



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 28

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

64^a seduta: martedì 17 aprile 2007

Presidenza del presidente MARINO

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

* PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 10 e <i>passim</i>
* BIANCONI (FI)	9
* BINETTI (Ulivo)	10
BODINI (Ulivo)	3
EMPRIN GILARDINI (RC-SE)	10
GRAMAZIO (AN)	10, 11
SILVESTRI (IU-Verdi-Com)	11
ALLEGATO (contiene lo schema di documento conclusivo)	12

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 per le autonomie-Partito Repubblicano Italiano-Movimento per l'Autonomia: DCA-PRI-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 15,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del 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 3 aprile scorso.

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

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, dopo la conclusione della discussione generale nell'ultima seduta, ho ritenuto opportuno mettere in atto un ulteriore tentativo per cercare di redigere un nuovo schema di documento conclusivo che, tenendo conto del dibattito, possa ricevere il massimo appoggio possibile dalla Commissione, auspicabilmente l'unanimità, visto che la materia è particolarmente delicata, che da tanto tempo è all'attenzione degli operatori del Servizio sanitario e che ha avuto così tanti ritardi nella sua applicazione.

L'attuale proposta di documento somiglia molto alla prima, con l'accoglimento dei suggerimenti venuti nel corso della discussione che ho ritenuto particolarmente meritevoli di attenzione. Voglio anche sottolineare che le varie ipotesi di documento sulle quali si è informalmente lavorato, ad un esame oggettivo, conservano una coerenza di fondo: non stravolgono, l'una rispetto all'altra, i principi fondamentali, mentre sono differenti, in parte, nelle espressioni che vengono utilizzate per descrivere alcuni fenomeni e, in parte, nelle conclusioni applicative, cioè nei consigli che la Commissione dà al Ministro per uscire dalla situazione attuale. Si tratta di versioni che, a mio parere, non recano differenze sostanziali, ma piuttosto specificazioni, miglioramenti di testo, esplicitazioni di concetti.

Tutti coloro che si sono espressi all'interno della Commissione, sostanzialmente, sono d'accordo sul fatto che il fenomeno dell'*intramoenia* cosiddetta allargata debba trovare una conclusione e che l'ideale sarebbe riportare tutto in una *intramoenia* vera, cioè all'interno delle mura ospedaliere, ma sappiamo che ciò incontra difficoltà oggettive. Ci sono delle pos-

sibilità intermedie, vale a dire l'utilizzo di strutture esterne, possibilmente limitrofe all'ospedale, ma comunque sotto il controllo – usiamo questa parola – dell'amministrazione ospedaliera. C'è accordo sull'opportunità di percorsi separati delle prenotazioni delle prestazioni in regime istituzionale e in forma di libera professione, così come viene ribadita in tutte le versioni la necessità di vigilare sulla corretta gestione delle liste d'attesa, di cui vengono evidenziate le criticità. Viene detto chiaramente, in tutte le stesure, che l'attivazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie particolari in regime di libera professione è utile per risolvere situazioni contingenti, laddove le liste d'attesa tendano ad allungarsi troppo. Vengono fissati criteri per individuare i volumi di attività espletati nell'ambito del Servizio sanitario nazionale rispetto a quelli in libera professione. Vengono introdotti criteri di controllo. Questo per dire che, se esaminate nel loro insieme, le varie versioni del documento conclusivo dell'indagine hanno una loro linearità.

La nuova proposta di documento che oggi presento, come dicevo, ha recepito alcune osservazioni emerse nel dibattito e mi sembra quella che forse maggiormente sintetizza le posizioni che sono state espresse in questa sede. Se il Presidente è d'accordo, potrei illustrare le parti di nuova formulazione, consistenti nei paragrafi 22 e 23 della proposta di documento conclusivo. Naturalmente abbiamo ancora possibilità di lavorare su tale testo; se qualcuno intende avanzare ulteriori proposte di sintesi sono disponibile a successivi approfondimenti.

I primi 21 paragrafi dello schema di documento conclusivo, descrittivi della situazione, sono rimasti sostanzialmente invariati se non per piccolissimi aggiustamenti di *drafting*, assolutamente ininfluenti rispetto al testo.

Per quanto riguarda le liste di attesa e l'attività *intramoenia*, il rapporto tra liste di attesa e attività intramuraria rappresenta uno degli aspetti più critici dell'indagine, proprio in considerazione del fatto che essa era indirizzata a studiare l'attività libero professionale *intramoenia* (ALPI) «con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità di accesso ai servizi sanitari pubblici».

Nell'illustrare la proposta, il 4 luglio 2006 il presidente Marino ipotizzava che, in ampie aree del Paese, le carenze strutturali degli ospedali avessero comportato la diffusione della cosiddetta «*intramoenia* extramuraria» o «allargata» con serie ricadute sul piano del rispetto dell'imprescindibile principio della parità di accesso ai trattamenti. Egli riteneva inoltre che l'introduzione dell'*intramoenia* non avesse risultati positivi sulle liste di attesa, come era ipotizzato nella legge istitutiva.

In effetti, dal complesso delle audizioni effettuate, risulta in modo abbastanza netto che l'*intramoenia* non ha avuto di per sé effetti positivi o negativi sulle liste d'attesa, ma ha piuttosto lasciato uno *status quo* che, in molte parti del Paese, è ancora pesantemente negativo.

Una forma particolare di libera professione, a cui accennavo prima, laddove è stata applicata, ha portato invece vantaggi ed è l'acquisto da parte delle aziende di prestazioni aggiuntive in regime libero professionale

(e quindi fuori dell'orario di servizio) finalizzate specificatamente ad abbattere le liste di attesa. Questo strumento, che non ha alcun onere per il cittadino che riceve la prestazione e che aumenta l'efficienza erogativa delle aziende, può essere utilizzato particolarmente quando viene applicato per superare situazioni contingenti, per esempio carenze temporanee di organico.

I problemi fondamentali irrisolti, specie dove è maggiormente presente l'*intramoenia* allargata, cioè nelle aree del Centro-Sud, sono: assicurare una reale parità di accesso ai servizi, eliminando anche tutte quelle situazioni che possono creare confusione sui percorsi e accentuare la percezione di discriminazione (e questo, come abbiamo visto, è un punto molto qualificante); un controllo delle attività dei professionisti sia sotto il profilo della quantità di prestazioni erogate su base oraria, e quindi del rapporto tra volumi di attività istituzionale *versus* libero professionale, sia sotto il profilo della correttezza amministrativa che fiscale.

Riguardo al primo problema va evidenziato, come risulta particolarmente dalle deposizioni dei rappresentanti dell'utenza (Cittadinanza attiva – Tribunale dei diritti del malato), che circa un quarto delle richieste di intervento o chiarimento presso il Tribunale dei diritti del malato riguarda le liste di attesa allo scopo di avere informazioni per ottenere rimborsi per prestazioni sostitutive in *intramoenia* o nel privato e le difficoltà o impossibilità ad accedere a queste aeree in quanto troppo onerose. Vi sono poi aree specialistiche, al di là delle richieste di TAC, ecografie, risonanze magnetiche o altro, dove l'accesso è particolarmente difficile (cardiologia, ortopedia, fisioterapia, urologia) o addirittura virtualmente impossibile come nell'area oculistica. E ancora, ciò che pare francamente inaccettabile è che vi siano situazioni dove i tempi medi di attesa per esami prenotati come urgenti (ad esempio, prestazioni ambulatoriali di classe A, da erogare in 10 giorni) non siano rispettati.

D'altra parte sono state evidenziate situazioni assolutamente virtuose, dove i tempi di attesa sono rispettati, le liste controllate e la libera professione *intramoenia* ben organizzata, controllata e redditizia per l'azienda.

Riguardo al secondo problema è del tutto evidente che la dispersione della attività sul territorio in una quantità di studi privati (ancorché convenzionati) induce difficoltà se non impossibilità di controllo. Ciò è testimoniato da quanto affermato dal precedente ministro Sirchia che definiva la situazione «anarchica», come già scritto in precedenza, e dalla recente indagine del vice ministro Visco, trasmessa a questa Commissione, dove si evidenzia un inaccettabile livello di evasione fiscale. Ciò evidentemente influisce negativamente sulla reale redditività dell'ALPI.

Ciò premesso, si ribadisce che l'attività libero professionale *intramoenia* si configura, fin dalla sua iniziale definizione, come diritto dei medici che hanno scelto il rapporto di esclusività e degli altri professionisti del Servizio sanitario nazionale e come opportunità per i cittadini. Quest'ultima va intesa come possibilità per l'utente di optare per un medico di fiducia, in grado di fornire la propria qualificata prestazione in tempi adeguati e in ambienti idonei.

