



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 24

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

60^a seduta: mercoledì 21 marzo 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Documento conclusivo**
(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 13
CARRARA (FI)	3
TOMASSINI (FI)	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.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di documento conclusivo 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, sospeso nella seduta del 14 marzo scorso.

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.

Dichiaro aperta la discussione.

CARRARA (FI). La libera professione medica intramuraria è regolamentata da un complesso di norme legislative e contrattuali che la connotano quale diritto dei professionisti sanitari operanti nel Servizio sanitario nazionale ed opportunità per gli utenti dello stesso che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere le prestazioni sanitarie.

La Commissione igiene e sanità ha avviato un'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. Tale indagine si è resa necessaria poiché la disciplina transitoria prevista dalla legge n. 448 del 1998 ha consentito di far fronte alle esigenze sanitarie e della cittadinanza attraverso il ricorso all'attività libero professionale intramuraria (ALPI), effettuata in strutture private non accreditate o in studi medici. Tale sistema, che doveva rappresentare una soluzione transitoria nelle more dell'adeguamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale all'esercizio interno delle attività libero-professionali, ha invece costituito un valido strumento per soddisfare con alti livelli, sia in termini di quantità che di qualità, la domanda di assistenza sanitaria della popolazione e sussiste ad ormai quasi 10 anni di distanza dall'emanazione della legge n. 448.

Ciò ha avuto ampio riscontro dall'indagine svolta da questa Commissione che ha fornito ulteriori e precisi elementi per una conoscenza adeguata ed aggiornata della diffusione dell'ALPI su tutto il territorio nazionale, delle sue modalità di realizzazione e regolamentazione, dei proventi

che ne derivano ai professionisti che la esercitano e alle aziende sanitarie, degli spazi attualmente utilizzati per svolgerla, degli investimenti edilizi realizzati per favorirla, del rapporto che essa ha con le liste di attesa per le prestazioni istituzionali.

Passando ad una analisi, il primo dato che emerge è proprio quello relativo all'inadeguatezza delle nostre strutture sanitarie, all'identificazione di risorse umane, tecniche e logistiche al proprio interno, tanto che su scala nazionale sono pochissime le aziende sanitarie che possono offrire le prestazioni sanitarie richieste senza dover ricorrere a fonti esterne alle aziende stesse presso altre strutture o studi privati. Vale la pena di sottolineare a tale proposito che le attività di *intramoenia* allargata svolte dal dirigente medico sono state oltre che un modo per fronteggiare la domanda di assistenza anche un positivo investimento sotto il profilo dell'aziendalizzazione del servizio, che ha apportato nuove risorse in termini di conoscenze e in termini economici e ha contribuito alla realizzazione di punti di eccellenza della sanità pubblica anche a livello nazionale.

Concretamente, dall'indagine di cui stiamo trattando sono emersi alcuni elementi che rappresentano forti criticità o ostacoli ad una prossima stretta applicazione dell'ALPI, sia a livello nazionale, in maniera omogenea, che su tutto il territorio, diversificato a seconda delle diverse realtà regionali. Tali diversità, ed in alcuni casi disparità, emersero da una precedente indagine svolta alla Camera dei deputati nel febbraio 2003. Erano notevoli le differenze territoriali nell'attuazione dell'istituto tra Nord e Sud, ma ciò era riferito solo agli IRCCS. Sarebbero necessari ulteriori elementi per comprendere i motivi di queste diversità. Credo sia importante rilevare che gli elementi di criticità allora riscontrati sono validi tutt'oggi, tanto da essere riportati anche nelle relazioni, interventi e documentazioni di queste indagini.

Riassumendo, signor Presidente, dovremmo valutare i seguenti aspetti. Quanto agli investimenti dedicati, il rifinanziamento dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 con lo stanziamento di 1.800 miliardi di vecchie lire destinati alle strutture per l'*intramoenia* (decreto legislativo n. 254 del 2000 e decreto del Ministero della salute dell'8 giugno 2001) non ha dato i risultati sperati. Nel febbraio del 2003 risultavano finanziati solo 35 interventi, per un importo complessivo pari al solo 11 per cento dello stanziamento.

