

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 13.45.

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

Audizione di Commissari IRCCS: Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, Istituti Fisioterapici Ospedalieri di Roma, Istituto Oncologico di Bari, Istituto Pascale di Napoli, Istituto Gaslini di Genova e Azienda Ospedaliera Spallanzani di Roma.

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 Commissari IRCCS: Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna, Istituti Fisioterapici Ospedalieri di Roma, Ospedale oncologico di Bari, Istituto Pascale di Napoli, Istituto Gaslini di Genova e Azienda Ospedaliera Spallanzani di Roma. Sono presenti: per gli Istituti Rizzoli di Bologna il dottor Danilo Morini; per gli Istituti fisioterapici ospedalieri (IFO) il dottor Luigi Giusto Spagnoli; per l'Ospedale oncologico di Bari il dottor Enzo Colaiacono; per l'Istituto Pascale di Napoli il dottor Sergio Florio; per l'Istituto Gaslini di Genova il dottor Luigi Bertulla; infine per l'Azienda ospedaliera Spallanzani di Roma il dottor Raffaele Perrone Donnorso.

Nel porgere un saluto ai graditi ospiti, do immediatamente la parola al dottor Danilo Morini, commissario straordinario degli Istituti ortopedici Rizzoli.

DANILO MORINI, *Commissario straordinario degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna*. Ho inviato a questa Commissione una memoria recentemente redatta dal direttore sanitario sull'attività intramuraria per i degenti, mentre per quanto riguarda l'attività ambulatoriale provvederò ad aggiungere ulteriori elementi.

Storicamente l'Istituto Rizzoli (esiste da 106 anni) ha registrato una forte attività libero-professionale al suo interno e non l'ha mai dismessa anche quando era usuale farlo. Ovviamente, in passato essa era soggetta alle norme regolamentari dell'ente, in relazione all'ampia autonomia che in materia godevano le opere pie ospedaliere e poi gli enti ospedalieri; più recentemente è stata disciplinata da disposizioni di legge e quindi l'ente si è limitato a porre in essere norme attuative regolamentari, anche di recentissima adozione (in sequenza cronologica, l'ultima normativa adottata risale al primo settembre dell'anno in corso).

In questi ultimi anni l'attività si è accentuata, in relazione all'obbligo di scelta introdotto (e mi riferisco soprattutto ai livelli apicali dell'attività libero-professionale intramuraria). Molti interessati, quindi, hanno abbandonato le attività di carattere esterno, tant'è che nel documento allegato al materiale distribuito ai membri di questa Commissione, si può registrare l'andamento dei ricoveri, passati da 271 nel 1997, a 520 del 2001. L'andamento di questo anno conferma un'ulteriore crescita. In cinque anni i ricoveri in libera professione sono aumentati del 92 per cento.

Per quanto riguarda l'attività, essa prevede sia il ricovero con scelta del medico e di un *comfort* alberghiero particolare, sia la possibilità di scegliere il medico senza

godimento del suddetto *comfort* alberghiero, cioè non dovendo sopportarne l'onere relativo.

L'attività, ovviamente, è esercitata fuori orario, sia dal personale chirurgico sia da quello di sala operatoria. Vi sono sedute specifiche dedicate all'attività libero-professionale *intra moenia*, all'interno dell'ospedale, in una struttura recentemente inaugurata nell'ambito di un ampliamento che ne ha sostituito una preesistente.

In passato — mi si consenta di soddisfare una piccola curiosità — il reparto dedicato all'esercizio di attività libero-professionale disponeva di una struttura alberghiera di un certo tipo, con dotazioni di stoviglie particolari, adesso conservate in un museo, e con servizio caratteristico. Attualmente, esiste un servizio più spartano e consono con i tempi, comunque si tratta di un'attività svolta regolarmente, con soddisfazione dell'utenza e ovviamente anche del personale, sia medico (chirurghi), sia di sala operatoria.

Occorre peraltro considerare il fatto che tutto ciò comporta una ricaduta sul sistema complessivo, dal momento che una parte di questi introiti sono destinati ad un fondo comune, del quale sarà tutto il personale a beneficiare, anche quello che non partecipa direttamente all'esercizio di libera professione (incluso il personale di servizio). In termini economici, il totale dei ricavi è di 4.254.294 euro. Il totale complessivo dei costi ammonta invece a 4.058.810 euro, con un margine di 195.483 euro.

Sul risultato attivo dell'esercizio gravano, ovviamente, gli oneri impositivi; dunque, nel valutare i costi generali ed amministrativi siamo stati prudentiali. Alla fine, l'ente recupera da questo servizio anche 397.649 euro per costi generali che non andranno così a gravare sul bilancio generale dell'ente.

Attualmente, la struttura è articolata in dieci stanze di degenza, per un totale di 14 posti letto, di cui, di norma, sei stanze di prima classe ad un posto letto, con possibilità di pernottamento per l'accompagnatore, e quattro stanze a due posti letto. Ovviamente, la tariffa del *comfort* è diffe-

renziata a seconda della classe e calcolata per ogni giornata di degenza. Il reparto funziona sempre a pieno regime. Noi abbiamo liste di attesa significative, che non rappresentano un elemento negativo ma un dato positivo, in relazione al richiamo esercitato dall'Istituto che ospita costantemente, per il 61 per cento, degenti provenienti da altre regioni. Considerando anche che l'Emilia Romagna non è una regione piccola, la capacità di richiamare costantemente, negli anni, dalle altre regioni italiane, un numero di ricoverati pari al 61 per cento del totale dimostra la sua notorietà. Stiamo cercando di ridurre le liste d'attesa, nonostante le contingenti difficoltà strutturali, soprattutto in relazione alla insufficienza delle sale operatorie. Proprio ieri, si è conclusa la presentazione di offerte per un appalto di 15 miliardi destinato a migliorare queste strutture. Perciò, date le « strozzature » produttive — se mi è consentita l'espressione — dovute all'inadeguatezza delle camere operatorie e considerata la difficoltà di reperire personale infermieristico per le stesse sale operatorie, abbiamo adottato, recentemente, un programma straordinario per la riduzione delle liste d'attesa affittando le camere operatorie in tre delle quattro strutture private non convenzionate di Bologna. Questo, per quanto riguarda l'attività istituzionale.

Tale programma straordinario avrà la durata di sei mesi: iniziato il primo di settembre, si concluderà alla fine di febbraio. Vi sono pochi precedenti, in Italia ed io ne conosco soltanto due: uno ha interessato l'ordine Mauriziano e una casa di cura ortopedica di Torino; l'altro ha riguardato, recentemente, l'Azienda sanitaria di Prato che ha instaurato un rapporto con una casa di cura, ma limitatamente alla *day surgery*. Le condizioni economiche che noi abbiamo ottenuto sono di gran lunga migliori rispetto ai due precedenti che ho citato, perché noi ci limitiamo a inviare i chirurghi, mentre la casa di cura provvede a tutto il resto, compresi gli anestesisti, e ci dividiamo il DRG al 50 per cento. Alla fine dei sei mesi valuteremo l'opportunità di continuare questo

tipo di rapporto e di modificare le condizioni economiche. Nell'ambito di tale rapporto, prevalentemente finalizzato alla riduzione delle liste di attesa relative alla attività istituzionale, qualora le strutture interne per l'*intra moenia* siano insufficienti, possiamo utilizzare quelle della casa di cura.

