

possibilità di garantire comunque un alto livello di assistenza al paziente ricoverato. E lo stesso Istituto ha potuto beneficiare di significative entrate aggiuntive. Positiva anche l'esperienza dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma, nel campo peraltro della sola attività ambulatoriale; come già evidenziato, sono stati raggiunti importanti risultati, in particolare, grazie all'utilizzo dell'*intramoenia* da parte dei medici radiologi non solo per le prestazioni a pagamento ma anche di quelle per i pazienti assistiti dal SSN, ciò che ha favorito la drastica riduzione delle liste di attesa.

D'altra parte si è posto per alcuni IRCCS di diritto privato un problema relativo alla copertura degli oneri per l'indennità di esclusiva. In particolare, il presidente dell'Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma ha evidenziato i consistenti oneri che hanno gravato sull'Istituto in seguito alla larga adesione del personale al rapporto cosiddetto esclusivo; a fronte di tali spese le entrate per lo svolgimento dell'attività libero professionale sono state molto inferiori.

Appare inoltre sorprendente il mancato accesso degli IRCCS ai finanziamenti previsti per le opere di ristrutturazione, i cui oneri sono pertanto gravati esclusivamente sui bilanci degli Istituti stessi. Paradossale, a tale proposito, l'esperienza del Policlinico San Matteo di Pavia: l'ospedale ha realizzato una clinica per l'*intramoenia* in regime di ricovero, in convenzione con una società privata che si è assunta l'onere di ristrutturare un ex convento di monache e di gestire la clinica; dopo un avvio particolarmente positivo, la gestione si è però rivelata non remunerativa e la società ha disdettato l'accordo, richiedendo il risarcimento dei danni subiti: si tratta di oneri molto pesanti per il bilancio del Policlinico.

4. Confronto tra obiettivi iniziali e risultati effettivi

La documentazione raccolta dalla Commissione è molto vasta, anche se la man-

cata attivazione dell'Osservatorio per l'attività libero professionale presso il Ministero della salute (che dovrebbe essere costituito peraltro a breve termine) ha ostacolato la raccolta di dati disaggregati che consentano una valutazione puntuale del fenomeno. Si possono effettuare comunque alcune considerazioni sulla rispondenza dell'istituto della libera professione intramuraria, così come attuato fino ad oggi, in rapporto alle finalità che esso si proponeva all'origine.

La riforma sanitaria introdotta con il decreto legislativo 299/99 e in particolare l'istituto dell'attività libero professionale intramoenia mediante rapporto esclusivo con il servizio sanitario nazionale ha lo scopo sia di poter garantire piena soddisfazione economica e professionale per i medici che, in base ai dati, per la stragrande maggioranza hanno scelto questo regime, sia di offrire ai cittadini prestazioni professionali di qualità in un sistema trasparente e di offrire da parte dell'azienda pubblica prestazioni in regime privatistico. Questa riforma fu studiata e approvata dal Governo e dal Parlamento nella scorsa legislatura qualificandola come una riforma strutturale del sistema e come tale oggetto di finanziamento pubblico. Scopo istituzionale di questa riforma non è l'abbattimento delle liste di attesa né l'aumento delle entrate per le aziende sanitarie, anche se l'istituto dell'attività libero professionale intramoenia, se correttamente utilizzata come dimostrano alcune realtà regionali, è stato individuato come utile strumento per l'abbattimento delle liste d'attesa e anche come uno strumento per recuperare nuove entrate. Del resto a tale scopo è stata prevista la creazione di fondi integrativi. Le Regioni metteranno in discussione il contratto del personale medico se verrà cambiata la riforma.

Il costo della riforma per le regioni si è, comunque, rivelato sottostimato per oltre 282,5 milioni di euro rispetto a quanto previsto alla firma del contratto, portando la spesa complessiva a 1.120 milioni di euro. Tali incrementi di spesa sono dovuti proprio alle indennità conse-

guenti all'opzione della libera professione *intramoenia*, mentre i guadagni per le aziende sono stati pari a circa 93 milioni di euro. D'altra parte, risulta che i professionisti abbiano incassato, oltre alle indennità previste dal contratto collettivo, 617 milioni di euro per le visite rese in regime di libera prestazione professionale intramuraria.

