

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 14,25.

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

**Seguito dell'esame
del documento conclusivo.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, il seguito dell'esame del documento conclusivo. Rammento che nella seduta del 18 marzo 2003 è iniziata la discussione sulla proposta di documento conclusivo dell'indagine predisposta dal relatore, onorevole Stagno d'Alcontres.

Prima di dare la parola all'onorevole Stagno d'Alcontres, avverto che sono state presentate proposte di modifica del documento conclusivo ed una proposta alternativa di documento conclusivo dei gruppi dell'Ulivo. Avverto altresì che verrà posta in votazione la proposta di documento dell'onorevole Stagno d'Alcontres, come eventualmente riformulata alla luce delle osservazioni pervenute da parte dei colleghi. La proposta alternativa di documento conclusivo verrà posta in votazione solo ove respinto il documento conclusivo proposto dal relatore.

Do la parola all'onorevole relatore.

FRANCESCO STAGNO d'ALCONTRES, *Relatore*. Desidero ringraziare i colleghi che sono intervenuti ed hanno fornito un contributo teso a migliorare il provvedi-

mento. Nelle proposte emendative presentate ho notato un approccio per molti versi tecnico e per altri politico.

Vorrei chiarire che mi sono esclusivamente attenuto ai dati forniti dai soggetti auditi ed ho creduto opportuno formulare indicazioni che nascono non dalla mia fantasia, ma dal confronto avuto con alcuni direttori generali, che hanno descritto la realtà attuale delle aziende. Dobbiamo esaminare ciò di cui stiamo discutendo secondo una prospettiva di lungo periodo: alcune situazioni devono essere modificate in modo da migliorare lo strumento che è stato adottato con il decreto legislativo n. 229 del 1999.

Ho accorpato a mia discrezione alcuni suggerimenti emendativi: ricordo peraltro che non stiamo approvando un provvedimento legislativo, ma il documento conclusivo di una indagine conoscitiva volta a verificare lo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria.

Ritengo che sia prematuro parlare di fallimento dell'istituto dell'*intra moenia*, ma è chiaro che esso deve essere modificato; sarebbe opportuno stabilire, in accordo — spero — con l'opposizione, un processo di modifica che possa dare soddisfazione ai medici, così come richiesto inizialmente, ed ovviare all'allungamento delle liste di attesa. Nel 1999, l'Organizzazione mondiale della sanità dichiarò che il Sistema sanitario italiano era tra i migliori del mondo: i dati storici a cui si riferiva risalivano al primo semestre 1997, quando la cosiddetta riforma Bindi non era ancora operativa. Allora, il problema delle liste d'attesa non era così rilevante e la qualità del sistema sanitario veniva riconosciuta da un organismo internazionale quale l'Organizzazione mondiale della

sanità. Oggi stiamo valutando proprio questo settore, che è stato ritenuto fondamentale dal Governo che ha voluto avviare la riforma: secondo quanto riferito dai soggetti auditi, la riforma è costata 3 mila miliardi, ma lo Stato ha incassato soltanto centottanta miliardi di lire; dai 3 mila miliardi escludiamo quelli che sono stati stanziati per la ristrutturazione (930 milioni di euro).

Non possiamo giudicare il provvedimento soltanto dai numeri, ma dobbiamo attuare, così come mi è stato suggerito anche da autorevoli colleghi dell'opposizione, un sistema di verifica e controllo su tutti gli atti aziendali che sono stati avviati, per capire il motivo per cui l'attivazione dell'*intra moenia* è avvenuta a « macchia di leopardo ». Avevamo suggerito all'ex ministro una certa gradualità nell'applicazione di questa riforma: a causa del mio lavoro — svolgo la professione di medico — conoscevo la realtà strutturale del sud d'Italia, che non ci consentiva di avviare quel sistema di qualità che i pazienti in grado di pagare (i cosiddetti solventi) cercano: per ristrutturare la rete ospedaliera e renderla operativa anche sotto il profilo della richiesta privata era necessario attendere un lungo periodo. Non condivido l'osservazione che mi è stata rivolta dalla collega Bindi, secondo la quale per valutare l'*intra moenia* è necessario lungo periodo, poiché ella stessa si contraddice, in un modo che definirei schizofrenico, quando denuncia il fatto che le strutture sanitarie non sono state ristrutturate, chiedendone la ragione.

La nostra maggioranza governa il paese da un anno e mezzo, mentre per ammodernare le strutture sanitarie è necessario del tempo; tra l'altro, come emerge anche dalle audizioni, i direttori generali hanno voluto inserire la spesa per l'attivazione dell'*intra moenia* all'interno di una ristrutturazione organica dell'azienda sanitaria. Ciò ha comportato tempi molto più lunghi ed un rallentamento nel processo di ristrutturazione della rete ospedaliera a favore dell'*intra moenia* stessa. Dal punto di vista tecnico, indubbiamente, bisogna procedere ad una serie di controlli e verifiche

