanto in merito all'adozione di un codice dell'accesso per contribuire a risolvere i problemi. Vorrei sapere se siete in grado di suggerire sistemi che possano aumentare i volumi delle prestazioni, che molto spesso dipendono dal non utilizzo dei grandi macchinari. Si potrebbe pensare di coprire le necessità non tanto con la libera professione (che, come è stato sottolineato da molti, sostanzialmente non incide sulla materia), quanto con la possibilità di ampliare gli spazi dedicati alle prestazioni mantenendo inalterato un orario settimanale composto da 38 ore.

*COLASANTO.* Le attività aggiuntive, concordo con lei, senatore Tomassini, sono uno strumento adeguato.

*EMPRIN GILARDINI (RC-SE).* Ringrazio i nostri ospiti per la chiarezza e la sinteticità delle loro relazioni. Anch'io ho qualche domanda da porre, in particolare rispetto a quanto ha detto il dottor Colasanto, ma su tali questioni vorrei sentire anche l'opinione del dottor Bertulla.

Stiamo parlando, da un lato, di prestazioni oncologiche di altissimo livello, cioè di percorsi terapeutici che allungano o addirittura salvano la vita; siamo quindi alla frontiera dell'esistenza umana, di un'esperienza particolarmente difficile e dolorosa. Dall'altro lato si parla di pediatria, specialità per la quale, nel regime di compartecipazione alla spesa, nel nostro Paese sono previste esenzioni molto estese. Conseguentemente, a mio parere, la questione dell'equità di accesso a questi due percorsi terapeutici e diagnostici è un tema centrale.

Ho sentito quali sono le intenzioni che ispirano l'azione dell'IRCCS di Bari (parlo di intenzioni e non della normativa vigente, non avendo ancora discusso in questa sede degli strumenti); tuttavia sono state indicate alcune criticità. Vorrei conoscere anche l'opinione del dottor Bertulla sulle modalità con cui si può garantire l'equità dell'accesso alle prestazioni in



considerazione di un diritto fondamentale di soggetti che, oltre tutto, si trovano in particolari condizioni di fragilità. Quali criticità emergono a tale proposito?

Aggiungo una domanda, che ho sempre posto quando sono stata presente alle audizioni, in merito al regime di *intramoenia*. Esso sicuramente risponde ad un rapporto fiduciario tra medico e persona che chiede di essere curata, però è un rapporto fiduciario che si esplica come risposta non ad un bisogno, ma ad una domanda capace di qualificarsi sul mercato. Vorrei sapere se, quando all'interno della struttura pubblica si pratica la libera professione in regime di *intramoenia*, ci si preoccupa di assicurare prestazioni appropriate, a fronte dello sforzo compiuto nel regime pubblico in ottemperanza all'articolo 32 della Costituzione. Ripeto, vorrei sapere soltanto se ci si pone il problema, non se la legge eventualmente lo preveda, anche perché, dato che stiamo elaborando una normativa in questo settore, sarebbe utile conoscere la vostra opinione.

PRESIDENTE. Mi spiace dover chiudere questa audizione ma, in considerazione dell'imminente avvio dei lavori dell'Assemblea, sono obbligato a concludere i nostri lavori. Vi chiedo la disponibilità a trasmettere in un testo scritto le risposte ai quesiti testé rivolti.

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

*I lavori terminano alle ore 16,30.*