5. Conclusioni e prospettive di riforma

Le risultanze dell'indagine conoscitiva inducono ad una approfondita riflessione sull'istituto dell'*intramoenia* la cui disciplina è stata applicata con difformità nelle diverse realtà regionali evidenziando una situazione a macchia di leopardo, caratterizzata da vizi e virtù, nell'arco dei 3 anni applicativi dell'istituto medesimo.

L'istituto dell'*intramoenia* rivela gravi problemi applicativi in alcune realtà regionali, riferibili al Mezzogiorno del paese, poiché ha impattato con problemi definibili come « strutturali » dal punto di vista di una corretta politica sanitaria: assenza di congrue programmazioni sul terreno dei servizi e delle reti ospedaliere; scarsa capacità di utilizzo delle risorse destinate alla politica degli investimenti; assenza di atti aziendali di indirizzo verso il complesso delle aziende sanitarie di territorio ed ospedaliere; quasi nulla attivazione di sistemi di controllo di gestione dell'attività intra ed extraospedaliere, che hanno determinato al sud, per la quasi totalità della realtà conoscitiva, l'applicazione dell'istituto nella sua forma d'eccezione di « *intramoenia allargata* » rispetto alla normativa e al contratto. Al centro nord e in modo particolare in molte delle regioni dove programmazione, governo della domanda e dell'offerta sanitaria, si sono coniugate con una politica di ristrutturazione delle strutture esistenti o di progettualità delle nuove strutture, in una dimensione sinergica e strategica, nonché previgente dell'utilizzo dell'istituto medesimo, la realtà conoscitiva dimostra una buona applicazione dell'istituto stesso sul terreno delle prestazioni specialistico ambulatoriali, con un ragionevole conten-

imento delle liste d'attesa, come in Toscana, Emilia Romagna, ed Umbria. Il problema delle liste d'attesa, tuttavia, non è risolubile, affidandolo unicamente all'istituto dell'*intramoenia*, anche se esso può fornire con questo istituto alcune risposte, peraltro previste dalla normativa contrattuale, che non riguardano la libera professione individuale, ma quella aziendale e d'équipe. Si tratta di attivare strumenti appositi per affrontare il problema delle liste d'attesa, ma che finora non sono stati utilizzati per mancanza di risorse finanziarie.

L'esercizio, infine, della libera professione all'interno delle strutture ospedaliere in costanza di ricovero è applicata in poche realtà, anche se non mancano lodevoli esempi quali Empoli in Toscana e Padova in Veneto.

Da questo punto di vista, occorre porre in essere una immediata verifica da parte del Governo con tutte le regioni italiane sullo stato di attuazione e di avanzamento dei lavori rispetto alle intese istituzionali e agli accordi di programma, stipulati ed in corso di definizione, per accertare sia il pieno utilizzo dei fondi ex articolo 20 legge 67/88, sia dei fondi specifici previsti per la istituzione dell'*intramoenia* per le strutture ospedaliere in 1800 miliardi di vecchie lire, contenuti nel decreto legislativo n. 254/2000, al fine di verificare se le aziende sanitarie ospedaliere e locali hanno rivisto e corretto i progetti di intervento in funzione dell'*intramoenia*.

Inoltre occorre che il Governo stabilisca con l'intesa delle Regioni un protocollo, che definisca tariffe accessibili per quanto riguarda l'attività libero professionale in regime di ricovero che attualmente, la dove definite, sono abbastanza alte e pertanto scoraggiano il cittadino dal seguire questo canale e lo indirizzano, se possiede una qualsiasi forma di assistenza integrativa, verso strutture private. Si possono ipotizzare sistemi che prevedano la definizione di tariffe, che tengano conto, in minima parte, dei costi generali o di ammortamento dell'intera struttura ospedaliere. A monte però vi deve essere l'assunzione di responsabilità da parte del Governo di attuare tramite decreto e re-

golamento, d'intesa con le Regioni, Fondi integrativi regionali, attraverso i quali, tutto ciò che è fuori dai LEA può essere garantito al cittadino attraverso i fondi integrativi che possono agevolmente coprire i costi per la libera professione intramoenia.

Infine, occorre che le regioni convalidino e verifichino alcuni strumenti di trasparenza verso il cittadino e di controllo per la corretta applicazione dell'istituto dell'intramoenia.