Per quanto concerne l'*intramoenia* allargata, l'istituto appariva totalmente fuori controllo. Né le Regioni né le aziende avevano attivato i previsti strumenti di controllo, anche per l'oggettiva difficoltà di effettuare verifiche ispettive fuori dalle mura delle aziende sanitarie.

Con riferimento all'analisi costi-ricavi, l'attività *intramoenia* prevede per legge di essere svolta in autosufficienza economica e deve essere gestita con contabilità separata. I contenuti delle audizioni facevano ritenere che la prima affermazione non fosse stata verificata.

Circa la trasparenza nella gestione, è questo un tema di assoluto rilievo sollevato dal Tribunale dei diritti del malato. In generale, mancavano nelle aziende segreterie centralizzate di prenotazione, tariffari completi ed aggiornati, nonché elenchi dei medici autorizzati all'ALPI.

Per quanto riguarda i risultati delle audizioni, è doveroso ricordare al Ministro, che si è impegnato nel garantire l'attuazione dell'ALPI entro il 31 luglio 2007, che ha dovuto rivedere la propria determinazione la quale, evidentemente, mancava dei presupposti di concertazione e consultazione con i rappresentanti dei settori e degli assessorati interessati. Infatti, proprio dalle audizioni dei rappresentanti delle Regioni si è evinto che queste (con l'eccezione unica della Toscana) hanno problemi logistico-strutturali nelle proprie aziende sanitarie e che difficilmente tali problemi saranno risolti entro il 31 luglio 2007.

Le stesse organizzazioni sindacali confederali hanno riportato alla realtà le aspettative del Ministro, concordando con la previsione di rientro nelle aziende, ma esigendo spazi e modalità adeguati, entro un congruo periodo di tempo, sottolineando inoltre l'esigenza di rivalutare l'indennità di esclusività e di considerare la rete ambulatoriale come elemento costituente del Servizio sanitario nazionale. I sindacati di base, invece, si sono addirittura dichiarati esplicitamente contrari all'istituto dell'*intramoenia*, per l'inadeguatezza delle strutture e per il ricavo irrisorio realizzato dal Servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda l'analisi dei questionari delle Regioni, la realtà già conosciuta e brutalmente emersa dai dati rilevati mostra ancora una volta una situazione disomogenea e varia da Regione a Regione. Punto comune a tutte, però, è la scarsa attuazione e adesione da parte della Regione allo scopo di accertare l'interesse alla diffusione dell'ALPI, se l'ALPI stessa sia effettivamente redditizia per il Servizio sanitario nazionale, se le Regioni abbiano avuto accesso ai finanziamenti statali derivanti dal rifinanziamento di cui all'articolo 20 della legge n. 68 del 1988 (stabilito dalla legge n. 254 del 2000 ed erogato alle Regioni sulla base delle indicazioni del decreto del Ministero della salute dell'8 giugno 2001) e quale sia lo stato degli investimenti effettuati.

Emerge un quadro in cui è necessario sottolineare diversi punti. Il fatturato derivante dall'ALPI è estremamente variabile (passiamo da 1.380 milioni di euro della Regione Lombardia a meno di 100 milioni di euro delle Regioni più piccole), nonostante sia ancora necessario un impegno economico che potrebbe essere utilmente impiegato in investimenti, in tecnologia e in altre risorse.

Le richieste di finanziamento sono disomogenee tra Nord e Sud e alcune Regioni non hanno addirittura presentato progetti da finanziare.