A indagine conclusa, è necessario osservare che, perché l'ALPI sia realmente una opportunità ulteriore e non una necessità «mascherata», l'opzione del cittadino debba essere riferita solo alla scelta del medico. Ciò implica che l'ALPI deve essere fortemente integrata all'interno del Servizio sanitario e non rappresentarne una sorta di anomalia per aggirare, da parte di chi può, ostacoli all'accesso alle prestazioni. D'altra parte l'ALPI non deve essere penalizzata per scarsa efficienza del servizio istituzionale stesso, che quindi rappresenta la priorità di intervento al fine della riduzione dei tempi di attesa da parte delle aziende. Il Servizio sanitario nazionale deve pertanto essere in grado, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, di fornire gratuitamente prestazioni di pari livello rispettando i tempi di attesa stabiliti dalle Regioni, in ambienti con un livello di *comfort* sufficiente.

Altro punto fondamentale è il rispetto all'accesso alle prestazioni in caso di richiesta urgente da parte del curante: anche questa opzione deve essere assolutamente garantita nei tempi stabiliti.

La definizione di un Piano nazionale per i tempi di attesa e la successiva individuazione, prevista dalla legge finanziaria per il 2007 entro il 31 gennaio 2007, di tempi massimi stabiliti dalle Regioni per l'erogazione delle prestazioni di maggiore criticità, fissa gli *standard* che il Servizio sanitario nazionale deve garantire al cittadino in ogni contesto assistenziale, rafforzando il concetto di ALPI in quanto «valore aggiunto» rispetto ad un servizio di qualità assicurato a tutti.

In questo contesto, le liste di attesa appaiono come un fenomeno presente in tutti i Paesi dotati di un servizio sanitario pubblico basato su principi di tipo solidaristico, mettono peraltro in evidenza il problema della scarsa appropriatezza della domanda espressa e riflettono sempre problemi di tipo organizzativo, come tali a nostro avviso difficilmente risolvibili.

In base anche alle esperienze emerse da varie audizioni, si può tranquillamente affermare che le liste di attesa devono essere gestite e non subite, ad esempio attraverso controlli da parte di CUP centralizzati in ordine alla presenza di più prenotazioni della stessa prestazione in vari centri, il sistema del *recall* del paziente e la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi che portino alla riduzione dell'inappropriatezza. Liste più «pulite» significano abbreviazione dei tempi di attesa.

Ancora un'attenzione andrà posta al fatto che l'ALPI non induca al suo interno, per meccanismi facilmente comprensibili, un aumento di inappropriatezza nella richiesta di prestazioni. Controlli in tal senso andranno, quindi, effettuati in ugual misura nel caso delle richieste da Servizio sanitario nazionale così come da ALPI.

D'altro canto, è emerso con chiarezza che nelle Regioni dove il servizio sanitario è efficiente ed efficace, almeno per quanto riguarda i tempi di attesa, il ricorso all'ALPI è maggiore ed effettuato prevalentemente negli spazi interni alle aziende.

Dall'indagine è emerso che le difficoltà nella corretta applicazione di questo istituto sono legate alla carenza di spazi per inadeguatezza delle

strutture pubbliche e a fenomeni di carattere organizzativo, sia a livello regionale che aziendale.

È accertato che un sano ricorso all'ALPI può essere garantito in spazi che siano interni alle aziende, ma è altrettanto evidente che la situazione delle strutture ospedaliere italiane (il campione studiato attraverso 20 audizioni ed oltre 30 questionari ricevuti consente di affermarlo) non permette di esercitarla in tal modo. A tale proposito va rilevato che la prima indicazione di avere spazi dedicati e separati solo per l'ALPI nella maggior parte dei casi non si è verificato e questo anche laddove l'ALPI funziona efficacemente. Sembra preferibile una migliore organizzazione dei tempi di utilizzo degli spazi già esistenti, purché adeguati, rispetto ad una obbligatorietà di creazione di nuovi ambienti.

Quanto alle carenze organizzative, l'indagine ha messo in evidenza da una parte l'inerzia (a volte totale) di alcune Regioni nel richiedere i finanziamenti dedicati e/o ad effettuare i conseguenti investimenti, dall'altra un'insufficiente capacità gestionale da parte di alcune aziende sanitarie (tra il 20 e il 30 per cento del campione) che non hanno proceduto a quegli adempimenti per i quali non sono necessari finanziamenti (emanazione di regolamenti, istituzione di commissioni di controllo, predisposizione di elenchi dei medici eccetera). A questo proposito non va dimenticato che la mancata assunzione, da parte del direttore generale, di tutte le iniziative per consentire il pieno esercizio della libera professione intramuraria costituisce causa impeditiva per il rinnovo dell'incarico e, nei casi più gravi, motivazione per la revoca dell'incarico di direttore generale.

Il regime di *intramoenia* allargata merita alcune riflessioni. Essa attualmente si configura come una necessità, in quanto i direttori generali delle aziende sono costretti a consentirla ai medici nel rispetto di un diritto contrattuale, laddove non siano state realizzate le strutture atte all'esercizio dell'*intramoenia*.

Passando alle considerazioni conclusive, il Ministro ha più volte osservato che non intende concedere ulteriori proroghe rispetto ad una situazione che ha in effetti avuto fin troppi ritardi nell'applicazione di una legge che risale a ben otto anni fa. Tale principio è stato anche ribadito dall'articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223 del 2006 (cosiddetto decreto Bersani), convertito con modificazioni dalla legge n. 248, che, al comma 2, recita: «Al comma 10 dell'articolo 15-*quinqüies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le parole: "fino al 31 luglio 2006" sono sostituite con le seguenti: "fino alla data certificata dalla regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, e comunque entro il 31 luglio 2007"» e, al comma 4, recita: «Al fine di garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria, anche in riferimento all'obiettivo di ridurre le liste di attesa, sono affidati alle regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale e l'adozione di misure dirette ad attivare, previo congruo

termine per provvedere da parte delle aziende risultate inadempienti, interventi sostitutivi anche sotto la forma della nomina di un commissario *ad acta*. In ogni caso l'attività libero professionale non può superare, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente».

Giungiamo ora alla parte conclusiva del documento, cui prego i miei colleghi di prestare particolare attenzione perché con essa si vanno a fornire al Ministro indicazioni rispetto a ciò che si può fare in considerazione della situazione attuale.

D'altra parte, se si dovesse bloccare completamente tutta l'*intramoenia* allargata al 31 luglio prossimo venturo si priverebbero moltissimi medici a rapporto esclusivo del loro diritto all'esercizio libero professionale e i cittadini di una possibilità di scelta, senza peraltro incidere seriamente nei problemi strutturali tuttora esistenti specie al Sud del Paese sulle liste di attesa.

Premesso che l'esclusività di rapporto, essendo connessa al ruolo ricoperto sotto il profilo della responsabilità gestionale, deve investire i direttori di unità semplici e complesse per l'arco di durata dell'incarico, si formulano le seguenti proposte.

Entro il 31 luglio del 2007 ogni direttore generale, di concerto con i direttori di dipartimento e sentiti i dirigenti medici e i comitati previsti dalla vigente normativa, predispone piani di obiettivi aziendali declinati a livello di ogni singola unità operativa, che riguardino i volumi di attività istituzionale e di ALPI. Tali piani dovranno essere approvati entro 30 giorni dai rispettivi assessori regionali, che li devono contestualmente certificare al Ministero della salute.

Entro la medesima data ogni direttore generale presenterà un progetto atto a portare obbligatoriamente sotto il controllo amministrativo diretto l'attività *intramoenia* allargata entro il dicembre 2008, con controllo della situazione applicativa dopo i primi 6 mesi. In caso di non rispetto di una scadenza, scatteranno i poteri sostitutivi con nomina da parte del Governo di un commissario *ad acta* per l'istituzione dell'ALPI.

I piani aziendali dovranno avere adeguata pubblicità con particolare riguardo per le associazioni di utenti e i piani delle singole unità operative chiaramente esposti nell'ambito della struttura ospedaliera. Tali obiettivi dovranno essere ottenuti in via prioritaria attraverso l'attivazione di spazi realmente intramurari o attraverso acquisto o affitto di idonei edifici limitrofi o, ancora, attraverso convenzioni con spazi ambulatoriali già attivi, dando ampio mandato in questo senso ai direttori generali, che dovranno graduare gli interventi anche nel rispetto di pregressi contratti con i singoli professionisti. Gli spazi individuati per l'attività intramuraria dovranno ricevere parere vincolante di congruità e idoneità da parte del collegio di direzione – che è competente, ai sensi del decreto legislativo n. 229 del 1999 – o di una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'ALPI costituita a livello aziendale qualora il collegio di direzione non sia costituito.

Gli spazi per l'attività ambulatoriale in ALPI potranno essere condivisi con quelli delle attività istituzionali, mentre si dovranno avere spazi separati per i ricoveri, e comunque i percorsi di prenotazione e contabilità dovranno essere separati, pur essendo unico il centro di prenotazione. Ciò al fine della chiarezza nei percorsi.