ed accetto i suggerimenti che mi vengono rivolti: non posso, però, accogliere proposte volte a sostituire le conclusioni che ho redatto. Ho cercato di cogliere gli aspetti essenziali di quelle proposte, ma mi sono reso conto che esse vertevano sia sul quadro normativo sia sugli obiettivi e le conclusioni e, dunque, ho ritenuto opportuno inserire talune parti, ma senza essere ripetitivo. Se vogliamo rendere tutti contenti possiamo dire qualsiasi cosa e il contrario: sarebbe opportuno, invece, assumere una posizione chiara in modo che si possa, successivamente, riuscire concordemente a varare un progetto di modifica del decreto legislativo n. 229 che soddisfi sia i pazienti sia il personale medico. Infatti, se l'*intra moenia* deve dare una soddisfazione professionale al personale medico e paramedico, deve soddisfare anche i pazienti, sia coloro che vogliono pagare sia coloro che non vogliono farlo: quasi sempre, comunque, a causa della lunghezza delle liste d'attesa, il paziente è costretto a chiedere una prestazione privata a pagamento pur di evitare la lunga attesa. Si tratta di un progetto che bisogna valutare, sottolineando che non si tratta di una posizione esclusiva della maggioranza, ma che deve essere comune a tutti, poiché la sanità è un bene collettivo: oggi non ci serve in prima persona, ma domani potrà esserci utile e, dunque, dobbiamo essere attenti a valutare con coscienza ciò che stiamo facendo in modo da poter ottenere il gradimento degli utenti e dei pazienti, i quali sono i soggetti più vulnerabili in assoluto.

Vorrei precisare le proposte che ho accolto, secondo una posizione che ritengo corretta e attenta a tutte le attese. Mi viene suggerito dalla collega Bindi ed altri di sostituire al paragrafo 3.1 della proposta di documento conclusivo, all'ultimo capoverso, le parole « ulteriore aumento della retribuzione », con le seguenti « contributo economico ». Ho, peraltro ritenuto più opportuna la dizione « dei proventi connessi allo svolgimento di tale attività professionale ».

Al paragrafo 5, secondo capoverso, laddove si legge « così come sette anni dopo »,

non indicherei il numero di sette anni, poiché il primo atto formale risale alla legge n. 662 del 1996, ma userei la dizione « così come oggi ».

All'ultimo capoverso del paragrafo 5, dopo le parole: « modalità di attuazione della normativa in esame » inserirei, tenendo conto della proposta di modifica presentata dall'onorevole Massidda ed altri, le seguenti parole: « In particolare, occorre porre in essere una verifica sullo stato di avanzamento dei lavori di ristrutturazione della rete ospedaliera in funzione dell'esercizio dell'attività *intra moenia* realizzate attraverso l'impiego delle risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e del decreto legislativo n. 254 del 2000 così come una verifica degli atti aziendali esitati dai direttori generali ».

Credo di aver accolto in gran parte le istanze di tutti gruppi, ricordando nuovamente che stiamo discutendo della proposta di documento conclusivo di un'indagine conoscitiva e non di un provvedimento legislativo.

PRESIDENTE. Ringrazio l'onorevole Stagno d'Alcontres. Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire.

FRANCESCA MARTINI. A nome del mio gruppo, dichiaro il voto favorevole sulla proposta di documento conclusivo, ritenendo molto importante che la Commissione affari sociali contribuisca in modo specifico alla conoscenza e all'ascolto del territorio e della classe medica. Come ha appena sottolineato il relatore, dobbiamo approvare il documento conclusivo di un'indagine conoscitiva e non un provvedimento legislativo: dunque, auspichiamo che, a seguito della stessa indagine conoscitiva, si promuova rapidamente un intervento che possa chiarire un tema molto dibattuto e che presenta alcuni elementi di criticità che, in questo momento, stanno danneggiando sia gli operatori della sanità sia, soprattutto, i pazienti.

GRAZIA LABATE. Siamo consapevoli del fatto che non stiamo discutendo di una

proposta di legge, ma del documento conclusivo di un'indagine conoscitiva. Ricordo, però, che il regolamento e la prassi indicano che nel documento occorre formulare suggerimenti al Governo su temi o fattori di criticità: non è obbligatorio, ma l'indagine serve a mettere in evidenza la situazione esistente riguardo un particolare istituto normativo, da cui si evincono motivazioni in base alle quali avanzare proposte e indicare comportamenti o strumenti tesi al miglioramento della situazione.

Ci rendiamo conto della benevolenza del relatore, il quale ha accolto alcuni emendamenti più formali che sostanziali. Le modifiche che chiedevamo, tuttavia, soprattutto nella parte conclusiva, nascevano in ragione della documentazione acquisita nel corso dell'indagine, che suggerisce di compiere opportune verifiche al fine di raggiungere determinati risultati. Non credo che valga l'esperienza personale, ma i documenti che abbiamo raccolto e le relazioni svolte durante i lavori dell'indagine.

Riguardo alla filosofia di fondo delle conclusioni, abbiamo ritenuto di fornire un contributo affinché il documento potesse rispecchiare quanto abbiamo ascoltato, indicando possibili soluzioni. Ci rendiamo conto che ciò non corrisponde alla visione culturale e politica del relatore e, quindi, ci comporteremo di conseguenza in occasione delle procedure di voto. Non condividendo, in particolare, le conclusioni del documento proposto, annuncio un voto contrario.

GIUSEPPE CAMINITI. Ringrazio il relatore, onorevole Stagno d'Alcontres, che si è occupato di un problema molto importante. Sono un operatore sanitario e conosco bene la problematica del tempo pieno, dell'*intra moenia* e delle lunghe liste d'attesa. Condivido quanto affermato dall'onorevole Martini e — dopo avere ascoltato numerosi esperti ed operatori — ritengo che l'indagine conoscitiva svolta non debba rimanere fine a se stessa, ma che la Commissione debba proporre al Governo e al ministro della sanità, un documento che

consenta di ottenere risultati positivi non solo per gli operatori sanitari ma, soprattutto, per i pazienti.