Per quanto attiene alla presenza di spazi distinti e separati – così come prescritto dalla legge – da destinare all'ALPI, sul totale degli ambulatori censiti nelle aziende del campione solo il 2 per cento è dedicato in via esclusiva all'attività *intramoenia*. Il dato dei posti letto riservati ad attività libero professionale è in linea con quanto rilevato per le attività ambulatoriali. La percentuale è del 2,3 per cento sul totale dei letti, parame-

tro molto lontano dallo *standard* del 10 per cento indicato dalla normativa vigente.

Il 94,8 per cento dei medici, poi, è a rapporto esclusivo, ma con differenze geografiche non trascurabili (il 97,4 per cento al Sud, il 93 per cento al Centro e il 95 per cento al Nord). Tale differenza è confermata dalle percentuali di professionisti che fanno ricorso all'ALPI allargata (al Sud il 67,6 per cento, al Centro il 65 per cento e al Nord il 38 per cento); segno questo di disuguaglianza territoriale con mancato adeguamento delle strutture sanitarie del Sud. Inoltre, solo nel 55 per cento dei casi è presente una regolamentazione regionale dell'ALPI. Un'osservazione interessante è che, sul totale del campione e per tutte le tipologie di attività, la media del prelievo da parte dell'amministrazione è del 27 per cento, anche qui con una disparità territoriale. Infatti, questa percentuale è simile al Nord e al Centro, ma è maggiore al Sud, pur se in questa parte d'Italia le attività maggiormente onerose per le aziende (quelle di ricovero) sono inferiori (il 15 per cento del fatturato totale a fronte del 25 per cento che rappresenta il valore medio nazionale).

Vogliamo far rilevare che la redditività dell'ALPI per il Servizio sanitario nazionale è molto marginale. La redditività dell'*intramoenia* legata all'attività svolta dai medici ha mostrato nel nostro campione una redditività media per medico da ALPI intorno a 26.000 euro annui. In particolare, voglio sottolineare che nelle aziende del Nord questo valore è di oltre 38.000 euro, al Centro si abbassa a circa 29.000 euro, mentre al Sud si è stabilizzato intorno agli 8.000 euro. Inoltre, nell'anno di riferimento, la spesa sostenuta dai cittadini per l'ALPI è stata pari a 974 milioni di euro e i corrispettivi pagati al personale sono stati oltre 854 milioni di euro. Ne deriva che la differenza tra ricavi e corrispettivi ammonta a circa il 12 per cento del ricavo complessivo, dal quale le aziende devono sottrarre l'8,5 per cento a titolo di IRAP. La bassa redditività può giustificare gli onerosi investimenti «dedicati»? Non crediamo più opportuno destinare tali risorse economiche in occupazione di figure sanitarie o in investimenti in apparecchiature biomediche o in tecnologie che contribuirebbero a abbattere le liste d'attesa della diagnostica?

Per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali diagnostiche e chirurgiche, reale punto di criticità della nostra sanità pubblica, è emerso da quest'analisi che tale fenomeno non è prettamente «medico dipendente», bensì legato a un'anomala, inefficace gestione del sistema «*book*», cioè all'organizzazione interna delle aziende e agli strumenti di prenotazione e controllo. I nostri assessorati, sensibili all'obiettivo dell'abbattimento delle liste, hanno spesso sopperito con programmi di acquisto di prestazioni sanitarie con strutture private, che non sono certo state convenienti in termini di costi per il Servizio sanitario nazionale.