I volumi di attività *intramoenia* dovranno essere accuratamente monitorati e raffrontati annualmente con i volumi dell'attività istituzionale per essere autorizzati per l'anno successivo nell'ambito del piano aziendale. Vanno assicurati tempi di attesa per le prestazioni istituzionali che non superino di due volte quelli medi per l'ALPI in ciascuna specialità, con eventuale obbligatoria istituzione dell'istituto dell'acquisto di prestazioni da parte dell'azienda.

In caso di limitazione dell'attività *intramoenia* da parte dell'azienda il sanitario interessato potrà appellarsi al collegio di direzione o ad una apposita commissione qualora questo non sia costituito.

Si propone inoltre l'attivazione urgente 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, così come previsto dall'articolo 15-*quattordices* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

La Commissione auspica infine che il Ministro intervenga, con gli opportuni strumenti di legge, entro il 31 luglio 2007 al fine di dare certezza ai cittadini e agli operatori rispetto alla possibilità di prosecuzione dell'ALPI nel rispetto del principio del rapporto fiduciario e dei diritti contrattuali in essere.

A me sembra, Presidente, che la nuova formulazione di questi paragrafi della bozza di documento conclusivo sottolinei tutte le criticità che sappiamo essere attualmente presenti nell'erogazione delle prestazioni, soprattutto per quanto riguarda l'annosa questione delle liste d'attesa; essa introduce forti elementi di stimolo e di cogenza perché questo problema venga affrontato e risolto. In secondo luogo, il testo è rispettoso sia dei diritti dei cittadini, rispetto alla libera scelta del medico, sia dei professionisti, rispetto alla possibilità di esercitare la libera professione. Da ultimo, lungi dal voler essere una proroga, tale formulazione fissa un percorso virtuoso che, con scadenze ben delimitate e la previsione di poteri sostitutivi, ci porti nel giro di un anno e mezzo (un periodo di tempo molto ragionevole, tenuto conto dei ritardi accumulati nel decennio) alla soluzione di un problema annoso e delicato, soluzione che penso possa essere ampiamente condivisa anche dalle categorie interessate.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Bodini, nella sua qualità di estensore del documento conclusivo, per l'impegno e la passione profusi nello svolgimento di tale compito oltre che per la competenza e l'intelligenza che lo caratterizzano.

BIANCONI (FI). Signor Presidente, desidero intervenire sull'ordine dei lavori per avanzare una richiesta alla luce della presentazione della

nuova formulazione della parte finale del documento conclusivo. Chiedo che ci venga concesso un lasso di tempo ragionevole (24 ore), affinché possiamo valutare il testo testé presentato dal senatore Bodini; dopo di che ci impegniamo formalmente a votarlo domani con senso di vera responsabilità.

GRAMAZIO (AN). Mi associo alla richiesta della senatrice Bianconi.

PRESIDENTE. Onorevoli senatrici e senatori, credo tutti conosciate il mio desiderio di concludere al più presto l'esame del documento conclusivo, anche in considerazione degli impegni presi con il Ministro della salute, alla quale avevamo chiesto di non prendere provvedimenti in materia fino a quando non fossimo stati in grado di votare un nostro documento. Ricordo che avevamo indicato il termine del 31 marzo. A questo punto vorrei davvero arrivare alla votazione finale.

Certo, mi rendo conto delle novità introdotte dal senatore Bodini. Propongo pertanto di dedicare la seduta di domani agli interventi di chi ritenesse necessario fare delle osservazioni, dopo di che passerei alle dichiarazioni di voto di ciascun Gruppo e quindi al voto finale.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, mi associo anch'io alla richiesta della senatrice Bianconi perché il documento che ci è stato presentato, pur essendo frutto del grande sforzo di sintesi compiuto dal senatore Bodini, per alcuni aspetti, *ictu oculi*, mi lascia perplessa.

Mi riservo di verificare le differenze su alcuni aspetti, in particolare nelle conclusioni, e, per andare incontro alle esigenze di tutti i componenti della Commissione, mi riservo entro la serata di fornire informalmente ai colleghi una relazione scritta, in modo che tutti possano prenderne atto e che domani, alla luce di alcune osservazioni che intendo sottoporre al senatore Bodini, si possa svolgere una discussione su un documento che merita senz'altro un'analisi puntuale e precisa.

PRESIDENTE. Ringrazio la senatrice Emprin; credo che sia utile per tutti poter leggere le sue osservazioni, in modo da poterle valutare compiutamente.

BINETTI (Ulivo). Signor Presidente, intendo in primo luogo rivolgere un ringraziamento senza riserve al senatore Bodini, non solo per la competenza e per la qualità con cui ha redatto il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva, ma anche per la pazienza.

Proprio in virtù di queste due caratteristiche, la competenza e la pazienza, anche se non è usuale, gli chiederei un breve sommario degli argomenti contenuti nel documento per evidenziarne i punti qualificanti. Mi permetto di sintetizzarne tre, che poi il relatore potrà decidere se evidenziare o no. Credo che un documento così ampio e ricco debba essere recepito anche sulla base di una brevissima sintesi che ne contenga, per così dire, gli elementi strutturali.

Il primo aspetto da sottolineare, secondo me, riguarda il fatto che il documento assume un punto di vista integrato: il riconoscimento della dignità e della libertà con cui il medico lavora è costantemente declinato insieme al rispetto della libertà del paziente e dei diritti del paziente, in una visione realistica della struttura ospedaliera.

Il secondo elemento che sarebbe interessante riportare nella sintesi è che il comportamento virtuoso della struttura aziendale insieme all'impegno personale del medico portano vantaggi anche sotto il profilo economico, per il medico e per l'azienda.

Il terzo aspetto da evidenziare è che un'*intramoenia* accolta e ben integrata nel modello organizzativo dell'azienda permette di acquistare servizi dai medici e quindi permette di ridurre le liste d'attesa, di migliorare i tempi e, tutto sommato, di rendere competitiva la struttura pubblica rispetto a quella privata.

Questi tre aspetti, contenuti nel documento, me ne fanno apprezzare particolarmente la qualità e lo spessore. Credo però che, se fossero riportati in un breve sommario, permetterebbero una chiave di lettura immediata da parte dei cittadini, che in caso contrario rischierebbero di disperdersi nella complessità dei dati. Al contempo, chiunque volesse entrare nel dettaglio potrebbe trovare la giusta corrispondenza delle voci riportate in sintesi all'interno del documento.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Signor Presidente, poiché la senatrice Emprin ha preannunciato la presentazione di un documento scritto, nel quale saranno contenute alcune proposte che avevo personalmente condiviso nel corso del dibattito, approfitto dell'occasione per ringraziare comunque il senatore Bodini per la passione, l'intelligenza, la competenza e la pazienza profuse nel suo lavoro di estensore del documento conclusivo dell'indagine conoscitiva in titolo.

GRAMAZIO (*AN*). Signor Presidente, anche noi apprezziamo il lavoro intelligente, certosino, paziente svolto dal relatore. Desidero tuttavia aggiungere che, dalle affermazioni fatte in questa sede oggi, mi sembra che quello in esame sia un documento conclusivo che rappresenta pochi senatori. Infatti, se ognuno chiede verifiche e fa nuove sottolineature, vuol dire che l'ottimo e paziente lavoro è rimasto solo un lavoro di pazienza. Approfondiremo il documento nel corso del dibattito di domani, come già aveva chiesto la collega Capogruppo di Forza Italia.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti i senatori e mi associo agli apprezzamenti espressi nei confronti dell'operato del senatore Bodini.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,10.

ALLEGATO

NUOVA PROPOSTA 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

1. Introduzione
2. Raccordo con la precedente indagine conoscitiva della Camera dei Deputati
3. Metodologia e strumenti di lavoro
4. Risultanze delle audizioni
5. Analisi dei questionari delle Regioni
6. Analisi dei questionari delle Aziende sanitarie
7. Medici in rapporto esclusivo, in ALPI, in ALPI allargata (domande nn. 1, 1-*bis* e 2)
8. Fatturato da ALPI (domanda n. 5)
9. Ripartizione fatturato (domanda n. 6)
10. Contabilità separata per ALPI (domanda n. 8)
11. Ambulatori e posti letto dedicati all'ALPI (domande nn. 9 e 11)
12. Rapporto tra prestazioni SSN e prestazioni ALPI per specialità (domande nn. 15 e 16)
13. Valore indennità di esclusività ed oneri riflessi (domande nn. 17 e 18)
14. Strumenti di prenotazione e di controllo (domande nn. 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26)
15. Contratto di lavoro (domanda n. 4)
16. Fondo aziendale di perequazione (domanda n. 7)
17. Strutture convenzionate per l'effettuazione dell'ALPI (domanda n. 12)
18. Prestazioni aggiuntive (domanda n. 13)
19. Tempi di attesa per prestazioni soggette a programmi di acquisto (domanda n. 14)
20. Apparecchiature biomediche dedicate e tempi di ammortamento (domanda n. 19)
21. Punti di forza e punti di debolezza dell'ALPI (domanda n. 27)
22. Liste di attesa e attività *intramoenia*
23. Considerazioni conclusive e ipotesi di lavoro

1. INTRODUZIONE

Il 26 settembre 2006 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.