Esposizione al pubblico delle tariffe da pagare per la specialistica ambulatoriale intramoenia ed elenco dei medici dell'intramoenia allargata con relative tariffe. Informazione circa il rilascio di apposita ricevuta fiscale per la prestazione pagata. Controlli di gestione tra richieste di prestazione in libera professione e numero di quelle effettuate tramite i bollettari al fine di verificare il rapporto costo-beneficio.

Verificare, in sede di rinnovo contrattuale e in base ai tempi regionali di attuazione dei progetti di ristrutturazione ospedaliera e di territorio, la temporizzazione dell'intramoenia allargata, prevedendo opportuni strumenti di controllo.

Infine occorre rimuovere alcune rigidità riconducibili ad una approssimativa assimilazione dell'attività libero professionale intramoenia al lavoro dipendente, rivedendo il regime fiscale e riconoscendo che si tratta a tutti gli effetti di una attività libero professionale.

In conclusione, l'istituto della libera professione intramuraria, dimostra che laddove è stato applicato sia in conformità di legge, che di disposizioni previste dal contratto, ha funzionato, corrispondendo allo spirito che aveva animato i principi informativi della riforma *ter*; laddove le difficoltà più generali di programmazione e governo della politica sanitaria hanno pesato di più l'istituto ha avuto scarsa o anomala applicazione. Ciò induce con le proposte formulate, ad una più efficace applicazione in costanza di una vigile e appropriata azione di controllo da parte degli organi centrali e regionali.

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

ALLEGATO 3

Indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria.**DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO DALLA COMMISSIONE****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 decor-

rere 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 dermatologico 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 possibilità di garantire comunque un alto livello di assistenza al paziente ricoverato. E lo stesso Istituto ha potuto beneficiare di significative entrate aggiuntive. Positiva anche l'esperienza dell'Istituto dermatologico dell'Immacolata (IDI) di Roma, nel campo peraltro della sola attività ambulatoriale; come già evidenziato, sono stati raggiunti importanti risultati, in particolare, grazie all'utilizzo dell'*intramoenia* da parte dei medici radiologi non solo per le prestazioni a pagamento ma anche di quelle per i pazienti assistiti dal SSN, ciò che ha favorito la drastica riduzione delle liste di attesa.

D'altra parte si è posto per alcuni IRCCS di diritto privato un problema relativo alla copertura degli oneri per l'indennità di esclusiva. In particolare, il presidente dell'Ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma ha evidenziato i consistenti oneri che hanno gravato sull'Istituto in seguito alla larga adesione del personale al rapporto cosiddetto esclusivo; a fronte di tali spese le entrate per lo svolgimento dell'attività libero professionale sono state molto inferiori.

Appare inoltre sorprendente il mancato accesso degli IRCCS ai finanziamenti previsti per le opere di ristrutturazione, i cui oneri sono pertanto gravati esclusivamente sui bilanci degli Istituti stessi. Paradossale, a tale proposito, l'esperienza del Policlinico San Matteo di Pavia: l'ospedale ha realizzato una clinica per l'*intramoenia* in regime di ricovero, in convenzione con una società privata che si è assunta l'onere di ristrutturare un *ex* convento di monache e di gestire la clinica; dopo un avvio particolarmente positivo, la gestione si è però rivelata non remunerativa e la società ha disdetto l'accordo, richiedendo il risarcimento dei danni subiti: si tratta di oneri molto pesanti per il bilancio del Policlinico.

4. Confronto tra obiettivi iniziali e risultati effettivi

La documentazione raccolta dalla Commissione è molto vasta, anche se la mancata attivazione dell'Osservatorio per l'attività libero professionale presso il Ministero della salute (che dovrebbe essere costituito peraltro a breve termine) ha ostacolato la raccolta di dati disaggregati che consentano una valutazione puntuale del fenomeno. Si possono effettuare comunque alcune considerazioni sulla rispondenza dell'istituto della libera professione intramuraria, così come attuato fino ad oggi, in rapporto alle finalità che esso si proponeva all'origine.

La disciplina sull'*intramoenia* — tra i punti qualificanti della riforma del sistema sanitario nazionale varata con il decreto legislativo n. 229/1999 — intendeva generare benefici per i cittadini, i medici, le aziende sanitarie ed il SSN nel complesso: per i cittadini, migliorando il servizio reso loro (con la riduzione delle liste di attesa; la possibilità di scegliere il medico di fiducia e di ricevere, in caso di ricovero, un trattamento alberghiero; il calmieramento delle tariffe); per i medici, valorizzandone la professionalità (con il fornire loro, in quanto liberi professionisti, l'organizzazione e i mezzi propri del SSN) e, in ogni caso, indennizzandoli per la rinuncia alla libera professione *extra moenia*; per le aziende sanitarie, creando un nuovo canale di entrate e riducendo, attraverso un miglior utilizzo delle strutture e dei macchinari (per esempio anche di notte e nei giorni festivi), gli oneri di ammortamento degli investimenti.

