

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FRANCESCO PAOLO LUCCHESI

La seduta comincia alle 14,15.

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

Audizione di Commissari IRCCS: Istituto Dermopatico dell'Immacolata IRCCS (IDI) di Roma, Neuromed IRCCS di Pozzilli, Associazione Oasi Maria Santissima di Troina, IRCCS Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, Istituto Europeo di Oncologia di Milano, IRCCS Centro S. Giovanni di Dio — Fatebenefratelli di Brescia.

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: Istituto Dermopatico dell'Immacolata IRCCS (IDI) di Roma, Neuromed IRCCS di Pozzilli, Associazione Oasi Maria Santissima di Troina, IRCCS Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, Istituto Europeo di Oncologia di Milano, IRCCS Centro S. Giovanni di Dio — Fatebenefratelli di Brescia.

Desidero anzitutto ringraziare gli ospiti della Commissione per avere corrisposto all'invito loro rivolto a prendere parte all'odierna audizione. Ricordo che sono già stati ascoltati molteplici soggetti interessati alla materia in esame: enti ospedalieri, associazioni, sindacati ed altri.

Abbiamo convocato, oggi, alcuni istituti di ricerca; a causa di indifferibili impegni che limitano il tempo a nostra disposizione, inviterei i partecipanti a contenere

i propri interventi entro limiti temporali congrui con le esigenze testè rappresentate.

Do senz'altro la parola al professore Luigi Aparo, direttore sanitario dell'Istituto dermopatico dell'Immacolata (IDI) di Roma.

LUIGI APARO, *Direttore sanitario dell'Istituto dermopatico dell'Immacolata (IDI) di Roma.* Signor presidente, onorevoli deputati, per quanto riguarda il mio istituto, l'attività libero professionale *intra moenia* costituisce, già da parecchio tempo, prassi consolidata; ciò deriva dallo stato di equiparazione del personale stabilito dal contratto collettivo di categoria, che ha sempre previsto questa possibilità. Va, però, sottolineato che si tratta di un'*intra moenia* che è quasi esclusivamente svolta nei confronti dei pazienti solventi in regime ambulatoriale; è, infatti, risultato sempre problematico attivare quella nei confronti dei pazienti ricoverati.

Anche per i nostri medici opera il regime dell'esclusività a fronte dell'erogazione della prevista indennità; anche in tale caso si tratta di una precisa obbligazione contrattuale e rilevano le norme in essere, che garantiscono l'equiparazione dei titoli e dei servizi anche ai fini del trasferimento da e per la struttura pubblica.

Prima dell'avvento dell'esclusività, i nostri medici hanno operato all'esterno rispettando sempre il principio dell'incompatibilità; la nostra struttura ospedaliera si muove, quindi, sulla falsariga della struttura pubblica. Però, va sottolineato, anche in tal caso, che il regime dell'esclusività è diventato operativo soltanto dall'inizio di quest'anno ovvero a decorrere dal mese di gennaio 2003. Infatti, soltanto nel dicembre del 2002 il nostro ente finanziatore ha

garantito la copertura degli oneri legati all'esclusività, benché tali oneri non siano stati ancora effettivamente corrisposti.

Il 97 per cento del nostro personale medico, signor presidente, ha chiesto il rapporto di lavoro esclusivo; pertanto, a decorrere dall'inizio di quest'anno, tutti svolgeranno attività libero professionale *intra moenia*, ancorché con l'autorizzazione transitoria presso lo studio privato esterno.

Per quanto attiene, invece, alla libera professione nei confronti dei pazienti ricoverati, occorre sottolineare come la struttura sia attualmente inadeguata per rendere operativa presso l'IDI la riforma, essendo assolutamente necessario creare idonei spazi all'interno dell'istituto. Quest'ultimo ha già effettuato una progettazione esecutiva e cantierabile per la realizzazione di idonee strutture ma necessita — si tratta di una questione che vorremmo sottolineare fortemente, signor presidente — di poter attingere ai fondi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67. Ciò è fondamentale anche perché, per questioni etiche, l'ospedalità religiosa classificata ha sempre ritenuto problematico far convivere negli stessi ambienti pazienti solventi e pazienti accreditati; intende realizzare, quindi, strutture per l'attività *intra moenia* che siano distinte dalla degenza ordinaria.