Ciò si è realizzato attraverso lo svolgimento di numerose audizioni, nonché l'acquisizione di informazioni attraverso l'invio di specifici questionari a tutte le regioni e a 43 strutture sanitarie, selezionate a campione.

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 SSN ed opportunità per gli utenti dello stesso, che effettuano la scelta del medico dal quale ottenere prestazioni sanitarie a pagamento.

I riferimenti normativi principali sono il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento sull'*intramoenia*), i contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria, il decreto legislativo n.254 del 2000 e il decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001 (inerenti il rifinanziamento di cui all'articolo 20 della legge n.67 del 1988).

È trascorso quasi un decennio dalla emanazione della legge n.448 del 1998 che prevedeva all'articolo 72, comma 11, che «il direttore generale, fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione degli studi professionali privati». La norma citata ha determinato un diffuso ricorso all'ALPI effettuata in strutture private non accreditate o in studi medici, ricorso che era individuato come soluzione transitoria nelle more dell'adeguamento delle strutture del SSN all'esercizio interno delle attività libero-professionali.

Si è pertanto rilevata l'opportunità di una conoscenza adeguata ed aggiornata della diffusione dell'ALPI sul 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.

2. RACCORDO CON LA PRECEDENTE INDAGINE CONOSCITIVA DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

Una precedente procedura informativa «Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria» fu effettuata dalla Commissione Affari sociali della Camera dei deputati tra il 2002 ed il 2003, con l'approvazione di una relazione finale nel febbraio 2003.

L'indagine fu effettuata attraverso nove sedute dedicate alle audizioni di associazioni sindacali e di categoria, di associazioni di tutela degli utenti, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR), di commissari straordinari degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) oltre che del ministro Sirchia.

Nonostante l'ampia platea dei soggetti auditi, il quadro risultante dai resoconti stenografici e dalla relazione finale risulta in parte generico e talvolta privo di dati a supporto delle affermazioni fatte nel corso della procedura informativa.

Il documento conclusivo riporta l'adesione del personale medico al rapporto esclusivo (circa il 90 per cento dei medici dipendenti del SSN), ma non fornisce dati su quanti effettuano prestazioni in ALPI. Vengono descritte notevoli differenze territoriali nell'attuazione dell'istituto tra Nord e Sud, ma ciò è riferito solo agli IRCCS (e non alle aziende ospedaliere e alle ASL dalle quali dipendono un numero ben maggiore di medici). Sarebbero necessari inoltre ulteriori elementi per comprendere i motivi di queste diversità.

Al di là di queste osservazioni, dal documento conclusivo emergono i seguenti utili elementi:

1. *Investimenti dedicati.* Il rifinanziamento dell'articolo 20 della legge n.67 del 1988 con lo stanziamento di 1.800 miliardi di lire destinati alle strutture per l'*intramoenia* (decreto legislativo n.254 del 2000 e decreto del Ministero della salute 8 giugno 2001) non ha dato i risultati sperati. Nel febbraio del 2003 risultavano finanziati solo 35 interventi, per un importo complessivo pari a solo l'11 per cento dello stanziamento.

2. *Intramoenia allargata.* L'istituto appare totalmente fuori controllo (la situazione viene definita «anarchica» dal ministro Sirchia); il sospetto che tale situazione possa dare adito a comportamenti «opportunistici» da parte dei professionisti è fondato. Né le Regioni né le aziende hanno attivato i previsti strumenti di controllo, anche per la oggettiva difficoltà di effettuare verifiche ispettive fuori dalle mura delle aziende sanitarie.

3. *Analisi costi/ricavi.* L'attività *intramoenia* deve per legge essere svolta in autosufficienza economica e deve essere gestita con contabilità separata. I contenuti delle audizioni fanno ritenere che la prima affermazione non sia verificata; della seconda non vi è traccia nei lavori della

Commissione. I dati forniti dall'ASSR confrontano un costo di 3 miliardi di lire per indennità di esclusività con un ricavo di 1.375 miliardi di lire corrisposti dai cittadini. Di questo ricavo l'87 per cento è andato ai medici e il 13 per cento alle aziende per i costi sostenuti. Detraendo l'importo dovuto ai fini dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP con aliquota pari all'8,5 per cento) sono residuati alle aziende 180 miliardi di lire.

4. *Trasparenza nella gestione.* È un tema di assoluto rilievo sollevato dal Tribunale dei diritti del malato. In generale, mancano nelle aziende segreterie centralizzate di prenotazione, tariffari completi ed aggiornati, nonché elenchi dei medici autorizzati all'ALPI.

3. METODOLOGIA E STRUMENTI DI LAVORO

Gli obiettivi dell'indagine, come già anticipato, sono individuabili in una conoscenza adeguata ed aggiornata della diffusione dell'ALPI e nella formulazione di indirizzi e proposte di intervento.

L'individuazione dei soggetti da audire ha tenuto conto dell'esigenza di effettuare un'indagine che fornisse quanto più possibile qualificati elementi conoscitivi di buona qualità e fruibili ai fini dell'obiettivo finale, nel rispetto del principio di rappresentatività territoriale.

L'elenco ha incluso complessivamente i seguenti 49 soggetti:

- il Ministro della salute;
- rappresentanti delle Regioni e della Conferenza Stato-Regioni;
- rappresentante dell'ASSR;
- rappresentanti del Tribunale dei diritti del malato-Cittadinanzattiva;
- rappresentanti delle organizzazioni sindacali generali e di categoria dei medici ospedalieri e di medicina generale;
- rappresentanti di società scientifiche;
- rappresentanti della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (FIASO), dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI)-Sanità, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), dell'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere (ANMDO), della Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (Ipasvi), dei Collegi delle ostetriche, dell'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP);
- direttori generali o commissari di ASL, aziende ospedaliere, aziende universitarie miste e policlinici universitari, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Inoltre, alle Regioni e alle Province autonome è stato trasmesso un questionario ad hoc, nel quale sono state richieste le seguenti informazioni:

- numero di medici dipendenti e numero di medici a rapporto esclusivo;
- fatturato totale per attività *intramoenia* (anni dal 2000 al 2006);
- richieste di finanziamento per interventi edilizi (anni dal 2000 al 2006);
- investimenti effettuati per interventi edilizi (anni dal 2000 al 2006).

È stato poi individuato un campione di strutture sanitarie sufficientemente rappresentativo, cui è stato trasmesso uno specifico questionario finalizzato alla raccolta delle informazioni in ordine alla modalità di svolgimento dell'ALPI.

Le aziende sanitarie coinvolte nella definizione del campione cui inviare il questionario e del campione da audire sono state individuate prendendo in esame i seguenti parametri:

- l'esigenza di raccogliere esperienze provenienti dal Nord, dal Centro e dal Sud Italia;
- il rapporto numerico reciproco tra aziende ospedaliere, policlinici universitari e IRCCS;
- la rilevanza prevalentemente ospedaliera della problematica ALPI (relativamente alle ASL);
- le dimensioni delle aziende inserite nel campione.

Sulla base dei criteri sopradescritti sono stati inviati questionari a 43 aziende sanitarie, i cui contenuti riguardavano i seguenti aspetti:

- rapporto fra numero di medici a rapporto esclusivo e numero di medici totale;
- rapporto fra numero di medici che effettuano ALPI e numero di medici a rapporto esclusivo;
- numero dei medici direttori di struttura complessa;
- avvenuta uniformazione, da parte delle aziende miste o universitarie, del contratto di lavoro tra ospedaliero e universitario;
- fatturato annuo dell'ALPI (diviso in *intramoenia* e *intramoenia allargata*);
- ripartizione proventi (medici, personale di supporto, amministrazione);
- modalità di costituzione e ripartizione del Fondo aziendale di perequazione;
- presenza di contabilità separata per ALPI;
- numero di ambulatori interni dedicati all'ALPI (in modo esclusivo e in modo non esclusivo);
- numero di ore settimanali richieste dai medici per l'ALPI;
- numero di reparti e/o posti letto dedicati all'ALPI in regime di ricovero;

- numero e tipologia di strutture convenzionate per effettuazione ALPI allargata;
- numero e tipologia di prestazioni sanitarie per le quali sono attivi programmi di acquisto prestazioni (ALPI finalizzata all'abbattimento delle liste di attesa);
- tempi di attesa per le prestazioni con programmi di acquisto prestazioni (prima e dopo l'introduzione del programma);
- tipologia di prestazioni effettuate in ALPI;
- tipologia di ricoveri chirurgici in ALPI;
- valore dell'indennità di esclusività;
- valore degli oneri riflessi per l'ALPI;
- apparecchiature biomediche messe a disposizione per attività di *intramoenia* e relativi tempi di ammortamento;
- presenza di elenco dei medici in ALPI;
- presenza di tariffario aziendale per prestazioni effettuate in ALPI;
- presenza di segreteria centralizzata per ALPI;
- presenza di regolamento aziendale;
- presenza di eventuali limitazioni previste per il dirigente per lo svolgimento dell'ALPI;
- presenza di Commissione ALPI aziendale (paritetica);
- punti di forza e debolezza dell'ALPI.