Sulla base dell'indagine conoscitiva svolta, si può affermare che i risultati attesi sono ancora molto lontani dall'essere raggiunti, anche in considerazione del fatto che in molte aree del Paese l'attuazione dell'istituto è ancora all'«anno zero», a causa della complessità degli investimenti e delle procedure necessarie per garantire le condizioni di base all'esercizio dell'attività intramuraria e, in alcuni casi, come sostenuto da alcuni dei soggetti

auditi, per resistenze culturali da parte dei vertici delle ASL.

In alcune Regioni (ad esempio la Lombardia o il Trentino-Alto Adige), l'istituto ha contribuito ad accrescere l'offerta dei servizi da parte delle strutture pubbliche. Si tratta di un aspetto sicuramente positivo, soprattutto laddove si fa fronte ad una domanda effettiva da parte di quei pazienti che sono in grado di sostenere i costi superiori di una prestazione in rapporto di libera professione (ad esempio i soggetti che usufruiscono di mutue private). Sfruttando queste potenzialità, può esserci anche un ritorno economico consistente per le ASL, come dimostrato da alcune realtà locali. È stato inoltre osservato che l'offerta di prestazioni libero professionali *intramoenia*, attraendo nuovi pazienti nelle strutture pubbliche, agevola la raccolta di dati sanitari e la formazione di casistiche utili alla ricerca scientifica.

Peraltro, proprio la scarsa attivazione dell'*intramoenia* aziendale, sopra analizzata, ha contribuito a rendere assai limitata l'efficacia del nuovo istituto per la riduzione della durata delle liste di attesa. Le ASL non sono riuscite ad organizzarsi in modo adeguato per garantire l'erogazione in tempi ragionevoli delle prestazioni rese per servizio istituzionale (prestazioni dovute e poste a carico della fiscalità generale) e dunque per ridurre le liste di attesa relative. In difetto di tale condizione, il ricorso alla prestazione libero professionale non è stato vissuto dal cittadino come opportunità di scegliere il medico di fiducia e di ricevere un trattamento accessorio migliore, bensì come un canale quasi obbligato per ottenere, a pagamento, una prestazione sanitaria per la quale avrebbe dovuto invece attendere per un lunghissimo periodo.

Inoltre, la gestione dei servizi resi in regime di *intramoenia* appare spesso poco trasparente: non sono chiaramente separati i luoghi o gli sportelli di prenotazione (quello per la prestazione istituzionale e quello per la prestazione libero professionale); non sono adeguatamente pubblicizzate le tariffe; mancano gli elenchi dei

medici. In generale, gli assistiti non vengono sufficientemente informati, il che genera il rischio di fraintendimenti. I rappresentanti del Tribunale dei diritti del malato hanno riferito delle proteste di cittadini, sottoposti ad interventi a pagamento senza averne avuto consapevolezza per tempo.

La mancanza di trasparenza si presenta, sotto un profilo diverso, nell'assetto dell'*intramoenia* allargata, nel quale è difficile per le direzioni sanitarie, come già sottolineato, effettuare controlli efficaci sull'operato dei medici. Secondo il Ministro della salute, anzi, vige nell'*intramoenia* allargata una sostanziale « anarchia ».

In conclusione, la doppia lista di attesa (istituzionale e a pagamento) ha generato spesso negli assistiti la sensazione di un'odiosa disparità di trattamento, un iniquo trattamento di favore per chi può permettersi di pagare per ottenere quel che il servizio pubblico dovrebbe assicurare gratuitamente. E tale sensazione è stata accentuata dal fatto che le attese per le prestazioni a pagamento sono spesso nulle, a fronte di tempi molto lunghi per le prestazioni di natura istituzionale.