PRESIDENTE. L'indagine conoscitiva, come recita l'articolo 144 del regolamento della Camera, è diretta ad acquisire notizie, informazioni e documenti utili alle attività della Camera. Invito, dunque, i parlamentari a predisporre proposte di legge che possano anche essere d'ausilio all'opera del Governo: non dobbiamo infatti aspettare che l'esecutivo presenti un disegno di legge, considerato che le indagini conoscitive hanno l'obiettivo di fornire elementi affinché i deputati possano presentare proposte di legge.

PIERGIORGIO MASSIDDA. Lei, presidente, ha anticipato le mie considerazioni, descrivendo correttamente le finalità dell'indagine conoscitiva. La Commissione ha condiviso la richiesta avanzata dai deputati del gruppo della Margherita in merito allo svolgimento dell'indagine conoscitiva per verificare l'applicazione del decreto legislativo n. 229.

Credo che il relatore abbia svolto un'ottima e completa relazione, riassumendo quanto ci è stato riferito nel corso delle audizioni ed i correttivi che egli ci ha suggerito sono tesi a trovare un punto di incontro. Credo che alcune proposte avanzate dall'opposizione avessero valore non di *conditio sine qua non*, ma di stimolo, e non intendessero introdurre contrapposizioni o divisioni in ordine alla votazione di un documento che, voglio ricordarlo, non è un provvedimento legislativo, ma nasce dall'indagine conoscitiva appena conclusa. Sono convinto che l'onorevole Stagno d'Alcontres non abbia esposto valutazioni che inducano ad un voto contrario; capiamo, peraltro, le posizioni di tutti, anche se d'ora in avanti dovremo tenere conto di quanto avverrà, poiché si dialoga e ci si confronta, ma se il voto che si esprime è sempre contrario, è chiaro che dovremo ragionare in altri termini. Spero che questo non avvenga, perché la nostra Commissione, proprio per la delicatezza della materia trattata, deve instaurare un clima di dialogo.

Anticipo che il mio gruppo ha intenzione di far tesoro dei risultati dell'indagine conoscitiva che stiamo concludendo per apportare i correttivi necessari alla materia affrontata attraverso un'iniziativa parlamentare. Ci auguriamo che anche il Governo, sensibilizzato dal Parlamento, possa contribuire ad approntare soluzioni rispetto ad una riforma che, per alcuni aspetti, era condivisa dall'intero schieramento politico, mentre per altri esisteva un certo dissenso, anche se non ideologico, che si tradurrà in proposte concrete. Mi auguro inoltre che non si assumano atteggiamenti di contrapposizione, ma che il dialogo prosegua, su una materia che richiede correttivi parlamentari concreti ed in tempi brevi, improntati ad uno spirito di collaborazione.

GIACOMO BAIAMONTE. Mi congratulo con il relatore per il lavoro svolto e mi dichiaro senz'altro favorevole alla proposta di documento conclusivo. Ho già spiegato, però, nel corso del mio intervento che non sono d'accordo con il decreto legislativo n. 229 principalmente per quanto riguarda i professori universitari, il cui stato giuridico è diverso da quello proprio dell'attività ospedaliera: tale questione non è stata accolta durante la stesura del richiamato decreto legislativo n. 229. Presenterò, dunque, un progetto di legge sui professori universitari « clinicizzati », in modo tale che si possano cancellare gli equivoci ed evitare molte problematiche (dalla durata dell'attività professionale alla normativa che impone a determinate situazioni che non riguardano il ruolo e la specifica figura del professore universitario).

PRESIDENTE. Onorevole Baiamonte, lei sa che sono perfettamente d'accordo con quanto ha affermato ed accolgo con favore l'ipotesi della presentazione di un provvedimento legislativo.

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTON. Vorrei esprimere la mia delusione in merito al fatto che il relatore non abbia accettato i suggerimenti e le integrazioni

che abbiamo proposto. Riteniamo, infatti, che un'indagine debba tenere conto di tutte le dichiarazioni che sono state rese nelle varie audizioni. Con le nostre proposte emendative, avremmo fornito un quadro più realistico rispetto alle esigenze territoriali che sono state evidenziate anche in Commissione. Ci sembra che la posizione del relatore non sia condivisibile perché tenta di interpretare soltanto una parte di quanto è stato detto: sarebbe necessario un documento più rispondente alle varie voci che abbiamo ascoltato, alcune indubbiamente di critica, ma altre di forte apprezzamento: ognuno di noi avuto modo di discutere con medici, ricevendo contestazioni ma anche approvazioni. Se pertanto la posizione del relatore si manterrà tale, anche i deputati del gruppo della Margherita esprimeranno un voto contrario.

Vorrei svolgere un'ultima considerazione rispetto a quanto affermato dalla collega Martini: ogni parlamentare ha la facoltà di presentare proposte di legge. Il Governo, da più di un anno — molto spesso in maniera propagandistica — ha annunciato un progetto complessivo. Oggi non è stato presentato e, nei prossimi giorni, capiremo se tale riforma — per iniziativa del Governo o del Parlamento — sarà presentata: in quel caso avanza-remo le nostre proposte.

In occasione della discussione del disegno di legge finanziaria fu fatto un « colpo di mano » e, se pensiamo a quell'episodio, gli auspici non sono i migliori. Ci comporteremo pertanto in relazione a quanto accadrà in futuro.