4. RISULTANZE DELLE AUDIZIONI

Vengono riportate di seguito le risultanze sintetiche delle audizioni effettuate, per categorie di soggetti auditi, rimandando all'analisi dei resoconti stenografici e delle memorie depositate agli atti della Commissione per ulteriori approfondimenti.

Il Ministro della Salute, senatrice Livia Turco, ha posto l'accento sulla criticità dei tempi di attesa che si registrano su tutto il territorio nazionale e su come il Piano Nazionale per la riduzione dei tempi di attesa potrà sortire effetti positivi specie attraverso l'individuazione di pacchetti di prestazioni.

Per quanto riguarda l'*intramoenia*, il Ministro ha sottolineato il problema degli spazi, mettendo in evidenza l'entità dei finanziamenti ancora non utilizzati (327 milioni di euro) e ha anticipato di non ritenere opportuna un'ulteriore proroga dell'istituto dell'*intramoenia* allargata e l'intenzione di ripristinare l'esclusività del rapporto legato all'incarico, e quindi reversibile, per i dirigenti di strutture complesse all'interno di un disegno di legge sul governo clinico. A quest'ultimo proposito, è stato effettuato un richiamo alla necessità di corresponsabilizzare tutti gli attori del sistema, di diffondere la cultura della valutazione e di coinvolgere i cittadini nelle attività di *governance*.

Dalle audizioni dei rappresentanti delle Regioni si è evinto che queste (con l'eccezione della Toscana) hanno problemi logistico-strutturali nelle

proprie aziende sanitarie e che difficilmente questi saranno risolti entro il 31 luglio 2007. Alcuni rappresentanti delle Regioni hanno inoltre ipotizzato che il gettito reale dell'*intramoenia* sia maggiore di quello che risulta, a causa di una possibile evasione fiscale.

Il Tribunale dei diritti del malato ha richiamato l'attenzione sull'insostenibilità dei tempi di attesa medi e sul problema dell'equità di accesso, specie in presenza dell'ALPI, sottolineando lo sconcerto di cittadini che si sono sentiti proporre due tempi di attesa e due prezzi diversi per una prestazione effettuata con le medesime attrezzature e nelle stesse strutture con il medesimo personale.

L'ASSR ha riportato le risultanze della propria indagine del 2004 (già richiamate in altra parte della relazione).

Le società scientifiche ascoltate hanno avvalorato la necessità di poter esercitare il diritto all'*intramoenia*, ponendo l'accento sulla mancanza di controlli adeguati, sulla notevole inappropriatazza nella domanda di prestazioni strumentali e di laboratorio, sulla sostanziale invarianza della situazione dal 2000 ad oggi, sulla necessità di incentivare l'*intramoenia* di équipe e le prestazioni aggiuntive anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa, sulla esigenza di locali decorosi per lo svolgimento dell'attività.

Le organizzazioni sindacali confederali hanno concordato con la previsione di rientro nelle aziende, ma con 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 SSN. Solo i sindacati di base si sono dichiarati esplicitamente contrari all'istituto dell'*intramoenia*, per l'inadeguatezza delle strutture e per il ricavo irrisorio realizzato dal SSN. L'Ipasvi e il Collegio delle ostetriche, pur dichiarando che non spetta loro ipotizzare altre modalità di esercizio dell'ALPI, hanno però segnalato forti disfunzioni dell'attuale organizzazione della stessa.

I sindacati dei medici hanno evidenziato la necessità che il cittadino non percepisca l'*intramoenia* come «scorciatoia» per saltare le liste di attesa. Alcuni hanno lamentato il modesto esercizio consentito dalla situazione attuale.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici ha sottolineato le novità contrattuali che richiedono ai medici appartenenti al SSN un maggiore impegno orario per l'abbattimento delle liste di attesa, lamentando altresì «amnesie» ed omissioni dei direttori generali e comportamenti «sciagurati» di alcuni professionisti, invitando tutti al rispetto delle regole vigenti.

I direttori generali delle aziende sanitarie hanno descritto le realtà locali (per le quali si rimanda all'analisi dei questionari) concordando pressoché unanimemente sulla mancanza di un rapporto tra ALPI e liste di attesa e sull'inadeguatezza delle strutture da loro dirette all'accoglimento dei medici in rientro dall'*intramoenia* allargata.

5. ANALISI DEI QUESTIONARI DELLE REGIONI

Le risultanze delle audizioni dei rappresentanti delle Regioni svolte dalla Commissione sono state integrate con quelle dell'analisi dei questionari ricevuti (14 sui 20 inviati, pari al 70 per cento). L'analisi è stata condotta ponendo particolare attenzione agli aspetti economici, allo scopo di accertare l'interesse alla diffusione dell'ALPI, se l'ALPI sia effettivamente redditizia per il SSN, 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.

I risultati analizzati si riferiscono ai 14 questionari pervenuti; di questi, uno non riportava i dati di fatturato, due non contenevano i dati delle richieste di finanziamento e tre non contenevano i dati relativi agli investimenti effettuati. Inoltre, le domande erano riferite ad un arco di tempo ampio (sette anni, dal 2000 al 2006), ma in molti casi il dato è mancante per uno o più anni di riferimento.

Nonostante l'incompletezza dei dati forniti dalle Regioni, ne emerge un quadro che può essere descritto come segue:

– il fatturato derivante dall'ALPI è estremamente variabile, sia in termini assoluti (da 1380 milioni di euro della Lombardia a meno di 100 milioni di euro delle Regioni più piccole), sia in termini relativi; infatti, nelle 10 Regioni che hanno fornito dati completi per i sette anni richiesti (2000-2006) la redditività dell'ALPI per medico in esclusività di rapporto oscilla tra i 15,5 euro della Sardegna e gli 89,4 euro della Lombardia (cfr. grafico 1);

– anche le richieste di finanziamento sono disomogenee, forse in misura minore, ma emerge il dato che alcune Regioni (tra i rispondenti la Campania e la Sicilia) non hanno presentato progetti da finanziare (cfr. grafico 2);

– l'investimento delle Regioni è stato molto basso (solo la Liguria e l'Emilia Romagna dichiarano di aver già effettuato investimenti consistenti, rispettivamente per 8,9 e 4,3 milioni di euro); le altre hanno effettuato investimenti per importi modesti rispetto a quanto richiesto allo Stato (cfr. grafico 3).

Il 94,8 per cento dei medici è a rapporto esclusivo (cfr. grafico 4). Solo nel 55 per cento dei casi è presente una regolamentazione regionale dell'ALPI (cfr. grafico 5).

Le variazioni geografiche dei fatturati e degli investimenti, nonché del numero di medici a rapporto esclusivo e della presenza dei regolamenti regionali sono desumibili dai grafici allegati.

Le risultanze dell'analisi possono essere confrontate con quelle del richiamato rapporto dell'ASSR, riferito all'anno 2004. Detto rapporto fu effettuato derivando i dati dai conti economici delle aziende ospedaliere

e delle ASL (esclusi i policlinici universitari e gli IRCCS). Nell'anno di riferimento, la spesa sostenuta dai cittadini per l'ALPI fu pari a 974 milioni di euro e i corrispettivi pagati al personale assommarono a oltre 854 milioni di euro; ne deriva che la differenza tra ricavi e corrispettivi fu pari a circa il 12 per cento del ricavo complessivo, dal quale le aziende devono sottrarre l'8,5 per cento a titolo di IRAP.

Anche in presenza di dati incompleti, si può concludere che la redditività dell'ALPI per il SSN è tale da rappresentare una voce in attivo, ma tale attivo è complessivamente modesto. Questa analisi è stata effettuata anche a livello aziendale (infra), con risultati non dissimili.

6. ANALISI DEI QUESTIONARI DELLE AZIENDE SANITARIE

La raccolta dei questionari compilati da numerose aziende sanitarie appartenenti al SSN, provenienti da un campione significativo, rispetto alla distribuzione geografica sia alla tipologia di aziende intervistate, rappresenta un elemento di forza dell'indagine conoscitiva, in quanto non ha precedenti sul territorio nazionale.

Allo scopo di facilitare l'interpretazione dei dati raccolti, la maggior parte di questi sono stati rappresentati anche in forma grafica (si vedano le sezioni 8-21, nonché i grafici allegati).

I risultati ottenuti vengono commentati con riferimento alla numerazione delle domande contenute nel questionario.

7. MEDICI IN RAPPORTO ESCLUSIVO, IN ALPI, IN ALPI ALLARGATA (DOMANDE NN. 1, 1-BIS E 2)

Nel campione esaminato, il 95 per cento dei medici è a rapporto esclusivo (cfr. grafico 6). Questo dato conferma il dato derivato dall'analisi dei questionari regionali e si può ritenere rappresentativo della situazione nazionale, anche se con differenze geografiche non trascurabili (97,4 per cento al Sud, 93,1 per cento al Centro e 95,1 per cento al Nord).

