

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FRANCESCO PAOLO LUCCHESI

La seduta comincia alle 14,35.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Audizione di rappresentanti della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano (CINSEDO), dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e del Tribunale per i diritti del malato.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, l'audizione di rappresentanti della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano (CINSEDO), dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e del Tribunale per i diritti del malato. Ricordo che in data 26 novembre la Commissione, acquisita l'intesa con il Presidente della Camera, ai sensi dell'articolo 144, comma 1, del regolamento, ha deliberato la proroga del termine dell'indagine conoscitiva in oggetto al 28 febbraio 2002.

Avverto che i rappresentanti della Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano (CINSEDO) hanno comunicato la propria impossibilità a partecipare ai lavori della seduta odierna. Sono presenti, in rappresentanza dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la dottoressa Laura Pellegrini e la dottoressa Gilda Salatino e, per il Tribunale per i diritti del malato, il dottor Stefano Inglese ed il dottor Elio Rosati.

Ringrazio i nostri ospiti per la loro partecipazione ai nostri lavori e li invito a

consegnare alla Commissione eventuali memorie e documenti scritti, ai fini dello svolgimento della nostra indagine conoscitiva. Ricordo, altresì, che della seduta odierna sarà redatto un resoconto stenografico.

Do ora loro la parola per le relazioni introduttive.

LAURA PELLEGRINI, *Direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali*. La ringrazio, signor presidente. Ritengo che i dati relativi a questa materia siano veramente scarsi; tuttavia, la necessità aguzza l'ingegno, abbiamo lavorato ed abbiamo trovato alcuni elementi che ritengo di notevole interesse ed ho il piacere di lasciare a disposizione della Commissione le tabelle contenenti tali informazioni.

Non esistono, allo stato, dati puntuali sull'attività libero-professionale *intra moenia* svolta nelle diverse regioni, in particolar modo per quanto riguarda la distinzione tra attività specialistica ambulatoriale ed attività in regime di ricovero. L'Agenzia, tuttavia, utilizzando fonti informative istituzionali, ha comunque effettuato alcune elaborazioni sul numero di dirigenti del ruolo sanitario in regime di *intra moenia* (la cui fonte è il conto annuale IGOP del Ministero dell'economia e delle finanze), sui costi sostenuti dalle aziende sanitarie per corrispondere l'indennità di esclusività di rapporto (la fonte è il tavolo di lavoro per il monitoraggio della spesa sanitaria, in base all'Accordo della Conferenza Stato-regioni del 22 marzo 2001, vale a dire il tavolo da cui sono stati assunti anche i dati della spesa per i livelli essenziali di assistenza) e, infine, su quanto pagano i cittadini per ricevere prestazioni in regime di attività libero-professionale e su quanto le aziende versano al personale per lo svolgimento di tale attività (questi dati sono stati ricavati da un'analisi dei bilanci delle aziende sanitarie).

Da tali dati, suddivisi per regioni e per categorie di personale, emerge in primo luogo che, per quanto concerne l'anno 2000, i medici con rapporto esclusivo sono 92.991 su un totale di 102.912 medici; il 90,36 per cento dei medici, dunque, ha optato per tale rapporto. Nelle regioni meridionali la percentuale dei medici che ha scelto il rapporto esclusivo è più alta: ad esempio, in Basilicata è pari al 96,99 per cento, in Calabria è pari al 96,10 per cento ed in Sicilia è del 93,96 per cento. Nelle regioni settentrionali e centrali, invece, la percentuale è più bassa: ad esempio, in Liguria « solo » l'81,43 per cento dei medici ha optato per il rapporto esclusivo, nel Lazio tale percentuale è pari all'87,42 per cento ed in Lombardia è dell'87,62 per cento (nella tabella consegnata alla Commissione sono riportate le percentuali relative a tutte le regioni).

Gli altri dirigenti del ruolo sanitario (veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi) con rapporto esclusivo sono 17.569 su un totale di 19.468 medici, pari al 98,05 per cento. Nella fattispecie, i biologi, i chimici ed i fisici che hanno optato per il rapporto esclusivo sono praticamente il 100 per cento, mentre i farmacisti sono il 99,91 per cento, gli psicologi sono il 97,21 per cento, i veterinari sono il 96,65 per cento e gli odontoiatri sono il 57,14 per cento (hanno optato in misura minore rispetto alle altre categorie, poiché tutti sanno che la libera professione « di altro genere » degli odontoiatri rende, ovviamente, molto).