Un importante risultato ottenuto dall'IDI è consistito nell'avere concordato con i medici radiologi l'esercizio dell'*intra moenia* non solo nei confronti dei paganti ma anche nei riguardi dei pazienti assistiti dal Servizio sanitario nazionale. Ciò ha permesso, per alcuni tipi di esami, di azzerare, quasi, le liste di attesa. Si è così potuto abolire quel perverso modo di operare che richiedeva un termine di tre mesi per l'esecuzione di un esame fatto in accreditamento e, invece, di due o tre giorni, se pagato direttamente dal paziente. Ciò, però, è stato reso possibile dalla circostanza che il tariffario ospedaliero, per così dire, privato era più o meno sovrapponibile a quello del Servizio sanitario nazionale. Si tratta, comunque, di un'operazione a rischio; anche i medici lo

sanno: potremmo incorrere, con ciò, nelle regressioni tariffarie previste a livello regionale per il superamento dei tetti. Da una parte, quindi, si viene incontro alle esigenze scaturenti dalle dimensioni delle liste di attesa; dall'altra — pur con la speranza (a mio avviso, fondata) che l'abbattimento delle liste di attesa faccia comprendere l'importanza dell'operazione —, si corre il rischio testé rappresentato. Credo, signor presidente, che quanto riferito possa dare un quadro della situazione attuale dell'IDI.

MARCO BONO, *Amministratore delegato dell'Istituto europeo di oncologia di Milano*. Signor presidente, sono accompagnato dal dottor Marco Agnelli, responsabile delle risorse umane del nostro istituto.

L'Istituto europeo di oncologia di Milano è nato nel 1994. Sin dall'inizio il rapporto di lavoro con i nostri medici è sempre stato di tipo esclusivo, per cui non abbiamo nessun problema, in quanto l'istituto ha subito messo a disposizione degli spazi affinché tutta l'attività avvenisse *intra moenia*. Tutti i nostri medici svolgono attività *intra moenia* e non abbiamo né attività *extra moenia*, né uffici periferici di proprietà di medici o da essi affittati. Quando è stato approvato il decreto legislativo n. 229 del 1999, dunque, noi eravamo già conformi ad esso con qualche anno di anticipo.

PRESIDENTE. Quindi, voi non avete peccato originale...!

MARCO BONO, *Amministratore delegato dell'Istituto europeo di oncologia di Milano*. Ne avremo di sicuro degli altri!

FRANCESCO SILVANO, *Presidente dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma*. In relazione al tema oggetto dell'audizione, vorremmo precisare che non appena è entrato in vigore il decreto legislativo n. 229 del 1999 (la cosiddetta riforma-ter), il consiglio d'amministrazione dell'ospedale ha deciso l'applicazione immediata delle disposizioni di tale normativa per quanto riguarda la libera attività

professionale intramuraria ed extramuraria, ed è stato chiesto a tutti i laureati del ruolo sanitario in servizio di esprimere, entro i 60 giorni previsti, l'opzione.

All'inizio dell'anno 2000, dopo che le opzioni erano state espresse sia in modo esplicito, sia in modo tacito, come del resto prevedeva il decreto legislativo, abbiamo riscontrato che su 383 medici strutturati, 220 avevano optato per l'attività intramuraria, mentre soltanto 60 unità avevano sostanzialmente preferito scegliere l'attività extramuraria. Considerato tuttavia che, in relazione a quanto previsto dalla legge finanziaria del 1999, tutto il personale medico assunto successivamente è stato contrattualmente obbligato ad accettare il rapporto esclusivo, alla fine del 2002 avevamo una situazione così riassumibile: su 452 laureati di ruolo sanitario, 55 hanno optato per il rapporto non esclusivo e 397 per il rapporto esclusivo.

I problemi alla base di tale andamento sono stati già evocati dal rappresentante dell'Istituto dermatopatico dell'Immacolata, dal momento che le indennità di esclusiva non sono state coperte da alcun provvedimento a favore, per cui ci siamo trovati di fronte alla situazione di dover fronteggiare il problema dei compensi per l'esclusiva senza disporre dei relativi finanziamenti. Ciò ha comportato la stipulazione di un accordo che prevede il pagamento soltanto del 90 per cento di tali importi. Nel frattempo altri medici, che avevano optato per l'attività *extra moenia*, sentendo che l'orientamento generale porterebbe ad avere, sostanzialmente, sia l'indennità di esclusiva, sia la facoltà di operare in libera attività professionale intramuraria ed extramuraria, hanno presentato numerose richieste aggiuntive, così che oggi ci troviamo in una condizione per cui dovremmo sostenere costi che continuano a non essere coperti da nessun provvedimento.

