



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 22

*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

57<sup>a</sup> seduta: mercoledì 28 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

**Audizione di rappresentanti di aziende sanitarie locali e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**

|  |                              |                       |            |
|--|------------------------------|-----------------------|------------|
| PRESIDENTE . . . . .                         | Pag. 3, 4, 7 e <i>passim</i> | * AZZARETTI . . . . . | Pag. 4, 10 |
| BODINI ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .            | 9                            | * BORSANI . . . . .   | 4          |
| * CURSI ( <i>AN</i> ) . . . . .              | 9                            | CARUSO . . . . .      | 7          |
| MASSIDDA ( <i>DC-PRI-IND-MPA</i> ) . . . . . | 9                            | RAMPA . . . . .       | 5, 10      |
| 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-Consumatori: Misto-Consum; 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; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.*

*Intervengono, per il Policlinico San Matteo di Pavia, il dottor Giovanni Azzaretti, direttore generale; per l'Istituto Tumori di Milano, il dottor Carlo Borsani, presidente, e il dottor Alessandro Rampa, direttore sanitario; per la ASL Reggio Calabria 11, il dottor Renato Caruso, direttore generale.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di rappresentanti di aziende sanitarie locali e 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 oggi prevista l'audizione di rappresentanti di aziende sanitarie locali e di istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ai quali rivolgo un caloroso benvenuto.

Visti gli importanti impegni odierni e poiché i lavori dell'Assemblea sono stati anticipati rispetto all'orario previsto, il tempo a nostra disposizione è molto ridotto per cui chiederei agli intervenuti di limitare i propri interventi a pochi minuti, in modo da dare spazio anche alle eventuali domande che i colleghi senatori vorranno porre. In tal caso, invito i nostri ospiti a rispondere successivamente con memorie scritte.

D'altra parte, stiamo portando avanti questo nostro lavoro con molto rigore. Il Ministro della salute ci ha assicurato, verbalmente e per iscritto in un documento che ci ha inviato, che non prenderà alcuna decisione in merito a provvedimenti governativi che regolamentino l'attività della professione *intramoenia* all'interno degli ospedali italiani se non dopo aver ascoltato il parere di questa Commissione. Comprenderete pertanto che ogni vostro suggerimento e precisazione sono per noi davvero importanti.

Do la parola al dottor Azzaretti, direttore generale del Policlinico San Matteo di Pavia.

**AZZARETTI.** Signor Presidente, onorevoli senatori, abbiamo risposto al quesito che ci è stato posto. Mi limiterò pertanto nel mio intervento ad illustrare sinteticamente l'*iter*, la procedura seguita dal San Matteo per soddisfare l'esigenza dell'attività libero-professionale dei medici.

Nel 1997 l'allora commissario straordinario Morieni, con felice intuizione, aveva stipulato un accordo, una convenzione novennale, con il gruppo Générale de Santé per trasformare il convento delle suore, che era delle dimensioni di una delle tante cliniche del San Matteo, per poi metterlo a disposizione dei medici per l'attività libero-professionale. Tale contratto novennale si è purtroppo concluso nell'ottobre del 2002 perché Générale de Santé, in base ad un articolo della convenzione stessa, ha praticamente disdetto la convenzione in quanto ci rimetteva. Io, che nel frattempo sono passato da direttore sanitario a commissario, mi sono trovato in una situazione molto critica: se ci rimetteva il privato era immaginabile che il pubblico facesse peggio. Alla fine, si è deciso di gestire autonomamente questa attività perché i medici avevano diritto a svolgere la loro attività.

Devo dire con molta soddisfazione, a distanza ormai di quasi cinque anni, che non solo l'attività si è svolta egregiamente, ma che il San Matteo ci guadagna, a dimostrazione che il pubblico, almeno in questa occasione, si è comportato molto meglio del privato.

È chiaro ed evidente che, nel momento in cui si deciderà di far svolgere anche l'attività ambulatoriale ai medici ospedalieri dentro le mura ospedaliere, questa clinica non sarà in grado di soddisfare tutte le esigenze. Lo abbiamo già scritto sia al Ministro della salute sia alla Regione, facendo altresì presente che abbiamo una struttura che potremmo sistemare a tal fine, ma che occorrono almeno 3 milioni di euro per adeguarla e che verrà impiegato minimo un anno e mezzo o due per realizzarla.