I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per corrispondere l'indennità di esclusività di rapporto relativi all'anno 2000 ammontano a 2.186 miliardi di vecchie lire, pari a 1.129 milioni di euro. A questi 2.186 miliardi si devono aggiungere gli oneri riflessi (circa il 35 per cento, come sapete), per un totale di circa 3 mila miliardi di vecchie lire, che rappresentano il costo sostenuto dal fondo sanitario per corrispondere l'indennità di esclusività di rapporto.

PRESIDENTE. Tremila miliardi di lire ?

LAURA PELLEGRINI, *Direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali*. Sì, 3

mila miliardi di vecchie lire: 2.186 miliardi più gli oneri riflessi.

I corrispettivi pagati dai cittadini per ricevere le prestazioni in regime di attività libero-professionale *intra moenia*, invece, ammontano per l'anno 2001 a 1.375 miliardi di vecchie lire.

Di tale somma l'87 per cento (1.195 miliardi di lire) è trasferito al personale che ha svolto prestazioni a pagamento e quindi solo il 13 per cento (circa 180 miliardi di lire) è trattenuto dalle aziende sanitarie a copertura dei costi sostenuti. La libera professione in *intra moenia* in pratica rende al fondo sanitario 180 miliardi di lire: questa è la cifra che si ottiene togliendo dai ricavi quanto si deve dare ai medici.

Va sottolineato che mentre la percentuale dei medici che hanno optato per il rapporto esclusivo è più alta nel sud (è superiore al 90 per cento), la percentuale dei cittadini che scelgono le prestazioni in regime di attività libero-professionale in *intra moenia* è più alta nel nord. Tant'è che la spesa media del cittadino, *pro capite*, in rapporto alla popolazione regionale per queste prestazioni e, conseguentemente, il ricavo per l'azienda (sempre *pro capite*) ammonta ad una media di 33.800 lire nel nord, 25.080 lire al centro e solo 10.630 nelle regioni del sud. Questi sono i dati che abbiamo estrapolato appositamente per questa audizione e siamo felici di poterli fornire ai membri di questa Commissione ritenendo che possano essere utili al vostro lavoro.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Pellegrini per la relazione svolta e per i dati forniti.

Do ora la parola al segretario del Tribunale per i diritti del malato, dottor Stefano Inglese.

STEFANO INGLESE, *Segretario del Tribunale per i diritti del malato*. Anzitutto ringrazio per questo invito. Inizio col dire che invieremo in tempi stretti una memoria scritta contenente una serie di dati a nostra disposizione che non fanno riferimento a valutazioni statistiche, ma rappresentano il frutto dei monitoraggi che periodicamente

svolgiamo sul territorio nazionale (soprattutto attraverso le sezioni presenti nella gran parte dei presidi ospedalieri di questo paese) per comprendere qual è la situazione dei tempi di attesa. Ogni qualvolta effettuiamo un monitoraggio di questo tipo verifichiamo tanto i tempi di attesa nel canale istituzionale quanto quelli in *intra moenia*.

La prima considerazione che svolgo è che, nonostante le norme vigenti stabiliscano che debba esserci la più assoluta trasparenza anche per questo genere di informazioni, ottenere dati dal canale *intra moenia* è estremamente faticoso. I nostri operatori ottengono facilmente i dati del canale istituzionale ma compiono una fatica tremenda per ottenere i dati relativi all'*intra moenia*.

In secondo luogo quasi mai nel canale in *intra moenia* troviamo liste d'attesa. Questo, dal nostro punto di vista, è il cuore della questione, nel senso che quasi sempre (praticamente è così dappertutto) si attendono mesi per ottenere una prestazione nel canale istituzionale mentre si aspettano pochi giorni nel canale in *intra moenia*. Questo per noi è il motivo prioritario per cui riteniamo che alcuni degli obiettivi che si prefiggeva l'*intra moenia* nel momento in cui è stata istituita siano stati in qualche modo disattesi.

Dirò meglio dopo che non ce la prendiamo con il meccanismo in sé, ma piuttosto con il modo in cui questo è stato gestito. È difficile ottenere informazioni con un problema di trasparenza evidente. Ciò che le norme prevedevano sulla separazione dei luoghi di prenotazione per i cittadini, sulla pubblicità delle tariffe, sulla pubblicità degli elenchi dei medici che effettuano prestazioni in *intra moenia*, è rispettato pochissimo. Lo affermiamo e lo verifichiamo attraverso i nostri monitoraggi, ma se andate a consultare i risultati della commissione di indagine sui tempi d'attesa che ha lavorato nella precedente legislatura, nell'ultimo periodo del ministero Veronesi, troverete una serie di dati assolutamente sovrapponibili e delle tabelle che riportano esattamente quello che stiamo sostenendo. Vi è quindi

un primo problema che evidenziamo: la trasparenza nella gestione di questo meccanismo.