Un altro profilo molto importante concerne i costi della riforma del 1999. Dai dati elaborati dall'A.S.S.R. risulta che, a fronte degli oneri per la corresponsione delle indennità di rapporto esclusivo, valutati in circa 3 mila miliardi di lire lorde, le aziende hanno introitato appena 180 miliardi di lire (circa il 6 per cento delle spese). Il Ministro della salute ha peraltro evidenziato alcune incongruenze nei dati forniti, che farebbero presumere che l'obbligo, previsto dalla legge, di coprire tutti gli oneri relativi all'attività intramuraria con i proventi derivanti dall'attività stessa non sia stato rispettato pienamente. Il Ministro ha anche ipotizzato che — in questo quadro — le Regioni, in occasione del rinnovo contrattuale, potrebbero mettere in discussione l'assetto attuale e, per esempio, chiedere al personale prestazioni istituzionali aggiuntive a fronte della corresponsione dell'indennità di esclusività.

Il costo della riforma per le regioni si è, comunque, rivelato sottostimato per oltre 282,5 milioni di euro rispetto a quanto previsto alla firma del contratto, portando la spesa complessiva a 1.120 milioni di euro. Tali incrementi di spesa sono dovuti proprio alle indennità conseguenti all'opzione della libera professione *intramoenia*, mentre i guadagni per le aziende sono stati pari a circa 93 milioni di euro. D'altra parte, risulta che i professionisti abbiano incassato, oltre alle indennità previste dal contratto collettivo, 617 milioni di euro per le visite rese in regime di libera prestazione professionale intramuraria.

5. Conclusioni e prospettive di riforma

Le risultanze dell'indagine conoscitiva inducono ad una approfondita riflessione sull'istituto dell'*intramoenia*, la cui disciplina necessita di correttivi e integrazioni anche sostanziali.

Per invogliare i professionisti a lavorare nella struttura pubblica occorre verificare la possibilità di garantire la qualità della prestazione. Nel nostro Paese, tuttavia, al momento dell'introduzione della riforma, così come oggi, vi sono soltanto alcune strutture pubbliche in grado di affiancare alla prestazione universale l'attività *intramoenia* con la stessa qualità del privato.

Gli incentivi all'efficienza nel concorso di prestazioni pubblico-privato di questa riforma, invece, sono stati incentrati sul trattamento economico aggiuntivo al personale che ha optato per l'esercizio della libera professione intramuraria, sulla scelta della libera professione all'interno dell'ospedale come corsia preferenziale per l'accesso agli incarichi e su altre forme di incentivi e disincentivi al personale.

Gli incentivi economici, pur se consistenti, non sono tuttavia sufficienti ad aumentare l'efficienza del personale, soprattutto nel settore pubblico: occorrono motivazione, modalità di qualificazione e formazione professionale, capacità orga-

nizzativa e sensibilità nei rapporti con i collaboratori e con i cittadini (in questo caso con cittadini tra i più vulnerabili). Insieme con gli incentivi alle risorse umane occorrono soprattutto strumenti, strutture e scelte ragionate nell'erogazione dei servizi e ripartizione dei costi, anche al fine di trasferire la spesa privata dalla duplicazione all'integrazione del servizio pubblico. Il carrozzone pubblico diventa, in caso contrario, più comodo, certamente non più veloce.

Il miglioramento della qualità e della professionalità del servizio pubblico universale, acquisendo i vantaggi del servizio privato, era tra gli obiettivi di questa riforma; l'incremento della spesa per l'assistenza pubblica è, ad oggi, il risultato meno incerto, quantomeno dai dati emersi nel corso dei lavori della Commissione.

Le ragioni di fondo riposano nei principi ispiratori della riforma. Principi rivolti al miglioramento del servizio sanitario nazionale attraverso strumenti di premi e sanzioni economiche, di carriera, amministrative e penali nei confronti dei medici.

Un'attribuzione di responsabilità alla classe medica dei mali che affliggono il sistema, dovuta, probabilmente, ad un esame frettoloso da parte di chi tale classe la conosceva poco ed ha ritenuto di « razionalizzarne » i contenuti lasciando, comunque, che prevalesse l'ideologia sull'esame ragionato.

Una prevalenza di motivi ideologici nella riforma è sembrata pertanto emergere anche in ogni momento di possibile confronto: su tale aspetto è necessario continuare a richiamare l'attenzione. È stato detto dalla maggioranza della passata legislatura in questa Commissione che il provvedimento sull'incompatibilità predisposto con le misure di razionalizzazione della finanza pubblica nel 1996, integrato con il successivo decreto-legge, avrebbe costituito un elemento importante di riassetto della spesa sanitaria, così come i successivi provvedimenti di delega legislativa del 1999.