Per fornirvi qualche elemento, ricorderò che nel 2001 abbiamo liquidato ai medici 780.314 euro lordi, cioè al netto dell'IRAP e degli oneri riflessi ma non della ricaduta che hanno sulle rispettive denunce dei redditi, dal momento che si cumulano con gli altri redditi. L'introito medio unitario per ogni medico, sempre riferito ai medici scelti, è di 19.600 euro all'anno. Si tratta, lo sottolineo, di una media, perché si va da un minimo di 288 euro ad un massimo di 125 mila euro. Ai medici dell'unità operativa, quelli che collaborano con il medico prescelto, sono stati liquidati, in totale, 246.415 euro per una media di 4.167 euro. Anche in questo caso, si va da un minimo di 14 euro ad un massimo di 9 mila euro. Gli anestesisti, che beneficiano tutti dello stesso trattamento, hanno introitato, in totale, 239.472 euro che corrispondono, in media, a 9.900 euro ciascuno. Al personale del comparto, vale a dire gli infermieri di sala operatoria, sono stati liquidati circa 164 mila euro per una media di 7 mila euro ciascuno. Al fondo di perequazione sono andati 45 mila euro per cui il relativo personale, 42 unità costituite dai medici che non partecipano direttamente, ha goduto di una media di 1.500 euro a testa. Le cifre illustrate sono relative al 2001 ma l'andamento del 2002 è identico, se non leggermente in crescita.

Nel testo che ho consegnato alla Commissione, tutti questi elementi sono riportati in modo molto dettagliato. Naturalmente, sono a disposizione per ulteriori chiarimenti.

PRESIDENTE. Ricordo agli intervenuti a questa audizione che, ove lo desiderino, possono consegnare alla Commissione un testo scritto o una memoria che sarà messa agli atti.

LUIGI GIUSTO SPAGNOLI, *Commissario straordinario degli Istituti fisioterapici ospedalieri (IFO)*. Tra le varie attività svolte per ridare un assetto definitivo agli IFO dopo il trasferimento dei due ospedali, l'Istituto Regina Elena e l'Istituto San Gallicano, dalle vecchie sedi alla nuova, ubicata a Mostacciano di Roma, vi è quella volta a regolamentare, innanzitutto, le prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria. A questo fine, l'amministrazione ha provveduto a predisporre regolamenti che sono stati approvati con deliberazioni assunte d'intesa con le organizzazioni sindacali.

Per quanto riguarda l'attività intramuraria ambulatoriale, abbiamo allegato alla relazione che consegneremo a questa Commissione una elencazione delle attività rese in regime di libera professione, sia per l'ospedale San Gallicano sia per l'ospedale Regina Elena. Tali attività comprendono tutte le specialità e comportano un fatturato — abbiamo indicato quello dei primi dieci mesi di quest'anno, il 2002 — di 839 mila euro per 9.800 prestazioni erogate da 118 medici. Sulla base del regolamento, stiamo riorganizzando queste attività intramurarie ed abbiamo avviato anche una attività intramuraria di tipo aziendale volta a risolvere i problemi delle liste di attesa, con particolare riferimento sia alla radioterapia, riguardo alla quale siamo riusciti a raddoppiare le prestazioni rese all'interno dell'Istituto, anche per effetto del trasferimento della struttura dalla vecchia alla nuova sede, sia alla anestesia, per la quale abbiamo attivato questa attività di libera professione aziendale con risultati analoghi a quelli ottenuti per la radioterapia.

Per quanto riguarda, invece, l'attività intramuraria in regime di ricovero, attualmente abbiamo a disposizione un reparto con *standard* alberghieri molto elevati e, sulla base della regolamentazione approvata e degli accordi con le organizzazioni sindacali, ci stiamo attivando per l'allestimento di un piano dell'Istituto — destinato all'esercizio libero professionale —, che comprenderà 16 posti letto. Successivamente, imprimendo un assetto definitivo

alle strutture di ricovero istituzionali, potremmo recuperare un piano ulteriore, sito immediatamente al di sotto del precedente (esattamente si tratta dell'ottavo e del settimo piano), con la disponibilità di altri 22 posti letto da finalizzare alla libera professione. Contiamo di ultimare il processo organizzativo dell'attività di ricovero ordinario in regime di libera professione per il febbraio dell'anno prossimo.

Quindi, dovremo attivare la nuova struttura, da associare all'attività ambulatoriale che già viene esercitata e all'estensione dell'attività *intra moenia* — volta a favorire l'azienda ai fini della riduzione delle liste di attesa — in via di diffusione anche in altre strutture, con particolare riferimento a radiologia e medicina nucleare.

Per quanto riguarda l'attività *intra moenia* cosiddetta « allargata », stiamo intervenendo sulla regolamentazione per adeguare l'espletamento di tale attività alle disposizioni di legge. Comunque, attualmente, essa presenta un fatturato pari a circa 3.870.000 euro, il 10 per cento del quale viene versato all'istituzione, in parte per le spese di azienda e in altra per il fondo di perequazione. Quindi ad ognuna di queste due componenti è garantito il 5 per cento. Ai sensi del nuovo regolamento adottato, in via d'applicazione, resterà fermo il 5 per cento per il fondo di perequazione, mentre il compenso per le spese dell'Istituto passerà all'11 per cento, dovendoci far carico anche delle spese legate all'applicazione dell'imposta IRAP e ulteriori oneri fiscali.

Abbiamo perciò reputato che la nuova percentuale complessiva fosse più congrua ai costi reali che l'Istituto sostiene per far funzionare una attività così articolata. È stata nostra cura predisporre anche uno schema per il convenzionamento delle strutture esterne destinate al regime intramurario.

SERGIO FLORIO, *Commissario straordinario dell'Istituto Pascale di Napoli*. Ritengo, signor presidente, che varrà un solo numero a definire la portata del cambiamento che pure è stata rilevata negli

ultimi tempi da organi di stampa, in rapporto ad un passato anteriore alla mia venuta: nel giro di un anno l'attività fatturata si è quasi triplicata.

Reputo che una grande componente di emersione, nella fatturazione delle attività, verrà innestata all'interno della fondazione Pascale — lo dico nella mia veste di commissario —, a partire dal prossimo mese di gennaio. Purtroppo la situazione era pressoché disastrosa, al momento del mio insediamento: ne parlo a lei, signor presidente, come a tutti i membri della Commissione, con grande serenità. Non erano stati svolti i lavori per dare il via all'attività libero-professionale all'interno dell'azienda, né eseguiti gli ordini per strutturare — ai fini di accoglienza — i 18 posti letto che verranno attivati a partire dalla fine di gennaio prossimo.

Tutto questo va peraltro considerato — ripeto — alla luce della mancata emersione dei dati effettivi sulla attività prestata in regime libero-professionale presso strutture private non accreditare. Mi sono trovato addirittura di fronte a cifre contabili, sulla base delle fatturazioni antecedentemente effettuate, tali da non consentire neanche il pagamento delle spese fisse per l'apertura di uno studio. Credo che se di ciò venissero investiti i corpi competenti del nostro Stato, scaturirebbero esiti abbastanza interessanti. Comunque debbo dire che questo fa parte di una storia superata. Esprimo piena convinzione che a partire dal gennaio venturo i risultati cambieranno e saranno tangibili. I numeri, le percentuali attuali, sostanzialmente sono analoghi a quelli esposti dal collega Spagnoli. Ricordo soltanto che se, in proporzione, alla fine del 2001 si fatturava uno, alla fine del 2002 fattureremo circa tre, grazie agli sforzi compiuti in un intero anno.

