

Atto Camera

Mozione 1-01563

presentato da

GRILLO Giulia

(MOVIMENTO 5 STELLE)

testo presentato

Mercoledì 29 marzo 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

i dirigenti dell'area medica e sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in deroga al generale divieto posto per i pubblici dipendenti, hanno la possibilità di esercitare l'attività libero professionale medica in due diverse forme:

a) *intramoenia* o intramuraria, se in rapporto esclusivo con il Servizio sanitario nazionale;

b) *extramoenia* o extramuraria se in rapporto non esclusivo con il Servizio sanitario nazionale;

l'attività libero-professionale intramuraria di tali dirigenti è rappresentata dall'attività che detto personale, individualmente o in *équipe* esercita fuori dall'orario di lavoro e dall'impegno di servizio istituzionale sia in regime ambulatoriale (comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, di *day surgery*) che di ricovero, nonché dalle prestazioni farmaceutiche ad esso collegate. Tale attività può essere esercitata nelle strutture ospedaliere o territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso, su richiesta di assicurazioni o di fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992;

l'esclusività del rapporto con il Servizio sanitario nazionale, da una parte, comporta un trattamento economico aggiuntivo per la rinuncia all'esercizio di attività libero professionale *extramoenia* e, dall'altra, consente al professionista dipendente del Servizio sanitario nazionale di esercitare la propria attività libero professionale *intramoenia*, con oneri a carico del cittadino che lo richieda liberamente, al di fuori dell'orario di lavoro, in misura non superiore all'attività che il professionista sanitario è tenuto ad erogare in ragione del suo ruolo di dipendente pubblico della medesima struttura;

l'attività libero-professionale e aggiuntiva può essere svolta, sia individualmente che in *équipe*, all'interno o all'esterno delle strutture sanitarie ospedaliere o territoriali, sia pubbliche che private convenzionate e concerne ogni tipo di prestazione (ambulatoriale, diagnostica strumentale e di laboratorio, di ricovero sia diurno che ordinario, farmaceutiche);

l'*intramoenia* può essere anche richiesta dalla direzione strategica della stessa struttura di appartenenza del dipendente per esigenze specifiche connesse alla necessità di ridurre le liste di attesa e rispondere alla domanda degli utenti ed è utilizzata a patto che non incrementi le liste di attesa, non contrasti con gli interessi o le finalità pubbliche e con gli obiettivi della struttura sanitaria;

l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria non deve contrastare con le finalità istituzionali dell'azienda e il suo svolgimento deve essere organizzato al di fuori dell'orario di lavoro, in modo da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e assicurando la piena funzionalità dei servizi: per questo l'attività libero professionale

intramuraria non può globalmente comportare un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;

l'*intramoenia* può essere effettuata nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero-professionali e compete alle regioni il controllo sulle modalità di svolgimento dell'attività intramoenia e sul rispetto del limite quantitativo consentito. Ogni struttura sanitaria deve quindi regolamentare l'attività *intramoenia* nell'ambito del piano aziendale, con l'indicazione dei volumi consentiti, della rilevazione oraria, del monitoraggio, del controllo e della verifica tramite appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e le organizzazioni degli utenti e di tutela dei diritti;

le tipologie di attività libero professionale consentite sono così sintetizzabili:

a) libera professione individuale, caratterizzata dalla scelta diretta del professionista da parte dell'utente;

b) attività libero professionale a pagamento svolta in *équipe*, caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente, singolo o associato, all'*équipe*;

c) partecipazione ai proventi di attività richiesta a pagamento da singoli utenti, svolta individualmente o in *équipe*, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse;

d) partecipazione ai proventi di attività professionali a pagamento richiesta da terzi all'azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa. Sono considerate tali anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo o di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, specie nei casi di carenza di organico o di impossibilità anche momentanea di coprire i posti con personale in possesso dei requisiti di legge;

sono, altresì, consentite altre forme di attività a pagamento dei dirigenti sanitari ai sensi dell'articolo 58 del contratto collettivo nazionale di lavoro dell'8 giugno 2000 – quadriennio normativo 1998-2001 – biennio economico 1998-1999;

infine, per attività libero-professionale, cosiddetta «allargata», si intende l'attività svolta in studi privati professionali;

le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) di diritto pubblico gestiscono, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio;

l'attività *intramoenia* è consentita anche presso il proprio studio professionale, secondo precise modalità ed in via transitoria ed eccezionale, solo in caso di carenza di strutture e spazi aziendali idonei e a riguardo le regioni, per superare la carenza degli spazi, devono programmare interventi di ristrutturazione edilizia o la realizzazione e/o acquisizione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria, utilizzando i fondi destinati all'edilizia sanitaria e comunque nei limiti introdotti dalle misure sulla *spending review* e sulla riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale; in tali casi si configura la tipologia di attività *intramoenia* «allargata» che può essere svolta, previa autorizzazione dell'azienda e nel rispetto di apposito regolamento emanato dalla stessa azienda comprendente anche le tariffe e le quote di distribuzione, in studi privati professionali non accreditati/convenzionati con il Servizio sanitario nazionale;

il decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto «decreto Balduzzi») ha proceduto ad un riordino dell'attività *intramoenia* nell'intento di garantire, entro il mese di febbraio 2015, il passaggio di tale istituto da un regime transitorio ad un regime ordinario e, in tal

senso, ha previsto la necessità di procedere ad una ricognizione degli spazi, prevedendo anche un programma sperimentale per consentire l'*intramoenia* negli studi privati dei professionisti collegati in rete anche con le aziende sanitarie e a condizione che nello studio non vi siano medici che svolgano attività privata o non in regime di esclusività o, qualora vi siano, che assicurino anch'essi la tracciabilità delle prestazioni;

il sopra citato decreto ha previsto anche la necessità di realizzare la tracciabilità dei pagamenti e la rideterminazione delle tariffe per gli assistiti, a copertura sia del compenso del professionista e degli eventuali componenti dell'*équipe* sia dei costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende; nell'ambito delle tariffe, una quota pari al 5 per cento del compenso del professionista è trattenuta per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, ai fini del progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione *intramoenia*. Il sistema sanzionatorio prevede, nell'ipotesi di gravità, il potere sostitutivo o la destituzione del direttore generale o la decurtazione del 20 per cento sulla retribuzione di risultato;

la legge 3 agosto 2007, n. 120, «Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria», all'articolo 1, comma 4, lettera g), recita «progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. A tal fine, il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, ai sensi dell'articolo 15-*quaterdecies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici»;

la determina dell'Anac 28 ottobre 2015, n. 12, sul Piano nazionale anticorruzione – aggiornamento 2015 (*Gazzetta ufficiale* 16 novembre 2015, n. 267) recita: «Fra gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria possono configurarsi l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione. Misure di contrasto possono individuarsi, ad esempio, nell'informatizzazione delle liste di attesa; nell'obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il cup aziendale o sovra-aziendale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia; nell'aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali; nella verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione; nell'adozione di un sistema di gestione informatica dell'attività libero professionale intramuraria dalla prenotazione alla fatturazione; nel prevedere nel regolamento aziendale una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione e specifiche sanzioni»;

per quanto concerne l'attività libero professionale intramuraria espletata presso «studi professionali in rete», al fine di evitare la violazione degli obblighi di fatturazione e la mancata prenotazione tramite il servizio aziendale, occorre rafforzare i controlli e le verifiche periodiche sul rispetto della normativa nazionale e degli atti regolamentari in materia;

non risulta ancora pubblicato il nuovo piano nazionale per il Governo delle liste di attesa 2016-2018 e l'ultimo piano nazionale di Governo delle liste di attesa (Pngla)

2010-2012 è del 28 ottobre 2010;

l'ultima relazione annuale al Parlamento sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, relativa all'anno 2014 e presentata nel settembre 2016, ha messo in evidenza diffuse criticità attuative di tutte le condizioni che consentono l'intramoenia; infatti, rispetto alle novità introdotte dal cosiddetto «decreto Balduzzi», solo 13 regioni hanno provveduto ad emanare/aggiornare le linee guida regionali, mentre sono solo 10 le regioni in cui tutte le aziende presenti hanno dichiarato di aver attivato l'infrastruttura di rete e solo in 5 regioni si garantiscono spazi idonei e sufficienti per esercitare la libera professione e pertanto la maggior parte delle regioni ha proceduto all'acquisizione di spazi tramite acquisto, locazione e stipula di convenzioni e/o all'attivazione del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete;

la relazione, citando il conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, ha evidenziato che, mediamente, circa il 94 per cento dei dirigenti medici e sanitari non medici è legato alla propria azienda da un rapporto di esclusività, seppur con percentuali diverse per le singole figure professionali, e ha altresì rilevato che il numero dei medici che hanno optato per l'attività libero professionale intramuraria è passato da 59.000 unità relative all'anno 2012, pari al 48 per cento del totale dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, a 53.000 unità nel 2014, pari al 44 per cento circa del totale dei dirigenti medici stessi. In media, dunque, nel Servizio sanitario nazionale il 48,7 per cento dei dirigenti medici, con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria;

la medesima relazione ha però precisato che il riscontro sul numero dei medici che hanno optato per l'attività libero professionale intramuraria non tiene conto degli universitari, ossia i medici che pur fornendo prestazioni assistenziali nelle strutture del servizio sanitario regionale, sono dipendenti dell'università, gli specialisti ambulatoriali convenzionati, i cosiddetti «sumaisti» ed altre tipologie di personale non legate al Servizio sanitario nazionale da un rapporto di lavoro dipendente;

il ricorso all'*intramoenia* è sempre più spesso una conseguenza obbligata per il cittadino dinanzi alle lunghe liste di attesa e alle inefficienze del Servizio sanitario nazionale, in netto contrasto con quanto previsto dalle norme che avevano introdotto tale istituto;

è necessario dunque garantire che, nella valutazione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, si tenga conto del rispetto del progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, come previsto dalla sopra citata legge 3 agosto 2007, n. 120;