I risultati rilevati dall'Aran e dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali segnalano un forte impatto su risorse che avrebbero potuto essere destinate invece alla collettività, a fronte di obiettivi mancati di breve periodo quali la riduzione delle liste d'attesa.

Se tra gli obiettivi di lungo periodo si pone anche l'adeguamento delle strutture del servizio sanitario nazionale alle esigenze di efficienza sancite dal decreto legislativo 229 del 1999, la mancata previsione di un meccanismo di gradualità nell'attuazione della riforma ha condotto ad un fallimento. Ciò mette in particolare rilievo la determinazione di chi l'ha approntata, orientata, senza corrette previsioni sui costi, a valutare la classe medica come principale problema della sanità.

Possibili correttivi interni alla riforma possono essere orientati secondo i seguenti indirizzi.

In primo luogo, è opportuno procedere alla destinazione del premio di produttività per il conseguimento dell'obiettivo di una effettiva riduzione delle liste di attesa. In altre parole, il pagamento del premio di produttività al dirigente medico andrebbe subordinato al conseguimento di specifici obiettivi di accrescimento della produttività di reparto, concordati con il direttore sanitario. Questo sistema premiale dovrebbe essere applicabile sia a coloro che hanno optato per l'*intramoenia*, sia a coloro che sono in regime di *extramoenia*. Di più, la stessa autorizzazione all'esercizio della libera professione *extramoenia* andrebbe concessa solo a condizione del raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Andrebbe rivisto il sistema premiale previsto per i direttori generali (sanitari e amministrativi); in particolare, il premio deve essere legato alla produttività aziendale effettiva, e non tenere conto di misure artificiose volte a contrarre la spesa (mobilità del personale, eccetera).

Un altro aspetto importante concerne la costituzione di un sistema di prenotazione informatico centralizzato (a livello interaziendale), al fine di evitare le liste di

attesa «drogate», vale a dire ingannevolmente lunghe a causa di prenotazioni plurime di uno stesso utente per la medesima prestazione.

Ancora in vista della riduzione delle liste di attesa, è opportuno tendere al pieno utilizzo degli impianti e della attrezzature (cioè dalle 8 alle 20); a questo fine è necessario rimuovere il blocco delle assunzioni, così da reclutare il personale medico e paramedico occorrente per i servizi diagnostici ambulatoriali, ospedalieri e territoriali.

Si pone inoltre con urgenza la necessità di trovare una soluzione adeguata al problema della *intramoenia* allargata, in relazione alla prossima scadenza del termine ultimo previsto dalla legge per il ricorso ad essa (31 luglio 2003). Da parte di alcune organizzazioni di medici è stato sottolineato che tale scadenza sia troppo ravvicinata perché le aziende siano pronte a garantire lo svolgimento dell'*intramoenia* secondo l'assetto definitivo. Appare invece opportuno compiere ogni sforzo per limitare questo fenomeno, difficilmente controllabile, ed in particolare semplificare i procedimenti per l'accesso alle risorse finanziarie destinate alla realizzazione, nelle strutture pubbliche, degli spazi occorrenti per la libera professione intramuraria.

Occorre altresì inserire nella carta dei servizi delle ASL le prestazioni collegate al regime di *intramoenia*, con una omogeneizzazione dei costi di ricovero e definire con i dirigenti medici quelli per prestazione.

Va compiuto uno sforzo notevole perché le risorse stanziare per l'ammodernamento delle strutture sanitarie siano effettivamente spese. Ed è importante che tali opere siano coerenti con il processo di ripensamento della rete ospedaliera e dei servizi delineato nello schema di Piano sanitario nazionale 2002-2004.

Da ultimo, è assolutamente indispensabile la collaborazione di tutti i livelli istituzionali affinché sia realizzato un attento monitoraggio delle modalità di attuazione della normativa in esame. 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 *intramoenia* realizzati 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. Aldilà dello strumento

impiegato (l'Osservatorio presso il Ministero ovvero l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, come autorevolmente suggerito) quello che è importante è una verifica puntuale di come tali servizi sono garantiti su tutto il territorio nazionale, evitando usi distorti o illegittimi degli strumenti previsti dalla legge.