Anche per il nostro Istituto si è provveduto ai necessari adempimenti regolamentari, tenendo conto, ovviamente, del parere che in tali casi deve essere espresso dalle organizzazioni sindacali, in funzione delle trasformazioni in corso, onde garantire il pieno espletamento dell'attività libero-professionale (rammento che il

nuovo complesso è stato inaugurato dal ministro della salute qualche mese fa).

ENZO COLAIACOMO, *Commissario straordinario dell'Ospedale oncologico di Bari*. L'Istituto oncologico di Bari è una piccola struttura che non ancora attivato la attività libero-professionale per i ricoveri in ragione di un fatto del tutto logistico.

Noi, come ben noto, non siamo proprietari della sede in cui attualmente risiediamo, ma ci troviamo in regime di locazione. Si tratta, invero, di una situazione un po' particolare definitasi recentemente, in ragione del rinnovo di una apposita convenzione tale da consentirci il godimento di spazi potenzialmente destinati all'esercizio di attività intramuraria in regime di ricovero. Gli atti sono stati tutti approntati e mi auguro che si potrà iniziare con i ricoveri entro gennaio. Il regolamento è già pronto, sono in via di ultimazione le stanze e l'amministrazione ha deliberato l'atto aziendale di regolamentazione della libera attività professionale il 22 marzo 2002, rinegoziando un contratto precedente che era stato stipulato con le organizzazioni sindacali. La totalità dei medici, salvo una o due unità, ha optato per il tempo pieno. La libera attività professionale è stata svolta all'esterno, secondo le procedure dell'Istituto, nell'anno 2000, con proventi, complessivamente, per circa 600 milioni di lire e, nei primi nove mesi del 2002, per 718 milioni; perciò, speriamo di raggiungere, entro la fine dell'anno, attività per circa un miliardo di lire, corrispondente a circa 500 mila euro. Di tali proventi, circa il 13,5 per cento arriva nelle casse dell'ospedale. Con il mese di dicembre si è iniziata la libera attività *intra moenia* del laboratorio di analisi; quanto alla radiologia, partirà a breve.

Attualmente, gli spazi per la libera attività professionale *intra moenia* li abbiamo e ci auguriamo che tutto possa avvenire secondo le nostre aspettative. Naturalmente, questo riguarda in gran parte, se non esclusivamente, le specialità chirurgiche dell'ospedale oncologico di Bari.

La specialità in cui si riscontra la maggiore affluenza è la senologia, diretta dal professor Schittulli, ma anche le altre specialità vanno bene. Alcuni medici operano quasi esclusivamente all'interno dell'Istituto e, pertanto, non sappiamo quale tipo di risposta potrà avere la libera attività professionale perché, di fatto, già la esercitano. Forse, ci potrà essere un miglioramento nella soddisfazione del paziente — ma questo non riguarda la libera attività professionale — perché saremo in grado di offrire maggiori spazi ed, eventualmente, anche la possibilità per il parente di rimanere insieme al paziente.

LUIGI BERTULLA, *Collaboratore amministrativo professionale esperto dell'Istituto Gaslini di Genova*. Rappresento l'Istituto Gaslini, struttura di cura e ricerca a carattere scientifico pediatrico, la quale dispone di 500 posti letto ordinari, unitamente a circa 60 posti letto di *day hospital* convertibili in *day surgery*. L'Istituto, dal punto di vista organizzativo, dispone già di uno statuto nonché di tutta una serie di atti regolamentari e aziendali, posti in essere nel corso di questi anni sia a livello organizzativo generale sia per la gestione della libera professione.

In particolare, abbiamo già un consiglio di amministrazione che detta principi di indirizzo politico-amministrativo, quindi gli atti strategici. Poi disponiamo di una struttura amministrativa, *in primis* rappresentata dal direttore generale che pone in essere tutti gli atti gestionali specifici. Sulla base di tali atti, abbiamo impostato la gestione della libera professione.

Essa ha comportato una serie di problemi non indifferenti per l'Istituto e soprattutto la necessità di rendersi conto della situazione in cui versavano gli spazi interni, molto limitati, inadeguati a consentire un immediato intervento capace di rispondere perfettamente alle precise disposizioni di legge. Questo perché innanzitutto si tratta di una struttura pediatrica, quindi destinata a dei bambini — categoria di utenti molto limitata —, in quanto tale non in grado di permettere una immediata riconversione anche per patologie diverse.

In più si deve tener conto del fatto che nell'ultimo quinquennio sono state utilizzate molte risorse destinate a potenziare le strutture prevalentemente istituzionali (cito al riguardo il caso del dipartimento di emergenza e assistenza di secondo livello, pediatrico per eccellenza), nonché ad implementare il sistema informatico e informativo: ciò ha comportato una ridefinizione degli assetti organizzativi e una migliore connessione tra attività di ricovero, di *day hospital* e ambulatoriale. Tale utilizzo di risorse, di fatto, ha limitato la possibilità di investimento in materia di libera professione.

L'Istituto, in ogni caso, ha chiesto l'accesso ai finanziamenti in materia di libera professione e la regione ha risposto positivamente, anche se noi rientriamo nell'ambito del Ministero della salute e quindi è già previsto un progetto di costruzione di una struttura destinata all'attività libero-professionale. Abbiamo pertanto dovuto avvalerci degli strumenti previsti dal contratto dei medici: abbiamo stipulato convenzioni con gli studi individuali e con le strutture private non accreditate, delineando i meccanismi gestionali e organizzativi per il conseguimento delle autorizzazioni e quanto previsto dalla normativa vigente. Si è posto in essere un meccanismo di definizione delle tariffe ai sensi dell'articolo 57 del contratto collettivo dell'8 giugno 2000; abbiamo quindi definito una procedura complessiva di riscossione e di contabilizzazione delle entrate. La struttura dell'Istituto necessita peraltro di interventi architettonici particolarmente consistenti, essendo vetusta, almeno in talune parti; la stessa architettura a padiglione rende peraltro del tutto impossibile un'attività di ricovero in regime di libera professione.

Quindi, l'attività è esclusivamente ambulatoriale e limitata a patologie e visite, anche in ragione di quanto illustrato in precedenza, ovvero la necessità di riconvertire delle strutture da ambito pediatrico, stante anche il limite della specializzazione, a quello generale, dal punto di vista dell'accesso dell'utenza.

RAFFAELE PERRONE DONNORSO, *Commissario straordinario della Azienda ospedaliera Spallanzani di Roma*. L'IRCCS Spallanzani, Istituto nazionale per le malattie infettive, vanta una modestissima attività libero professionale *intra moenia*. Per il 2001 l'incasso lordo è stato di 70.689 euro e per l'anno in corso, sino al 30 di ottobre, di 44.000 euro. Questa azienda sanitaria realizza un modestissimo utile: anzi, sostanzialmente, siamo quasi in pareggio rispetto alle spese che sosteniamo per permettere l'attività libero-professionale. Quindi, in realtà, se a questa Commissione interessa sapere se esista un vantaggio reale di tipo economico, potrei affermare che questo vantaggio non c'è. Il vantaggio è quello di avere colleghi che, all'interno, svolgono la libera professione.