Per avviarmi alla conclusione, elementi di forza a sostegno dell'ALPI sono: quello relativo alle competenze specialistiche dispiegate, tale da determinare una crescita d'immagine dell'azienda e un'eccellente operazione di *marketing*, ipotizzando incremento di fatturato; la possibilità di erogare

prestazioni a pagamento a enti terzi (e sottolineo enti terzi); la possibilità di offrire percorsi diagnostico-terapeutici completi al paziente (anche integrando prestazioni in ALPI con prestazioni del Servizio sanitario nazionale); la centralizzazione dei meccanismi di prenotazione (con la creazione di CUP aziendali dedicati); l'opportunità di incentivare economicamente il personale, sia direttamente che indirettamente coinvolto nell'ALPI. E' anche vero però che elementi critici segnalati sono: l'impreparazione specifica del personale di supporto rispetto al compito richiesto dalla libera professione dei medici; la promiscuità dei percorsi assistenziali relativa al Servizio sanitario nazionale e all'ALPI e la sproporzione tra le indennità di esclusività erogate e il numero effettivo di medici che esercitano l'attività libero professionale *intramoenia*; la mancata conoscenza dei costi reali e, in rari casi, la presenza di liste di attesa duplicate o addirittura l'assenza di domande per l'attività libero professionale. Criticità, cari colleghi, che non possono risolversi con un colpo di frusta il 31 luglio 2007, ma che necessitano di un percorso di consapevolezza necessariamente più lungo.

L'ALPI, incentrato su una reale «aziendalizzazione» di sanità pubblica, può rappresentare il sintomo di un servizio pubblico in buona salute, che beneficia del ritorno positivo che scaturisce dall'attività libero-professionale, diritto contrattuale garantito ai medici, che produce plusvalore in termini professionali ed economici, plusvalore da reinvestire in sanità pubblica all'interno dell'azienda sanitaria stessa; inoltre, come la stessa indagine sottolinea, rappresenta un'opportunità per i cittadini, intesa come possibilità per l'utente di optare per un medico di fiducia, in grado di fornire la propria qualificata prestazione in tempi adeguati ed in ambienti naturalmente idonei.

In conclusione, quanto al termine del regime allargato, previsto per il 31 luglio 2007 con il rientro di tutti i professionisti attualmente autorizzati ad esercitare in studi medici, sulla base delle risultanze dell'indagine esso appare poco realistico e, se anche fosse conveniente, come molti credono, per il Servizio sanitario nazionale, d'altra parte bisogna chiedersi perché non si siano realizzate in tanti anni le condizioni, le strategie e l'attenzione per l'*intramoenia* e perché questo termine sia stato più volte rinviato e soprattutto come oggi si intenda renderlo reale.

Dato incontrovertibile dell'indagine è che dal campione di aziende sanitarie esaminato, circa il 50 per cento del fatturato dell'associazione libero-professionale *intramoenia* proviene dall'*intramoenia* allargata: se questo risultato (valutato nel 2005 per oltre 1 miliardo di euro senza considerarne i costi complessivi) viene plasmato su tutto il territorio nazionale, la sospensione dell'ALPI allargata arrecherebbe un danno economico a tutto il sistema. Nulla risolverebbe la creazione di un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale perché richiederebbe ulteriori dilazioni temporali, nonché nuove e doverose «distrazioni» di risorse meglio impiegabili.

In una fase di transizione, le aziende potrebbero continuare ad essere autorizzate a stipulare convenzioni con le strutture private sulla base di schemi-tipo, approvati dal Ministero, che altro non replicherebbero che la disciplina sanitaria della legge n. 443 del 1993 mantenendo sostanzialmente inalterato lo *status quo*, ennesima proroga priva di chiara disciplina.

Lo scopo che tutti noi ci prefiggiamo è quello di garantire al cittadino una sanità pubblica efficiente ed efficace naturalmente, con risorse professionali, risorse tecniche, risorse logistiche adeguate che richiedono interventi tempestivi e fattivi. Se anche si dovesse richiedere il ricorso a prestazioni in regime di *intramoenia* allargata questa sia compiuta almeno con le necessarie regole a garanzia del cittadino. Il punto nodale è regolare con trasparenza l'erogazione del servizio a prescindere dalle scelte logistiche e di organizzazione che ogni singola realtà regionale ci chiede.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Carrara per il suo intervento.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, onorevoli colleghi, consentitemi innanzitutto di rivolgere dei sinceri complimenti al senatore Bodini per la precisione della sua analisi; un'analisi che mi è apparsa, alla fine di questo lungo periodo di audizioni e di documenti esaminati, rigorosa, coerente ed equa. Devo aggiungere, tuttavia, che l'ho trovata un po' meno nitida nella critica e non così determinata ed esplicita nelle proposte, come penso sia invece necessario al termine di un'indagine conoscitiva come quella che abbiamo portato avanti.