è altresì necessario dare concreta attuazione alla determina Anac 28 ottobre 2015, n. 12, prevedendo che, in caso di mancato rispetto di tutte le disposizioni e condizioni che consentono l'esercizio dell'attività libero-professionale *intramoenia*, la stessa non sia in alcun modo autorizzata, prospettando reali conseguenze penalizzanti per le strutture sanitarie e per i soggetti responsabili;

la giunta della regione Emilia-Romagna, in data 27 luglio 2015 (progr. num. 1056/2015), ha deliberato la proposta di deliberazione ad oggetto: «Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie». L'assessore alla sanità della regione Emilia-Romagna, Sergio Venturi, ha recentemente dichiarato che: «il nostro piano regionale contro le liste di attesa è partito a luglio del 2015. Dopo poco più di un anno a regime possiamo dire di riuscire a garantire le prestazioni sanitarie entro i tempi stabiliti in circa il 98 per cento dei casi»,

impegna il Governo:

1) ad emanare i decreti del Ministro della salute per la definizione della metodologia di valutazione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, previsti all'articolo 1, commi 526 e 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, tenendo conto dell'articolo 1, comma 4, lettera g), della legge 3 agosto 2007, n. 120, «Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria», nonché dell'attuazione della determina Anac 28 ottobre 2015, n. 12, Piano nazionale anticorruzione – aggiornamento 2015 (*Gazzetta ufficiale* 16 novembre 2015, n. 267);

2) ad assumere iniziative normative affinché il mancato rispetto delle indicazioni previste dalla legge 3 agosto 2007, n. 120, «Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria», nonché della determina dell'Anac 28 ottobre 2015, n. 12, Piano nazionale anticorruzione – aggiornamento 2015 (*Gazzetta ufficiale* 16 novembre 2015 n. 267), determini reali conseguenze penalizzanti per le strutture sanitarie e per i soggetti responsabili delle strutture sanitarie, prevedendo che il sistema sanzionatorio di cui al comma 7 dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, specificatamente la destituzione del direttore generale e la decurtazione, pari ad almeno il 20 per cento, della sua retribuzione di risultato, nonché l'automatismo dei poteri sostitutivi susseguenti alla mera rilevazione dell'inadempienza, come certificata dall'attività di monitoraggio prodromica alla relazione che il Ministro della salute invia annualmente al Parlamento sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, secondo quanto disposto dalla medesima legge n. 120 del 2007;

3) a valutare l'opportunità di assumere iniziative, anche normative, affinché le regioni e le province autonome provvedano a non autorizzare e comunque a sospendere l'attività libero-professionale, laddove non si siano realizzate, ai sensi di quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, le seguenti condizioni:

a) avvenuta attivazione dell'infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati, in condizioni di sicurezza, tra l'ente o l'azienda e lo studio del professionista con le modalità tecniche di realizzazione individuate dal decreto del Ministro della salute del 21 febbraio 2013, «Modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete per il supporto all'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, lettera a-bis), della legge 3 agosto 2007, n. 120, e successive modifiche ed integrazioni»;

b) avvenuta attivazione del servizio di prenotazione esclusivamente mediante l'infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati e che, attraverso la medesima, siano inseriti e comunicati in tempo reale i dati tra l'ente o l'azienda e le singole strutture, interne o esterne, e/o gli studi professionali in rete, ossia i dati concernenti l'impegno orario del sanitario, i pazienti visitati, le prescrizioni e gli estremi dei pagamenti, escludendo in ogni caso che l'agenda dell'attività libero professionale sia tenuta dal professionista;

c) avvenuta attivazione dei sistemi e dei moduli organizzativi e tecnologici che consentono il controllo dei volumi delle prestazioni libero professionali e accertamento che gli stessi, globalmente considerati, non abbiano superato quelli eseguiti nell'orario di lavoro;

d) avvenuta adozione della strumentazione necessaria ad assicurare la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo per il pagamento di prestazioni direttamente all'ente o azienda del Servizio sanitario nazionale;

4) ad assumere iniziative, anche normative, affinché gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 41 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, che impone agli enti, alle aziende e alle strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario di indicare nel proprio sito, in una apposita sezione denominata «liste di attesa», i criteri di formazione delle liste di attesa, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata, siano assolti prevedendo che tale sezione sia ben visibile anche nella *home page* del sito *web* aziendale e che includa anche i dati relativi ai tempi di attesa stabiliti dalla normativa nazionale e regionale, in maniera tale che l'utente del servizio possa facilmente raffrontare il tempo di attesa previsto con il tempo stabilito dalle legislazione vigente;

5) a valutare l'opportunità di assumere iniziative, anche normative, affinché assuma carattere permanente e/o vigente la disposizione transitoria di cui all'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, che consente all'assistito, nel caso in cui l'attesa si prolunghi oltre il limite massimo stabilito dalla legislazione regionale o nazionale, di accedere alla prestazione resa nell'ambito dell'attività libero professionale intramuraria, con costi a carico dell'azienda, prevedendo quindi che la struttura sanitaria, anche tramite il rilascio all'utente di un *bonus*, assicuri la prestazione anche attraverso l'attività libero professionale *intramoenia*;

6) ad assumere iniziative affinché lo specifico monitoraggio, finalizzato a presentare una relazione al Parlamento concernente un quadro complessivo del fenomeno attività libero professionale intramuraria, il grado di adeguamento alla norma nazionale, le disomogeneità presenti e le criticità che impediscono o rallentano il percorso attuativo della legge nazionale sull'attività libero professionale intramuraria, includa anche l'attività libero professionale svolta da tutto il personale medico, ivi inclusi i medici universitari, ossia quei medici che, pur essendo dipendenti dell'università, forniscono prestazioni assistenziali al Servizio sanitario nazionale in regime di convenzione, nonché i medici specialisti ambulatoriali convenzionati, i cosiddetti «sumaisti», anch'essi operanti in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale e qualsiasi altra tipologia di personale non legato all'azienda da un rapporto di lavoro dipendente;

7) a valutare l'opportunità di assumere iniziative affinché il monitoraggio periodico sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intra ed extramuraria e la susseguente relazione al Parlamento rispettino le tempistiche previste dalla legislazione vigente, prevedendo che, in caso di inadempienza nella partecipazione alle rilevazioni da parte delle aziende o strutture sanitarie, sia inibita o sospesa la possibilità di svolgere attività libero professionale nell'azienda o struttura sanitaria inadempiente;

8) ad assumere iniziative normative affinché, entro il più breve tempo possibile, venga presentato alle Commissioni competenti di Camera e Senato una bozza del «nuovo» piano nazionale per il governo dei tempi di attesa che contempli l'implementazione, a livello nazionale, delle iniziative approvate dalla regione Emilia-Romagna, tra cui l'analisi e le conseguenze rispetto alla possibilità di interruzione dell'attività libero professionale intramuraria, prevedendo, altresì, che l'approvazione definitiva del nuovo piano nazionale per il governo dei tempi di attesa, attraverso un parere obbligatorio delle Commissioni competenti di Camera e Senato, avvenga entro e non oltre il 30 settembre 2017;

9) ad assumere iniziative normative affinché il piano nazionale 2016-2018 per il governo dei tempi di attesa includa anche la possibilità di accesso alle prestazioni nei giorni festivi e nelle ore serali, soprattutto per quelle prestazioni che presentano tempi di attesa eccessivamente critici, prevedendo che gli ambulatori delle cure primarie siano specificatamente finalizzati anche all'abbattimento delle liste di attesa, oltre che a regolare in maniera più efficace l'accesso al pronto soccorso e a garantire la continuità dell'assistenza;

10) ad assumere iniziative affinché il piano nazionale per il governo dei tempi di attesa sia adeguato al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 che, in attuazione del combinato disposto degli articoli 32 e 117 della Costituzione, definisce i nuovi livelli essenziali di assistenza e dunque le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale deve garantire, gratuitamente o tramite compartecipazione, a tutela della salute individuale e collettiva, attraverso le strutture pubbliche o private accreditate, che quindi devono garantire un accesso adeguato all'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri si è limitato, invece, solo a definirne l'appropriatezza ma non anche l'adeguata accessibilità;

11) a valutare l'opportunità di assumere iniziative affinché il «nuovo» piano nazionale per il Governo dei tempi di attesa contempli, con il supporto dell'Agenzia per l'Italia digitale, la realizzazione di una piattaforma tecnologica, sul modello del Programma nazionale esiti, per il monitoraggio e l'implementazione del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni di tutti gli enti del sistema sanitario nazionale, considerato che i dati forniti da questi ultimi, a livello di singolo professionista o *équipe* professionale, devono rappresentare un importante indicatore da inserire nella griglia di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza per gli anni a partire dal 2018, facendo in modo tale che l'accesso alla piattaforma tecnologica sia di facile fruizione e garantito a tutti i cittadini e che l'aggiornamento dei dati sia a cadenza massimo mensile;

12) ad assumere iniziative affinché il piano nazionale per il Governo dei tempi di attesa e il suo monitoraggio siano debitamente inseriti in una relazione annuale al Parlamento e contempli che, in caso di mancata informatizzazione del sistema di prenotazione e in caso di mancata realizzazione delle misure indicate nel «Piano *e-government* 2012 obiettivo 4 – progetto «Rete centri di prenotazione», finalizzato a realizzare il centro unico di prenotazione, siano previste forme di penalizzazione sulla possibilità di realizzare l'attività libero professionale *intramoenia* per quelle regioni che non abbiano realizzato l'informatizzazione completa del sistema di prenotazione, partitamente separato per le prestazioni istituzionali e per le prestazioni libero professionali e accessibile *on line* nei siti istituzionali della regione e delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, garantendo, altresì, funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina;

13) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, affinché presso tutti gli enti del Servizio sanitario nazionale le visite specialistiche, le prestazioni diagnostiche ambulatoriali, nonché i ricoveri di elezione siano garantiti secondo le normative in vigore, assicurando, se necessario anche attraverso nuove iniziative normative, che in

caso di inadempienza, il direttore generale dell'ente del Servizio sanitario nazionale provveda tempestivamente alla sospensione di tutte le prestazioni rese in regime libero professionale sino al rientro di queste nei tempi di attesa previsti dalle normative e prevedendo, altresì, che il mancato intervento da parte del direttore generale sia da intendersi grave inadempienza con automatica decadenza dell'incarico;

14) ad assumere iniziative affinché il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza contempli il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini e pazienti;

15) a valutare l'opportunità, tenuto conto dei vincoli di bilancio, di prevedere già nel prossimo documento di economia e finanze una valutazione di investimento, da approvare d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, su reti digitali dei centri unici di prenotazione per raggiungere, ove ancora non sia avvenuto, la completa applicazione delle linee guida per i sistemi dei centri unici di prenotazione stessi;

16) a valutare l'opportunità di assumere iniziative di competenza, nell'ambito dell'esercizio dei poteri di indirizzo nei confronti dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (Aran), affinché siano disposte regole più stringenti ai fini del rinnovo contrattuale dell'area della dirigenza medica e sanitaria, in linea con quanto espresso nella presente mozione per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.