DOMENICO DI VIRGILIO. Sono grato all'onorevole Stagno d'Alcontres e a tutti i commissari per il lavoro svolto. Sono d'accordo con l'onorevole Labate quando afferma che non bisogna fare questioni personali: l'esperienza personale, però, porta a qualsiasi atto della nostra vita un contributo che può essere positivo o negativo. Il relatore ha avuto il merito di aver messo in evidenza che non deve esistere contraddizione nel lavoro dell'operatore ospedaliero che, giustamente, deve intrattenere un rapporto esclusivo e dare il meglio di se stesso

all'interno dell'ospedale, secondo un rapporto di fiducia con il paziente.

Una delle attuali difficoltà del mondo della medicina è rappresentata da una verticale caduta del rapporto di fiducia, tanto che oltre 9 milioni di italiani si affidano a medicine cosiddette alternative. Il cittadino compie la sua scelta affidandosi non alla struttura, ma al professionista a suo avviso più capace. Il professionista non opera in contrasto con la struttura a cui appartiene, nell'osservanza di tutte le leggi dello Stato, da quelle fiscali alle norme deontologiche. Esercitando la mia professione di medico, non ho mai assistito ad un contrasto tra l'attività libero professionale, svolta in *intra moenia* allargata, e l'attività aziendale. La difesa di poche « pecore nere » tra i medici ha provocato un forte calo verticale della fiducia dei cittadini, ma la maggior parte dei medici e degli infermieri opera con capacità ed in assoluta buona fede e correttezza verso la propria struttura. Non trovo che esista una contrapposizione tra il rapporto esclusivo del medico dipendente e la libera professione esercitata nel rispetto delle norme vigenti fuori dall'ospedale, ma anzi, si ottiene un beneficio; peraltro, se un medico sottraesse risorse umane ed economiche dell'ospedale incorrerebbe in un reato penale.

Infine, metto in evidenza un pericolo: so che a Roma esistono medici che operano in *intra moenia* stretta, percependo parcelle nettamente superiori a quelle delle strutture private.

PRESIDENTE. Se non vi sono altri interventi, vorrei rivolgere un ringraziamento a coloro i quali hanno richiesto l'indagine conoscitiva, in particolare al gruppo della Margherita: il lavoro svolto ci ha arricchito di nuove conoscenze e ci ha consentito di approfondire numerose questioni. Inoltre, ringrazio l'onorevole Stagno d'Alcontres e gli uffici che lo hanno aiutato nella stesura della proposta di documento conclusivo.

Aggiungo che condivido soprattutto la parte della proposta di documento conclusivo in cui si afferma che la disciplina

esaminata necessita di correttivi ed integrazioni anche sostanziali. Ritengo infatti che la norma possa essere condivisa nello spirito, ma sicuramente necessita di correzioni fondamentali che la rendano sempre più proficua sia per gli utenti sia per gli operatori sanitari.

Pongo quindi in votazione la proposta di documento conclusivo, come riformulata dal relatore.

(È approvata).

Risulta pertanto preclusa la votazione della proposta alternativa di documento conclusivo presentata dai gruppi dell'Ulivo.

Dispongo la pubblicazione in calce al resoconto stenografico della seduta odierna

delle proposte di modifica del documento conclusivo, della proposta alternativa di documento conclusivo dei gruppi dell'Ulivo e del documento conclusivo approvato dalla Commissione (*vedi allegati*).

Dichiaro conclusa la seduta.

La seduta termina alle 15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 23 aprile 2003.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO 1

Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria.**PROPOSTE DI MODIFICA DEL DOCUMENTO CONCLUSIVO*****Al Paragrafo 3.1 «L'adesione del personale al nuovo istituto»***

All'ultimo capoverso sostituire le parole: ulteriore aumento della retribuzione con le seguenti: contributo economico.

2. Bindi, Labate, Battaglia, Fioroni, Turco, Burtone, Maura Cossutta, Meduri, Zanotti, Mosella, Zanella, Bolognesi, Luigi Pepe.

Al Paragrafo 3.2 «Le differenze territoriali»

Al secondo capoverso, dopo le parole: al di fuori della Regione stessa aggiungere le seguenti: in contrasto con quanto stabilito dalle disposizioni normative vigenti nonché dalle disposizioni contrattuali.

3. Bindi, Labate, Battaglia, Fioroni, Turco, Burtone, Maura Cossutta, Meduri, Zanotti, Mosella, Zanella, Bolognesi, Luigi Pepe.

Al Paragrafo 3.5 «L'intramoenia allargata»

Al secondo capoverso sopprimere i periodi secondo, terzo e quarto.

4. Bindi, Labate, Battaglia, Fioroni, Turco, Burtone, Maura Cossutta, Meduri, Zanotti, Mosella, Zanella, Bolognesi, Luigi Pepe.

Al Paragrafo 3.6 «Le prestazioni libero professionali per l'azienda»

All'ultimo capoverso, primo periodo, aggiungere infine le seguenti: , dal momento che nonostante gli annunci più volte ripetuti, il Governo non ha mai finanziato un programma uniforme su tutto il territorio nazionale finalizzato all'abbattimento delle liste d'attesa.

5. Bindi, Labate, Battaglia, Fioroni, Turco, Burtone, Maura Cossutta, Meduri, Zanotti, Mosella, Zanella, Bolognesi, Luigi Pepe.

Al Paragrafo 3.7 «Le peculiarità degli Irccs»

Aggiungere infine il seguente periodo:

Vanno evidenziate le difficoltà degli ospedali classificati ad applicare la riforma di cui al decreto legislativo n. 229/99 per la mancanza di fondi in quanto le Regioni non si fanno carico degli oneri contrattuali del personale medico.