Dobbiamo anche dire che la nostra è un'isola felice: allo Spallanzani non abbiamo liste di attesa. Perciò, si colloca in una luce particolare. Questo accade anche perché non ci sono eccessive richieste, in quanto il nostro Istituto cura infezioni gravi e AIDS e, fortunatamente per noi, la situazione oggi è sotto controllo. Perciò, possiamo affermare che i dati dello Spallanzani sono confortanti ma non sono significativi, a livello nazionale.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi della Commissione che desiderano formulare le loro domande al fine di ottenere ulteriori chiarimenti e integrazioni.

DOMENICO DI VIRGILIO. Innanzitutto, ringrazio gli amici — perché li conosco quasi tutti personalmente — che sono intervenuti, dimostrando grandissima competenza. Al di là delle conclusioni che la Commissione trarrà alla fine di queste meticolose audizioni e del giudizio che esprimerà sul problema, vorrei ottenere alcune precisazioni. Desidero premettere — come già in altre audizioni — che non mi sembra di notare un ostracismo assoluto nei confronti della attività libero-professionale *extra moenia* o di quella cosiddetta allargata. Considero positiva la competizione tra pubblico e privato nella attività

medica, che è a beneficio del settore pubblico il quale, più si eleverà nella efficienza, più competerà con il privato. Di conseguenza, il cittadino potrà liberamente scegliere (principio irrinunciabile) la struttura in cui farsi curare, al pari di come oggi può scegliere il medico. In questa sana competizione è chiaro che l'effetto varierà a seconda della regione e dell'esistenza o meno di strutture private in una città o in una regione.

A me risulta che in Emilia Romagna le cliniche private sono poche, almeno in determinate città, e pertanto credo che la struttura pubblica abbia, per così dire, un mercato molto più favorevole, se saprà bene attrezzarsi. Di conseguenza, credo che il medico non avrà nessuna difficoltà ad operare unicamente in *intra moenia*, con una giusta remunerazione. Vorrei sapere da Morini — perché abbiamo altri esempi — quali siano le tariffe rispetto a quelle della attività esercitata privatamente. Infatti, dovrebbe essere inammissibile che le prestazioni rese nella struttura pubblica, in *intra moenia*, abbiano tariffe superiori a quelle delle prestazioni rese privatamente in strutture private.

Inoltre, se esiste, come esiste, questa competizione tra pubblico e privato, vorrei sapere, da tutti coloro che sono intervenuti a questa audizione, se ci sia stato un effetto calmierante, per usare un'espressione impropria, sulle tariffe esagerate delle strutture private. In altri termini, vorrei sapere se ci sia stato questo effetto competitivo anche dal punto di vista economico sulle strutture private, che hanno visto sfuggire una parte di utenti.

Per quanto riguarda, invece, le liste di attesa, noi abbiamo criticato (anch'io personalmente, in qualità di medico prima ancora che di deputato) il doppio binario che si presenta, presso la struttura pubblica, al cittadino il quale, se paga, ottiene subito la prestazione mentre, se non paga, deve aspettare. Infatti, i tempi di attesa sono quasi inesistenti per il cittadino che paga e, invece, molto lunghi per ottenere una prestazione a carico del servizio sanitario nazionale. Vorrei sapere se questa realtà si sia perpetuata anche in presenza

della legislazione attuale sull'*intra moenia*. Le difficoltà dovute alla insufficienza di attrezzature, di stanze e di prestazioni può essere compresa, ma non dovrebbe esistere, ad esempio, una differenza riguardo alla prestazione che non richiede ricovero.

AUGUSTO BATTAGLIA. Ringrazio gli intervenuti, che hanno risposto ad una nostra sollecitazione, non solo per la loro presenza ma anche per il contributo che ci stanno fornendo in questa sede.

In primo luogo, se non ci sono difficoltà, vorrei avanzare una richiesta, quella di avere copia della documentazione che avete portato con voi, oltre a quella già consegnata a questa Commissione dai rappresentanti degli Istituti Rizzoli. Infatti, dai dati che sono stati riferiti in questa audizione, e da quanto emerso anche nelle precedenti, credo di potere affermare, in sostanza, che questa opportunità sia stata colta dalle strutture del servizio sanitario nazionale. Credo di potere affermare, altresì, che si tratta di una importante risorsa, non soltanto perché offre ai professionisti l'opportunità di esercitare una attività libero-professionale nell'ambito della stessa struttura, ma diventa una risorsa per la struttura medesima, anche economicamente. Infatti, se ho ben compreso, c'è un vantaggio diretto. Questa attività, addirittura, può autofinanziare, in parte, le strutture e far scattare, anche da parte di queste ultime, un interesse a promuoverla, per affrontare meglio l'insieme delle prestazioni cui sono chiamate. Vorrei sapere se questo mio giudizio sia o meno condiviso.

Un altro tema su cui vorrei un chiarimento è quello, già ricordato, delle liste di attesa. Infatti, questo è uno strumento utile anche per il loro abbattimento.

Indubbiamente non possiamo risolvere la questione delle liste di attesa soltanto in un'ottica di moltiplicazione dell'offerta. È chiaro, invece, che va preliminarmente assicurata — all'interno delle liste medesime — una distinzione netta tra vere urgenze e casi di minore gravità, stabilendo, cioè un ordine di priorità da seguire ai fini della assegnazione di visite e rico-

veri. Attendere un mese per una visita può risultare ovviamente ininfluenza per un paziente, in talune ipotesi, mentre farlo anche per una sola settimana potrebbe essere gravissimo se non addirittura vitale in altre, in ragione del grado di urgenza.

Mettendo da parte tale tipo di ragionamento, vorrei capire meglio se questo strumento ha aiutato ai fini dell'abbattimento delle liste, sempre naturalmente nel quadro di criteri definiti. Inoltre, mi chiedo se con il sistema in esame possano essere risolti degli spiacevoli inconvenienti: mi riferisco principalmente al fatto che ormai ordinariamente si è posti in condizione di ottenere un'abbreviazione dei tempi di visita unicamente ricorrendo all'attività privata svolta all'interno delle strutture ospedaliere, mentre, qualora si decida di percorrere il tradizionale canale pubblico, si devono attendere tempi improponibili. È noto che nel momento in cui il cittadino si presenta allo sportello delle prenotazioni sanitarie si sente rispondere dal personale competente che una visita in tempi ragionevoli è possibile soltanto ricorrendo all'attività libero-professionale, con un chiaro incremento dei costi che il paziente deve sopportare.

Questo, del resto, è uno degli inconvenienti che è stato portato ad esempio da chi esprime contrarietà al modello in esame, riproponendo in risposta il ripristino di una vecchia normativa per cui professionista sarebbe libero di operare fuori e dentro le strutture pubblica e privata.