Un secondo problema su cui poniamo l'attenzione è legato all'effettività di quanto si determina: il cittadino ha la percezione di un sistema diseguale, nel quale vi è una sanità di serie A per chi può spendere ed una di serie B perché non si può permettere di pagare. Questo meccanismo, questa forte differenza tra i tempi di attesa nel canale istituzionale e quelli nel canale in *intra moenia* è una delle ragioni che desta maggiore scandalo, detto tra virgolette, agli occhi del cittadino.

Tutti ricordiamo come è nata questa vicenda e come essa in qualche modo rappresentasse una soluzione di compromesso per tenere il più possibile i medici all'interno delle strutture. Quella filosofia l'abbiamo sostenuta all'epoca e continuiamo a farlo adesso. Il tema dell'esclusività del rapporto non ci vede pregiudizialmente in contrasto con quello che le norme dicevano. Sosteniamo semplicemente che, così com'è stata messa in pratica, la riforma probabilmente non ha prodotto i frutti sperati, neanche per quanto riguarda la riduzione dei tempi di attesa. Uno degli obiettivi che si proponeva all'epoca la riforma Bindi era proprio quello di riuscire in qualche modo ad utilizzare l'*intra moenia* per ridurre i tempi di attesa. Se consultiamo tanto i risultati dei nostri monitoraggi quanto i dati pubblici messi a disposizione dal Ministero della salute verifichiamo facilmente che le regioni che hanno tempi di attesa più elevati sono quelle che non utilizzano l'*intra moenia* pur avendone la disponibilità.

L'automatismo ipotizzato quindi non esiste, non scatta e il perché lo si può anche comprendere. Questa è una cosa che non accade a costo zero: è evidente che comprare pacchetti di prestazioni in *intra moenia*, come si affermava all'epoca, necessita di investimenti specifici e non sempre le regioni sono intenzionate a farlo.

Per quanto riguarda la regolamentazione all'interno delle aziende, vi è una grande variabilità su tutto il territorio nazionale. Non c'è grande trasparenza sui tetti imposti al personale medico rispetto

all'attività che svolgono nel canale sociale. Come parlamentari ricorderete che ai tempi della delega, quindi prima ancora della cosiddetta riforma sanitaria *ter*, si era adombrato un tetto del 30 per cento di attività *intra moenia* rispetto al totale dell'attività nel canale istituzionale. Questo limite è stato portato nella stesura successiva al 50 per cento per essere poi eliminato sostenendo che si sarebbe dovuto riparlare al momento della contrattazione. In realtà in questo momento è semplicemente materia destinata alla regolamentazione attraverso gli atti aziendali ed è motivo di grande disomogeneità su tutto il territorio nazionale.

Ho affermato prima che vi è scarsa informazione nei confronti dei cittadini sul modo in cui è regolamentata questa materia; negli ultimi sei mesi abbiamo ricevuto segnalazioni da parte dei cittadini nell'area romana, ma non solo, che in qualche modo hanno subito interventi chirurgici in *intra moenia* senza avere piena consapevolezza che stessero utilizzando quel canale. All'inizio abbiamo pensato che si trattasse di singoli episodi ma questi si stanno ripetendo ed è evidente allora che si presenta un grave problema di informazione nei confronti dei cittadini e vi è un problema di sovrapposizione e di mancanza di trasparenza.

In sintesi possiamo dire che non abbiamo un'ostilità preconcepita nei confronti di questo tema ed anzi pensiamo che l'esclusività del rapporto sia da mantenere. Crediamo però che vada gestita in maniera molto diversa rispetto a quanto è stato fatto finora.