6. Bindi, Labate, Battaglia, Fioroni, Turco, Burtone, Maura Cossutta, Meduri, Zanotti, Mosella, Zanella, Bolognesi, Luigi Pepe.

Al paragrafo 5 «Conclusioni e prospettive di riforma»

Al capoverso 12, dopo il primo periodo aggiungere il seguente:

È opportuno dare corso ad una verifica degli atti aziendali esitati dai direttori

generali al fine di attivare l'istituto dell'intramoenia.

1. Massidda, Baiamonte, Minoli Rota, Burani Procaccini, Di Virgilio, Borriello, Cuccu.

Al paragrafo 5, « Conclusioni e prospettive di riforma » sostituire i capoversi dal 2 al 13, con i seguenti:

Le rilevazioni sull'andamento della libera professione intramoenia portano a conclusioni particolarmente pesanti. Viene infatti affermato, da un lato, che gli scopi per cui questo sistema è stato organizzato sono ben lungi dall'essere raggiunti, dall'altro che il sistema stesso si è prestato e si presta a usi distorti.

Il sistema doveva servire ai medici e ai pazienti. Si è evidenziato che è servito ad alcuni medici; la maggior parte dei medici ne è rimasta fuori. A nulla poi è servito ai pazienti, i quali al contrario si sono rivolti al medico libero professionista quasi esclusivamente per avere le prestazioni in tempi brevi. Tale risultato, noto a tutti da sempre, è paradossale: più lunghi sono i tempi di attesa più è richiesta la libera professione. Esattamente il contrario di quanto preventivato.

La gestione poco trasparente è connotata al sistema. Non potrebbe essere diverso dal momento in cui il paziente lo utilizza per avere la prestazione in tempi minori.

Ma il diritto del paziente di avere visite ed esami in tempi ragionevoli consentirebbe di accedere alla libera professione a spese della A-USL quando i tempi medi (stabiliti dalla regione) vengono superati. Non risulta che alcuna A-USL o regione attui questa norma, peraltro stabilita dal decreto legislativo n. 124 del 1998.

Occorre affrontare il problema in modo radicale e dichiarare che la libera professione intramoenia è un fallimento per i medici e per i pazienti.

Se è stato fatto un primo passo positivo, quello di definire il rapporto di lavoro esclusivo, quindi di fare scegliere — ed ha scelto il 90 per cento dei medici — per il pubblico, occorre dichiarare definitivamente che chi lavora nel sistema pubblico non deve lavorare né nel sistema privato né in modo privato al suo interno.

Una soluzione potrebbe essere quella di ridistribuire con la retribuzione del personale medico la quota che una parte di esso percepisce con la libera professione, (che di poco supera i mille miliardi di vecchie lire), in modo equo, premiando particolarmente chi lavora in ordine all'appropriatezza delle prestazioni e soprattutto chi stabilisce con i pazienti un rapporto personalizzato — di presa in carico — piuttosto che parcellizzato e burocratico.

Sopprimere i capoversi 16 e 17.

Sopprimere l'ultimo capoverso.

7. Valpiana.

ALLEGATO 2

Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria.**PROPOSTA ALTERNATIVA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO DEI GRUPPI DELL'ULIVO****1. Gli obiettivi dell'indagine conoscitiva.**

L'indagine conoscitiva sull'attività libero-professionale dei medici all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale (cosiddetta libera professione intramuraria o *intramoenia*) è stata deliberata dalla XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati il 28 maggio 2002, al fine di acquisire ogni elemento informativo utile per una valutazione approfondita dello stato di attuazione della disciplina in materia.

Il ricorso all'indagine conoscitiva è parso necessario anche per la mancata attivazione di due importanti strumenti conoscitivi previsti dalla normativa vigente ¹: la relazione annuale del Governo al Parlamento sull'attività libero professionale intramuraria dei medici; il nuovo Osservatorio per l'attività libero professionale, presso il Ministero della salute, organismo volto ad acquisire gli elementi di valutazione in materia e ad elaborare, in collaborazione con le regioni, proposte al Parlamento.

Il programma ha previsto audizioni dei soggetti coinvolti nella riforma, scelti a campione in diverse Regioni. La Commissione ha dedicato alle audizioni nove sedute. In particolare, sono stati auditi i rappresentanti:

delle organizzazioni sindacali e di rappresentanza (dei medici ospedalieri e universitari: SNAMI, ANAAO-ASSOMED, CIMO-ASMD, ANPO e FIMMG; CIPUR e USPUR; dei direttori di aziende ospedaliere: FIASO e Federsanità-ANCI; nonché rappresentanti di CGIL, CISL e UIL);

del Comitato nazionale universitario (CNU);

dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;

del Tribunale per i diritti del malato;

di numerosi Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.);

Alcuni dei soggetti auditi hanno sottoposto all'attenzione della Commissione documentazione scritta in ordine alla tematica in esame. La Conferenza dei presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, che non ha potuto assicurare la partecipazione dei propri rappresentanti, ha inviato del materiale di documentazione.

La Commissione non ha ritenuto di procedere a specifiche missioni nelle diverse realtà territoriali, inizialmente previste dal programma dei lavori.

A conclusione dell'indagine la Commissione ha ascoltato la relazione presentata dal Ministro della salute, Prof. Girolamo Sirchia.