Chiarisco che personalmente sono favorevole all'idea di una competizione tra pubblico e privato, purché però si sappia dove inizia la sfera del primo e dove quella del secondo. Se poi, decidendo per il privato, dovessimo riscontrare la presenza degli stessi professionisti che operano nella struttura pubblica, allora è chiaro che il sistema diverrebbe inquinato e non avrebbe più senso parlare di competizione, che si radica nella distinzione. L'esempio, precedentemente citato, del cittadino costretto a pagare per ottenere prestazioni sanitarie in tempi decenti, indubbiamente è espressione di un inconve-

niente capace di indurre l'utenza ad emettere un giudizio negativo sulle strutture e sul meccanismo in atto. Vorrei capire allora se tali problemi si sono incontrati nell'attività quotidiana delle grandi strutture, e come li avete affrontati ed eventualmente superati. Nella convinzione che questo modello organizzativo vada mantenuto ed augurandoci che non si torni indietro, non possiamo negare che condizione essenziale per la sua conservazione sia la presenza non solo di un beneficio per la struttura, ma anche di un consenso da parte della cittadinanza. Penso pertanto che eliminare piccoli impedimenti di questo genere, tali però da costringere il cittadino ad esprimere valutazioni negative su un modello invece utile, sia molto importante.

CARLA CASTELLANI. Volevo riallacciarmi all'intervento del collega Battaglia. Lo dico con grande serenità e pongo una domanda tale, forse, da apparire provocatoria. Mi pare di aver capito, in virtù di quanto sinora espresso nel corso dell'audizione, che il sistema di attività libero-professionale *intra moenia* costituisca una risorsa per le strutture, essendo strumento idoneo a reperire « denaro fresco », consentendo pertanto a quelle strutture — sempre in « debito d'ossigeno » — di godere di una boccata d'aria.

Mi chiedo allora se in una struttura pubblica ciò possa diventare un elemento distorsivo di quelle che sono le attività istituzionali. Mi spiego meglio: certe liste di attesa istituzionali, cioè quelle esclusivamente pubbliche, non potrebbero subire un rallentamento proprio in ragione del fatto che seguire quell'altro tipo di percorso potrebbe rappresentare un vantaggio per l'azienda? Chiaramente, intendo pormi dalla parte del cittadino, il quale, rivolgendosi ad una struttura pubblica, se vuole ottenere una prestazione in termini ragionevoli, si sente spesso rispondere — diceva prima il collega Battaglia — che l'abbreviazione dei tempi di attesa è condizionata alla scelta del servizio privato. Ritengo che questo dovrebbe essere un momento di riflessione per tutti, senza con-

ciò demonizzare l'una o l'altra scelta. Se però tutti avessimo veramente a cuore l'interesse della cittadinanza, dovremmo capire meglio se l'attività libero-professionale all'interno della struttura non sia più un vantaggio per l'azienda che per l'assistito.

PRESIDENTE. Abbiamo ascoltato molti soggetti nel corso di questa indagine. Da quanto emerso sinora scaturisce una considerazione: è come se l'attività intramuraria stesse iniziando adesso — a distanza di quasi quattro anni dall'emanazione del decreto legislativo n.229 del 1999 — in quasi tutti gli enti ospedalieri. Le strutture necessarie ad attuare correttamente — come dovrebbe essere — l'attività intramuraria sono ancora tutte quante *in fieri*. Qualcosa è stato svolto a livello ambulatoriale, parlo di attività strettamente intramuraria, mentre in maggior parte l'attività ambulatoriale è esercitata ricorrendo al convenzionamento esterno degli ambulatori privati (attività cosiddetta «allargata»). Come attività di ricovero si registra un ancor più evidente arretramento. Solo adesso si sono avviate ristrutturazioni o riattivazioni dei cosiddetti reparti per l'attività intramuraria con ricovero. Ci troviamo in una fase del tutto iniziale.

Abbiamo ascoltato più volte, anche da parte degli ospedali e delle ASL, le vostre stesse affermazioni. Questo è successo per mancanza di fondi, per cattiva volontà dei medici o per cattiva volontà degli amministratori? La mia è una domanda estremamente chiara. Vorrei sapere per quale motivo, a distanza di tre anni, non siano ancora state avviate tutte queste attività. Secondo il mio parere di medico, un professionista non avrebbe alcuna difficoltà a lavorare all'interno dell'ospedale e non ci sarebbe alcun motivo di servirsi di un ambulatorio privato o di una casa di cura privata, evidentemente ove tutte le strutture fossero adeguate: mi riferisco agli ambulatori, alle stanze, alle sale operatorie e così via.

Altro tipo di problema è quello delle liste di attesa e del pagamento delle prestazioni. Ricollegandomi a quanto affer-

mato dall'onorevole Battaglia, sono d'accordo sulla libertà, per il medico, di scegliere dove esercitare. Ho anche proposto, nell'ipotesi di un cambiamento dell'attuale normativa che si introduca l'assoluto divieto di lavorare al di fuori, che si permetta il lavoro all'esterno solo a condizione di rispettare, preventivamente, il contratto, l'attività, il programma che il medico deve attuare nel proprio reparto, per evitare che questi possa dire al paziente che, se vuole essere operato da lui, deve recarsi nella struttura privata. Infatti, qualcuno ha rivolto ai medici anche tale accusa e sono convinto che sia accaduto e che accada; non so se accadrà ancora. Per evitarlo, si può stabilire un programma in base al quale, in un determinato reparto, la produttività debba raggiungere determinati livelli, a prescindere dalla esigenza di rispettare la libertà di scegliere se esercitare esclusivamente all'interno dell'ospedale oppure anche al di fuori. Infatti, una volta che abbia rispettato il programma di lavoro all'interno dell'ospedale e abbia contribuito allo sviluppo della struttura, in base ad un contratto che si potrebbe concludere con l'amministratore, il medico può anche esercitare la sua attività al di fuori. Non possiamo pensare di cambiare quello che, attualmente, esiste.

Come ricordava, giustamente, l'onorevole Battaglia, chi desidera ottenere rapidamente una prestazione, ad esempio una TAC, paga e la ottiene immediatamente. Altrimenti, se non è urgentissima e se non si tratta di procedure di pronto soccorso, i tempi di attesa sono di 20 giorni o di un mese. Ciò è normale perché, come mi spiegava in via informale un amministratore, per ogni 300 prestazioni richieste soltanto 30 lo sono a pagamento: mi sembra fisiologico, o quasi, dato che tutti cerchiamo di risparmiare. A mio avviso, il meccanismo può essere solamente questo. Non si tratta di ritornare indietro, onorevole Battaglia, ma di cercare di regolamentare meglio ciò che è stato realizzato fino ad ora e che, come si è visto, non è attuabile, per parecchi motivi. Tutto quello che avete affermato, lo abbiamo ascoltato in questa sede. Addirittura, l'agenzia re-

gionale per i servizi sanitari ha presentato alcuni dati secondo i quali l'attività *intra moenia* ha recato introiti per circa centottanta miliardi di lire, mi sembra, a fronte di una spesa di circa 3 mila miliardi. Effettivamente, questo grande vantaggio anche a livello economico, per la sanità, non c'è stato. Tali dati risultano agli atti e li potete consultare. Evidentemente, qualcosa deve essere modificato e rivisto. Secondo me, la prima modifica è quella di cercare di realizzare attrezzature ed ospedali nei quali il medico possa svolgere anche la sua attività libero-professionale, rispettando il principio di avere preventivamente completato la sua attività istituzionale. Questo può essere realizzato attraverso un programma ed una libera contrattazione.