Mi corre l'obbligo di fare una premessa sulla libera professione, perché nell'ambito delle audizioni e degli interventi, talvolta frammentari, che sono stati svolti anche da colleghi senatori, si dimentica che questo diritto-dovere nasce innanzitutto da quella che era, fin dall'origine, la libera alleanza tra il medico e il paziente; una libera alleanza dove, grazie all'affidamento e alla fiducia che il paziente aveva nei confronti del proprio medico, veniva praticata una cura secondo quella che si definiva scienza e coscienza. In seguito, l'evolversi dei rapporti ha complicato sicuramente questo genere di rapporto tra paziente e medico. Ciò è dipeso soprattutto dallo sviluppo di quello che si chiama il servizio pubblico e dalla dipendenza pubblica che, pur avendo migliorato tanti aspetti, ha sicuramente reso più complesso l'aspetto dell'affidamento diretto. A questo si aggiunga la conoscenza ormai diffusa, la possibilità di aggiornarsi in mille altri modi che non attraverso il diretto affidamento, il che crea aspettative e richieste diverse da parte dei pazienti che non sempre sono quelle canoniche, offerte dal sistema pubblico; va considerata inoltre la contraddizione tra doveri e poteri – che abbiamo direttamente verificato durante queste audizioni – che si verifica nella burocrazia pubblica e nel sistema pubblico.

Questa contraddizione tra doveri e poteri ha portato a utilizzare formule di importanza assoluta per quello che può essere un sistema complesso, ma che sicuramente hanno vanificato lo spirito di questo rapporto diretto: mi riferisco, ad esempio, alla *evidence based medicine* che sicu-

mente, dal punto di vista generale, può dare dei risultati ma che, indubbiamente, è priva degli spazi di scelta autonoma e proporzionata; mi riferisco al controllo delle pratiche cliniche, che però indubbiamente dipendono dalla situazione di fatto e dal sistema in cui vengono offerte; mi riferisco alla presenza di direzioni spesso autoreferenziali e quindi di una burocrazia sovrapposta e sovrainposta.

Se a tutto questo aggiungiamo l'imposizione delle tariffe, del luogo, e magari dei tempi e delle modalità di svolgimento, vediamo che la libera professione diventa una necessità assoluta. Infatti il compito del servizio pubblico – e lo abbiamo sempre affermato e difeso – è, da un lato, quello di assicurare i livelli essenziali di assistenza (sperando che siano essenziali e non elementari), il che vuol dire che l'indispensabile deve essere dato e assicurato a tutti, ma dall'altro, anche quello di garantire, in un sistema civile, moderno e democratico, l'esercizio di una libera scelta. La libera professione, quindi, si pone non come il privilegio concesso a una categoria ma come una garanzia assoluta sia per il cittadino sia per l'operatore sanitario di riappropriarsi dell'esercizio della libera scelta e quindi di poter avere le cure migliori possibili, nei luoghi ove esse vengono praticate, con il medico che si ritiene di scegliere.

Entrando nel merito della materia, dobbiamo ricordare la storia della libera professione che qualcuno ha vissuto in quest'Aula. L'attività libero-professionale, come attualmente regolata, ha ormai otto anni di vita: nasce dalle disposizioni del decreto legislativo n. 229 del 1999, della legge n. 448 del 1998 e del decreto legislativo n. 517 del 1999 e comunque dal principio di riportare lo svolgimento dell'attività libero-professionale entro le mura anziché consentire di poterla esercitare in strutture esterne.