Il termine dell'indagine conoscitiva, inizialmente previsto per il 30 novembre 2002, è stato successivamente prorogato al 28 febbraio 2003.

2. Il quadro normativo di riferimento**2.1 La disciplina della dirigenza**

Le disposizioni recate dal Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, integrando il testo del Decreto legislativo 30

¹ D.lgs. n. 502/1992, art. 15-*quatordecies* (articolo aggiunto dal d.lgs. n. 254/2000).

dicembre 1992, n. 502, hanno modificato la disciplina relativa alla dirigenza sanitaria. In particolare:

è previsto un ruolo dirigenziale unico, al posto dei due precedenti livelli dirigenziali (articolo 15);

al dirigente sono attribuiti incarichi di struttura semplice o di struttura complessa (articolo 15-*ter*), intendendosi per struttura l'articolazione organizzativa per la quale è prevista responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie (articolo 15-*quinquies*, comma 5), ed in particolare per struttura complessa i dipartimenti e le strutture già riservate ai dirigenti di secondo livello (articolo 15-*quinquies*);

è introdotta l'esclusività del rapporto di lavoro dirigenziale (articolo 15-*bis*, comma 2), che comporta il divieto dell'attività libero professionale extramuraria e la possibilità di esercizio unicamente di attività libero-professionale *intramoenia*. Il dirigente sanitario con rapporto di lavoro esclusivo non può chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo (articoli 15-*quater* e 15-*quinquies*). Solo per i dirigenti già in servizio alla data del 31 dicembre 1998 è possibile continuare ad avere un rapporto non esclusivo, con la facoltà di esercitare, per la dirigenza sanitaria (dipendenti di secondo livello, primari) la libera professione extramuraria.

gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, presuppongono che il dirigente sia in rapporto di lavoro esclusivo (articolo 15-*quinquies*, comma 5).

In tale quadro va, altresì, osservato che la legge 30 dicembre 1991, n. 412 (articolo 4, comma 7) ha sancito il criterio dell'unicità del rapporto di lavoro del personale medico del SSN e che l'articolo 72, comma 6, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, ha istituito un fondo per l'esclusività del rapporto dei dirigenti del ruolo sanitario che hanno optato per l'esercizio della libera professione intramuraria. Sono ammessi ai benefici del fondo i medesimi dirigenti a condizione che abbiano rinunciato alla

facoltà di svolgere la libera professione extramuraria e qualsiasi altra attività sanitaria resa a titolo non gratuito e comunque ad eccezione delle attività rese in nome e per conto dell'azienda sanitaria di appartenenza.

Occorre infine rilevare che la riforma in questione, introducendo considerevoli forme premiali sia sotto il profilo stipendiale che della progressione in carriera, per i dipendenti che optano per il rapporto di lavoro esclusivo, ha di conseguenza disincentivato pesantemente il personale che intende svolgere il *part-time*.

2.2 Gli aspetti organizzativi dell'attività libero-professionale

L'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per lo svolgimento dei compiti istituzionali. Tale previsione risulterebbe finalizzata ad equilibrare il rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale, nonché a ridurre progressivamente le liste di attesa.

La definizione del corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale, nel rispetto di specifici principi, è affidata alla disciplina contrattuale nazionale (articolo 15-*quinquies*, comma 3).

In base alla disciplina vigente, il direttore generale fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire spazi sostitutivi fuori dall'azienda in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati e altresì ad attivare misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste d'attesa per le attività istituzionali, sulla base di uno specifico atto di indirizzo e coordinamento.

La mancata assunzione, da parte del direttore generale, di tutte le iniziative per consentire il pieno esercizio della libera professione intramuraria costituisce causa

impeditiva per il rinnovo dell'incarico, e, nei casi più gravi, motivazione per la decisione di revoca dell'incarico di direttore generale.

Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 marzo 2000, sono fissati i criteri direttivi per le specifiche iniziative che i direttori generali devono adottare per il reperimento delle strutture non accreditate e per garantire la progressiva riduzione delle liste di attesa. Con tale decreto si è dovuto, inoltre, precisare che per attività libero-professionale del personale medico e delle altre professioni della dirigenza del ruolo sanitario si intende l'attività che detto personale, individualmente o in *équipe*, esercita fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale e di ricovero a favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni, o fondi sanitari integrativi. I direttori delle aziende sanitarie devono adottare un apposito atto aziendale per la definizione delle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria.

Le disposizioni dell'atto di indirizzo e coordinamento si applicano a tutto il personale medico chirurgo, odontoiatra, veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi) nonché, ai soli fini dell'attribuzione degli incentivi economici, al restante personale sanitario dell'*équipe* ed al personale che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale.

In caso di carenze di strutture si consente di utilizzare, limitatamente all'attività libero professionale ambulatoriale, studi professionali privati, ivi compreso quello proprio. Tale possibilità, introdotta con l'articolo 3 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, è comunque limitata al 31 luglio 2003.

Si deve comunque evidenziare che il medesimo atto di indirizzo e coordinamento prevede che tutte le disposizioni relative all'organizzazione dell'attività intramuraria (artt. da 4 a 13 del provvedimento) cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore della

disciplina regionale in materia. Le Regioni hanno pertanto provveduto a dettare propri regolamenti, ferma restando l'autonomia riservata alle singole aziende per adattare l'istituto alle specifiche realtà territoriali.

Le disposizioni contenute nei C.C.N.L. 1998/2001 delle aree dirigenziali² ribadiscono sostanzialmente quanto stabilito dalle norme fin qui esaminate e definiscono i criteri generali per la formazione delle tariffe e per l'attribuzione dei proventi sulla base di specifici indirizzi.