Speriamo, allora, che l'ultimo riparto dei fondi incrementali che è stato deciso copra tali oneri, ma non possiamo non manifestare la nostra preoccupazione, anche perché un consuntivo del triennio 2000-2002 ha messo in evidenza come la

libera attività professionale abbia comportato un introito di 8 milioni 741 mila euro, di cui l'80 per cento costituisce il compenso dei medici, mentre per il solo anno 2002 l'introito è stato di 3 milioni 82 mila euro, importo inferiore del 34 per cento alla spesa di quanto è stato riconosciuto, a titolo di acconto, sull'indennità di esclusiva.

Dobbiamo sottolineare, altresì, che per quanto riguarda le liste d'attesa la nostra situazione è sostanzialmente regolare. Infatti, abbiamo tempi di attesa dell'ordine di 3 giorni per la TAC e di una ventina di giorni per le risonanza magnetica e nucleare, mentre per tutto ciò che concerne le altre attività di natura ambulatoriale, salvo due o tre casi, ci troviamo in condizione di soddisfare una domanda particolarmente vivace in campo pediatrico. Riteniamo anche che una liberalizzazione del rapporto esclusivo produrrebbe non una riduzione dei tempi di attesa, ma probabilmente un indebolimento delle strutture operative dell'ospedale.

GIUSEPPE MAZZADI, *Direttore amministrativo del Centro S. Giovanni di Dio — Fatebenefratelli di Brescia*. Per quanto riguarda l'istituto che rappresento, devo riferire che l'organizzazione della libera professione medica viene svolta soltanto per quanto riguarda l'attività ambulatoriale e, non avendo vincoli, né sotto il profilo del contratto collettivo nazionale di riferimento applicato, né di natura regolamentare, è strutturata liberamente. Per dare un'idea delle dimensioni, 10 dei 14 medici strutturati presso l'istituto svolgono attualmente la libera professione intramuraria, mentre i restanti 4 esercitano la libera professione extramuraria. Questo è quanto, date le limitate dimensioni dell'istituto.

PRESIDENTE. La percentuale si avvicina più o meno a quella degli altri istituti, anche se su scala ridotta.

Do ora la parola al dottor Stefano Regio, direttore sanitario dell'Associazione Oasi Maria Santissima di Troina (Enna), accompagnato anche dal presidente dell'Associazione, il reverendo Luigi Ferlauto.

STEFANO REGIO, *Direttore sanitario dell'Associazione Oasi Maria Santissima di Troina*. Vorrei far presente che il nostro è l'unico IRCCS siciliano, che ha comunque mutuato dal contratto collettivo nazionale della sanità il proprio contratto per il periodo 2000-2002, equiparando il diritto dei sanitari a poter eventualmente accedere alla libera professione *intra moenia*. Quasi tutti i medici hanno formalmente aderito al rapporto esclusivo, a parte un piccolo numero, che sono, di fatto, «super specialisti» operanti già fuori sede, e che intervengono soltanto a tempo parziale all'interno della struttura.

Merita di essere segnalato il contesto nel quale operiamo: infatti, ci troviamo in un'area territoriale disagiata, perché siamo nel cuore delle provincia di Enna, dove anche il rapporto domanda-offerta per quanto concerne gli aspetti di libera professione è estremamente limitato. L'altro importante dato è rappresentato dalla caratteristica fondamentale dell'istituto, che si occupa di disabilità del ritardo mentale e di disabilità nell'età involutiva. Ne consegue che il trattamento del disabile, almeno per quanto riguarda i pazienti ricoverati, non si presta in maniera peculiare all'applicazione dell'attività *intra moenia*.