(1-01563)

(Ulteriore nuova formulazione – Testo modificato nel corso della seduta) «Grillo, Nesci, Cecconi, Mantero, Silvia Giordano, Loreface, Colonnese, Di Vita, Baroni, Dall'Osso».

Atto Camera

Mozione 1-01581

presentato da

RONDINI Marco

(LEGA NORD E AUTONOMIE - LEGA DEI POPOLI - NOI CON SALVINI)

testo presentato

Venerdì 7 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,

premesso che:

alla fine degli anni novanta dal Ministro della sanità *pro tempore* Bindi veniva introdotto il sistema della libera professione « *intramoenia* » nelle aziende sanitarie pubbliche con il quale, alle aziende sanitarie pubbliche e private classificate, veniva attribuito il compito di governare direttamente le prestazioni sanitarie rese a favore dei cittadini sia in regime istituzionale gratuitamente che in regime libero professionale *intramoenia*, promettendo a tutti un'assistenza congrua e certa; la previsione era che, con il nuovo sistema della libera professione *intramoenia*, si sarebbe assistito all'abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie. Con questa innovazione si garantiva altresì un più corretto utilizzo delle risorse umane finalizzato al miglioramento della qualità e della efficienza dei servizi sanitari; a distanza di circa vent'anni si deve purtroppo constatare che questi obiettivi sono stati largamente disattesi: le liste d'attesa per le prestazioni specialistiche nell'ambito delle cure primarie si sono enormemente allungate, esattamente come quelle per le prestazioni in regime di ricovero. Inoltre, sia le prestazioni ambulatoriali che quelle in regime di ricovero, hanno visto esplodere le prestazioni rese nel settore *profit* del Servizio sanitario nazionale sia convenzionato-accreditato che privato puro, con la conseguenza che il settore pubblico del Servizio sanitario nazionale ha subito fenomeni di fuga di professionalità che hanno determinato un impoverimento sia in termini di qualità che di efficienza;

allo stato le prestazioni sanitarie sono, in gran parte del territorio nazionale e, per quanto consta ai firmatari del presente atto, per ammissione dello stesso Ministero della salute, al di sotto dei livelli minimi di assistenza, le risorse sono male utilizzate, la Corte dei conti valuta un 20 per cento della spesa sanitaria dissipata in sprechi o altro, il personale dipendente è in costante diminuzione ed ha un'età media che supera i 55 anni e della rete delle cure primarie ancora non si scorge traccia concreta;

in un panorama dove gran parte del territorio nazionale nega un livello minimo di assistenza sanitaria, vi sono regioni come la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna e la Toscana in cui i sistemi sanitari sono un modello di efficienza e la soddisfazione dei pazienti è ai massimi livelli per qualità e fruibilità;

la gestione diretta della libera attività professionale dei medici è naufragata miseramente perché non sono stati resi disponibili spazi pubblici adeguati per questa attività, perché sono stati imposti balzelli sempre più gravosi, perché sono stati erti ostacoli burocratici ma, soprattutto, perché non sono state adeguatamente curate e organizzate le attività istituzionali, le quali in questi venti anni avrebbero dovuto essere sottoposte ad un profondo processo di riorganizzazione coerente con il cambiamento del comparto della sanità;

in sostanza le aziende sanitarie pubbliche che assumevano il compito di governare

direttamente anche la libera professione dei propri dipendenti, oltre a continuare a garantire le prestazioni e i servizi istituzionalmente dovuti, al fine di migliorare i servizi stessi, hanno finito per determinare un fallimento totale di entrambi gli obiettivi, ormai certificato;

molti medici sono stati costretti ad abbandonare il rapporto esclusivo per poter svolgere liberamente la propria professione, con la conseguenza che subiscono pesanti penalizzazioni economiche che si proiettano drammaticamente anche sul futuro previdenziale. Il cittadino, nella confusione e nei gravi disservizi che si sono determinati, si vede oggettivamente costretto a ricorrere a prestazioni « *intramoenia*» dell'azienda in quanto la stessa azienda gli prospetta liste d'attesa improponibili, oppure si deve rivolgere al settore privato *profit* e, se non ha nessuna possibilità economica, si riversa disperatamente nei pronto soccorsi ospedalieri. Il sistema qui richiamato sta sostanzialmente negando ai cittadini i servizi istituzionali dovuti e, allo stesso tempo, sta limitando di fatto il diritto di libertà di cura agli stessi;

la grave carenza di prestazioni e servizi pubblici, le liste di attesa e gli ostacoli, spesso a parere dei firmatari del presente atto demagogicamente posti alla libera professione dei medici pubblici, oltre a favorire le strutture sanitarie *profit*, sta incrementando notevolmente e pericolosamente il fenomeno emergente della medicina « *low cost*». Al danno si aggiunge la beffa, infatti si ripropone ciclicamente sui media il tentativo, ridicolo e truffaldino, da parte di esponenti politici, di correlare ancora le liste di attesa con l'attività professionale privata dei medici pubblici;

tutto ciò è assurdo e fuorviante ci si chiede perché mai il malfunzionamento delle aziende sanitarie, che per loro carenze organizzative producono liste di attesa, dovrebbe essere collegato a quello che i medici pubblici fanno nel loro tempo libero,

impegna il Governo:

1) ad attivarsi affinché le aziende sanitarie pubbliche si concentrino a svolgere unicamente i compiti istituzionali previsti dall'articolo 32 della Costituzione nelle finalità individuate dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, assicurando l'universalità delle cure in un sistema solidale e finanziato con la fiscalità generale, garantendo ai cittadini la libertà di cura, affrancandoli dalla costrizione di dover ricorrere alla «prestazione *intramoenia*» per aggirare le liste d'attesa, in quanto il cittadino ha il diritto di rivolgersi privatamente ai medici di provata esperienza ma in modo libero;

2) ad adottare iniziative di competenza affinché nelle regioni in cui i livelli di assistenza risultino sotto la media rispetto alle regioni più efficienti, venga istituito un tavolo permanente di monitoraggio, al fine di garantire una sostanziale riduzione dei tempi di attesa e della verifica della qualità dei servizi erogati in termini di appropriatezza ed efficienza;

3) a predisporre una riforma del sistema per vincolare rigorosamente le aziende sanitarie pubbliche ad una corretta gestione dei servizi sanitari, assolvendo ai propri compiti istituzionali e assicurando puntualmente tutti i Lea di cui il Servizio sanitario nazionale si fa garante, pena la decadenza degli amministratori incapaci e/o incompetenti;

4) ad adottare le iniziative di competenza, in raccordo con le regioni, affinché, al fine di rendere nuovamente «libera» la libera professione dei medici pubblici che, dopo aver assolto, ineccepibilmente e correttamente il proprio lavoro istituzionale, debbono poter svolgere la libera professione col solo vincolo di agire nel rispetto della legge riguardante tutte le professioni e delle norme deontologiche, siano omogeneizzate ed aggiornate le linee guida per l'esercizio dell'attività medica.

(1-

01581) «Rondini, Fedriga, Allasia, Attaguile, Borghesi, Bossi, Busin, Caparini, Castiello, Giancarlo Giorgetti, Grimoldi, Guidesi, Invernizzi, Molteni, Pagano, Picchi, Gianluca Pini, Saltamartini, Simonetti».

Atto Camera

Mozione 1-01584

presentato da

PALESE Rocco

(MISTO-CONSERVATORI E RIFORMISTI)

testo presentato

Lunedì 10 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

la regolamentazione del complesso fenomeno della libera professione intramuraria è stata oggetto di molteplici interventi normativi, stratificatisi nel tempo, con l'obiettivo prioritario di garantire il corretto esercizio della libera professione intramuraria, in conformità alle finalità proprie che la caratterizzano, riconducibili essenzialmente alla necessità di assicurare la scelta fiduciaria del medico e di valorizzare le professionalità;

l'attività *intramoenia* può essere definita come l'attività libero-professionale intramuraria che il personale medico intende svolgere, sia individualmente che in *équipe*, fuori dall'orario di servizio, in regime di diagnostica strumentale di laboratorio, *day hospital*, *day surgery* o di ricovero in strutture territoriali-ospedaliere a favore e su richiesta del paziente, con i relativi oneri a suo carico o di assicurazione o di eventuali fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992;

l'articolo 2 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, (il cosiddetto «decreto Balduzzi») ha modificato la legge n. 120 del 2007 in materia di attività professionale *intramoenia* dei medici.

L'articolo 1, comma 1, della legge n. 120 del 2007 ha stabilito che, per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dovevano assumere le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Ircs) di diritto pubblico, necessari per rendere disponibili i locali destinati a tale attività. Come noto, il regime provvisorio, fissato dalla citata legge, era già stato prorogato al 31 dicembre 2012 dal decreto-legge 28 giugno 2012, n. 89, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 132. Il carattere di urgenza dell'intervento legislativo era stato dettato anche dal fatto che il processo di riduzione della rete di offerta strutturale ospedaliera ha imposto una disciplina innovativa dell'attività libero-professionale, al fine di ampliare l'offerta assistenziale e superare le criticità emerse negli ultimi anni e legate soprattutto alla carenza di spazi idonei;

la nuova regolamentazione ha quindi previsto, da parte delle aziende sanitarie, una ricognizione degli spazi interni effettivamente disponibili per le attività libero professionali. In mancanza di tale disponibilità, il legislatore ha previsto la possibilità di poter acquistare o prendere in locazione ulteriori spazi presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate o stipulare convenzioni con altri soggetti pubblici. Inoltre, si è puntato alla creazione di un sistema in rete tra professionista ed azienda di appartenenza per consentire la comunicazione di dati sanitari ed economici al fine di dare trasparenza e avere tracciabilità di tutti i pagamenti effettuati dai pazienti,

rendendo possibile un effettivo controllo del numero delle prestazioni che il professionista svolge sia durante il servizio ordinario, sia in regime di *intramoenia*. È, inoltre, previsto che parte degli importi riscossi siano destinati, oltre che per i compensi dei medici e del personale di supporto, anche per la copertura dei costi sostenuti dalle aziende;