Ricordo che all'epoca chiesi perché non venisse fatta una scelta drastica: chi è all'interno delle strutture non svolge più alcuna attività esterna mentre chi è al di fuori può agire liberamente. Questo non fu assolutamente possibile in quanto andava contro principi e volontà allora sovraordinati, sia dal punto di vista politico-amministrativo, sia dal punto di vista sindacale, sia dal punto di vista dei cittadini. In particolare per l'impossibilità di acquisire all'interno del Servizio sanitario nazionale quasi un terzo di quella spesa che ancora oggi i cittadini sostengono di tasca propria e che il sistema non può inglobare semplicemente tirando dentro gli operatori, perché dietro ci sono spese per meccanismi, impiegati, strumenti che non è possibile sostenere.

Fu allora che si arrivò ad un compromesso, che io considero tuttora assurdo. Fu stabilito il famoso prezzo dei «30 denari», buttato lì, sul contratto di lavoro che non veniva rinnovato, e che fu allora concepito con questa strana etichetta dell'esclusività che altro non voleva essere che un assegno di perequazione per chi non svolgeva la libera professione (quasi il 70 per cento degli operatori) e che sostanzialmente distribuiva a pioggia ciò che invece sarebbe stato meglio destinare a chi veramente pratica una esclusività di tipo assoluto. Questo però non fu sufficiente per avere il consenso dei sindacati medici.

Ricordo che, in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi, dopo il varo dei decreti delegati, proprio due giorni prima dello svolgimento di uno sciopero importante, che si sarebbe dovuto effettuare il 29 maggio, fu lanciata l'idea dell'*intramoenia* allargata. Ricordo le febbrili trattative – se il sottosegretario Zucchelli fosse presente potrebbe confermarlo – per varare tale misura, sostanzialmente per ottenere quel consenso. Infatti, lo sciopero fu disatteso. A fronte di una struttura insufficiente l'*intramoenia* allargata garantiva di svolgere la libera professione ove si preferiva, nei propri ambulatori o in altre strutture. Il meccanismo però creava una situazione piuttosto complicata: chi esercitava nel proprio studio non aveva la possibilità di scaricare le spese (problema a cui si è posto poi rimedio con il meccanismo del 25 per cento); vi era un'insufficienza delle strutture, degli ambulatori interni; la possibilità di esercitare la libera professione in più ambiti territoriali; il problema dei Centri di prenotazione unica, delle tariffe e dei costi. Non voglio però stare a ripetere quanto già ci siamo detti, perché è un minestrone – perdonatemi il termine – che abbiamo sentito sciorinare in sette, otto mesi di audizioni, le quali ci hanno mostrato un *patchwork* diffuso su tutto il territorio nazionale nel quale l'*intramoenia* allargata è stata applicata con un'infinità di modalità e riti diversi.

È apparso molto difficile analizzare a fondo i dati raccolti; lo ha affermato il senatore Bodini nella sua relazione ed io condivido la sua osservazione. Il relatore sostiene che l'indagine svolta dalla Camera dei deputati non era sufficientemente approfondita e, alla luce dell'esame dettagliato come quello da noi svolto, anch'io ritengo che quell'attività presentava sicuramente delle insufficienze perché alcuni dati non erano ottenibili. Rilevo però che anche l'esame effettuato dalla nostra Commissione evidenzia molte carenze; innanzitutto, non è stato ancora chiarito quali investimenti sono stati realizzati, in quale modo e perché alcune Regioni li hanno effettuati ed altre no. È vero che abbiamo avuto a disposizione questionari più completi, ma da un'analisi approfondita risulta che quelli realmente leggibili appartengono a meno di otto Regioni su venti, dato che rappresenta un campione non sufficientemente chiaro. Si dice che la libera professione *intramoenia* viene praticata dal 95 per cento dei medici. Questa è un'affermazione non corretta: il 70 per cento dei medici non ha mai svolto la libera professione e del restante 30 per cento una parte cospicua, il 25 per cento, rimane all'interno delle strutture e solo il 5 per cento si appoggia a strutture esterne. Questo dato però andrebbe stratificato per capire quante visite vengono effettuate mediamente, che tipo di specialità hanno i medici che eseguono le prestazioni, in quali condizioni lavorano. E questo si verifica in molte Regioni laddove la fuga nel privato è già avvenuta in maniera importante e consistente.