MAURA COSSUTTA. Ringrazio molto tutti i partecipanti a questa audizione. Noi vi abbiamo chiesto, ovviamente, di entrare nel merito e vi ringraziamo per questo. Rileggeremo con attenzione i dati che avete consegnato a questa Commissione. Credo che questa audizione, come quelle precedenti, costituisca un contributo molto importante e necessario, per noi, al fine di capire se e che cosa bisogna correggere. Uno tra i primi elementi emersi da queste discussioni è che la questione dell'*intra moenia* aggrava un limite strutturale del nostro sistema, quale lo squilibrio tra nord e sud. Questa affermazione è banale ma il fatto è evidente. C'è una carenza di offerta formativa.

PRESIDENTE. Anche al nord, mi sembra, perché, ad esempio, presso l'Istituto Gaslini di Genova non la fanno.

MAURA COSSUTTA. Sì, ma al sud è ancora maggiore. Mentre al nord ci sono alcune isole infelici, per così dire, al sud questa è la regola. Vorrei domandare a voi se sia un problema di mancanza di risorse o anche di mancanza di volontà.

Noi ci occupiamo di *intra moenia* ma si tratta, al contempo, di scelte che riguardano la sanità pubblica, il sistema sanitario pubblico. Un emendamento al disegno

di legge finanziaria attualmente in esame, (non voglio polemizzare con il presidente Palumbo) proposto dalla maggioranza, prevede di reintrodurre l'*extra moenia*: questa è una spinta centrifuga rispetto alla gestione ottimale del sistema sanitario, dalla quale noi partiamo. Perciò, vorrei una vostra valutazione nel merito di questa proposta.

L'altra valutazione inerisce al fatto che l'*intra moenia* deve servire a mantenere la domanda del privato in seno al servizio sanitario nazionale: questo è il vantaggio vero, straordinario, delle aziende e dell'intero sistema. Ritengo che invece la diminuzione delle risorse ed il modello dell'*extra moenia* costituiscano delle spinte centrifughe verso i fondi assicurativi.

Occorre dunque una valutazione seria in materia. Vorrei sapere da voi che rappresentate gli operatori in materia se non registrate oggettivamente delle spinte, dei rischi di sistema.

Per quanto riguarda le liste di attesa ritenete si debba applicare il decreto legislativo n. 229 del 1999 e gli altri provvedimenti ad esso collegati, oppure cambiare la sostanza normativa? Lo chiedo, perché ritengo che di ciò, in questa Commissione, sia si stia attualmente discutendo, purtroppo.

PRESIDENTE. Per ragioni di certezza e completezza documentale, consentitemi di leggervi alcuni dati esatti fornitimi per la materia in esame. I costi sostenuti dalle aziende sanitarie per corrispondere indennità di esclusività di rapporto, per l'anno 2000, ammontano a 2.186 miliardi di vecchie lire (1.129 miliardi di euro), più gli oneri riflessi, per un totale di circa 3 mila miliardi di vecchie lire. I corrispettivi versati dai cittadini per ricevere le prestazioni in regime di attività libero-professionale — questi sono dati ufficiali — *intra moenia* ammontano a 1.375 miliardi di vecchie lire, relativamente all'anno 2001. Di tale somma l'87 per cento, ossia 1.195 miliardi, è trasferito al personale che ha svolto le prestazioni a pagamento ed il 13

per cento — cioè 180 miliardi — è trattato dalle aziende sanitarie a copertura dei costi sostenuti.

Questo lo comunico ai colleghi a chiarimento di quanto detto precedentemente.

DOMENICO DI VIRGILIO. Presidente, nel corso dell'audizione qualcuno ha parlato di un ritorno all'antico. Chi ha alle spalle 35 o 36 anni di professione come me, essendo vissuto negli ospedali — ma nulla esclude che anche un normale cittadino lo rammenti — ricorderà che esistevano negli istituti ospedalieri le cosiddette «camere solventi». In passato, quando lavoravo all'ospedale San Giovanni, il sesto piano era, appunto, interamente dedicato ai solventi. Scoppiò uno scandalo, specialmente di tipo sindacale, perché il fatto fu chiaramente letto come dimostrazione lampante dell'esistenza di due classi di cittadini: quelli di serie A, che optavano per la soluzione sanitaria a pagamento, e quelli di serie B, non in grado di affrontare le spese sostenute dai primi.

Mi sembra che vogliamo ripristinare questo stato di cose, e sono d'accordo nel sostenere che stiamo ritornando all'antico: allora il medico svolgeva la sua attività — come deve — nel rispetto delle leggi, degli orari, delle competenze e dell'efficienza, richiesta dall'attività istituzionale, soddisfatta la quale poteva dedicarsi alla cura dei propri pazienti. Ebbene, questo fu abolito ed ora ripristinato. Personalmente mi ritengo favorevole ad una sana competizione tra pubblico e privato, nella convinzione che, anzi, la competizione stessa migliorerà l'efficienza del pubblico, perché potrà offrire ai cittadini maggiori possibilità. Quando non v'è competizione tutto si livella verso il basso, quando è presente mi sembra vi sia anche uno stimolo a migliorare l'intero sistema.

Il punto focale che differenzia la nostra posizione — quella della Casa delle libertà — dalle altre è che noi vogliamo riconoscere al medico la stessa libertà di scelta assicurata al cittadino, nel rispetto totale e nel pieno adempimento del proprio dovere, nell'ambito dell'orario di servizio prescritto dal contratto. Decorso l'orario

suddetto, il medico deve poter continuare il suo lavoro all'interno dell'ospedale o all'esterno, liberamente, nel rispetto delle leggi vigenti e delle norme fiscali che logicamente non possono essere eluse.

Siamo pertanto d'accordo nel ripristinare le camere solventi e garantire l'esercizio di attività *intra moenia* per il cittadino che liberamente voglia pagare, senza discriminazione eccessiva rispetto a coloro che non si trovino nelle condizioni di farlo. Tuttavia, tengo a sottolineare che sarebbe del tutto illusorio ritenere che, da ora innanzi, chi seguirà il servizio sanitario nazionale potrà comunque beneficiare di tempi altrettanto brevi per ottenere una determinata prestazione rispetto a coloro che si rivolgeranno al servizio intramurario. Auspichiamo, però, che nel primo caso si possa quanto meno attendere il minor tempo possibile. Specifico, in ogni caso, di parlare della *routine*, dell'attività ordinaria, ovviamente non delle ipotesi d'emergenza. Detto questo, ripeto, è giusto che sia rispettata, come la libera scelta del cittadino, quella del medico. E aggiungo che il primo criterio in base al quale il cittadino sceglie in materia sanitaria, è costituito dalla bravura, dalla competenza di un medico chirurgo, solo successivamente tenendo conto della presenza e della funzionalità di una struttura alberghiera. Non sceglierà mai una struttura efficiente con un medico inefficiente.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai nostri ospiti per le repliche.