Ciò potrebbe aprire la possibilità che stiamo studiando di impiegare l'*intra moenia* per un'attività ambulatoriale esterna su pazienti solventi (dunque, non in regime di ricovero), attraverso «pacchetti» legati ad accordi di *partnership* con strutture alberghiere che ci consentano, attraverso un nuovo centro, recentemente attivato (chiamato «Centro benessere», orientato soprattutto alla fisioterapia, alla diagnosi, alla prevenzione ed alla cura delle patologie da stress), di utilizzare l'*expertise* sviluppata dal nostro istituto nell'ambito della riabilitazione e della medicina dell'inserimento a favore di un'utenza che, di fatto, non è quella istituzionalizzata.

Questo fa sì che potremo essere in grado al più presto di implementare nella pratica alcuni pacchetti di servizi per l'utenza esterna, gestiti come attività *intra*

moenia; sebbene esista la possibilità, la struttura non ha però ancora attuato il processo conseguente di attività specifica.

C'è da notare che il nostro istituto ha avuto uno sviluppo progressivo dal 1953 ad oggi; nato come istituto psicopedagogico, successivamente si è sviluppato come IRCCS, il che ha consentito, muovendosi in un settore così complesso come quello della disabilità, di sviluppare attività sinergiche multidisciplinari; tuttavia, ciò è anche un limite all'avvio di una reale attività *intra moenia*.

L'unica opzione è perfezionare dei pacchetti orientati al cosiddetto turismo della salute, che potrebbero attivare di conseguenza un volano di assistenza specialistica ed economica in una regione isolata e povera.

ERBERTO MELARAGNO, *Presidente della Neuromed di Pozzilli*. L'attività libero professionale si svolge a favore dei pazienti ambulatoriali. Non abbiamo attività a pagamento per malati ricoverati; posso dire che il 62 per cento dei dipendenti svolge l'attività *intra moenia* e che degli strutturati universitari dell'Università La Sapienza di Roma una metà svolge l'attività *intra moenia*, l'altra metà quella *extra moenia*.

PRESIDENTE. Complessivamente, i vostri dati sembrano simili. L'unico problema è rappresentato dalla mancanza di strutture per l'attività *intra moenia* ambulatoriale e per quella di *intra moenia* per ricovero.

Do ora la parola ai colleghi che desiderano intervenire.

DOMENICO DI VIRGILIO. Il legislatore deve conoscere la realtà per assumere provvedimenti a favore della cittadinanza e per gli istituti che offrono i loro servizi.

Coloro che dirigono istituti con possibilità di ricovero dovrebbero fornire — mi rivolgo al presidente dell'IDI ed al presidente Silvano — notizie più precise sugli spazi e sulle attese per i ricoveri in regime libero professionale rispetto all'offerta del

Servizio sanitario nazionale e comunicare i costi di tali servizi rispetto ai ricavi effettivi.

AUGUSTO BATTAGLIA. Stiamo discutendo dell'istituto dell'*intra moenia* e dell'esclusività di rapporto: dalla vostra esperienza vogliamo capire se, pur con i dovuti perfezionamenti e correttivi, tale strumento sia idoneo per offrire alla cittadinanza italiana un servizio sanitario più adeguato. Quali correzioni dovrebbero essere apportate? Con tale istituto — così com'è — si possono raggiungere certi obiettivi?

CARLA CASTELLANI. L'audizione in corso e le precedenti hanno evidenziato che l'attività libero professionale *intra moenia* di carattere ambulatoriale ha avuto un favorevole sviluppo mentre rimane particolarmente diffusa su tutto il territorio nazionale l'impossibilità di compiere attività di ricovero ed i posti letto si sono progressivamente ridotti. Le motivazioni sono di carattere logistico? Non ci sono gli spazi adeguati per porre in campo anche il secondo tipo di attività? Oppure si tratta di problemi riguardanti il personale?

Come diceva l'onorevole Di Virgilio, occorre conoscere le cause del problema per poter assumere i dovuti provvedimenti.

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

MARCO AGNELLI, *Direttore delle risorse umane dell'Istituto europeo di oncologia di Milano*. Il mio contributo si basa su due chiavi di lettura per i problemi da voi posti: la prima riguarda la qualità della cura nei confronti del paziente, mentre la seconda è in riferimento all'attività dei professionisti.

Come sosteneva il dottor Bono, siamo stati degli antesignani, anticipando il decreto legislativo n. 229 del 1999; infatti, in sede di costituzione all'istituto, già nel 1994, avevamo impostato il rapporto di lavoro di tipo esclusivo con i nostri professionisti.