Il dato sulla insufficienza del numero degli ambulatori e dei posti letto mi sembra sia stato già citato in maniera esauriente dal senatore Carrara. Altri sono ancora gli aspetti da approfondire: il mancato rispetto della contabilità separata, che quindi non appare interpretabile; l'adeguatezza degli ambulatori e dei posti letto ad una medicina moderna. Più

volte durante le audizioni si è osservato che oggi gli ambulatori non sono più rappresentati da una stanza fornita di un lettino, di due sgabelli, di un fonendoscopio e di un apparecchio per misurare la pressione, ma configurano un'attività complessa che deve prevedere anche l'effettuazione di esami e di approfondimenti strumentali in *real time*, altrimenti quella dilatazione del tempo diventa essa stessa fonte di spesa e, ancor di più, di ritardo alla risposta che il cittadino chiede e che chiede peraltro privatamente, quindi sborsando di tasca propria.

Non voglio soffermarmi sulla insufficienza dei Centri unici di prenotazione o del metodo di acquisizione delle tariffe. Condivido le parole del relatore circa la resa economica che, da un lato, è molto bassa ma, dall'altro, se si rinuncia ad essa si rinuncia ad un cespite. Sarebbe molto importante verificare quanto si autogiustifica l'intero sistema, cioè quante parti del carrozzone dobbiamo tenere in piedi per ottenere quella piccola resa, in modo da capire se tale spesa è interamente giustificata. Sarebbe opportuno verificare, ad esempio, la reale necessità dell'investimento sulle apparecchiature, ipotizzando di evitare tale forma di spesa utilizzando gli apparecchi disponibili per il pubblico nell'ambito della libera professione. È qui che sicuramente si pone una connessione con i tempi di attesa. Non è stato ancora risolto il problema della libera professione del personale sanitario non medico, diritto ora stabilito per legge.

Ancora, la necessità di attivare uno strumento gestionale più intelligente di quello utilizzato finora; a tal proposito faccio presente che molte Regioni hanno inviato relazioni assolutamente incomplete, in qualche caso sicuramente non corrispondenti a verità. Ricordo i dati portati dalla Regione Puglia, una delle tante. Tutto questo quadro non può fornirci un'idea chiara della situazione.

Quali le mie riflessioni conclusive al termine di questo percorso? Sicuramente in merito agli aspetti che abbiamo esaminato l'Italia appare quanto mai spaccata. Si ripropone, quindi, il problema dell'autonomia regionale sancita dalla revisione del Titolo V della Costituzione in concorrenza con la legge dello Stato, che rende necessario un quadro di riferimento più perentorio da parte di quest'ultimo. Le liste d'attesa sembrano non avere alcuna correlazione con la libera professione; lo abbiamo sentito ripetere da molti degli auditi. Le liste d'attesa di certo esistono, ma bisogna individuare altri strumenti più appropriati per ridurle (ad esempio, il meccanismo del *recall* ed altri sistemi che possano favorire l'esigenza di ricevere prestazioni appropriate). Allo stesso modo, si può affermare che l'esclusività non garantisce dirigenti migliori, dato confermato da gran parte dei nostri ospiti. L'esclusività, quindi, non offre maggiori garanzie circa la qualità della direzione di una unità operativa complessa.

