



DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori SIMEONI, CASALETTO, PEPE, DE PIETRO,
VACCIANO, MUSSINI e Maurizio ROMANI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 OTTOBRE 2016

Modifica alla legge 3 agosto 2007, n. 120, in materia di esercizio
della libera professione intramuraria

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge si prefigge la finalità di apportare alcune migliorie ed accorgimenti, mediante una serie di integrazioni, alla normativa vigente inerente l'esercizio della libera professione intramuraria - *intramoenia* - in ambito sanitario pubblico.

La regolamentazione attraverso cui è stata disposta l'erogazione delle prestazioni sanitarie in modalità «*intramoenia*» è stata introdotta tramite il decreto legislativo n. 502 del 1992, recante il riordino della disciplina in materia sanitaria, nonché successivamente e reiteratamente novellata da un consistente numero di interventi normativi, che pur tuttavia non sempre si sono configurati quali intenti migliorativi, come non sempre sono riusciti a conseguire il risultato di ottimizzare e rendere maggiormente fruibile la pratica «*intramoenia*».

L'entrata in vigore della legge 8 novembre 2012, n. 189, di conversione del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (meglio conosciuto come «decreto Balduzzi»), ha avuto il merito di dipanare alcuni nodi applicativi relativi, specificatamente, alla completa e definitiva funzionalità dell'attività libero professionale intramuraria, mediante l'apposizione di puntuali limiti di ordine logistico oltre che temporale, all'esercizio dell'attività stessa, estesa all'erogazione della prestazione presso studi medici privati.

Ciononostante, la pratica *intramoenia* ha continuato ad essere afflitta da plurime criticità: prima fra tutte la tendenza riscontrata in parte dei professionisti, ad aggirare i sistemi di prenotazione ed evasione delle prestazioni centralizzati, precipuamente istituiti, all'epoca, allo scopo di agevolare il paziente nell'espletamento degli aspetti burocratici,

connessi alla prestazione sanitaria vera e propria; in secondo luogo, la generale indisponibilità, ad opera degli stessi professionisti, ad utilizzare i locali messi a disposizione dalla struttura sanitaria, adducendo per lo più motivazioni legate allo scarso decoro degli stessi, come pure alla penuria di dotazioni strumentali adeguate; ancora, l'insussistenza, talvolta registrata, di un'accurata attenzione da parte delle aziende sanitarie mirata a favorire ed agevolare il libero esercizio della professione intramuraria, in merito ad una fattiva organizzazione delle proprie risorse interne, quali spazi, attrezzature, personale e anche per quanto riguarda la diagnostica strumentale e le prestazioni libero professionali, rese in costanza di ricovero.

La naturale conseguenza sia del vuoto normativo sia della *mala gestio* della pratica *intramoenia*, aggravata dalla contrapposizione di evidenti interessi corporativi, ha comportato, stando agli ultimi dati resi noti dal Ministero della salute e riferibili all'anno 2013, un introito lordo derivante da attività libero professionale intramuraria che si attesta sull'esiguo valore di 1,15 miliardi di euro, pari ad una spesa annua *pro-capite* di poco superiore a 19,00 euro.

Una cifra che appare irrisoria se confrontata agli oltre 27,07 miliardi di euro esborsati in ragione della spesa cosiddetta «*out of pocket*» dai cittadini per approvvigionarsi di prestazioni sanitarie private.

Il divario testé rilevato non può essere interamente addebitato alla scelta di avvalersi di prestazioni sanitarie erogate dal mercato privato, ma risente, fortemente, anche del sommerso che si evidenzia in ambito intramurario. L'urgenza di colmare la discrepanza registrata dalle rilevazioni e consentire

al Sistema sanitario nazionale di disporre di maggiori risorse, rende, pertanto, imprescindibile l'adozione di ulteriori strumenti che rafforzino la competitività del regime intramoenia ed al tempo stesso permettano una precisa tracciabilità delle prestazioni intramurarie rese in ambito pubblico.

Lo spirito della presente iniziativa legislativa, anche alla luce delle considerazioni ivi esposte, si configura, quindi, quale volontà di superare tutti gli ostacoli che si frappongono al corretto funzionamento della pratica intramoenia attraverso l'introduzione di una serie di meccanismi di controllo, nonché di verifica circa l'operato dei professionisti medici e del personale di supporto, come anche dei massimi vertici aziendali, quali, tra tutti, direzioni generali, sanitarie ed amministrative, che, contrariamente a quanto verificatosi, avrebbero dovuto consentire ed altresì agevolare il corretto esercizio della professione intramuraria, ora sotto il profilo amministrativo, ora organizzativo, ovvero di servizio.