la lettera c) dell'articolo 2, comma 1 del citato decreto-legge n. 158 del 2012 ha stabilito la definizione, d'intesa con i dirigenti interessati e previa contrattazione integrativa aziendale, degli importi che consentiranno di coprire, per ciascuna prestazione, i compensi del professionista, dell'*équipe*, del personale di supporto, nonché tutti i costi relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete, atteso che gli oneri per la strumentazione e il collegamento devono essere a carico del medico; i dati sull'attività libero-professionale intramuraria (Alpi) dei medici dipendenti del Servizio sanitario nazionale, contenuti nella relazione del Ministero della salute presentata al Parlamento nell'ottobre 2016 e riferiti al 2014 evidenziano, tra l'altro, che il numero di medici che esercitano l'Alpi è passato dalle 59.000 unità del 2012 (pari al 48 per cento del totale dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale), a 53.000 unità del 2014 (pari al 44 per cento circa del totale dei dirigenti medici stessi). In media, nel Servizio sanitario nazionale il 48,7 per cento dei dirigenti medici, operanti a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria, con punte che superano quota 58 per cento in Piemonte, Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Marche, e valori minimi in regioni come la Sardegna (29 per cento), il Molise (30 per cento) e Bolzano (18 per cento). In generale, al di sotto della media nazionale si colloca gran parte del Sud e delle isole. Sempre in media, nel 2014, il 76 per cento dei dirigenti medici esercita l'Alpi esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 15 per cento circa esercita al di fuori della struttura ed il 9 per cento svolge attività libero-professionale sia all'interno, che all'esterno delle mura aziendali; dalla relazione emerge che solo 4 tra regioni e province autonome hanno definito, in tutte le aziende sanitarie, i volumi libero-professionali di attività complessivamente erogabili e che non possono superare quelli istituzionali, né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;

nonostante nelle diverse aziende si registrino miglioramenti e buoni risultati su una serie di indicatori importanti – dalla determinazione degli importi delle prestazioni con i dirigenti, all'adozione di misure volte a prevenire l'insorgenza del conflitto d'interessi, fino all'impiego di mezzi che garantiscano la tracciabilità del pagamento delle prestazioni – nessuna regione e pubblica amministrazione risulta adempiente su tutti i 12 indicatori considerati (3 regionali e 9 aziendali);

delle 16 regioni/province autonome che hanno presentato il programma di investimento, previsto dal decreto legislativo n. 254 del 2000, solo 5 dichiarano di aver completato, entro la data del 31 dicembre 2014, tutti gli interventi di ristrutturazione ammessi al finanziamento. Per le restanti regioni si registra una criticità, importante in considerazione della scadenza del termine stabilito dalla norma per la conclusione delle procedure;

solo in 5 regioni sono garantiti in tutte le aziende gli spazi interni all'azienda per l'esercizio dell'*intramoenia*: in tutti gli altri si ricorre ancora a spazi esterni (11 regioni) o agli stessi studi privati collegati in rete (in 12 regioni);

il costo totale dell'*intramoenia* è stato in leggero calo: gli incassi complessivi sono stati pari a 1,141 miliardi di euro contro 1,151 del 2013. La quota dei medici è stata di 926 milioni (933 l'anno prima), mentre al Servizio sanitario nazionale sono rimasti 216,8 milioni (contro 218,4). A fare da traino è l'area specialistica, che ha realizzato il 67,4 per cento (+2 per cento) dei ricavi totali dell'*intramoenia*, seguita dagli interventi in ospedale al 20,4 per cento (-1,2 per cento);

per le aziende sanitarie il settore Alpi rappresenta un valore aggiunto, dal quale traggono una apprezzabile fonte di finanziamento. Sulla quota rimanente, di 926 milioni di euro, versata dalle aziende ai professionisti, lo Stato incassa per la tassazione Irpef circa 400 milioni di euro. Complessivamente, un flusso di entrate che alimenta le casse aziendali con denaro fresco, contribuisce all'ammortamento degli investimenti effettuati attraverso un maggiore utilizzo delle strutture e delle tecnologie, anche con orari prolungati serali, determina possibili utili aziendali e rappresenta una attività a imposizione fiscale certa;

i ricoveri in regime di libera professione sono stati nel 2014 circa 28.000 a fronte di 8,630 milioni in regime ordinario o di *day hospital*, lo 0,32 per cento di tutti i ricoveri in strutture pubbliche nel 2014. Sul versante delle attività ambulatoriali, il rapporto tra regime libero-professionale e istituzionale è dell'8 per cento con circa 60 milioni di prestazioni in regime istituzionale, a fronte di 4,8 milioni in libera professione per le 34 tipologie oggetto di monitoraggio;

tali numeri, per la loro esiguità, sfatano le accuse, che da più parti si levano, che vogliono la Alpi responsabile delle importanti attese presenti nel nostro sistema sanitario, per esempio in tutta la chirurgia di bassa complessità o per l'impianto di protesi in campo ortopedico. Una maggiore influenza è da attribuire, invece, al taglio dei posti letto (-71.000 negli ultimi 15 anni) e al taglio del personale (-25.000 addetti tra medici ed infermieri dal 2009 al 2014), cui si è assistito in questi ultimi decenni; i dati della relazione dimostrano come l'attività istituzionale sia ampiamente prevalente su quella libero-professionale, con rapporti molto lontani dai limiti massimi indicati dalle leggi e dai contratti. La Alpi piuttosto, contribuisce a contenere il fenomeno delle liste d'attesa, permettendo l'accesso a un canale sostenuto dal lavoro aggiuntivo dei professionisti e rappresenta per le aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire, con il proprio personale, prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, intercettando e introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato;

dal rapporto di Censis-Rbm Salute del giugno 2016 emerge che undici milioni di italiani – erano 9 milioni nel 2012 – rinviando le cure o vi rinunciano del tutto per cause economiche e, contestualmente, che la spesa privata per la salute pagata di tasca propria dagli assistiti ha raggiunto i 34,5 miliardi di euro, il 3,2 per cento (circa 80 euro a testa);

lo stesso rapporto evidenzia le criticità del Servizio sanitario nazionale, a partire dalle liste d'attesa, una delle cause principali che provocano la fuga dal Servizio sanitario nazionale verso strutture e ambulatori privati, più rapidi nei servizi e non di rado più convenienti per via dei *ticket* per la salute: il 72,6 per cento degli intervistati si è rivolto al privato o all'*intramoenia* per evitare lunghe attese; in aumento anche i pazienti che dicono che, rivolgendosi al pubblico, avrebbero speso per il *ticket* più o meno quanto spendono nel privato e il numero di chi, non potendosi permettere, rinuncia o rimanda le cure;

a fronte della crescita della spesa privata, la quota intermediata dalle assicurazioni rimane esigua, la quota di spesa per la sanità mediante i sistemi assicurativi è passata dal 14 al 13 per cento del totale; pur essendoci un crescente interesse dei cittadini per la sanità integrativa, l'assenza di una regolamentazione chiara, e di un panorama confuso e frammentato, nonché i costi elevati scoraggiano i cittadini; dei Fondi sanitari integrativi si è parlato per la prima volta nella legge di riforma sanitaria, legge n. 833 del 1978. Con il decreto legislativo n. 229 del 1999 sono state delineate meglio le caratteristiche dei fondi, che hanno come fine quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica ma, al contempo, incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei livelli essenziali di

assistenza in tutto o in parte;
proprio come venne fatto per la previdenza complementare nel 2005, e ormai irrimandabile, un aggiornamento della normativa sulla sanità integrativa che definisca l'obbligo o meno di adesione, le modalità istitutive e le tipologie delle forme di assistenza complementare, la vigilanza ed altro. La mancanza di un quadro normativo organico di riferimento ha prodotto una serie di incongruenze, che vanno superate, facendo chiarezza all'interno della «galassia» dei fondi;
l'invecchiamento della popolazione, il problema dell'autosufficienza e i progressi nell'ambito dell'innovazione tecnica e farmaceutica suggeriscono la necessità di un profondo ammodernamento del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso una crescente integrazione tra il pubblico e la sanità complementare. Il servizio sanitario universalistico è un imprescindibile ammortizzatore sociale, ma ha dei limiti che vanno corretti e, in questo, il secondo pilastro su cui si basa il Servizio sanitario nazionale, quello della sanità collettiva integrativo-sostitutiva, può avere un ruolo fondamentale,

impegna il Governo:

1) a valutare l'opportunità di porre in essere, per quanto di competenza, tutte le iniziative volte a eliminare le ancora eccessive disparità di applicazione a livello regionale delle disposizioni relative all'Alpi, con particolare riferimento alla disponibilità di spazi interni alle aziende per l'esercizio dell'*intramoenia*;

2) a valutare l'opportunità di garantire che le aziende sanitarie pubbliche assolvano ai propri compiti istituzionali, assicurando puntualmente tutti i Lea, di cui il Servizio sanitario nazionale si fa garante, garantendo ai cittadini un'effettiva libertà di cura;

3) a valutare l'opportunità di presentare quanto prima alle Camere il nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa;

4) a valutare l'opportunità di assumere iniziative normative volte ad agevolare la Alpi, anche attraverso processi di sburocratizzazione e di riduzione dei costi generali;

5) a valutare l'opportunità di implementare le attività dell'«osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale», cui sono state trasferite le funzioni precedentemente esercitate dall'Osservatorio nazionale per l'attività libero-professionale, anche al fine di poter disporre di dati aggregati parziali con cadenze più frequenti rispetto a quella della pubblicazione del previsto rapporto del suddetto osservatorio;

6) a valutare l'opportunità di assumere iniziative per una revisione organica della normativa sulla sanità integrativa, volta a creare un coerente quadro di riferimento che superi le incongruenze esistenti e dia chiarezza all'intero pilastro della sanità collettiva integrativo-sostitutiva.

(1-01584) «Palese, Altieri, Bianconi, Capezzone, Chiarelli, Ciraci, Corsaro, Distaso, Fucci, Latronico, Marti».