Non siamo favorevoli alla irreversibilità del rapporto, che ci è sembrata onestamente una rigidità eccessiva nei confronti dei professionisti. Pensiamo che il rientro rispetto alla scelta dell'adesione alla libera professione possa essere messo in relazione con il rinnovo dei contratti, in maniera da consentire alle aziende di realizzare una programmazione, come è giusto che sia, ma al tempo stesso vorrei precisare che non vogliamo che tutti questi limiti al modo in cui l'*intra moenia* è stata gestita sino ad ora siano utilizzati strumentalmente per cancellarla

Tanto per intenderci, le ipotesi di fonte ministeriale che si sono fatte per tutto l'anno non ci vedono per niente favorevoli. Siamo contrari all'emendamento che è stato presentato in finanziaria e siamo fortemente contrari alla possibilità di ricoprire incarichi ai massimi livelli della dirigenza all'interno delle strutture sanitarie per chi scelga la libera professione all'esterno dell'ospedale. Quindi, non siamo contrari ai principi che ispiravano questo provvedimento, ma non siamo assolutamente soddisfatti di come è stato messo in pratica.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano porre domande o formulare richieste di chiarimento.

GRAZIA LABATE. Ringrazio la dottoressa Pellegrini e il dottor Inglese per i dati che ci hanno riferito. Sottolineo che la difficoltà del reperimento di dati specifici nel nostro paese, attuato con un'opera meritoria attraverso l'analisi dei bilanci delle aziende sanitarie locali, dovrebbe indurre il Ministero della salute, nell'ambito della Conferenza Stato-regioni — e mi auguro che ciò avvenga in maniera celere —, a mettere in campo un sistema di monitoraggio. La lettura dei bilanci non riguarda solo le entrate e le uscite e, quindi, l'Agenzia deve compiere un lavoro enorme ed estrapolare dati che sono interessanti non solo dal punto vista analitico-statistico, ma attengono alle funzioni che il Ministero della salute deve esercitare soprattutto nel campo delle risorse umane.

Tale opera meritoria non solo evidenzia il numero di coloro che hanno scelto questo tipo di attività all'interno delle regioni, ma lo mette in rapporto alla relazione costo-beneficio che deriva da questa operazione, posto che lo Stato aveva già da tempo stabilito — a partire dal decreto legislativo n. 229 del 1999 — la copertura delle risorse finanziarie con 3.000 miliardi di vecchie lire. Poi abbiamo appreso — e questo è un punto che vorrei sottolineare ulteriormente all'attenzione della Commissione, che poi predisporrà una relazione sulla materia — come sia risibile questo rapporto costo/be-

neficio perché, a fronte di una spesa di circa 2.800 miliardi, l'introito nelle casse delle aziende sanitarie locali è di circa 180 miliardi.

Tutto ciò apre un problema e, quindi, suggerisco un metodo di sorveglianza, dato che sto ragionando sui dati della ASSR in rapporto a quelli che l'ANAAO, la più grande organizzazione sindacale medica, ci ha fornito le scorse settimane sull'andamento della libera professione intramuraria nelle regioni italiane. Siccome conosciamo l'uso frequente dell'attività *intra moenia*, soprattutto nelle regioni del centro-nord, il dato deve metterci un po' in allarme. Non è possibile e nemmeno pensabile che, a fronte del numero delle prestazioni richieste in esercizio di libera professione intramuraria, posto che la legge parla del 30 per cento per coprire i costi amministrativi che le aziende sanitarie locali debbono sostenere, l'introito sia così basso.

Questo mi induce a pensare che nel nostro sistema sanitario decentrato non vi sia alcun efficace strumento di controllo della gestione del fenomeno; ovviamente, parlo solo per la mia regione, di cui ho un'approfondita conoscenza. Inoltre, poiché le aziende sanitarie, soprattutto quelle ospedaliere non dispongono nemmeno di risorse umane (ispettori) adeguate in costanza di alcuni fenomeni relativi all'igiene, alla profilassi e alla corretta manutenzione dei nostri ospedali —, ritengo che ci sfugga un fenomeno in qualche modo illegale. I primi pazienti che chiedono la prestazione in libera professione vengono tariffati sul modulo fornito dall'azienda sanitaria locale e i successivi 20 o 30 sfuggono alla tariffazione. Quindi, si sta verificando un fenomeno quanto meno di non trasparenza tra la domanda di prestazione libero-professionale, l'offerta che ne consegue e il rapporto in termini di entrate nelle casse del Servizio sanitario nazionale.

Dobbiamo pertanto trovare delle risposte per attivare un sistema di controllo e di qualità di gestione e una rete di sorveglianza, posto che l'attuazione della libera professione intramuraria nel nostro paese finora si è verificata prevalentemente attraverso il fenomeno dell'affitto di locali in

strutture prossime a quelle ospedaliere o di strutture accreditate che consentano lo studio per l'esplicitazione della libera professione. Di conseguenza, stiamo verificando che l'istituto, partito con lo spirito dell'*intra moenia* e calato in una realtà esterna alle mura ospedaliere, rischia di provocare non solo dei fenomeni molto iniqui in termini di accesso al sistema e alle strutture, ma anche qualche illegalità.