Pertanto, all'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, è stato inserito dopo il comma 1, il nuovo comma 1-*bis*, istitutivo dell'ufficio libera professione (ULP), in ogni azienda sanitaria. L'importanza di questa struttura, collocata in *staff* alla Direzione generale, risiede nel suo ruolo di centralizzazione delle diverse attività amministrative, organizzative, di rendicontazione, nonché di controllo, e strettamente collegato all'espletamento dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI).

Vengono altresì formalizzate all'interno del regolamento aziendale ALPI, le funzionalità da attribuirsi all'ULP, da parte delle Direzioni generali, lasciando, volutamente, ampi margini di discrezionalità al fine di consentire che la redazione dei regolamenti tenga in debito conto le diverse realtà aziendali e non di meno i diversi stadi evolutivi dell'organizzazione interna.

Al comma 4 si è proceduto modificando le soglie relative alle trattenute al compenso

del libero professionista, sicché le direzioni generali delle aziende sanitarie siano dotate di maggiori strumenti finanziari, al fine di agevolare la fluidità dei tempi di attesa entro i limiti fissati a livello nazionale.

L'introduzione del nuovo comma 4.1, è teso all'istituzione di due nuovi servizi da collocarsi presso l'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale: il «Servizio di ispettorato centrale *intramoenia*» (SICI), e il «Servizio di ispettorato regionale *intramoenia*» (SIRI), e ne definisce altresì compiti e responsabilità, allo scopo di organizzare al meglio la funzione ispettiva relativa all'esercizio dell'ALPI. In proposito, le discrepanze rilevate nella «Relazione al Parlamento» presentata il 29 settembre 2016 ad opera del Ministero della salute, nelle diverse regioni italiane, impongono l'adozione di misure volte a prevenire eventuali comportamenti elusivi delle norme che regolano l'esercizio dell'ALPI, sia da parte delle Aziende sanitarie sia da parte dei singoli professionisti autorizzati.

Ancora, al comma 4-*bis* sono apportate delle modificazioni che intendono stabilire la natura transitoria dell'esercizio della libera professione presso strutture diverse da quelle messe a disposizione dalle aziende sanitarie, e che configurano il cosiddetto «regime allargato», allo scopo di agevolare e rendere più efficace il sistema dei controlli e delle verifiche inerenti il corretto esercizio dell'ALPI. Transitorietà, quest'ultima, che non potrà, comunque, eccedere la data del 31 dicembre 2020, al fine di prevenire il perpetrarsi degli illeciti, già in passato verificatisi, in sede di attuazione delle norme ALPI.

Al comma 5 si è voluto introdurre una modifica con l'intento di consentire la valutazione, avvalendosi di un lasso temporale più ampio, dell'andamento dell'ALPI relativamente all'aspetto organizzativo, inteso quale spazi e risorse, nonché per garantire una maggiore fruibilità di dati ai fini ispettivi.

Le modifiche apportate al comma 7 sono finalizzate a rendere maggiormente stringente il rispetto delle previsioni e delle attività disciplinate, configurando la possibilità che non solo sia aumentata la sanzione a carico dei direttori generali, prevedendo inoltre la destituzione degli stessi, ma rendendo altresì direttamente automatica l'imposizione della sanzione allorquando la gestione ALPI non risponda ai dettami di legge, ovvero non siano stati resi operativi tutti gli strumenti organizzativi e di controllo previsti.

Infine, l'insieme delle modifiche apportate al comma 9 statuiscono, in maniera incontrovertibile, la disposizione per cui i locali destinati all'attività istituzionale possono con ogni certezza risultare idonei anche allo svolgimento di attività ALPI, consentendo, in tal modo l'equiparazione dei pazienti che ricorrono a prestazioni istituzionali ai pazienti che si avvalgono delle prestazioni intramurarie, cui non possono e non debbono essere riservati trattamenti qualitativamente inferiori o comunque non idonei.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. All'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«*I*-bis. In ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinici universitari a gestione diretta ed IRCCS di diritto pubblico, è istituito l'ufficio libera professione (ULP) collocato in *staff* nell'ambito della Direzione generale e retto da una posizione dirigenziale di livello adeguato alla rilevanza, anche economica, delle responsabilità connesse al ruolo. È compito dell'ULP, d'intesa con la Direzione generale aziendale e con il collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, qualora questo non sia costituito, dalla commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale, sovrintendere ad ogni aspetto amministrativo, tecnico ed organizzativo, inerente l'esercizio della libera professione intramuraria. Il regolamento aziendale *intramoenia*, deve prevedere un dettagliato elenco dei compiti e responsabilità assegnati all'ULP, ed i criteri di valutazione del personale dirigenziale e non ad esso afferente, anche ai fini della corresponsione della parte variabile delle relative retribuzioni di risultato.»;