Atto Camera

Mozione 1-01585

presentato da

BINETTI Paola

(MISTO-UDC)

testo presentato

Lunedì 10 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

l'articolo 32 della Costituzione garantisce il diritto alla salute di tutti i cittadini e la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istituendo il Servizio sanitario nazionale, e stabilisce criteri «equi ed universali» di garanzia delle prestazioni sanitarie;

prendendo atto che, finalmente, il 18 marzo di quest'anno è stato pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 che fissa i Livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, vincolando il Ministro della salute a verificarne l'effettiva omogeneità di applicazione; va tenuto conto che, in Italia, il sistema sanitario pubblico è finanziato attraverso la fiscalità generale e l'importo complessivo della spesa sanitaria pubblica, nel 2016, è stato intorno ai 114 miliardi di euro, attestandosi in questo modo intorno al 7 per cento del Pil;

ricordando che la dirigenza sanitaria pubblica, in deroga al generale divieto posto per i pubblici dipendenti, ha la possibilità di esercitare l'attività libero-professionale medica in due diverse forme: in rapporto esclusivo con il Servizio sanitario nazionale, la cosiddetta attività *intramoenia* o intramuraria, oppure in rapporto non esclusivo con il Servizio sanitario nazionale, la cosiddetta attività *extramoenia* o extramuraria; va precisato che la libera professione intramuraria, chiamata anche «*intramoenia*», si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale a fronte del pagamento, da parte del paziente, di una tariffa, per cui il medico è tenuto al rilascio di regolare fattura. La spesa, come tutte le spese sanitarie, è detraibile dalle imposte;

va sottolineato che le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero, e appare utile precisare che le prestazioni erogate in regime di *intramoenia* garantiscono al cittadino la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per una prestazione, con l'obbligo di partecipare ai costi in modo aggiuntivo e personale;

va ricordato che, in Italia, la spesa sanitaria privata delle famiglie ha carattere prevalentemente integrativo rispetto ai livelli essenziali di assistenza garantiti dal sistema sanitario pubblico e che, nel 2016, ha raggiunto la ragguardevole cifra di 36 miliardi di euro; costo che le famiglie sostengono di tasca loro, essendo ancora poche, percentualmente, le famiglie che hanno sottoscritto una polizza assicurativa che consenta loro di integrare le spese sanitarie che eccedono quanto previsto dal Ssn attraverso il sistema assicurativo;

d'altra parte, la legge 8 novembre 2012, n. 189, «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela

della salute», per la libera attività intramuraria prevedeva la proroga al 31 dicembre 2014 della realizzazione di strutture per l'attività libero-professionale intramuraria (Alpi). Le regioni avrebbero dovuto provvedere ad una ricognizione degli spazi disponibili e ad una valutazione dei volumi delle prestazioni effettuate negli ultimi due anni entro il 31 dicembre 2012. Le regioni, dove non erano disponibili spazi *ad hoc*, avrebbero potuto adottare un programma sperimentale per svolgere l'Alpi presso studi professionali privati collegati in rete, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'azienda sanitaria di appartenenza, sulla base di uno schema tipo approvato con accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni;

la legge n. 189 del 2012 precedeva inoltre l'attivazione, entro il 31 marzo 2013, di un'infrastruttura telematica per il collegamento delle strutture che avrebbero erogato le prestazioni in Alpi, con l'obiettivo di gestire prenotazioni, impegno orario del medico, pazienti visitati, prescrizioni ed estremi dei pagamenti, anche in raccordo con il fascicolo sanitario elettronico. Le modalità tecniche per la realizzazione di tale infrastruttura avrebbero dovuto essere determinate entro il 30 novembre 2012 con decreto del Ministro della salute, previa intesa in Conferenza Stato-regioni; la consapevolezza che molto probabilmente tale rete non sarebbe stata disponibile alla data prevista, induceva il legislatore ad estendere il termine per la temporanea prosecuzione dello svolgimento di attività libero-professionali presso studi professionali già autorizzati fino e comunque non oltre il 30 aprile 2013; come è noto tale termine è stato ulteriormente prorogato e ancora oggi è in vigore il clima di *prorogatio*;

la norma allora prevedeva anche che il pagamento delle prestazioni avvenisse direttamente alla competente struttura, tramite mezzi di pagamento che assicurassero la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso di singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione avrebbe dovuto essere acquisita dal titolare dello studio a suo carico entro il 30 aprile 2013;

la suddetta legge, tuttora inapplicata, prevedeva anche la determinazione delle tariffe sulla base di importi idonei a remunerare il professionista, l'*équipe*, il personale di supporto, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende;

la legge specificava chiaramente il divieto di svolgere attività libero-professionale presso studi professionali collegati in rete, dove operavano anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Ssn, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, a meno che non ci fosse una deroga dell'azienda del Ssn e a condizione che fosse garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni. Per i direttori generali che non si fossero prodigati per organizzare l'attività libero-professionale *intramoenia* era, ed è, prevista la decurtazione dalla retribuzione di risultato pari ad almeno il 20 per cento o, nel caso di grave inadempienza, la destituzione dell'incarico;

in sintesi: l'Attività libero professionale intramuraria (Alpi), riferita alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, che utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso, dovrebbe garantire al cittadino:

la possibilità di scegliere il nominativo del medico a cui rivolgersi;

la possibilità di prenotare la prestazione senza la richiesta del medico curante;

la possibilità di effettuare la prestazione in orari più consoni alle proprie esigenze a fronte del pagamento di un compenso da effettuare con regolare fattura, detraibile dalle imposte;

evidentemente il legislatore, istituendo l'Alpi, intendeva garantire in modo equilibrato i diritti del paziente a ricorrere più velocemente alle prestazioni di cui aveva bisogno, accorciando di molto le liste di attesa; scegliendo inoltre, personalmente, il medico da cui farsi curare; pagando in modo adeguato la prestazione ricevuta, in cui oltre all'intervento del professionista sono inclusi, almeno in parte, i costi generali relativi alla prestazione stessa. Il medico, da parte sua, avrebbe ottemperato ai doveri che ne discendevano anche sotto il profilo amministrativo, evitando ogni possibile forma di evasione fiscale. Alla direzione generale ed amministrativa il compito di garantire diritti e doveri di tutti;

esiste inoltre un'altra forma di *intramoenia*, la cosiddetta *intramoenia* allargata, che permette ai medici ospedalieri di esercitare la libera attività professionale fuori del normale luogo di lavoro, l'ospedale. Il medico, in questo modo, può esercitare la sua professione anche in altre strutture, purché convenzionate con l'ospedale in cui è strutturato il professionista, nel caso in cui non gli si mettano a disposizione gli spazi per attuare l'*intramoenia* dentro le mura del nosocomio;

escludendo la maggioranza dei medici che applicano con rigore le regole, l'*intramoenia* allargata può creare situazioni scorrette sotto il profilo deontologico, ancor prima che sotto il profilo burocratico-amministrativo, se mancano i dovuti controlli, perché le Asl non sono in condizioni di farli, anche perché *bypassare* le norme è molto facile; lo scandalo dell'*intramoenia* allargata ha comunque molti responsabili;

l'*intramoenia* in questo caso potrebbe diventare, e di fatto in alcuni casi diventa, fonte di iniquità, se discrimina i pazienti in base alle possibilità economiche. E poiché oggi, in Italia, dieci milioni di persone sono alle soglie della povertà, ciò significa che una parte di queste – non si saprà mai quante – non riesce a curarsi perché le liste di attesa sono lunghissime e perché non ha i mezzi per ricorrere all'*intramoenia*. Così chi non può si rassegna ad aspettare, con gravi conseguenze per la propria salute; conseguenze che possono rendere la vita molto più difficile;

le Asl hanno comunque imparato a farsi concorrenza tra di loro, ricorrendo all'*intramoenia* e permettendo ai medici del Servizio sanitario nazionale di eseguire diagnosi e cure in *intramoenia* a costi più bassi del *ticket*, con tempi di attesa più brevi. Così, sempre più spesso, i cittadini ricorrono all'assistenza privata tra le mura ospedaliere, rinunciando a quella istituzionale, troppo lenta e spesso soggetta ad un *turn over* molto rapido dei medici che gestiscono l'ambulatorio. Il paziente apprezza quindi il risparmio di tempo e di soldi;

qualche esempio può essere utile a capire il meccanismo che si è creato: se il *ticket* per un'ecografia alla tiroide costa, per esempio, 42,41 euro, con attese fino all'agosto 2017, il costo per la stessa prestazione in *intramoenia* è di 40 euro: accade, ad esempio, nell'ospedale di Latina e di Bracciano e in altri centri dove per sottoporsi a questo esame occorrono solo quattro giorni in *intramoenia* e quattro mesi per le vie ordinarie. Una radiografia alla spalla in *intramoenia* nella Asl di Latina (ospedali di Fondi e Terracina) costa 26,40 euro, con un risparmio di 5,42 euro sul *ticket* e con solo qualche settimana di attesa. Nella Asl di Viterbo, per una radiografia alla colonna cervicale eseguita in libera professione ospedaliera (a Tarquinia), occorrono 28,40 euro, 3,68 in meno del costo del *ticket* per quell'esame;

così i cittadini ricorrono all'*intramoenia* a prezzi di poco superiori al costo del *ticket* e, soprattutto, accorciando i tempi che, per alcune patologie, potrebbero rivelarsi davvero fatali. La regione Lazio, dopo ripetute denunce, almeno in teoria, ha deciso di far rispettare le prescrizioni nazionali sui tempi lunghi di attesa. La legge c'è già: il decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, al comma 13, dell'articolo 3 prescrive che se un cittadino è costretto ad aspettare più di un mese per le visite specialistiche e oltre

due mesi per gli esami diagnostici, si può sottoporre a queste prestazioni in libera professione con il pagamento del solo *ticket*. La legge n. 189 del 2012, prevede l'allineamento progressivo dei tempi di esecuzione delle prestazioni nell'attività istituzionale a quelli medi dell'*intramoenia*. Ma sembra che dopo la promulgazione di suddetta legge le attese si siano invece allungate; ci sono esami, soprattutto quelli eseguiti attraverso le immagini, dalla risonanza all'ecografia, alla tac, che sono spariti dalle agende degli ospedali pubblici. Non ci si può neanche prenotare per alcuni accertamenti diagnostici, perché occorrono almeno 180 giorni in alcune Asl romane. E, di questo passo, si possono fare molti altri esempi; non c'è dubbio che l'*intramoenia* abbia vantaggi concreti per il cittadino, primo tra tutti la possibilità di scegliere il medico e garantire la continuità del rapporto nel processo di diagnosi e cura, e subito dopo quello di accorciare le file di attesa, ma è altrettanto evidente che può prestarsi ad una serie di abusi, sotto il profilo della gestione economico-fiscale, soprattutto nel caso della *intramoenia* allargata,

impegna il Governo:

- 1) a garantire l'adozione più rapida possibile del nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, Pngla, indispensabile per consentire un complessivo miglioramento dell'assistenza e una più adeguata «qualità percepita» da parte del cittadino;
- 2) ad emanare i decreti del Ministro della salute per la definizione della metodologia di valutazione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, previsti all'articolo 1, commi 526 e 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, tenendo conto dell'articolo 1, comma 4, lettera g) della legge 3 agosto 2007, n. 120 «Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria», nonché dell'attuazione dalla determina dell'Anac 28 ottobre 2015, n. 12 Piano nazionale anticorruzione – aggiornamento 2015 (*Gazzetta Ufficiale* 16 novembre 2015, n. 267);
- 3) a valutare l'opportunità di assumere iniziative normative affinché, entro il più breve tempo possibile, venga presentato alle commissioni competenti di Camera e Senato il «nuovo» Piano nazionale per il governo dei tempi di attesa, prevedendo il primo parere obbligatorio delle commissioni competenti di Camera e Senato, affinché il Piano sia adottato definitivamente entro e non oltre il 30 settembre 2017;
- 4) a valutare l'opportunità di assumere iniziative affinché il «nuovo» Piano nazionale per il governo dei tempi di attesa contempli, con il supporto dell'Agenzia per l'Italia digitale (Agid) la realizzazione di una piattaforma tecnologica per il monitoraggio e l'implementazione del rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni di tutti gli enti del Sistema sanitario nazionale, facendo in modo che l'accesso alla piattaforma tecnologica sia di facile fruizione e sia garantito a tutti i cittadini, e che l'aggiornamento dei dati abbia cadenza mensile;
- 5) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, affinché presso tutti gli enti del Ssn, le visite specialistiche, e le prestazioni diagnostiche ambulatoriali, nonché i ricoveri di elezione siano garantiti secondo le normative in vigore, promuovendo, se necessario, precisi cambiamenti organizzativi, che consentano di razionalizzare i tempi di esecuzione e di ridurre gli spazi morti;

6) ad assumere iniziative affinché il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza contempli il coinvolgimento delle associazioni dei cittadini e pazienti;

7) ad assumere iniziative per rendere più efficace l'aggiornamento e la consapevolezza di tutte le figure professionali, che devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi del Piano soprarichiamato;

8) ad incoraggiare la piena collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato, la cui collaborazione è indispensabile per la percezione di tali diritti e della domanda di assistenza;

9) a valutare l'opportunità di attivare la verifica e certificazione di tutti i percorsi di raccolta dati che abbiano l'obiettivo di garantire flussi di informazioni adeguati per l'orientamento delle azioni decisionali e per la loro eventuale revisione *in progress*;

10) ad individuare le principali criticità del Sistema, in modo da orientare la priorità delle nuove azioni di intervento;

11) a valutare la possibilità di assumere iniziative per investire adeguate risorse economiche, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del nuovo Piano sopra citato e quantitativamente adeguate rispetto alle sue ambizioni, nell'ambito dei vincoli generali della finanza pubblica.

(1-01585)

(Testo modificato nel corso della seduta) «Binetti, Buttiglione, Cera, De Mita, Pisicchio».

Atto Camera

Mozione 1-01586

presentato da

BRIGNONE Beatrice

(SINISTRA ITALIANA - SINISTRA ECOLOGIA LIBERTA' – POSSIBILE)

testo presentato

Lunedì 10 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

l'attività libero-professionale, detta intramoenia, è stata introdotta nel sistema sanitario nazionale dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con il quale, come noto, si delineava il quadro normativo del riordino del Servizio sanitario nazionale in attuazione della legge delega 23 ottobre 1992, n. 421;

la libera professione chiamata intramoenia si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici ospedalieri, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa;

le prestazioni fornite in intramoenia sono, generalmente, le medesime che il medico deve erogare sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale, attraverso la normale operatività come medico;

nelle attività di intramoenia, sono comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, di *day surgery* e di ricovero, nonché le prestazioni farmaceutiche a esso collegate, sia nelle strutture ospedaliere, sia territoriali, con oneri a carico dell'assistito, di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992; il malato ha diritto alle prestazioni mediche entro tempi certi, uno dei principali problemi del sistema sanitario nazionale è l'entità e la gestione delle liste di attesa per visite, prestazioni, esami diagnostici ed interventi chirurgici, anche nelle più virtuose strutture ospedaliere e sanitarie;

molto spesso, a causa della lungaggine dei tempi di attesa per l'accesso a molte prestazioni diagnostiche e terapeutiche, i cittadini – il cui stato di salute richiederebbe interventi tempestivi – sono costretti a richiedere le prestazioni necessarie a pagamento presso strutture private o presso le stesse strutture pubbliche in regime di intramoenia, poiché attendere mesi se non addirittura anni di attesa, con il normale servizio pubblico, potrebbe aggravare il proprio stato di salute;

i fattori che causano liste e tempi di attesa sono diversi: errata o insufficiente distribuzione delle risorse, prescrizioni improprie, modalità organizzative che tengono conto più delle esigenze degli operatori che di quelle degli utenti; più lunghi sono i tempi di attesa, maggiore è la propensione degli utenti – rassegnati all'idea che il diritto alla salute non viene per nulla tutelato da una sanità pubblica – a pagare le prestazioni di cui hanno bisogno, favorendo in tal modo l'attività intramoenia dei medici pubblici;

esistono molti casi di utenti con ricetta medica per visita urgente che non si trovano ad aver erogata la prestazione nei tempi prescritti;

non va dimenticato che l'affollarsi del pronto soccorso, molto spesso è dovuto proprio alla mancata certezza di poter accedere a esami o visite entro i tempi stabiliti per codice, causando quindi un disservizio per gli utenti del pronto soccorso, carico di

lavoro per il personale medico e paramedico, inappropriatelyzza e aggravio anche di costi inutili;

solo una rete regionale complessiva delle prestazioni ambulatoriali potrebbe garantire l'offerta in tempi certi, anche per le urgenze ambulatoriali differibili. Tale rete dovrebbe includere tutti i Servizi sanitari accreditati pubblici o privati presenti sul territorio, poiché le lunghe liste d'attesa aumentano il rischio clinico, tanto più se si tratta di livelli essenziali di assistenza (Lea) sia in senso assoluto, per il possibile peggioramento clinico del paziente, sia per possibile insorgenza di eventuali contenziosi futuri (in caso di danni per prestazioni tardive o non garantite) e se un accertamento o una prestazione è ritenuto un Lea, inevitabilmente può essere considerato tale solo se è erogato anche in tempo utile;

il decreto-legge n. 158 del 2012 ha precisato aspetti già precedentemente normati e ha introdotto alcuni cambiamenti con l'intento di delineare il passaggio a regime dell'Alpi (Attività libero professionale intramuraria): la ricognizione, da parte delle regioni, entro il 31 dicembre 2012, degli spazi per lo svolgimento dell'Alpi e l'adozione, entro il 30 aprile 2013, di un programma sperimentale che prevedeva lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete. Dal 28 febbraio 2015 l'intramoenia è allargata e posta a regime, previa verifica della sua funzionalità tramite strumenti di controllo, in parte già previsti dalla legge n. 120 del 2007. Eppure, ad oggi, pare non sia adeguatamente applicata, considerati i tempi di attesa per l'utente;

se l'erogazione della prestazione nei tempi utili in relazione alla patologia, non è possibile nell'ordinario orario di lavoro dei medici significa, per la singola azienda, ma anche per il sistema regionale, che il personale dedicato a tale attività è del tutto sottostimato, come oramai sempre più spesso accade. S'imporrebbe, quindi, una revisione della dotazione di personale con eventuali nuove assunzioni;

la riduzione a limiti accettabili per patologia delle liste d'attesa dovrebbe essere vissuto come un problema regionale dei vari servizi sanitari regionali, quindi, di sistema e non della singola azienda, che, comunque una volta che ha raggiunto il massimo della propria capacità erogativa di prestazioni non può andare oltre; occorrerebbe una sorta di portale unico al quale i cittadini possano rivolgersi a livello regionale per cercare in tempo reale dove prenotare la prestazione per quella particolare patologia, a seconda della gravità della patologia stessa, diagnosticata o presunta, stabilendo le massime tempistiche accettabili per l'erogazione delle prestazioni correlate;

la garanzia dell'abbattimento delle liste può solo essere nella sinergia fra i vari erogatori, quindi deve ricadere in un sistema che accorpi, in una rete regionale, tutti i servizi sanitari, con un coordinamento degli stessi, sia che siano pubblici, sia che siano privati accreditati, in modo da garantire tempi definiti per le prestazioni coerenti con il livello di urgenza definito dal prescrittore;

va ricordato, infine, che le liste d'attesa eccessive configurano anche una grave violazione del principio costituzionale del diritto alla salute e in termini di sistema, il paziente che non accede alle cure o le ritarda a causa delle liste d'attesa eccessive, non produce affatto un risparmio per la società, bensì diventa poi, al manifestarsi conclamato dell'evento patologico, un importante costo, sia in termini di inevitabile cura ormai tardiva e più onerosa in tutti i sensi, sia in termini sociali, con inabilità lavorativa e costi sociali e familiari correlati al livello assistenziale necessario,

impegna il Governo:

1) ad assumere iniziative di competenza, in raccordo con le regioni, propedeutiche all'istituzione di un osservatorio delle liste d'attesa, ove, ogni ente accreditato debba

aggiornare in tempo reale le proprie liste, al fine di monitorare e controllare, le liste d'attesa stesse, al fine di consentire, all'interno della rete del servizio sanitario regionale, la distribuzione dei pazienti verso gli ambulatori con liste d'attesa minori, congrue alla urgenza o meno della patologia di cui si tratta;

2) a relazionare presso le Commissioni competenti di Camera e Senato, sulla grave situazione relativa alle liste d'attesa e all'istituto dell'intramoenia delle regioni italiane;

3) ad assumere iniziative affinché siano stabiliti per ogni patologia o sospetto diagnostico un tempo massimo di erogazione della prestazione, e quindi della lista d'attesa ammissibile;

4) a valutare l'opportunità, tenuto conto dei vincoli generali della finanza pubblica, di assumere iniziative volte a garantire adeguati finanziamenti ai nuovi Lea, finalizzati alla riduzione delle liste d'attesa eccessive che altrimenti non possono essere assicurati;

5) ad assumere iniziative, per quanto di competenza, affinché i servizi sanitari regionali garantiscano la copertura dei servizi erogati entro certi limiti temporali determinati in relazione alla malattia di cui si tratta;

6) a dare concreta attuazione alla determina dell'Anac 28 ottobre 2015, n. 12, prevedendo che, in caso di mancato rispetto di tutte le disposizioni e condizioni che consentono l'esercizio dell'attività libero-professionale intramoenia, la stessa non sia in alcun modo autorizzata, assumendo iniziative volte a prospettare reali conseguenze penalizzanti per le strutture sanitarie e per i soggetti responsabili.
(1-01586)

(Testo modificato nel corso della seduta) «[Brignone](#), [Marcon](#), [Civati](#), [Andrea Maestri](#), [Pastorino](#), [Costantino](#), [Gregori](#), [Pellegrino](#), [Paglia](#), [Pannarale](#)».