Da questo punto di vista prego l'efficiente dottoressa Pellegrini di mettere in relazione questi dati con quelli che potremmo richiedere al nostro Ministero, relativi all'ufficio del nucleo di valutazione per gli investimenti ex articolo 20, con riferimento ai 1.800 miliardi destinati nel 2000 alla ristrutturazione delle strutture all'interno delle aziende sanitarie ospedaliere o alla creazione di poliambulatori nell'unità sanitaria locale per lo svolgimento della libera professione intramuraria: tutto ciò per un fatto non solo di controllo, ma anche di sinergia tra i vari specialisti, tra specialità e momento dell'acuzie con intervento chirurgico. Quindi, vi è una necessità legata non soltanto ad una concezione culturale insita nello spirito della legge ma anche ad una maggiore efficientizzazione del sistema.

Sarebbe allora interessante avere questi dati per sapere come le nostre regioni hanno speso quei denari, se vi sono già strutture compiute all'interno, se vi sono gare d'appalto perché queste strutture possano far fronte alla libera professione. Infatti, se non abbiamo un quadro globale di valutazione di questo sistema — a cui pure tutti continuiamo ad ispirarci — diventa poi difficile porre in atto dei correttivi sul campo. Quindi, mi associo alle valutazioni espresse dal dottor Inglese rispetto al fatto che, di fronte all'impotenza di controllare e gestire in maniera efficace e qualitativa un sistema (è un po' un vizio atavico delle diverse classi politiche nel nostro paese), si interviene sempre sui principi e sulle logiche che governano le leggi di sistema: non ho una preconcezione a ritoccare ma lo faccio solo quando quei principi non hanno sortito effetti.

In presenza di un istituto che ha appena avviato il suo percorso, di un quadro generale che ancora non è in grado di fornirci bene gli elementi di crisi del sistema, abbiamo pensato di intervenire con il disegno di legge finanziaria in discussione (e mi auguro che il Senato, nella sua infinita saggezza, voglia ancora ragionare) sull'ordinamento giuridico e contrattuale dello *status* dei medici italiani.

Se sono veri questi dati e quelli che abbiamo avuto precedentemente, credo che il ministro della salute, se passa quell'emendamento, a marzo (alla prossima trimestrale di cassa) dovrà tornare nel Parlamento italiano e dire in quale modo tenterà di reperire le risorse, visti i dati di affluenza al sistema di libera professione intramuraria del centro-nord; dovrà altresì dire che cosa succederà in termini di controllo di qualità e di efficienza del sistema se, per caso, nei grandi nosocomi italiani i dipartimenti di strutture complesse venissero affidati a medici (rispettabilissimi, non metto in dubbio la loro professionalità e la loro capacità), i quali dovrebbero dirigere con cognizione di causa strutture che oggi richiedono non solo scienza e coscienza dell'arte medica, ma anche capacità di analisi dei costi di gestione, di mettere insieme e ottimizzare risorse tecnologiche, di programmare nel tempo l'attività per patologie che esigono davvero un impegno non indifferente di presenza da parte delle così valide professionalità che abbiamo sul campo.

Quindi io penso che questo nostro lavoro (e oggi ne abbiamo avuto di nuovo un esempio, che ci ha dato la possibilità di conoscere come stanno in realtà le cose, viste le possibilità di indagine e di analisi di cui disponiamo), ci aiuterà — se concluderemo anche in tempi utili l'indagine conoscitiva — ad aprire un confronto dialettico tra Parlamento e Governo affinché le misure da adottare poggino, una volta tanto nel nostro paese, sul principio di realtà e non su presupposti ideologici.

PRESIDENTE. Vorrei fare delle brevissime considerazioni prima di passare alle vostre risposte. Dai dati fornitici dalla dottoressa Pellegrini si evince che il fatto eco-

nomico va posto in rapporto con quanto detto dal dottor Inglese: di fronte al fatto economico non c'è una rispondenza di funzionalità. Gli aspetti economici sono importanti ma ci si attende anche una funzionalità, che invece non esiste. Il dottor Inglese ha affermato di essere d'accordo sull'esclusività del rapporto (e pare che si voglia andare in questo senso), che deve essere reversibile (e questo lo abbiamo detto tante volte in questa sede). Quindi siamo d'accordo anche su questo. Mi chiedo però quali siano i motivi per cui l'istituto non abbia funzionato. Il dottor Inglese ha detto che non è stato applicato bene. Ma esiste un modo per applicarlo bene? Cioè possiamo aspettarci che l'istituto dell'*intra moenia* congiunto all'attività istituzionale ambulatoriale possa eliminare le liste di attesa? Finora questo è stato solo un pio desiderio, che non si è realizzato e potrebbe non realizzarsi.