Se si rapportano i medici che effettuano materialmente l'ALPI con quelli che sono a rapporto esclusivo, la percentuale è del 59,1 per cento; al Sud, questa percentuale è solo del 45 per cento ed è espressione di una attività libero professionale meno diffusa se confrontata con il 65 per cento del Nord e il 64,7 per cento del Centro.

Il dato precedente può essere letto come espressione di una minore opportunità fornita ai medici che esercitano nel Sud Italia ed è confermato dalla percentuale di professionisti che fanno ricorso all'ALPI allargata (sul totale di quelli che svolgono l'ALPI). Infatti, al Sud si riscontra la percentuale più elevata (67,6) rispetto al Centro (65,1) e al Nord (solo il 37,9 per cento dei medici deve far ricorso a tale modalità). In proposito, cfr. grafici 7 e 8.

8. FATTURATO DA ALPI (DOMANDA N. 5)

I dati relativi al fatturato derivanti dal campione devono essere interpretati in senso relativo e non sono indicativi del gettito complessivo (per cui si rimanda alle considerazioni effettuate nella sezione sulle Regioni). In altre parole forniscono indicazioni in merito alla redditività dell'*intra-moenia* legata all'attività svolta dai medici.

Nel nostro campione la redditività media di un medico che effettua ALPI è intorno a 26.000 euro annui; nelle aziende del Nord questo valore è di oltre 38.000 euro, al Centro di circa 29.000 euro e al Sud di solo 8.000 euro (cfr. grafici 9 e 10).

Molto interessanti sono i dati relativi alla quota di fatturato proveniente dall'ALPI allargata. Nel totale del campione, il 44,8 per cento del fatturato deriva dall'ALPI allargata ed il gettito per visite e prestazioni è circa il doppio di quello per ricovero. Nel Nord questa percentuale è minore (40,3 per cento), cresce al Centro (52,1 per cento) e raggiunge l'acme al Sud, dove ben il 70,9 per cento del fatturato da ALPI deriva dalla versione allargata ed i proventi da attività di ricovero sono assolutamente residuali (3 per cento).

9. RIPARTIZIONE FATTURATO (DOMANDA N. 6)

La ripartizione dei proventi tra medici, personale di supporto ed amministrazione è evidentemente differente a seconda che si tratti di attività di ricovero, di visita o di prestazioni strumentali, in quanto differenti sono i costi sostenuti dalle aziende a seconda della tipologia di ALPI effettuata (cfr. grafico 11).

L'analisi di questi dati non fornisce indicazioni particolari, in quanto non sono noti i costi sostenuti dalle aziende per lo svolgimento dell'attività in oggetto.

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 e che questa percentuale è simile al Nord e al Centro ma è maggiore al Sud (33 per cento), 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).

10. CONTABILITÀ SEPARATA PER ALPI (DOMANDA N. 8)

Le disposizioni di legge prevedono che le aziende attivino una contabilità separata per l'ALPI, in quanto deve essere garantito almeno l'equilibrio di bilancio. In altre parole, non è ammissibile che l'ALPI rappresenti una rimessa per le aziende del SSN.

Dall'analisi dei questionari, emerge che solo il 79 per cento dei rispondenti è dotato di contabilità separata (cfr. grafico 12).

11. AMBULATORI E POSTI LETTO DEDICATI ALL'ALPI (DOMANDE NN. 9 E 11)

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*, atteso che l'attività ambulatoriale privata si svolge di regola nei medesimi spazi destinati a quella istituzionale, ma in orari differenti (cfr. grafico 13).

Peraltro, la carenza di spazi appositamente dedicati si evince anche dal dato delle ore ambulatoriali riservate all'ALPI, pari al 15 per cento del totale delle ore di attività ambulatoriale erogate dalle aziende del campione.

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, parametro molto lontano dallo standard del 10 per cento indicato dalla normativa vigente.

Le variabilità geografiche da segnalare sono una discreta prevalenza di ambulatori dedicati al Centro (4,2 per cento) e un numero maggiore di posti letto per l'ALPI nelle aziende del Nord (3,8 per cento) rispetto alla media totale del campione.

12. RAPPORTO TRA PRESTAZIONI SSN E PRESTAZIONI ALPI PER SPECIALITÀ (DOMANDE NN. 15 E 16)

Il quadro derivante dalle risposte fornite è estremamente eterogeneo e presenta amplissime variabilità, che non possono essere sintetizzate con efficacia. In proposito, si rimanda all'analisi dei singoli questionari.

13. VALORE INDENNITÀ DI ESCLUSIVITÀ ED ONERI RIFLESSI (DOMANDE NN. 17 E 18)

Anche se l'indennità di esclusività non remunera esclusivamente la rinuncia del medico all'attività libero professionale *extramoenia*, in quanto è riferita anche all'impegno del dirigente nelle funzioni organizzativo-gestionali tipiche di chi ha responsabilità di struttura, essa è interpretabile come un costo sostenuto dal SSN per avvalersi di professionalità qualificate in esclusiva.

In questa logica, è sensato riportare il costo delle indennità di esclusività al fatturato per ALPI. Essa è, nel campione considerato, pari al 63,2 per cento del fatturato per ALPI. Questa proporzione è inferiore al Nord, che vanta ricavi più elevati (44,1 per cento), è del 65 per cento al Centro e sfiora il doppio del fatturato (198 per cento) al Sud (cfr. grafico 14).

Per quanto riguarda gli oneri riflessi sostenuti dalle aziende, le risposte sono parziali e/o incoerenti, pertanto non è possibile effettuare considerazioni univoche (cfr. grafico 15).

14. STRUMENTI DI PRENOTAZIONE E DI CONTROLLO (DOMANDE NN. 20, 21, 22, 23, 24, 25 E 26)

L'ultima serie di domande del questionario attiene all'organizzazione interna delle aziende e agli strumenti di prenotazione e controllo (cfr. grafici 16-22).

Nelle aziende del campione esaminato di regola (74 per cento) esiste un elenco consultabile dei medici che hanno aderito all'ALPI, con poche differenze tra Nord, Centro e Sud.

Nel 70 per cento dei casi viene dichiarato che esiste un elenco dei tempi di attesa per le prestazioni istituzionali consultabile da parte del cittadino; nel Sud la percentuale è del 50 per cento.

Il tariffario aziendale per l'ALPI è presente nell'80 per cento dei casi (al Centro nel 60 per cento).

Il 77,4 per cento delle aziende del campione dispone di un CUP centralizzato per le prenotazioni delle prestazioni, ma solo il 56,3 per cento lo utilizza anche per le prestazioni libero professionali. Quest'ultimo dato risente esclusivamente del ritardo delle aziende del Sud, che hanno attivato questa modalità operativa solo nell'11 per cento dei casi.

L'84 per cento delle aziende del campione ha un regolamento che disciplina l'ALPI, ma non sempre (62,1 per cento in media, 50 per cento al Sud) vengono applicate le limitazioni di orario previste dalle norme e dal contratto per l'effettuazione dell'ALPI, i cui volumi prestazionali non possono eccedere quelli erogati nell'ambito dell'attività istituzionale. Insoddisfacente anche il numero delle aziende (68,8 per cento in media, 44,4 per cento al Sud) che ha istituito la Commissione paritetica per la vigilanza sulle attività libero-professionali.

15. CONTRATTO DI LAVORO (DOMANDA N. 4)

A questa domanda, come del resto anche alle seguenti, è stato richiesto di rispondere a schema libero. Pertanto le conclusioni riportate sono la sintesi delle dichiarazioni effettuate dalle aziende.

Entrando nel merito del quesito in esame, si segnala che nelle aziende miste o universitarie del campione di regola sono stati uniformati i contratti di lavoro ospedalieri ed universitari.

16. FONDO AZIENDALE DI PEREQUAZIONE (DOMANDA N. 7)

Nella maggior parte dei casi il fondo aziendale è stato costituito, è pari al 5 per cento dei proventi da ALPI e viene distribuito a favore dei dirigenti medici appartenenti a specialità che non effettuano *intramoenia*. In alcuni casi il fondo è più consistente e prevede una distribuzione anche al personale di supporto.

17. STRUTTURE CONVENZIONATE PER L'EFFETTUAZIONE DELL'ALPI (DOMANDA N. 12)

Il numero di queste strutture fornisce l'entità del ricorso all'ALPI allargata. Nelle aziende ospedaliere e universitarie di maggiori dimensioni i numeri sono assolutamente considerevoli, potendo essere anche oltre 10 le case di cura convenzionate con l'azienda e oltre 200 gli studi professionali autorizzati.

18. PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (DOMANDA N. 13)

Il ricorso alla previsione dell'articolo 55 del CCNL della dirigenza medica per l'acquisto di prestazioni dai professionisti dipendenti è abbastanza diffuso. Numerosi sono i programmi attivati dalle aziende, con una prevalenza per quelli di diagnostica per immagini.