I nostri medici adottano al 100 per cento l'*intra moenia* e ritengo che la nostra realtà rappresenti un *unicum*, dando la possibilità di svolgere l'attività libero professionale completamente all'interno della struttura.

La nostra struttura eroga, in termini di interventi ambulatoriali (cito il dato del 2002), 266 mila prestazioni; di queste, il 25 per cento è stato svolto in regime di attività libero professionale *intra moenia*. L'attività chirurgica — anch'essa molto importante — ha visto 8.800 interventi nel 2002 e, di questi, il 15 per cento è stato svolto in forma di attività libero professionale *intra moenia*. L'elemento determinante che induce il paziente alla scelta della libera professione *intra moenia* è probabilmente, nel nostro caso, quello della scelta del medico, in quanto la nostra struttura già prevede per il Servizio sanitario nazionale camere al massimo di due letti. Quindi, l'aspetto alberghiero non è vincente nell'attrarre il paziente.

Cosa abbiamo notato e quali obiettivi abbiamo raggiunto con questo modello? Per rispondere alla domanda posta in un intervento precedente, in cui si faceva riferimento alla idoneità o meno del modello dell'*intra moenia*, ritengo che esso sia vincente, sempre che sia adeguata ed idonea la parte strutturale.

Gli obiettivi raggiunti, per quanto riguarda il paziente, consistono nell'incremento dell'attività — e pertanto nel contenimento delle liste d'attesa — e in una risposta ai tempi di attesa regionali per il primo accesso, nonché in una migliore qualità clinica; infatti, con la presenza del nostro medico dalle 8 del mattino alle 20 di sera l'interdisciplinarietà si sviluppa e il paziente ha sempre assicurata la presenza del medico nella struttura. Ciò comporta una elevata qualità.

Dal punto di vista del professionista, gli obiettivi raggiunti consistono nel tempo pieno, nel poter sviluppare la propria attività all'interno della struttura con grande garanzia e sicurezza, perché la struttura stessa comunque permette di avere la certezza della qualità clinica. Ecco perché noi riteniamo, visti i risultati,

che, al di là degli obblighi legislativi e contrattuali, il nostro modello gestionale sia vincente.

LUIGI APARO, *Direttore sanitario dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma*. Circa le liste di attesa, a livello ambulatoriale esse sono sovrapponibili, nettamente separate e senza alcuna possibilità, tra l'altro, di poter essere in qualche modo deviate. L'unica eccezione è costituita da alcuni esami di tipo radiologico (risonanza magnetica ed ecografie). Infatti, più noi aumentiamo la disponibilità di attività, maggiore è la richiesta. Si tratta di una questione che non si riesce a risolvere.

Relativamente alla domanda sul rapporto costo-benefici, dico chiaramente che per una struttura come l'Istituto dermatologico dell'Immacolata — che la libera professione l'ha sempre svolta — venendo in rilievo un discorso connesso all'attività ambulatoriale, l'erogazione dell'indennità di esclusività rappresenta una perdita.

Quanto alla domanda dell'onorevole Battaglia, va considerato — tra l'altro — che i medici, quando esercitano una attività esterna, la svolgono anche grazie alla notorietà che hanno acquisito all'interno dell'istituto. La mia opinione è che il discorso sbagliato sia stato quello relativo al concetto di esclusività. L'istituto ha sempre inteso agire nel senso di concludere una sorta di accordo con il singolo medico medio, cioè non in maniera uguale con tutti, perché ci sono medici da valutare di più rispetto ad altri. Se, una volta che hanno assolto nei confronti dell'istituto un obbligo quantitativo (non orario) di prestazioni *intra moenia*, essi intendono, anziché andare a passeggio, lavorare all'esterno, ritengo che a ciò non ci si possa opporre, fermo rimanendo, tra l'altro, che questa attività esterna comporta di riflesso sempre un indotto per l'istituto.