b) al comma 4, lettera c), le parole: «una somma pari al 5 per cento» sono sostituite dalle seguenti: «una somma non inferiore al 5 e non superiore al 10 per cento»;

c) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4.1 Presso l'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale, è istituito il "Servizio ispettorato centrale *intramoenia*" (SICI) con il compito di monitorare ogni aspetto quali-quantitativo connesso all'esercizio dell'attività libero professionale. Tale monitoraggio si avvale dei dati e delle informazioni raccolte semestralmente da parte del "Servizio ispettorato regionale *intramoenia*" (SIRI) istituito, a sua volta, presso ogni assessorato regionale alla salute e presso i corrispondenti assessorati delle province autonome di Trento e Bolzano. In particolare, tra i principali dati oggetto di monitoraggio, è obbligatorio rilevare:

a) bilanciamento quali-quantitativo continuo tra attività libero professionale ed istituzionale e rispetto assoluto dei volumi di attività istituzionale e libero professionale, di cui al comma 5, nel rispetto dei modi e dei tempi specificati al comma 6;

b) separazione effettiva, tecnologica ed operativa, dei sistemi di prenotazione ed accesso alle prestazioni istituzionali ovvero libero professionali;

c) eventuali scostamenti significativi, oltre il 15 per cento per difetto o per eccesso, del valore economico medio pro-capite dell'attività libero-professionale intramuraria erogata dai professionisti afferenti ad ogni singola azienda sanitaria, rispetto alle medie regionali e nazionali;

d) effettiva adozione ed aggiornamento di un sistema economico patrimoniale di contabilità separata, dal quale sia possibile ricavare l'effettivo andamento economico, finanziario e patrimoniale connesso all'esercizio dell'attività *intramoenia*;

e) adozione generalizzata delle tecnologie di collegamento telematico, di cui al comma 4, lettere a) e *a-bis*), ed effettiva operatività delle stesse;

f) riduzione dei tempi di attesa istituzionali, anche in seguito all'utilizzo delle ulte-

rioni risorse economiche di cui al comma 4, lettera c). I risultati delle attività di monitoraggio e di elaborazione dei dati eseguite dal SIRI e dal SICI, costituiscono parte integrante della relazione di cui al comma 4, lettera g).»;

d) al comma 4-bis:

1) le parole: «permanente ed ordinaria» sono sostituite dalla seguente: «transitoria»;

2) dopo le parole: «collegati in rete» sono inserite le seguenti: «; tale transitorietà non può comunque superare la data del 31 dicembre 2020»;

e) al comma 5, dopo le parole: «attività libero-professionale intramuraria,» sono inserite le seguenti: «anche sulla base delle relative serie storiche inerenti il triennio precedente l'esercizio cui si riferisce il piano aziendale stesso, come elaborate a cura dell'ULP»;

f) al comma 7:

1) dopo la parola: «rispetto» è inserita la seguente: «obbligatorio»;

2) le parole: «, la decurtazione» sono sostituite dalle seguenti: «. In caso di verificata inadempienza di tali previsioni, si procede alla decurtazione automatica»;

3) la parola: «20» è sostituita dalla seguente: «30»;

4) le parole: «ovvero la» sono sostituite dalle seguenti: «ovvero alla»;

g) al comma 9:

1) la parola: «Esclusivamente» è soppressa;

2) le parole: «l'attività clinica e» sono sostituite dalle seguenti: «attività clinica, ambulatoriale,»;

3) dopo le parole: «diagnostica ambulatoriale» sono inserite le seguenti: «e diagnostica strumentale»;

4) dopo le parole: «all'attività istituzionale» sono inserite le seguenti: «, in quanto ad essa idonei,».