Il quadro generale, pertanto, è il seguente: abbiamo una libera professione pura, l'*extramoenia*, che segue un suo percorso; abbiamo poi l'*intramoenia* assoluta, l'*intramoenia* allargata e le cosiddette prestazioni sanitarie aggiuntive.

Alcune Regioni sono sembrate velleitarie, ma in realtà tutte hanno confermato che l'investimento volto alla realizzazione di proprie strutture non rappresenta sicuramente una priorità per le aziende coinvolte e comunque nessuna di esse è in grado di rispettare il termine del 31 luglio, neppure chi in un primo tempo lo aveva detto e che poi è stato smentito dalle sue stesse documentazioni. Infine, mancano gli spazi.

Sono poi emersi dati molto negativi, quale quello dell'evasione, o della concussione, aspetto che non è affiorato in questa sede ma è uscito in maniera clamorosa sui *media* e che rappresenta l'apice di un *iceberg*. Altrettanto negativo è il dato odioso della doppia lista, per cui il paziente va nel medesimo letto o nel medesimo ambulatorio, sborsando però del denaro aggiuntivo. Non vi è poi la possibilità di scegliere i professionisti che operano in regime di *extramoenia* perché i pazienti possono scegliere solo i medici che lavorano in esclusiva. Vi è poi uno spazio molto importante rappresentato dalle prestazioni aggiuntive. Condivido le parole del relatore quando afferma che questo è lo spazio che noi dobbiamo sfruttare maggiormente per poter esaurire veramente il problema delle liste d'attesa.

Per concludere, ritengo necessario essere molto chiari sulle proposte. Nella fase attuale, relativamente all'obiettivo dell'*intramoenia* allargata, altro non è proponibile se non una proroga del termine del 31 luglio, che sarebbe assolutamente velleitario pensare di mantenere dal momento che abbiamo verificato l'impossibilità per le aziende coinvolte di garantire idonei spazi entro tale scadenza.

Certamente, si impone, a mio avviso, una modifica di quell'improprio gettone di esclusività, anche se ormai, purtroppo, è una voce che rientra nei contratti di lavoro. Cambiamo allora etichetta a questa voce, a fronte di un altro tipo di impegno e nella rivalutazione – quanto mai necessaria – dell'indennità di esclusività prevediamo dei meccanismi di efficace incentivo delle prestazioni aggiuntive.

Per quanto attiene alla libera professione, torniamo alla situazione originaria: chi la vuole esercitare all'esterno deve poterlo fare, chi invece vuole esercitarla all'interno delle strutture dovrà farlo applicando tariffe calmierate o indirettamente controllate.

A proposito di evasione fiscale, mi piacerebbe andare a controllare quegli operatori sanitari che svolgono la loro attività professionale con il bollettario in mano: sono infatti sicuro che nell'*intramoenia* allargata, che passa attraverso gli enti convenzionati o la contabilità diretta dell'istituto di origine, non si verifica alcun fenomeno di evasione; andiamo a controllare le Regioni che hanno attivato il meccanismo dei bollettari individuali.

Ripristiniamo – come ho ripetutamente chiesto, ottenendo anche risposte affermative – la partita IVA per chi opera nel settore e prevediamo la possibilità, nell'interesse congiunto dell'operatore sanitario e dell'azienda sanitaria, di stipulare contratti di esclusiva assoluta che siano, allora sì, compensativi di ogni tipo di professione e attività.

Sono pienamente d'accordo sul fatto che tutto ciò possa essere oggetto di una revisione normativa nell'ambito di una legge che ridisegni il governo clinico. Certo vorrei che nella nuova legislazione i dipendenti ospedalieri del Servizio sanitario nazionale fossero parificati ai medici universitari, perché tuttora sussiste una disparità di trattamento che giudico incostituzionale e inaccettabile. Infine, condivido con il collega Carrara la necessità di introdurre un Osservatorio sulla materia della libera professione intramuraria.

PRESIDENTE. Ringrazio i colleghi intervenuti e rinvio il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,30.