Si ricorda da ultimo che la legge 23 dicembre 1999, n. 488 (legge finanziaria 2000), ha ridotto le quote di partecipazione alla spesa, da parte della Regione, per le prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero o di *day-hospital* (articolo 28, commi 1-6). Le economie di spesa conseguenti sono state destinate ad incrementare il fondo per l'indennità di esclusività.

3. Stato di attuazione dell'intramoenia nelle diverse aree territoriali

Dalle audizioni svolte emerge un primo quadro generale sulle modalità di attuazione che viene di seguito descritto.

3.1. L'adesione del personale al nuovo istituto

Il primo dato significativo emerso nel corso dell'indagine è che il 90 per cento dei medici e pressoché la totalità degli altri dirigenti del ruolo sanitario (con la sola eccezione degli odontoiatri) hanno optato per il rapporto esclusivo con il S.S.N., usufruendo della cosiddetta indennità di rapporto esclusivo. La tabella della pagina seguente fornisce dati disaggregati al riguardo. Non si registrano inoltre rilevanti differenze tra un'area territoriale e l'altra.

² Si tratta in particolare degli articoli 54-60.

**PERSONALE CON RAPPORTO ESCLUSIVO E NON ESCLUSIVO
PER CATEGORIE PROFESSIONALI**

Dirigenti del ruolo sanitario	con rapporto esclusivo %	con rapporto non esclusivo %
Medici (19.468)	90,36	9,64
Altri dirigenti (17.569)	98,05	1,95
<i>di cui:</i>		
Veterinari	96,65	3,35
Odontoiatri	57,14	42,86
Farmacisti	99,91	0,09
Biologi	100	-
Chimici	100	-
Fisici	100	-
Psicologi	97,21	2,79
Totale	91,58	8,42

Fonte: elaborazione A.S.S.R. (audizione 28 novembre 2002) su dati Conto Annuale IGOP - Ministero dell'economia.

Si deve peraltro sottolineare che, a fronte dei moltissimi medici che hanno optato per il rapporto esclusivo (nei fatti, gran parte di essi non svolgeva in precedenza attività libero professionale), è molto più ristretto il numero di coloro che esercitano attualmente l'attività *intramoenia* e beneficiano pertanto dei proventi connessi allo svolgimento di tale attività professionale.

3.2. Le differenze territoriali

Il secondo dato significativo concerne le forti differenze territoriali. Nel setten-

trione l'attuazione di tale istituto risulta molto più avanti rispetto al sud, anche se in modo tutt'altro che uniforme (diversi soggetti auditi, per descrivere lo stato di attuazione della riforma, hanno utilizzato l'espressione «a macchia di leopardo»). L'*intramoenia* ambulatoriale ha trovato attuazione più tempestiva che non quella in regime di ricovero: al nord nella forma dell'*intramoenia* propriamente detta; al sud, invece, soprattutto nella configurazione dell'*intramoenia* allargata. L'attività in regime di ricovero è ancora poco diffusa e sono segnalati dappertutto difficoltà e ritardi.

Per quanto poi riguarda la regolamentazione dell'attività, si registrano significative differenze tra Regione e Regione, ed anche tra un'azienda sanitaria e l'altra: ad esempio, alcune non permettono più di un ambulatorio esterno, e comunque solo nel territorio dell'azienda stessa; altre ne consentono più di uno, anche al di fuori della Regione stessa. Lo stesso può dirsi delle tariffe: alcune aziende computano i costi aziendali in aggiunta, altre in detrazione rispetto alla parcella del singolo sanitario.

3.3. *L'intramoenia in regime di ricovero*

Come già evidenziato, l'*intramoenia* in regime di ricovero si è affermata in forma ancora molto limitata al nord, e costituisce un'eccezione al sud. Si può ricordare, a quest'ultimo proposito, il caso dell'azienda ospedaliera Cannizzaro di Catania, presso la quale è molto sviluppata l'attività libero professionale in regime di ricovero — grazie alla creazione di nuove strutture — mentre quella ambulatoriale è assai ridotta.

Oggi, laddove è attivata, l'*intramoenia* in regime di ricovero si appoggia prevalentemente a strutture private non accreditate; perché sia attivata nell'ambito delle strutture pubbliche in senso stretto, appare infatti essenziale la disponibilità di locali sufficientemente differenziati da quelli destinati ai pazienti ordinari; in caso contrario, il diverso trattamento sarebbe del tutto incomprensibile e ingiustificabile per questi ultimi, con riflessi negativi inevitabili sull'immagine del SSN.

Tra le ragioni oggettive di tale situazione, la principale è che la predisposizione di strutture destinate all'attività in regime di ricovero esige investimenti onerosi e tempi di realizzazione più lunghi: è necessario innanzitutto selezionare le aree territoriali per le quali è preventivabile una richiesta effettiva di tali servizi; occorre poi procedere alla progettazione degli impianti, tenendo conto della compatibilità dei nuovi interventi con le caratteristiche strutturali delle strutture esistenti; ci sono infine i tempi per l'accesso

ai finanziamenti e per l'esecuzione concreta delle opere.