All'onorevole Labate, la quale ha affermato che le riforme che si vorrebbero realizzare sarebbero dannose, osservo che quando si pensa di realizzare una riforma si reputa sempre che possa rappresentare un fatto positivo, anche se non si sa mai cosa potrà accadere realmente. Nessuno può garantire che la ciambella riesca col buco. Nelle premesse, anche la riforma dell'*intra moenia* sarebbe dovuta servire ad eliminare le odiose liste d'attesa e le disparità. Ciò non si è ancora realizzato e ancora si spera che possa realizzarsi. A parte la scarsa disponibilità delle regioni, che non hanno voluto investire nell'istituto, possono aver giocato anche altre cause, tra cui la mancata pubblicizzazione dell'istituto. Chiedo perciò se si è in grado di suggerire qualche altro rimedio migliorativo.

STEFANO INGLESE, *Segretario del Tribunale per i diritti del malato*. Bisogna innanzitutto ricordare qual era lo spirito della legge all'epoca. Noi a quel tempo (era ministro Rosy Bindi) non siamo stati sostenitori entusiasti della riforma, per molte ragioni. Quella che ci lasciava più tiepidi si fondava sulla considerazione che la riforma non sarebbe servita a ridurre i tempi di attesa. Si tratta di un aspetto che avevamo

chiaro sin dal primo momento e direi che siamo stati facili profeti. La legge aveva però una seconda ambizione: quella di garantire la possibilità di mantenere all'interno delle strutture pubbliche professionalità eccellenti. Si diceva infatti che esistevano professionalità egregie che altrimenti sarebbero potute sfuggire alle strutture pubbliche. Questa, anche dal nostro punto di vista, era una valutazione legittima indipendente poi dagli esiti prodottisi.

Le ragioni per cui la riforma non ha funzionato sono molteplici e sarebbe lungo elencarle tutte. Sicuramente quella riforma non è stata attuata nel modo in cui le norme prevedevano che dovesse avvenire. Questa è una situazione tipica nel nostro paese: da una parte non ci si cura dell'attuazione delle norme così come vengono approvate e dall'altra non si esercita adeguatamente la funzione di controllo. Si tratta di un problema ricorrente nel paese. Aggiungo, a corollario delle cose che diceva l'onorevole Labate, che anche noi riceviamo segnalazioni di prescrizioni fatte non sul ricettario della ASL o di visite pagate praticamente in nero (lo dico molto chiaramente). Questa prassi è stata molto agevolata e sostenuta proprio dalla fuoriuscita fisica dalla struttura ospedaliera, che è diventata qualcosa che alla fine con l'*intra moenia* non aveva più nulla a che vedere: si tratta solo di una attività privata, purtroppo di un malcostume diffuso.

PRESIDENTE. Dovrebbe parlarsi di altre *moenia* !

STEFANO INGLESE, *Segretario del Tribunale per i diritti del malato*. Esatto. È una bella battuta... Aggiungo una notazione finale sugli stanziamenti che dovevano essere utilizzati per l'ammodernamento e la ristrutturazione. Mi sembra di ricordare che si trattasse di 1.600 miliardi...

LAURA PELLEGRINI, *Direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali*. Mil-leottocento miliardi.

STEFANO INGLESE, *Segretario del Tribunale per i diritti del malato*. Credo che recentemente (per intenderci, all'epoca della stipula del patto di stabilità dell'8 agosto del 2001) sia stata delineata in sede di Conferenza Stato-regioni una qualche ipotesi tendente all'assorbimento di queste cifre. Penso che ancora sia stato speso ben poco, o almeno è questa la percezione che ho.

LAURA PELLEGRINI, *Direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali*. In quel patto si tratta di cifre aggiuntive.

STEFANO INGLESE, *Segretario del Tribunale per i diritti del malato*. Questo è un ulteriore elemento di valutazione, perché se non si investe per far sì che tutto avvenga veramente dentro le mura, tutti conosciamo le possibili conseguenze.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti per averci messo a disposizione la loro esperienza e per i suggerimenti for-nitici.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 13 dicembre 2002.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