**PRESIDENTE.** Prima di dare la parola al dottor Borsani, vorrei che lei rispondesse a un mia domanda, ovvero se esiste, come penso, la possibilità di accedere in questo momento, per una somma come quella che lei ha detto, ai fondi previsti dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per il riammodernamento di strutture per far svolgere l'attività *intramoenia*.

**AZZARETTI.** Sono state avviate le procedure volte ad ottenere questo finanziamento.

**BORSANI.** Signor Presidente, mi limiterò, data la situazione delicata dei lavori d'Assemblea, a sottolineare un solo aspetto della libera professione mentre il dottor Rampa, in veste di direttore sanitario, entrerà nel merito del sistema dell'istituto. Credo che una considerazione a livello generale debba essere fatta per permettervi di prendere una decisione sulla libera professione.

A mio avviso, gli operatori del Servizio sanitario nazionale pubblico dovrebbero implementare, e quindi aiutare, la libera professione *intramoe-*

nia non solo per i motivi tradizionali che possono riguardare anche il personale non medico: ad esempio, metterlo in condizione di avere un emolumento più adeguato alle esigenze della vita di oggi. Per questo credo sia importante permettere ai medici di svolgere la libera professione nel proprio studio privato obbligandoli però a ricoverare i propri pazienti nell'ospedale pubblico, nel quale svolgono la propria attività. Se non ci fosse questa alternativa, infatti, diversi medici prenderebbero una strada diversa, il privato, a danno evidentemente della sanità pubblica che si troverebbe a doverli rimpiazzare con altri con esperienza minore.

Vi pregherei di considerare questo aspetto con le dovute cautele nello svolgimento dei vostri lavori: bisogna tener presente che c'è un simile pericolo, ma ci sono anche le possibilità per convincere i medici a lavorare comunque per il pubblico e nel pubblico.

*RAMPA.* Vorrei tentare un approccio da due punti di vista. Il primo come istituto tumori di Milano, dove la libera professione oggi ha un bilancio complessivo di 20 milioni di euro. Credo che questo sia un segnale importante: nell'istituto si crede nel pubblico e nella libera professione e si ritiene la libera professione un modo nuovo ed importante di fare buona sanità.

Il secondo punto di vista come segretario nazionale generale dell'associazione dei medici di direzione sanitaria. Ho portato alcune copie del nostro editoriale, pubblicato a dicembre, in cui c'è un mio articolo – essendo un editoriale è anche a firma del presidente, del direttore e del segretario scientifico – con la nostra visione complessiva e con l'individuazione degli attori; non mi dilungo su questo documento che consegno alla Presidenza.

Sono arrivato in istituto quattro anni e mezzo fa ed era già strutturato con una libera professione molto importante. Credo che questa libera professione, in termini economici ed in termini di struttura, dia veramente una risposta importante al pubblico. Conseguiamo degli utili, su questi 20 milioni di euro, pari a circa 2.700.000 euro, di cui 200.000 euro di attivo complessivo e 2.500.000 euro di costi generali. Credo che tutti sappiate che se chiudessimo il nostro mitico ottavo piano oggi stesso i costi generali scenderebbero solo di qualche centinaio di migliaia di euro. Quindi ci crediamo, è stata portata avanti e bene dai miei predecessori: adesso la sto portando avanti anch'io con questo spirito.

Comunque vi sono alcune criticità. Se si vuole – e noi ovviamente rispettiamo e attuiamo le leggi del Paese – imporre a tutti i medici che fanno l'*extramoenia* di non essere più primari o capi dipartimento (uso il vecchio termine «primari» perché rende maggiormente l'idea), ciò potrà creare qualche difficoltà; comunque, è un aspetto che potremmo accettare senza particolari problemi, anche se, a mio avviso, andrà ad impattare pesantemente sul ruolo, sulla figura, sulla qualità e sulla quantità delle prestazioni erogate dal sistema sanitario regionale; forse in qualche modo dovrebbe essere concordato con le Regioni.

Considero abbastanza simili e parallele, pur con delle differenze, le situazioni della Lombardia e dell'Emilia Romagna *pro* una certa libertà professione e quelle del Veneto e della Toscana *bipartisan*, dove la libera professione è molto meno sentita, evidente ed importante. Allora, considerando la situazione della Lombardia e dell'Emilia Romagna, è chiaro che potremmo avere in istituto non più di 4-5 persone e qualche centinaio di primari, a livello lombardo ma anche a livello emiliano, che potrebbero lasciare gli ospedali pubblici a favore del privato. E' difficile che un personaggio, con un'età tra i 55 e i 65 anni, che in termini di competenza ed esperienza è il periodo più produttivo, accetti questo tipo di discorso e rinunci alla propria apicalità.