DANILO MORINI, *Commissario straordinario degli Istituti ortopedici Rizzoli di Bologna*. L'onorevole Di Virgilio ha ricordato che in Emilia l'entità delle strutture private non convenzionate è poca cosa in proporzione a quella di altre regioni. Se però questo vale per l'Emilia, non vale per il capoluogo, per la città di Bologna, dove sono presenti ben quattro case di cura non accreditate, che vivono soltanto per i paganti. Pertanto, ci siamo posti il problema di essere competitivi rispetto alle tariffe delle case di cura totalmente private e, per esempio, abbiamo giudicato negativamente

— almeno io personalmente l'ho fatto — l'aumento che con le ultime manovre finanziarie si è apportato a carico del cittadino che sceglie *l'intra moenia* (dal 10 per cento siamo passati a cifre ben più alte, tant'è che per essere competitivi noi abbiamo dovuto rimodulare certe nostre tariffe riducendo quelle dei medici, come anche l'alberghiera).

Quando scrissi ai parlamentari di quanto si è profilato, ricordai una cosa ovvia, ovvero che il 10 per cento di cento è pari a dieci e se il cento (ovvero l'unità di riferimento) diventa pari a venti, il 50 per cento dà sempre dieci come risultato finale. Temevo che questo incremento portasse ad una contrazione del ricovero in regime di *intra moenia* nelle strutture pubbliche ed inizialmente è stato così, benché sembri che tale tendenza si sia adesso arrestata.

Abbiamo però ritoccato le tariffe, perché altrimenti avremmo corso il rischio di non essere più competitivi con le case di cura private.

Per quanto riguarda la domanda posta dall'onorevole Castellani, cioè se i vantaggi derivanti dal curare in *intra moenia*, come noi lavoriamo, possano farci trascurare l'attività istituzionale, rispondo che, in verità, *l'intra moenia* del Rizzoli, pur significativa, in percentuale e rispetto all'attività istituzionale è abbastanza modesta, pertanto sarebbe sciocco dedicarsi alla prima dimenticando la seconda. Anche se 500 ricoveri sembrano molti, in realtà ben poco rappresentano rispetto a quelli di tipo istituzionale. Abbiamo anzi cercato di incrementare l'attività istituzionale richiamata, mentre aumenta la libera professione. Le liste di attesa sono per me elemento preoccupante, ho lavorato otto anni a Pavia in un grande policlinico ma situazione delle liste trovata al Rizzoli è veramente allarmante, senza paragoni. In quel caso vi è stato un problema di riqualificazione della rete ospedaliera. Sono reduce dall'incontro con una signora di Catania — e non di un paese sperduto — ricevuta nel mio studio, arrivata per un intervento al piede — e in questi casi i tempi previsti di attesa al nostro ospedale

sono molto lunghi — , che non voleva tornare in Sicilia a vuoto e a cui abbiamo dato appuntamento per il 7 gennaio.

Ho scritto anche al collega di Palermo. Il numero di pazienti del Rizzoli provenienti dalla Sicilia non è giustificato, dato che in quella regione ci sono ben tre policlinici universitari. Spesso, i pazienti vengono a Bologna per problemi banali. È aperta una controversia con un cittadino, residente in provincia di Messina, il quale, presentatosi presso il nostro Istituto per una banale patologia, ha dovuto attendere, a Bologna, per quattro o cinque giorni in più rispetto al previsto, perché il suo intervento è stato effettuato dopo alcuni altri, più urgenti, programmati nella stessa camera operatoria. Questo paziente, adesso, chiede il risarcimento dei danni. Noi lo avevamo messo in coda perché si trattava di una banalità, per la quale era giunto sin dalla provincia di Messina.

Quanto al problema, posto dal presidente Palumbo, relativo alla scelta tra attività libero-professionale e attività istituzionale, credo che ci sia una domanda fisiologica di libera professione, in ospedale. Ci sono persone che compiono una scelta di vita — potrei citare alcuni episodi — e decidono di essere curati a pagamento. In alcuni casi, la stessa scelta deriva da una situazione patologica, cioè è dovuta ai ritardi della sanità istituzionale. Al pari dell'onorevole Di Virgilio, anch'io vanto, ormai, 36 anni di carriera amministrativa ospedaliera (iniziai a Carpi, nel 1966). Ho sempre cercato di migliorare la risposta istituzionale in modo tale che l'attività libero-professionale richiesta fosse quella fisiologica, vale a dire rispondesse alle esigenze di chi desidera un rapporto da professionista a cliente.

LUIGI GIUSTO SPAGNOLI, *Commissario straordinario degli Istituti fisioterapici ospedalieri (IFO)*. Per quanto riguarda una possibile spiegazione delle cause dei ritardi, posso dire di aver beneficiato di un osservatorio privilegiato perché presso questa nuova struttura degli IFO c'è uno spazio per la libera professione. Quindi, l'ostacolo non è stato quello. I problemi

sono sorti nel momento in cui abbiamo dovuto iniziare a redigere i regolamenti, a effettuare le necessarie consultazioni con i sindacati, con i medici e con il comparto. La lunga durata delle trattative, che ci hanno tenuti bloccati per quasi otto mesi su questo problema, dimostra un atteggiamento di cautela, da parte di tutte le categorie, nei riguardi di questa istituzione. Penso che, con il tempo, tutto possa rientrare in un ambito fisiologico.

Quanto agli aspetti attinenti alle future modifiche legislative, credo che ci sarà sempre una certa quota di medici che, comunque, preferiranno svolgere attività a tempo pieno nonché un certo numero di pazienti cui bisognerà garantire la libertà di scelta del medico all'interno di una struttura ospedaliera.

C'è una questione a cui l'azienda sanitaria può essere molto interessata, almeno secondo la mia esperienza, e non si tratta dell'utile economico perché, come abbiamo constatato, esso non risolve i problemi dei deficit aziendali. Lo strumento dell'*intra moenia*, invece, è importante in molti servizi nei quali si può realmente incidere sulle liste di attesa. Abbiamo già ricordato l'esperienza maturata nella radioterapia. In questa specialità, abbiamo concordato, assieme al primario, il professor Arcangeli, il modo per arrivare a raddoppiare le prestazioni rese ai pazienti utilizzando il meccanismo dell'*intra moenia* aziendale: certamente, questo incide sulle liste di attesa. Anzi, gli amministratori dell'azienda sanitaria dovrebbero sfruttare con molta più elasticità questo strumento per definire un terreno di contrattazione con i medici, al fine di impegnarli di più, remunerandoli. In base a questa esperienza, dalle specialità di radiologia e di medicina nucleare mi sono pervenute proposte nel senso di stabilire il tetto delle attività istituzionali per poi accordarsi su quanto possa essere remunerata l'attività ulteriore. Questo credo che sia un meccanismo ed uno strumento molto utile per risolvere i problemi reali.

Per quanto riguarda le camere operatorie, abbiamo concluso un accordo che stiamo sperimentando, ormai, da tre mesi.

Soffrendo anche una carenza di anestesisti — e questo, purtroppo, è un male comune in Italia — abbiamo concluso un patto con gli anestesisti interni, con quelli della rianimazione e con alcuni anestesisti esterni, pagando gettoni per coprire i turni operatori. In questo modo, abbiamo raddoppiato l'attività delle chirurgie. Sarebbe opportuno, anche da un punto di vista legislativo, avere un po' più di libertà, perché la regolamentazione attuale è piuttosto complessa. Con un po' più di flessibilità, questo strumento, con queste modalità, potrebbe dare ottimi frutti.