Passando alla questione della riduzione dei posti letto, devo dire che per quanto riguarda l'Istituto dermatologico dell'Immacolata, in realtà, ci sono state delle riconversioni di posti letto nella direzione del *day care*, ma l'operazione, alla fin fine, non

ha portato ad un guadagno di spazi. Tutt'altro. Il problema relativo all'attivazione del regime *intra moenia* anche nell'ambito delle attività di ricovero rimane quindi connesso alla necessità di spazi, che oltretutto devono essere anche progettati *ad hoc* ai fini dell'*intra moenia* stessa. Si ritorna cioè al discorso già sottolineato dal presidente, almeno per istituzioni come la nostra, investite da grande richiesta (basti pensare che il 32 per cento dei pazienti dell'IDI proviene da fuori regione, essendo il nostro un centro di eccellenza di riferimento). In realtà se non abbiamo la possibilità di creare nuovi spazi, neppure ci è data la possibilità di fare in *intra moenia* i ricoveri. Credo in tal modo di aver risposto alle domande poste.

FRANCESCO SILVANO, *Presidente dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma*. Vorrei aggiungere alcuni concetti. La libera attività professionale è nata all'insegna della possibilità per le strutture ospedaliere di avere degli spazi adeguati e sufficienti per consentire ai medici di operare all'interno delle medesime. Però la stessa normativa prevedeva (almeno per un periodo temporaneo) che vi fosse la facoltà di rivolgersi a cliniche private o ad altre istituzioni per poter disporre dei posti letto necessari a svolgere tale attività. Si tratta di cosa che è puntualmente avvenuta.

Nel nostro caso, in particolare, vi è il problema di una domanda stabilizzata ma complessa. Teniamo presente che l'ospedale Bambino Gesù ha 8 posti letti su cento destinati a terapie intensive e, quindi, è una struttura particolare che soffre per carenza di spazi. Abbiamo stipulato sei convenzioni importanti con alcune cliniche. È evidente che nel momento in cui si va ad affittare uno spazio in una clinica in modo stabile, al fine di poter avere una disponibilità effettiva, idonea a consentire ai medici di sviluppare l'attività libero professionale, il costo delle prestazioni viene assorbito per una parte considerevole dalle spese di affitto e fatalmente il bilancio (come avevo cercato di dire) diventa negativo per l'ospedale. Te-

niamo presente poi che quella svolta nelle cliniche è una attività prevalentemente di natura chirurgica, con tutte le implicazioni derivanti. Pertanto l'esperienza dell'attività libero professionale ci pone nella condizione di avere un indebolimento della struttura economico-gestionale, non certo un rafforzamento. Il vantaggio per il medico è assicurato in duplice modo, sia per quanto riguarda la libera attività, sia per quanto concerne l'indennità. C'è stato un aggravio non compensato sostanzialmente da un aumento dell'efficienza. Parlo chiaramente in termini non generali, ma alla luce dell'esperienza acquisita nel nostro campo specifico.

STEFANO REGIO, *Direttore sanitario dell'Associazione Oasi Maria Santissima di Troina*. Signor presidente, devo far notare che il mio IRCSS, al sud, è l'unico a rappresentare una realtà socio-economica differente; infatti, ovviamente, la realtà socio-economica delle grandi città nelle quale operano l'Ospedale maggiore di Milano, l'IDI e gli altri IRCSS comportano, certamente, situazioni molto diverse rispetto a quella di un IRCSS come il nostro. Pur essendo riconosciuto come centro di eccellenza per le neuroscienze addirittura dall'Organizzazione mondiale della sanità, il mio ente, di fatto, vive in un isolamento geografico e in un contesto socio-economico molto particolare. A prescindere dalle specialità, una cosa è attivare un volano di attività *intra moenia*

produttivo in un ospedale per acuti — dove vi è un grosso *turn over* —; altra cosa è badare all'assistenza, alla riabilitazione ed al reinserimento di pazienti disabili, appartenenti a fasce deboli, in un'area isolata. Anche a tale proposito, se si volesse fare un rapporto costi-benefici, si otterrebbero risultati estremamente negativi nei confronti dell'attività *intra moenia*.

Questa è la prima ragione per la quale, in pratica, soltanto l'attività ambulatoriale potrebbe consentire degli spazi; ma tali spazi, oltretutto, sono condizionati da una relativa povertà della realtà socio-economica della zona, che è alla base di una domanda limitata.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori, formulando loro i migliori auguri nell'interesse del futuro della nostra sanità. Se del caso, potrete fornire alla Commissione opportuna documentazione di approfondimento.

Dichiaro, quindi, conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,30.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 20 febbraio 2003.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