19. TEMPI DI ATTESA PER PRESTAZIONI SOGGETTI A PROGRAMMI DI ACQUISTO (DOMANDA N. 14)

Le aziende rispondenti solo in alcuni casi forniscono il dato e lo collegano al programma di acquisto di prestazioni. Questo rilievo fa immaginare che non sempre si valuti l'efficacia reale dei programmi di acquisto sull'abbattimento dei tempi di attesa.

20. APPARECCHIATURE BIOMEDICHE DEDICATE E TEMPI DI AMMORTAMENTO (DOMANDA N. 19)

Il numero di aziende del campione che hanno apparecchiature esclusivamente dedicate all'ALPI è molto modesto e quello delle aziende che ne calcolano l'ammortamento è talmente esiguo da non consentire di giungere ad alcuna conclusione.

21. PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA DELL'ALPI (DOMANDA N. 27)

Il fattore positivo più frequentemente citato è quello relativo alle competenze specialistiche dispiegate, in altre parole il potenziale professionale presente nelle aziende. Questo, nel giudizio di una buona parte del campione, determina una crescita di immagine dell'azienda ed una eccellente operazione di marketing, comportando in numerosi casi un fatturato importante (fino al 7-8 per cento del fatturato totale). Secondo un numero minore di aziende, ciò induce un effetto indotto di rilancio delle attività istituzionali, vale a dire anche un'attrattiva per le prestazioni del SSN erogate dall'azienda.

Quanto al rapporto tra ALPI e liste di attesa, poche aziende identificano un effetto positivo dell'attività professionale sui tempi d'attesa come elemento di forza del sistema.

Tra i punti di forza, compaiono ancora la possibilità di erogare prestazioni a pagamento a enti terzi, la possibilità di offrire percorsi diagnostico-terapeutici completi al paziente (anche integrando prestazioni in ALPI con prestazioni SSN), 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.

Infine, in un numero non irrilevante di questionari non sono citati elementi che rappresentino reali punti di forza per la crescita e il buon andamento dell'ALPI.

Per quanto riguarda i punti di debolezza, quello di gran lunga più segnalato è l'indisponibilità di spazi e (in minor misura) di tecnologie adeguati allo svolgimento dell'ALPI all'interno delle strutture aziendali. Anche la difficoltà nell'effettuazione dei controlli e l'assenza di una completa e coerente regolamentazione aziendale sono frequentemente citate. Appartengono alla medesima categoria di segnalazione la lamentata assenza di sistemi centralizzati ed informatizzati di prenotazione e tariffazione, nonché – in taluni casi – l'assenza di un tariffario aziendale.

Al di là delle carenze programmatiche e gestionali riscontrabili a livello regionale ed aziendale, che sono alla base del grave ritardo nell'adeguamento strutturale dei nostri ospedali, non possono tuttavia essere poste sullo stesso piano l'assenza di spazi di visita e di ricovero adeguati alla libera professione (che dipende da numerosi fattori e da differenti soggetti istituzionali) e la mancanza di strumenti regolamentari e gestionali, la cui realizzazione appare invece nella piena potestà delle direzioni aziendali.

Altri elementi critici segnalati sono l'impreparazione specifica del personale di supporto rispetto al task richiesto dalla libera professione dei medici, la promiscuità dei percorsi assistenziali relativi al SSN e all'ALPI, la sproporzione tra le indennità di esclusività erogate ed il numero effettivo di medici che esercitano l'ALPI, la mancata conoscenza dei costi reali dell'ALPI e, in rari casi, la presenza di liste di attesa duplicate (per attività istituzionale e per ALPI) o l'assenza di domanda per l'ALPI.

22. LISTE DI ATTESA E ATTIVITÀ *INTRAMOENIA*

Il rapporto tra liste di attesa e attività intramuraria rappresenta uno degli aspetti più critici dell'indagine proprio in considerazione del fatto che essa era indirizzata a studiare l'ALPI «con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità di accesso ai servizi sanitari pubblici».

Nell'illustrare la proposta il 4 luglio 2006, il presidente Marino ipotizzava che in ampie aree del Paese le carenze strutturali degli ospedali avessero comportato la diffusione della cosiddetta «*intramoenia* extramuraria» o «allargata», con serie ricadute sul piano del rispetto dell'impre-scindibile principio della parità di accesso ai trattamenti. Egli riteneva inoltre che l'introduzione dell'*intramoenia* non avesse risultati positivi sulle liste di attesa, come era ipotizzato nella legge istitutiva.

In effetti, dal complesso delle audizioni effettuate, risulta in modo abbastanza netto che l'*intramoenia* non ha avuto di per sé effetti positivi o negativi sulle liste di attesa, ma ha piuttosto lasciato uno status quo che, in molte parti del Paese, è ancora pesantemente negativo.

Una forma particolare di libera professione che invece, laddove è stata applicata, ha portato vantaggi, è l'acquisto da parte delle aziende di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione (e quindi fuori dall'orario di servizio) finalizzate proprio ad abbattere le liste di attesa. Questo strumento, che non ha alcun onere per il cittadino che riceve la prestazione e che aumenta l'efficienza erogativa delle aziende, può essere utile particolarmente quando viene applicato per superare situazioni contingenti (per esempio carenze temporanee di organico).

I problemi fondamentali irrisolti, specie dove è maggiormente presente l'*intramoenia* allargata, ovvero le aree del centro-sud, sono:

- assicurare una reale parità di accesso ai servizi, eliminando anche tutte quelle situazioni che possono creare confusione sui percorsi e accentuare la percezione di discriminazione;
- un controllo dell'attività dei professionisti, sia sotto il profilo della quantità di prestazioni erogate su base oraria e quindi del rapporto tra i volumi delle attività istituzionale e libero-professionale, sia sotto il profilo della correttezza amministrativa e fiscale.

Riguardo al primo problema va evidenziato, come risulta particolarmente dalle deposizioni dei rappresentanti dell'utenza (Cittadinanzattiva – Tribunale dei diritti del Malato), che circa un quarto delle richieste di intervento o chiarimento presso il TdM riguardanti le liste di attesa ha lo scopo di avere informazioni per ottenere rimborsi per prestazioni sostitutive in *intramoenia* o nel privato e le difficoltà o impossibilità di accedere a queste aree in quanto troppo onerose. Vi sono poi aree specialistiche, al di là delle richieste di TAC, ecografie, RMN o altro, dove l'accesso è particolarmente difficile (cardiologia, ortopedia, fisiatria, urologia) o addirittura virtualmente impossibile, come nell'area oculistica. E ancora,

ciò che pare francamente inaccettabile è che vi siano situazioni dove i tempi medi di attesa per esami prenotati come urgenti (quali le prestazioni ambulatoriali di classe A, da erogare in 10 giorni) non sono rispettati.

D'altra parte sono state evidenziate situazioni assolutamente virtuose dove i tempi di attesa sono rispettati, le liste controllate e la libera professione *intramoenia* ben organizzata, controllata e redditizia per l'azienda.

Riguardo al secondo problema è del tutto evidente che la dispersione dell'attività sul territorio in una quantità di studi privati (ancorché convenzionati) induce difficoltà se non impossibilità di controllo. Ciò è testimoniato da quanto affermato dal precedente ministro Sirchia, che definiva la situazione «anarchica», come già scritto in precedenza, e dalla recente indagine della Guardia di Finanza, trasmessa alla Commissione, che ha evidenziato un inaccettabile livello di evasione fiscale. Ciò evidentemente influisce negativamente sulla reale redditività dell'ALPI.

Ciò premesso, si ribadisce che l'ALPI si configura, fin dalla sua iniziale definizione, come diritto dei medici che hanno scelto il rapporto di esclusività e degli altri professionisti del SSN e come opportunità per i cittadini. Quest'ultima va intesa come possibilità per l'utente di optare per un medico di fiducia, in grado di fornire la propria qualificata prestazione in tempi adeguati e in ambienti idonei.

A indagine conclusa, è necessario osservare che, perché l'ALPI sia realmente una opportunità ulteriore e non una «necessità mascherata», l'opzione del cittadino deve essere riferita solo alla scelta del medico.

Ciò implica che l'ALPI deve essere fortemente integrata all'interno del SSN e non rappresentarne una sorta di anomalia per aggirare, da parte di chi può, ostacoli all'accesso alle prestazioni. D'altra parte l'ALPI non deve essere penalizzata per scarsa efficienza del servizio istituzionale, efficienza che quindi rappresenta la priorità di intervento al fine della riduzione dei tempi di attesa da parte delle aziende.

Il SSN deve pertanto essere in grado, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, di fornire gratuitamente prestazioni di pari livello rispettando i tempi di attesa stabiliti dalle Regioni, in ambienti con un livello di confort sufficiente. Altro punto fondamentale è il rispetto all'accesso alle prestazioni in caso di richiesta urgente da parte del curante: anche questa opzione deve essere assolutamente garantita nei tempi stabiliti.