3.4. *I ritardi negli investimenti strutturali*

Dall'analisi dell'utilizzo delle risorse stanziato per il potenziamento delle strutture emergono dati preoccupanti. Il decreto legislativo n. 254/2000 ha destinato per tale finalità una somma non superiore a 930 milioni di euro, da imputarsi agli stanziamenti per l'edilizia sanitaria di cui all'articolo 20 della legge n. 67/1988, più volte rifinanziata. Il decreto del Ministro della salute 8 giugno 2001³ ha ripartito tra le Regioni, per la finalità predetta, circa 826 milioni di euro. Alla data del 19 febbraio 2003 erano stati ammessi al finanziamento 35 interventi, per un valore di quasi 105 milioni di euro (circa l'11 per cento delle risorse disponibili).

Lo scarso numero di richieste di accesso al finanziamento si spiega — secondo il Ministro della salute, intervenuto sul punto nel corso dell'audizione — con l'esigenza delle ASL di inquadrare gli interventi edilizi destinati alla libera professione entro più vasti progetti di intervento in edilizia e tecnologie sanitarie, ciò al fine di ottenere economie di scala e garantire coerenze qualitative e quantitative, tanto più in considerazione del fatto che assai spesso si impongono, per urgenza, ben altri lavori di ristrutturazione ospedaliera o ambulatoriale.

3.5. *L'intramoenia allargata*

In mancanza degli indispensabili interventi di adeguamento delle strutture edilizie pubbliche, l'*intramoenia* si è realizzata per lo più nella forma cosiddetta « allargata ». Nel meridione, in particolare, il ricorso a questo assetto « temporaneo » (il legislatore ne ha autorizzato l'utilizzo solo per la gestione della fase transitoria) è prevalente anche per le prestazioni ambulatoriali.

³ Pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 243 del 2001.

In riferimento all'assetto dell'intramuraria allargata, sono state sottolineate dai soggetti auditi alcune distorsioni. Gli adempimenti cui è sottoposto il medico da parte della ASL di appartenenza, ancorché gravosi per il medico stesso (costretto ad adempimenti burocratici normalmente estranei ai suoi compiti), assumono carattere prevalentemente formale, e non garantiscono perciò efficaci controlli sulle modalità attraverso le quali viene effettivamente gestita tale attività. A tale proposito, è stato avanzato il sospetto che i medici autorizzati ad esercitare la libera professione intramuraria in studi privati operino, in taluni casi, senza fatturare le prestazioni sul ricettario aziendale. Gli stessi dati sulle entrate dell'attività intramuraria (assai modeste, almeno fino ad oggi) alimentano molti dubbi al riguardo.

L'esercizio di questa attività al di fuori delle strutture sanitarie pubbliche, secondo l'opinione prevalente degli stessi dirigenti responsabili delle ASL, rende d'altronde quasi impossibile un reale controllo da parte delle ASL medesime.

È stato espresso altresì un giudizio negativo, da parte di qualcuno degli intervenuti, sul regime fiscale collegato all'intramuraria allargata (il professionista in regime di *intramoenia* allargata non gode di determinati benefici fiscali accordati ai privati; in particolare, non avendo partita IVA, non può detrarre i costi sostenuti).

3.6. Le prestazioni libero professionali per l'azienda

Le prestazioni libero professionali *intramoenia* sono nella gran maggioranza dei casi pagate direttamente dagli assistiti. Solo di rado sono remunerate dall'azienda sanitaria stessa, con tariffe calmierate, per la riduzione delle liste di attesa relative al servizio istituzionale (in particolare, nei servizi di radiologia, di analisi e dove sono richieste metodologie strumentali).

Tra i soggetti auditi, l'Istituto nazionale di ricovero e cura per gli anziani di Ancona ha sperimentato, soprattutto nella

sede di Roma, l'*intramoenia d'équipe*, al fine di ridurre le liste di attesa istituzionali. Il modello prevede la divisione degli introiti secondo accordi: una parte all'*équipe* ed una parte all'amministrazione. Analogamente, l'Istituto dermatopatico dell'Immacolata di Roma (I.D.I.) ha concordato con i medici radiologi l'erogazione di prestazioni aggiuntive, ottenendo l'azzeramento, o quasi, delle liste di attesa per alcuni tipi di esame. Questo è stato possibile perché le tariffe per le prestazioni *intramoenia* corrispondono, più o meno, con quelle del S.S.N., ma l'operazione espone l'istituto al rischio di superare i tetti di spesa fissati dalla Regione. La Regione Lombardia, invece, ha in un primo momento stabilito che anche le tariffe delle prestazioni fuori orario fossero a carico pubblico. Le liste di attesa, tuttavia, diminuite dal principio, si sono presto riformate a causa dell'alto numero di domande, e la Regione ha attuato tagli di bilancio.

In linea generale, il ricorso dell'azienda stessa alla libera professione dei medici (soprattutto per le prestazioni d'*équipe*), molto utile per lo smaltimento delle liste di attesa, si è rilevato spesso impraticabile per la mancanza di fondi. Per questa ragione, solo in pochissime parti d'Italia si è attuato l'istituto, che era previsto espressamente dal contratto per l'incremento delle prestazioni istituzionali.

3.7. Le peculiarità degli IRCCS

La Commissione ha dedicato una particolare attenzione all'attività svolta dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. In alcuni di questi Istituti l'esperienza delle camere a pagamento, realizzata prima della riforma del 1999, ha facilitato l'avvio dell'attività libero professionale. Interessante, sotto questo aspetto, il caso dell'Istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori di Milano, all'interno del quale si è registrata l'adesione di tutto il personale medico alla nuova disciplina, motivata dai vantaggi dal punto di vista logistico e operativo e dalla