Diamo per scontato che il Paese vada in questa direzione e facciamo un discorso in subordine: potremmo addirittura avere un numero sensibile di primari che accettano questa regola a condizione che, come bene evidenziava il presidente Borsani, gli venisse lasciato il proprio studio esterno. Spiego il motivo: questi studi in realtà li considero e li vivo ogni giorno come dei grandi imbuto che poi riversano l'attività in genere per l'80 per cento nell'ambito pubblico. Spesso il cittadino privato, che non ha un'assicurazione, paga la visita e poi si rivolge alla struttura pubblica. Se perdessimo totalmente queste persone, avremmo delle persone che vanno verso la sanità privata convenzionata che è rispettabilissima, ma che svuoterebbe parte dell'attività pubblica a cui noi ovviamente teniamo in prima istanza in quanto rappresentanti della sanità pubblica.

Solo il 20 per cento delle persone che vanno negli studi privati oggi si rivolge in realtà verso l'attività libero-professionale, anche chirurgica o parachirurgica, a differenza di coloro che hanno un'assicurazione o una previdenza integrativa (mi riferisco ai dipendenti di grandi banche o di grandi enti dello Stato). Quindi finiremo per svuotare il pubblico di una parte significativa delle risorse che oggi vengono utilizzate in questo modo.

Per quanto riguarda la vostra richiesta, molto chiara, in merito all'impatto dell'attività libero-professionale sulle liste ed i tempi di attesa, devo rispondervi che questo impatto è assolutamente limitato, perché il più delle volte coinvolge persone che comunque in qualche modo si rivolgerebbero ad un percorso privato. Credo che sia invece possibile avere un risultato positivo solo attraverso alcuni meccanismi, come quello che abbiamo introdotto in istituto: una trattenuta, non imposta dalla legge, a favore del comparto; abbiamo introdotto un 5 per cento per il comparto, che ci consente per ogni lavoratore del comparto, in particolare per sale operatorie ed ambulatori, di avere più giornate lavorative - *time for money* - in cambio di questi soldi in più.

Si tenga conto che ogni volta che personaggi come Ermanno Leo o Vincenzo Mazzaferro pubblicano un articolo su una rivista internazionale oppure compaiono su un altro tipo di *media*, le richieste, anche in dermatologia, ammesso che noi l'avessimo, aumentano del 10 per cento. Quindi questo secondo me è un dato abbastanza marginale.

Tornando al discorso degli studi, ho fatto con alcuni dei miei più attenti colleghi – Toracico e Pastorino – un'analisi: molti dei loro pazienti chiedono, riservatezza personale, di poter andare nei loro studi in orari particolari. Quindi, difficilmente avremmo questi pazienti all'interno dei nostri ospedali (spesso si tratta di personaggi conosciuti) ammesso che avessimo, cosa che non abbiamo, spazio e soldi in istituto per fare dei nuovi ambulatori. Gli ambulatori lavorano 10-12 ore al giorno e non abbiamo spazio per farne di nuovi; quindi non è solo un problema solo di 3 milioni di euro di finanziamento come per gli amici del Policlinico San Matteo. Noi siamo tra quelli che non hanno chiuso un letto negli ultimi anni; altri ospedali ne hanno chiusi e possono riconvertire quello spazio a favore di ambulatori; noi non disponiamo di spazi ed ovviamente i costi sarebbero altissimi. Ci potremo porre questo problema, in parte diverso, con più ambulatori eventualmente in città quando si realizzerà il nuovo istituto dei tumori.

Pertanto la mia preghiera è di fare molta attenzione e di agire senza ideologie; in relazione a questa tematica è molto difficile fare il bene del Paese (naturalmente sono a disposizione per qualunque altro confronto e verifica) perché c'è una cittadinanza che chiede cose diverse, che può immettere risorse economiche anche importanti nel sistema pubblico che noi amiamo e privilegiamo; un approccio «rustico» ci potrebbe penalizzare a favore di altri e questo, pur rispettando gli altri nelle loro logiche, sarebbe un danno per la sanità pubblica per la quale lavoriamo ogni giorno.

PRESIDENTE. Avrei dei commenti da fare ma non voglio rubare tempo ad altri interventi.

Do ora la parola al dottor Caruso, che ha ricevuto la nomina soltanto ieri (gli facciamo i nostri complimenti) e quindi forse non ha una conoscenza approfondita della situazione.