La definizione di un piano nazionale per i tempi di attesa e la successiva individuazione, prevista dalla legge finanziaria per il 2007 entro il 31 gennaio 2007, di tempi massimi stabiliti dalle Regioni per l'erogazione delle prestazioni di maggiore criticità, fissa gli standard che il SSN deve garantire al cittadino in ogni contesto assistenziale, rafforzando il concetto di ALPI in quanto «valore aggiunto» rispetto ad un servizio di qualità assicurato a tutti.

In questo contesto, le liste di attesa appaiono come un fenomeno presente in tutti i paesi dotati di un servizio sanitario pubblico basato su principi di tipo solidaristico: esse mettono in evidenza il problema della scarsa appropriatezza della domanda espressa e riflettono sempre problemi di tipo organizzativo.

In base anche alle esperienze emerse da varie audizioni, si può tranquillamente affermare che le liste di attesa devono essere gestite e non subite, ad esempio attraverso controlli da parte di CUP centralizzati in ordine alla presenza di più prenotazioni della stessa prestazione in vari centri, il sistema del «recall» del paziente e la creazione di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi che portino alla riduzione della inappropriatazza. Liste più «pulite» significano abbreviazione dei tempi di attesa.

Ancora attenzione andrà posta al fatto che l'ALPI non induca al suo interno, per meccanismi facilmente comprensibili, un aumento di inappropriatazza nella richiesta di prestazioni. Controlli in tal senso andranno quindi effettuati in ugual misura nel caso delle richieste da SSN così come da ALPI.

D'altro canto è emerso con chiarezza che nelle Regioni dove il servizio sanitario è efficiente ed efficace, almeno per quanto riguarda i tempi di attesa, il ricorso all'ALPI è maggiore ed effettuato prevalentemente negli spazi interni alle aziende.

Dall'indagine è emerso che le difficoltà nella corretta applicazione di questo istituto sono legate alla carenza di spazi per inadeguatezza delle strutture pubbliche e a fenomeni di carattere organizzativo, sia a livello regionale che aziendale.

E' accertato che un sano ricorso all'ALPI può essere garantito in spazi che siano interni alle aziende, ma è altrettanto evidente che la situazione delle strutture ospedaliere italiane (il campione studiato attraverso venti audizioni ed oltre trenta questionari ricevuti consente di affermarlo) non permette di esercitarla in tal modo. A tale proposito va rilevato che la prima indicazione di avere spazi dedicati e separati solo per l'ALPI nella maggior parte dei casi non si è realizzata, e questo anche dove l'ALPI funziona efficacemente. Sembra preferibile una migliore organizzazione dei tempi di utilizzo degli spazi già esistenti, purché adeguati ad una obbligatorietà di creazione di nuovi ambienti.

Quanto alle carenze organizzative, l'indagine ha messo in evidenza da una parte l'inerzia (a volte totale) di alcune Regioni nel richiedere i finanziamenti dedicati e/o ad effettuare i conseguenti investimenti, dall'altra un'insufficiente capacità gestionale da parte di alcune aziende sanitarie (tra il 20 e il 30 per cento del campione) che non hanno proceduto a quegli adempimenti per i quali non sono necessari finanziamenti (emanazione di regolamenti, istituzione di Commissioni di controllo, predisposizione di elenchi dei medici, etc.). A questo proposito non va dimenticato che la mancata assunzione, da parte del direttore generale, di tutte le iniziative per consentire il pieno esercizio della libera professione intramuraria costituisce causa impeditiva per il rinnovo dell'incarico e, nei casi più gravi, motivazione per la revoca dell'incarico di direttore generale.

Il regime di *intramoenia* allargata merita alcune riflessioni. Essa attualmente si configura come una necessità, in quanto i direttori generali delle aziende sono costretti a consentirla ai medici nel rispetto di un diritto contrattuale, laddove non siano state realizzate le strutture atte all'esercizio dell'*intramoenia*.

23. CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E IPOTESI DI LAVORO

Il ministro ha più volte osservato che non intende concedere ulteriori proroghe rispetto ad una situazione che ha in effetti avuto fin troppi ritardi nell'applicazione di una legge che risale a ben otto anni fa. Tale principio è stato anche ribadito dall'articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223 del 2006 (cosiddetto decreto Bersani), convertito con modificazioni dalla legge n. 248 del 2006, che al comma 2 recita: «Al comma 10 dell'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, le parole: "fino al 31 luglio 2006" sono sostituite con le seguenti: "fino alla data certificata dalle regione o dalla provincia autonoma, del completamento da parte dell'azienda sanitaria di appartenenza degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, e comunque entro il 31 luglio 2007"» e che al comma 4 recita: «Al fine di garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria, anche in riferimento all'obiettivo di ridurre le liste di attesa, sono affidati alle regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale e l'adozione di misure dirette ad attivare, previo congruo termine per provvedere da parte delle aziende risultate inadempienti, interventi sostitutivi anche sotto la forma della nomina di un commissario ad acta. In ogni caso l'attività libero professionale non può superare, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente».

D'altra parte, se si dovesse bloccare completamente tutta l'*intramoenia* allargata al 31 luglio 2007, si priverebbero moltissimi medici a rapporto esclusivo del loro diritto all'esercizio libero-professionale e i cittadini di una possibilità di scelta, senza peraltro incidere seriamente nei problemi strutturali tuttora esistenti specie al sud del Paese sulle liste di attesa.

Premesso che l'esclusività di rapporto, essendo connessa al ruolo ricoperto sotto il profilo della responsabilità gestionale, deve investire i direttori di unità semplici e complesse per l'arco di durata dell'incarico, si formulano le seguenti proposte:

– entro il 31 luglio del 2007 ogni direttore generale, di concerto con i direttori di dipartimento e sentiti i dirigenti medici e i comitati previsti dalla vigente normativa, predispone piani di obiettivi aziendali declinati a livello di ogni singola unità operativa, che riguardino i volumi di attività istituzionale e di ALPI;

– tali piani dovranno essere approvati entro trenta giorni dai rispettivi assessori regionali, che li devono contestualmente certificare al Ministero della salute;

– entro la medesima data ogni direttore generale presenterà un progetto atto a portare obbligatoriamente sotto il controllo amministrativo

diretto l'attività *intramoenia* allargata entro il dicembre 2008, con controllo della situazione applicativa dopo i primi sei mesi;

– in caso di mancato rispetto di una scadenza scatteranno i poteri sostitutivi con nomina da parte del Governo di un commissario ad acta per l'istituzione dell'ALPI;

– i piani aziendali dovranno aver adeguata pubblicità con particolare riguardo per le associazioni di utenti e i piani delle singole unità operative chiaramente esposti nell'ambito della struttura ospedaliera;

– tali obiettivi dovranno essere ottenuti in via prioritaria attraverso attivazione di spazi realmente intramurari, o attraverso acquisto o affitto di idonei edifici limitrofi, o ancora attraverso convenzioni con spazi ambulatoriali già attivi, dando ampio mandato in questo senso ai direttori generali, che dovranno graduare gli interventi anche nel rispetto di pregressi contratti con i singoli professionisti;

– gli spazi individuati per l'attività intramuraria dovranno ricevere parere vincolante di congruità e idoneità da parte del collegio di direzione (competente ai sensi del decreto legislativo n. 229 del 1999) o di una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'ALPI costituita a livello aziendale qualora il collegio di direzione non sia costituito;

– gli spazi per l'attività ambulatoriale in ALPI potranno essere condivisi con quelli delle attività istituzionali, mentre si dovranno avere spazi separati per i ricoveri, e comunque i percorsi di prenotazione e contabilità dovranno essere separati, pur essendo unico il centro di prenotazione;

– i volumi di attività *intramoenia* dovranno essere accuratamente monitorati e raffrontati annualmente con i volumi dell'attività istituzionale per essere autorizzati per l'anno successivo nell'ambito del piano aziendale;

– vanno assicurati tempi di attesa per le prestazioni istituzionali che non superino di due volte quelli medi per l'ALPI in ciascuna specialità, con eventuale obbligatoria istituzione dell'istituto dell'acquisto di prestazioni da parte dell'azienda;

– in caso di limitazione dell'attività *intramoenia* da parte dell'azienda il sanitario interessato potrà appellarsi al collegio di direzione o ad una apposita commissione qualora non sia costituito.

Si propone inoltre l'attivazione urgente di un Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione del programma di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale così come previsto dall'articolo 15-*quattordicesimo* del decreto legislativo n. 502 del 1992.

La Commissione auspica infine che il Ministro della salute intervenga, con gli opportuni strumenti normativi di legge, entro il 31 luglio 2007, al fine di dare certezza ai cittadini e agli operatori rispetto alla possibilità di prosecuzione dell'ALPI nel rispetto del principio del rapporto fiduciario e dei diritti contrattuali in essere.