ENZO COLAIACOMO, *Commissario straordinario dell'Ospedale oncologico di Bari*. A Bari abbiamo avuto alcune difficoltà strutturali. Tuttavia, adesso che non ci sono più, possiamo avviare la libera attività professionale *intra moenia* sia per quanto riguarda gli studi medici, sia per quanto riguarda, soprattutto, il ricovero. Non sono però convinto, signor presidente, che questa attività renderà. Infatti, nel contesto di Bari — bisogna tener conto della realtà del territorio — c'è solo una casa di cura non convenzionata nella quale poter svolgere la libera attività professionale. Inoltre, bisogna considerare che i pazienti che si rivolgono alla nostra struttura sono di basso livello sociale e provengono, soprattutto, da fuori città. Perciò, non credo alla possibilità di svolgere attività *intra moenia* in costanza di ricovero. Altro è il discorso per quanto riguarda le visite. In alcuni casi l'ospedale è riuscito ad abbattere le liste di attesa in misura veramente molto significativa. Ad esempio, noi abbiamo un centro molto noto, il « dipartimento donna », nel quale siamo riusciti a raggiungere *performance* effettivamente rilevanti e nel quale eroghiamo una serie di prestazioni che non ci sono riconosciute attraverso il sistema DRG. In effetti, dovremmo chiudere questo dipartimento in quanto non è remunerativo, soprattutto se su una paziente effettuiamo, in un unico contesto, una serie di prestazioni, come la chirurgia plastica ricostruttiva, evitandole così di ritornare presso la nostra struttura. In

pratica, presso il « dipartimento donna » noi lavoriamo in perdita.

Avendo giocato soprattutto sui medici — la quasi totalità — che hanno chiesto l'esclusività del rapporto, avvalendoci in proposito dei relativi strumenti contrattuali, siamo pervenuti ad un risultato conclusivo in base al quale è possibile sostenere l'assenza di un'effettiva esigenza di svolgere attività libero-professionale. Questa potrebbe porsi, semmai, e solo per alcuni colleghi medici, a proposito di patologie non prettamente oncologiche, ciò che, in ipotesi sarebbe possibile, avendo noi messo in piedi dei meccanismi privilegiando l'urgenza e l'appropriatezza del ricovero e disponendo delle camere operatorie che soddisfano la predetta necessità.

Peraltro, sotto questo aspetto, ci sono stati dei ripensamenti da parte nostra.

Quello delle liste di attesa, rappresenta poi un problema non indifferente. Anche nella nostra struttura, come riferiva pure il collega Spagnoli, vi sono liste di attesa in radioterapia. Il problema grave, però, è che non possediamo apparecchiature in grado di soddisfare l'alta richiesta.

Allora, per affrontare la questione, con i colleghi radioterapisti, abbiamo predisposto un meccanismo — ciò che è avvenuto anche con gli anestesisti — per aumentare le ore di lavoro in camera operatoria: dunque, attraverso l'acquisizione di ore lavoro in più, abbiamo raggiunto risultati sicuramente da non trascurare.

Concordo nel ritenere che la libera attività professionale dovrebbe aumentare significativamente per i medici che poi intenderanno svolgerla, però riteniamo, in base ai dati a nostra disposizione, che la risposta positiva — il *trend* sta lentamente ma costantemente aumentando — interesserà le visite individuali, come pure alcuni servizi, mentre manifestiamo seri dubbi che possa essere remunerativa l'attività *intra moenia* in regime di ricovero. Tuttavia, siccome la finalità dell'esclusività del rapporto è quella di avere il medico dedicato appunto, « esclusivamente » alla struttura, ritengo che forse a Bari questo obiettivo sia in via di conseguimento.

Parlando in base alla mia personale esperienza — ho iniziato a lavorare in tali strutture a partire dal 1961 —, posso dire che laddove effettivamente vogliamo parlare di esclusività del rapporto, non possiamo non garantire a chi la sceglie un trattamento economico veramente soddisfacente. Ciò a prescindere e senza ricorrere alla libera attività professionale *intra moenia*.

PRESIDENTE. Quello delle liste di attesa è un problema legato a vari fattori. Molto spesso si è trattato anche di un problema di cultura. Mi riferisco all'esigenza — spesso disattesa — di far conoscere l'attività svolta, ciò che si fa nella propria città.

Per quanto riguarda il sistema complessivo in esame, mi preme ricordare la relazione della Corte dei conti dell'anno passato, la quale evidenzia che la discrasia esistente tra nord e sud nelle spese sanitarie non afferisce tanto alla quantità complessiva delle stesse — che alla fine risultano equilibrate — quanto alla qualità degli interventi realizzati. Non si può peraltro disconoscere che vi sia un intervento di specialità che alla fine l'utente va a cercare, venendo indotto anche a scegliere talune strutture piuttosto che altre. Le notizie stampa hanno peraltro riportato informazioni relative alla Corte de L'Aia: si è sostenuto che nel 2004 le persone potranno usufruire dell'assistenza sanitaria liberamente in tutta Europa. Questo, però, creerà delicati problemi alla nostra sanità, qualora non ne verrà innalzato il livello. Se la situazione rimarrà stagnante, sicuramente sarà il sud a subirne per primo le conseguenze, ma anche il nord avvertirà dei contraccolpi.

Per quanto riguarda i vantaggi derivanti dal regime libero professionale, sicuramente anche il medico godrà di benefici nello svolgimento della sua libera attività *intra moenia*, per una serie di questioni (sicurezza, tranquillità e altri fattori). Occorrerà però dotare il personale medico dei mezzi effettivi per operare in tale regime, ciò che spesso, invece, non si è riscontrato. Se attualmente, in base ai

dati posseduti, è possibile affermare che il 90 per cento degli interessati — tra coloro che dipendono evidentemente dagli ospedali — decidono di operare in *intra moenia*, a mio parere in futuro si passerà al 99 per cento. Se si disponesse attualmente delle strutture necessarie toccheremmo già adesso questa cifra complessiva.

RAFFAELE PERRONE DONNORSO, *Commissario straordinario dell'Azienda ospedaliera Spallanzani di Roma*. Lei sa che in che percentuale coloro che hanno optato per la libera professione *intra moenia* la svolgono effettivamente? Se si parla di conti, signor presidente, penso che questi sarebbero numeri molto interessanti. È una stretta minoranza. La maggioranza non l'ha fatto. E le aziende sono state penalizzate nel pagare il rapporto esclusivo e non avere attività libero professionale intramuraria.

PRESIDENTE. L'ha detto lei e lo abbiamo detto noi tanto tempo prima. Si è

voluto garantire un premio a tutti, che lo meritassero o meno. Pubblicamente, io stesso in Parlamento chiesi se volessimo parlare di un aumento ritenuto necessario per tutti i medici indistintamente o se invece si trattasse piuttosto di una questione da impostare in termini meritocratici. In questa ultima ipotesi, il discorso fatto non varrebbe più, tenendo conto che in una struttura ospedaliera i medici veramente capaci di convogliare — per fama e bravura — i pazienti riempiendo interi reparti sono veramente pochi.

Ringrazio gli illustri ospiti per il loro intervento e 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 20 dicembre 2002.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