CARUSO. Dopo aver ascoltato la breve, ma esaustiva relazione del presidente dell'ANMDO – il collega non sa che sono anch'io un direttore sanitario – non avrei altro da aggiungere se non fotografare brevemente e velocemente la realtà del Sud d'Italia.

Come ben evidenziato dal presidente dell'ANMDO, già da Regione a Regione nel Nord esistono differenze di un certo rilievo nell'attività libero-professionale intramuraria; a maggior ragione nel Sud d'Italia questa attività è ancora meno sentita. In verità parlo per la mia esperienza più siciliana che calabrese: ieri ho avuto la possibilità di consultare piuttosto in fretta i dati della Provincia di Reggio Calabria e ritengo di poter affermare che tutto sommato non c'è grande differenza. Una differenza c'è se il medico presta la sua attività in un ambiente ospedaliero o non ospedaliero.

Attualmente dirigo un'azienda territoriale, ma sono stato in passato direttore di aziende anche grandi quali il Civico di Palermo. Ho potuto constatare, quindi, che mentre nelle grandi aziende ospedaliere l'attività intramuraria è sentita e fatta secondo i crismi, nell'azienda territoriale è

molto meno sentita ed è fortemente condizionata dalla disponibilità di locali e di attrezzature. Quasi tutta l'attività cosiddetta intramuraria alla fine si riduce, per il 90 per cento e più, ad un'attività ambulatoriale, a visite e prestazioni ambulatoriali. Difficilmente troviamo nella realtà di Reggio Calabria attività intramuraria all'interno degli ospedali ed interventi che prevedono tecnologia di un certo rilievo.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, alla nostra attenzione ci sono situazioni ben diverse, quella di ospedali di grande rilevanza ed eccellenza, come il policlinico San Matteo di Pavia o l'Istituto tumori di Milano, e quella di una azienda pubblica come la ASL Reggio Calabria 11 che, per quel che riferisce il direttore generale, quand'anche insediato da pochissimo, rappresenta un'anomalia rispetto alla realtà dei due centri lombardi. Voglio anche ricordare che il dottor Borsani è stato per due mandati assessore alla sanità della Regione Lombardia e quindi ha particolarmente vissuto questa esperienza.

Tutti però hanno affermato, e chiedo loro conferma, che, per poter portare a compimento la libera professione *intramoenia* e, soprattutto chiudere l'esperienza dell'*intramoenia* allargata entro il 31 luglio, non ci sono né i tempi né i soldi. Inoltre questi non sarebbero comunque disponibili immediatamente perché non ci sono i piani.

Il dottor Caruso ci ha detto che in Calabria la libera professione non c'è, che non è richiesta e, secondo me, ha presentato tale realtà come un'anomalia. Magari non viene percepita, ma certamente c'è. Qualche giorno fa ai suoi colleghi della Regione Calabria abbiamo chiesto quale fosse la mobilità passiva nei confronti delle altre Regioni, quale la trasmissione e quante fossero le strutture private in assoluto presenti sul territorio. Vorrei che anche il dottor Caruso ci dicesse qualcosa sul punto.

Rivolgo ora una domanda ai lombardi, che rappresentano due strutture di eccellenza. Nell'ambito della libera professione i fatturati appaiono cospicui. I ricavi lo sono altrettanto?

Dottor Rampa, lei ha detto di dispiacersi quando si va nel privato, perché preferirebbe che si rimanesse nel pubblico. Siccome sono stato direttore sanitario anch'io, apprezzo questa affermazione, ma vorrei anche sottolineare che, tutto sommato, quando i medici vanno nel privato favoriscono la riduzione delle perdite. Ricordo infatti che i conti del privato si basano esclusivamente sui DRG e che è quasi miracoloso come la sanità privata riesca a fare questo.

Le cifre di denaro che voi avete definito indispensabili per completare l'operazione della libera professione rappresentano una priorità di investimento nelle aziende che dirigete?

Abbiamo parlato anche di qualche idea per il futuro. Nell'ambito della libera professione, ritenete corretto che chi sceglie l'*extramoenia* non possa poi essere scelto nell'ambito della libera professione all'interno del medesimo istituto? Ritenete corretto che i medici che esercitano libera professione in *intramoenia*, allargata o pura, siano privati della partita IVA?



BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, abbiamo situazioni molto diverse oggi a confronto. Da quanto detto dal dottor Caruso, della ASL Reggio Calabria 11, nessuno fa l'*intramoenia*. A prescindere da discorsi ideologici, è un errore, in quanto la disponibilità di spazi è anche un'opportunità, sia per i pazienti, che possono scegliere liberamente il medico, sia per medici, soprattutto per quelli che hanno un volume basso di attività. La situazione dovrebbe essere modificata, almeno tendenzialmente. In questi anni è stato fatto qualcosa rispetto a questo problema?

Concordo con gli interlocutori di oggi che una libera professione, ben organizzata, può essere una risorsa per l'ospedale, con tutte le sfumature che sono state evidenziate. Ma esistono sistemi di controllo? Rispetto alla libera professione la preoccupazione è che ci possa essere un insufficiente impegno nei reparti di appartenenza, con peggioramento dei tempi di attesa e difficoltà ulteriori.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MA*). Signor Presidente, ricordo sempre che l'*intramoenia* è stata introdotta nel tentativo di ridurre, in via indiretta, le liste di attesa e di monetizzare la professionalità dei propri dipendenti e per l'azienda, che investe per avere un ritorno dai professionisti. È ancora così o all'azienda conviene addirittura l'*intramoenia* allargata, che garantisce risorse, ma non comporta grossi investimenti? Nei settori nei quali inevitabilmente l'*intramoenia* allargata non esiste, per esempio, radiologia, siete riusciti a creare un'*intramoenia*?

In caso di *intramoenia* allargata, avete la capacità di verificare che sia davvero attività *intramoenia* e non libera professione? È vero che anche grazie all'*intramoenia* c'è stato qualche miglioramento delle liste di attesa?

CURSI (*AN*). Signor Presidente, a causa di un'altra riunione non ho potuto ascoltare gli interventi, tuttavia ho avuto la possibilità di leggere le relazioni.

Anche ai nostri ospiti di oggi porrò le stesse domande che ho rivolto nelle altre audizioni. Il Ministro ha assunto l'impegno di presentare a marzo di quest'anno una proposta che riguarda l'*intramoenia*, più o meno allargata. Oggi scade il termine entro il quale le ASL, ovvero tutte le strutture sanitarie, avrebbero dovuto presentare alle Regioni i piani per attrezzare le aree nelle quali svolgere l'attività in *intramoenia*. I piani sono stati presentati? I soldi per attrezzare le aree ci sono? In caso di risposta affermativa alle prime due domande, in quali tempi sarà possibile attrezzarle?

Conoscendo bene il professor Azzaretti, che lavora ed opera in un certo modo, penso che nella relazione, sotto la voce punti di forza e di debolezza dell'ALPI nell'azienda, a pagina 2, probabilmente manchi qualcosa, perché c'è scritto: «Il cittadino riceve la prestazione dal sanitario di fiducia in ambiente (ospedaliero) protetto». Questo vuol dire che non ci sono punti di debolezza. Il punto di forza è che il cittadino riceve la prestazione nell'ambiente ospedaliero. Certo, qualche volta si viene anche vi-

sitati a casa, in piedi o per strada. A parte le battute, conoscendo il professor Azzaretti, presumo proprio che manchi qualcosa.

Forse sono monotono con me stesso e con i colleghi, ma ricordo che in tutti i punti contenuti negli accordi raggiunti nella Conferenza Stato-Regioni c'era scritto che l'*intramoenia*, più o meno allargata, avrebbe consentito automaticamente la riduzione o addirittura la scomparsa delle liste di attesa. È passato qualche anno da quel famoso accordo; non mi sembra che le liste d'attesa siano scomparse, anzi ci sono e quindi è opportuno capire se da parte vostra c'è un rapporto di condizionamento, ovvero se le liste d'attesa prescindono dalla vostra opera.

*AZZARETTI.* A mio avviso, la libera professione non influenza le liste d'attesa perché se così fosse dovremmo preoccuparci.

*PRESIDENTE.* Mi sembra che questo sia il dato che sta emergendo in tutte le audizioni che abbiamo fatto fino ad ora.

*RAMPA.* È chiaro che se c'è un medico molto richiesto le liste d'attesa non si potranno mai abbattere. La lista d'attesa è comunque un finto problema.

*PRESIDENTE.* Onorevoli colleghi, preso atto dell'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, invito i nostri ospiti, che ringrazio per il loro prezioso contributo, a trasmetterci in un testo scritto le risposte alle richieste di chiarimento testé formulate.

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

*La seduta termina alle ore 15,30.*