Atto Camera

Mozione 1-01587

presentato da

FOSSATI Filippo

(ARTICOLO 1-MOVIMENTO DEMOCRATICO E PROGRESSISTA)

testo presentato

Lunedì 10 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

a trentanove anni dalla sua istituzione, il servizio sanitario pubblico, nazionale ed universale, continua a rappresentare un pilastro fondamentale del nostro sistema di *welfare*;

negli ultimi anni, a fronte di un sostanziale sottofinanziamento, si sono diffuse criticità e difficoltà del sistema nell'assicurare sull'intero territorio nazionale ed in modo equo i livelli essenziali di assistenza previsti dalla legge;

per garantire universalità ed equità, la sanità pubblica ha dunque bisogno di maggiori risorse finanziarie e di un coraggioso rinnovamento, che rilanci il ruolo e la funzione degli operatori e delle strutture del sistema sanitario nazionale e che contrasti il ricorso improprio, spesso incentivato con risorse pubbliche, al mercato privato delle cure;

in questi anni, invece, le risorse assegnate al Servizio sanitario nazionale hanno visto gradualmente ridurre la loro incidenza rispetto a Pil. L'ultima Nota di aggiornamento al Documento di economia e finanza 2016 ha purtroppo confermato questa tendenza alla riduzione. La spesa sanitaria che viene stimata al 6,8 per cento in rapporto al Pil per il 2017, vede ridursi al 6,7 per cento nel 2018, e quindi al 6,6 per cento nel 2019. Per gli anni successivi, continua a fare fede quanto già riportato nel Documento di economia e finanza 2016, dove si evince che per ritornare ai livelli spesa sanitaria-Pil del 2010, che era del 7 per cento, si dovrà aspettare il 2030-2035. Ossia bisognerà attendere 15-20 anni;

è ancora più grave che questo costante definanziamento del Servizio sanitario nazionale, avvenga nonostante che nel rapporto spesa sanitaria-Pil siamo da tempo al sotto la media dei rispettivi valori dell'Unione europea a 15. Dopo l'Italia ci sono solo Spagna, Grecia e Portogallo. Una forbice che si allarga anno dopo anno; si corre il rischio di portare il nostro Paese verso un sistema sanitario definanziato e sempre più a due binari: uno pubblico, inefficiente e inadeguato, destinato sempre più alle fasce sociali medie e basse, e uno misto, pubblico-privato di sanità integrativa, finanziato con assicurazioni sanitarie private o di categoria, con prestazioni spesso migliori destinate ai cittadini con redditi più elevati;

i sistemi sanitari regionali non riescono a garantire la stessa equità di accesso e uniformità dei livelli di assistenza sul territorio nazionale, e l'allungamento delle liste d'attesa produce inevitabilmente il dirottamento sempre maggiore dei malati verso il privato o l'attività professionale *intramoenia*;

sempre di più i cittadini considerano il privato e l'*intramoenia* come prima scelta. Per tempi e costo dei *ticket*, spesso si fa prima ad andare in *intramoenia* o nel privato.

L'assurdo è che, come ricorda «Cittadinanzattiva», frequentemente si tratta di prestazioni previste nei Livelli essenziali di assistenza, quindi un diritto esigibile; a tutto questo contribuiscono in maniera decisiva i tagli e il blocco del *turn over* nella

sanità pubblica, che hanno prodotto una grave carenza di personale. Questo conseguentemente si traduce in una riduzione insostenibile nella quantità e nella qualità dei servizi sanitari garantiti ai cittadini. Si parla di un comparto della pubblica amministrazione che necessiterebbe perlomeno di un piano per i prossimi tre anni di assunzione/stabilizzazione di 18 mila medici e di oltre 47 mila infermieri; l'indagine promossa dall'Anaa nel 2016 «SSN cercasi: il progressivo impoverimento dell'offerta sanitaria e le conseguenze sulla salute della popolazione», ha evidenziato come, dal 2009 al 2014, per far quadrare i bilanci, le aziende sanitarie hanno tagliato 25 mila posti letto; bloccato il *turn-over* del personale (-24.000 addetti dal 2009 al 2014, considerando sia medici che infermieri); ridotto l'investimento in ammodernamento delle strutture e delle tecnologie. Si è contratta, di conseguenza, l'offerta di prestazioni diagnostiche, di interventi chirurgici e di ricoveri. Le liste d'attesa sono aumentate diventando una vera e propria barriera fisica per il diritto di accesso alle cure da parte dei cittadini. Chi ha disponibilità economiche si rivolge al privato. La spesa *out of pocket* è arrivata a 33 miliardi di euro nel 2014; il 50° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese/2016, ha ricordato come gli effetti socialmente regressivi delle manovre di contenimento si traducono in un crescente numero di italiani (11 milioni circa) che, nel 2016, hanno dichiarato di aver dovuto rinunciare o rinviare alcune prestazioni sanitarie, specialmente odontoiatriche, specialistiche e diagnostiche; tutto questo fa sì che 10 milioni di italiani ricorrono di più al privato e 7 milioni all'*intramoenia*, perché non possono permettersi di aspettare; il confronto fra pubblico e privato su tempi e costi delle prestazioni dice, per esempio, che per una risonanza magnetica le strutture private richiedono in media 142 euro, per un'attesa di 5 giorni, mentre, nel pubblico, si pagano 63 euro di *ticket*, ma l'attesa sale a 74 giorni. Tradotto: 79 euro di spesa in più e 69 giorni in meno nel confronto fra pubblico e privato; il livello e l'aumento della partecipazione alla spesa per l'assistenza ambulatoriale e diagnostica, l'allungamento, a volte di mesi, delle liste di attesa, la mancata programmazione dell'offerta a livello territoriale, sono quindi i principali fattori della fuga di massa quasi obbligata dal ricorso alle cure del Servizio sanitario nazionale pubblico verso le cure a pagamento offerte dalle strutture private e dalle attività in libera professione (*intramoenia*) nei servizi pubblici; anche il Censis ricorda come la lunghezza delle liste d'attesa nel pubblico «raziona l'accesso ai servizi sanitari pubblici e genera un flusso intenso verso il privato e verso l'*intramoenia*. Pagare per acquistare prestazioni sanitarie diventa un gesto quotidiano, ordinario»; tra l'altro, i lunghi tempi delle liste di attesa comportano un conseguente allungamento anche dei tempi di erogazione di quelle prestazioni sanitarie più importanti e a più elevato indice di priorità, con inevitabili gravi ripercussioni sullo stato di salute per quei pazienti che avrebbe invece bisogno di interventi medici e diagnostici urgenti; nel 2014, il settore dell'*intramoenia* ha comportato un giro d'affari di oltre 1,1 miliardi di euro, mentre la quota a favore delle aziende sanitarie è stata di circa 217 milioni di euro; riguardo all'attività libero-professionale *intramoenia*, si rammenta che il decreto legislativo n. 254 del 2000 ha demandato alle regioni/province autonome il compito di definire uno specifico programma per la realizzazione di strutture sanitarie dedicate all'attività libero-professionale intramuraria, finanziato con fondi specifici della legge n. 20 del 1988. A distanza di molti anni, sono 16 le regioni e province autonome che hanno presentato il programma di investimento. Di queste, solamente 5 hanno completato, entro il 2014, il collaudo di tutti gli interventi di ristrutturazione ammessi al

finanziamento. Solamente in 5 regioni tutte le aziende sanitarie garantiscono ai dirigenti medici spazi idonei e sufficienti per esercitare la libera professione; si ricorda che il decreto-legge n. 158 del 2012, ha previsto la possibilità di svolgere l'*intramoenia* negli studi privati (in forma residuale e sperimentale in attesa dell'allestimento di spazi intraospedalieri), con modalità precise di controllo e di prenotazioni telematiche. Detto decreto-legge, ha, infatti, modificato le modalità di esercizio della libera professione, prevedendo la possibilità per le regioni di autorizzare le aziende sanitarie, attraverso una ricognizione degli spazi aziendali disponibili e dei volumi di attività erogati, ad adottare un programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete. Ebbene, dalla relazione al Governo sull'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria presentata al Parlamento nel 2016 e relativa all'anno 2014, risulta che ben la metà delle regioni ha autorizzato l'adozione del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete; dalla medesima relazione al Governo, emerge che solo 13 regioni hanno dichiarato di aver provveduto a emanare o ad aggiornare le previste linee guida sulle modalità di gestione dell'attività libero-professionale intramuraria. Si ricorda che l'adozione di indirizzi chiari e definiti è elemento indispensabile per garantire un efficace coordinamento delle strategie, degli interventi e delle misure necessarie per la corretta gestione del fenomeno; nel 2014, la relazione evidenzia una ulteriore criticità per quel che concerne l'esercizio della libera professione al di fuori delle mura aziendali: in 10 regioni su 21 erano ancora presenti studi privati non collegati in rete o convenzioni con strutture private non accreditate, modalità di esercizio non più contemplate dalla normativa; nella maggior parte delle regioni, meno della metà delle aziende sanitarie sono in grado di garantire gli spazi idonei per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria; con riferimento al 2014, il 76 per cento dei dirigenti medici esercita l'Alpi esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 15 per cento circa esercita al di fuori della struttura ed il 9 per cento svolge attività libero-professionale sia all'interno, che all'esterno delle mura azienda; nell'ambito del fenomeno degli illeciti e della corruzione in sanità – che si ricorda drena ogni anno 6 miliardi di euro di risorse – le liste di attesa e l'attività libero-professionale *intramoenia* (Alpi), rientrano in quegli ambiti sanitari potenzialmente esposti a rischi corruttivi; questo aspetto è ben presente nella stessa determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 dell'Autorità nazionale Anticorruzione (Anac), nella quale l'attività libero-professionale e le liste d'attesa vengono ricomprese espressamente tra le «aree di rischio specifiche». Nel provvedimento citato, si segnala tra l'altro come «l'attività libero-professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini»,

impegna il Governo:

1) ad assumere iniziative per interrompere e invertire la progressiva riduzione della spesa sanitaria rispetto al Pil in atto già da troppi anni, quale condizione imprescindibile e necessaria per dotare di adeguate risorse il Servizio sanitario

nazionale, ridurre le inefficienze e i disservizi, e garantire l'universalità, il diritto alla salute, l'accesso alle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini;

2) a valutare l'opportunità, tenuto conto dei vincoli generali della finanza pubblica, di assumere iniziative per stanziare, per le medesime suddette finalità, adeguate risorse finanziarie per lo sblocco del *turn-over* nel Servizio sanitario nazionale, anche attraverso eventuali deroghe alla normativa vigente in materia, in particolare per il personale medico, infermieristico, tecnico e socio-sanitario di supporto, e per la stabilizzazione dei precari, al fine di consentire realmente la riorganizzazione e la riqualificazione dei servizi sanitari e ridurre il forte divario tra la domanda sempre crescente di prestazioni sanitarie, e l'offerta sempre meno adeguata;

3) ad avviare tutte le iniziative di competenza efficaci per ridurre sensibilmente le liste d'attesa, garantendo una gestione trasparente, informatizzata e centralizzata delle liste di attesa di tutte le strutture pubbliche e convenzionate per prestazioni, esami, visite specialistiche e ricoveri, e prevedendo il rispetto di tempi massimi di attesa tra i criteri di valutazione dei direttori generali;

4) a valutare l'opportunità di adottare le opportune iniziative normative volte a prevedere un incremento della vigente quota del compenso del professionista che svolge attività libero-professionale intramuraria e trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale e che viene vincolata per interventi volti alla riduzione delle liste d'attesa;

5) a valutare l'opportunità, tenuto conto dei vincoli generali della finanza pubblica, di assumere iniziative per prevedere adeguate risorse finanziarie per la definitiva realizzazione, da parte delle regioni, di spazi e strutture sanitarie dedicate all'attività libero-professionale intramuraria, come previsto dalla normativa vigente;

6) a valutare l'opportunità di prevedere conseguentemente, il definitivo superamento dell'attività libero-professionale presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, attualmente vigente, ma che era prevista come sperimentale dal decreto-legge n. 158 del 2012, e ciò al fine di ricondurre tutta l'attività libero professionale nell'ambito delle strutture e spazi delle Aziende sanitarie e garantire l'effettiva attività *intramoenia*;

7) a procedere al rinnovo del contratto della dirigenza medica, fermo da otto anni e in quella sede intraprendere tutte le iniziative utili, di concerto con i soggetti e le categorie interessate, volte alla revisione dell'istituto dell'*intramoenia* nel quadro di un rafforzamento e qualificazione del rapporto di esclusività dei dirigenti medici con il sistema sanitario nazionale;

8) a presentare entro il 30 settembre 2017 il Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, la cui ultima redazione risale al 2012, tenendo conto delle migliori pratiche prodotte dalle regioni e tenuto conto della competenza regionale in materia.

(1-01587)

(Testo modificato nel corso della seduta) «Fossati, Murer, Fontanelli, Roberta Agostini, Albini, Bersani, Franco

Bordo, Bossa, Capodicasa, Cimbri, D'Attorre, Duranti, Epifani, Fava, Ferrara, Folino, Formisano, Carlo

Galli, Kronbichler, Laforgia, Leva, Martelli, Matarrelli, Melilla, Mognato, Nicchi, Giorgio Piccolo, Piras, Quaranta, Ragosta, Ricciatti, Rostan, Sannicandro, Scotto, Speranza, Stumpo, Zaccagnini, Zaratti, Zoggia».

Atto Camera

Mozione 1-01588

presentato da

VARGIU Pierpaolo
(CIVICI E INNOVATORI)

testo presentato

Lunedì 10 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

nel nostro Paese, il diritto alla salute è garantito attraverso l'enunciato dell'articolo 32 della Carta costituzionale e attraverso la legge n. 833 del 1978 di istituzione del Servizio sanitario nazionale e successive modifiche, che stabilisce i criteri «equi ed universali» di garanzia delle prestazioni sanitarie e pone in capo allo Stato la tutela di omogenei Livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale, secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* dell'8 febbraio 2002 e ulteriormente precisato dall'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 che pone in capo al Ministro della salute la verifica sulla effettiva omogeneità dell'erogazione dei Lea; in Italia, il sistema sanitario pubblico, finanziato attraverso la fiscalità generale, eroga dunque prestazioni di assistenza a tutti i cittadini italiani, attraverso la ripartizione annuale dei finanziamenti del Fondo sanitario nazionale, che possono essere integrati con risorse proprie regionali, che garantiscano attività eccedenti rispetto ai Lea; in Italia, la spesa sanitaria privata delle famiglie ha dunque carattere prevalentemente integrativo rispetto ai Lea garantiti dal sistema sanitario pubblico e rappresenta la quota cosiddetta « *out of pocket*» che, nel 2016, si è attestata intorno ai 36 miliardi di euro;

la spesa *out of pocket* italiana si differenzia da quella della maggior parte degli altri Paesi europei in quanto è quasi completamente «disintermediata» (appena il 10,1 per cento di tale spesa è canalizzato attraverso sistemi di trasferimento del rischio), a causa della scarsa penetrazione dell'azione del sistema dei fondi integrativi e delle assicurazioni sanitarie nel nostro Paese;

l'importo complessivo della spesa sanitaria pubblica italiana nel 2016 è stato intorno ai 114 miliardi di euro, attestandosi in questo modo vicino al 7 per cento del Pil; secondo i dati del Crea di Roma Tor Vergata, la spesa sanitaria pubblica italiana, nell'ultimo decennio, ha avuto un incremento annuo pari all'1 per cento, contro il 3,8 per cento medio degli altri Paesi dell'Europa occidentale, consolidando il dato che vede la spesa sanitaria pubblica italiana inferiore di circa il 36 per cento rispetto a quella media *pro capite* degli altri Paesi di raffronto;

sempre secondo i rapporti del Crea, in Italia, appare notevolissimo il divario di spesa pubblica *pro capite* tra le regioni settentrionali e quelle meridionali a basso reddito, raggiungendo differenziali intorno al 40 per cento tra le regioni a più alta spesa sanitaria (pubblica amministrazione di Bolzano) e quelle a spesa più bassa (Calabria);

anche il Cergas della Università Bocconi, nel contesto del rapporto OASI 2016, ha sottolineato il rischio che l'universalità e l'equità del nostro sistema sanitario pubblico possano saltare per effetto della contrazione dei finanziamenti complessivi e per la crescita delle differenze tra gli erogatori regionali;

appare del tutto evidente come, in questo contesto frastagliato e denso di *gap* infrastrutturali, diventi davvero difficile garantire qualità ed equità delle prestazioni su tutto il territorio nazionale anche perché l'attuale testo costituzionale riserva alla competenza statale la sola attività di programmazione e di verifica, attribuendo alle regioni tutte le competenze gestionali;

tale autonomia gestionale regionale, che avrebbe dovuto garantire l'adeguamento della erogazione delle prestazioni alle variabili di contesto locali, rischia, invece, sempre più spesso di essere un ulteriore fattore di sperequazione sia per la differente capacità regionale di garantire risorse aggiuntive, che per la diversità dei modelli organizzativi e delle modalità di erogazione delle prestazioni che non consente di valorizzare adeguatamente le *best practices* regionali;

tale differente capacità nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni rischia di essere pagata dai cittadini delle regioni più deboli che si vedono negare una parte crescente dei loro diritti e alimentano fenomeni di mobilità passiva interregionale che sono spesso la spia del malfunzionamento complessivo del sistema;

uno dei sensori di qualità delle prestazioni erogate, che viene maggiormente avvertito da parte del cittadino/paziente, è senz'altro rappresentato dalla lunghezza delle liste d'attesa per la fruizione delle prestazioni sanitarie che, quando esce da ogni fisiologia, finisce con il negare l'accesso alla prestazione, alimentando un doppio mercato che mortifica la stessa funzione del sistema di assistenza pubblico;

in passato, sono stati più volte segnalati casi di rallentamento delle prestazioni sanitarie erogate dal sistema pubblico che, più o meno surrettiziamente, finivano con l'alimentare il mercato sanitario privato, venendo spesso soddisfatte dagli stessi attori che avrebbero avuto il dovere di erogarle all'interno del sistema sanitario regionale;

il rischio di una deriva verso l'illegalità, associato alla dilatazione delle liste d'attesa nel settore pubblico, è stato parzialmente risolto attraverso la normativa che regola l'autorizzazione all'erogazione della prestazione in regime di intramoenia, che consente di creare un doppio binario di erogazione del servizio richiesto che avviene comunque all'interno e sotto il controllo del sistema sanitario pubblico da cui dipende l'operatore che, attraverso la propria libera scelta, decide di aggiungere un secondo canale aggiuntivo e integrativo di offerta della propria prestazione professionale, nel rispetto del disposto della legge n. 120 del 3 agosto 2007;

appare del tutto ovvio come il canale della libera professione intramuraria debba essere (come è) soggetto a verifiche e controlli attraverso parametri ed indicatori oggettivi che consentano di mantenere nella piena fisiologia il sistema, evitando di alimentare sospetti di distorto funzionamento o, addirittura, vere e proprie pratiche illegittime e/o illegali;

l'obiettivo del sistema resta, dunque, quello di offrire liste d'attesa per la fruizione delle prestazioni sanitarie che siano le più brevi possibili, garantendo la piena accessibilità in emergenza ed urgenza e mantenendo la «doppia opportunità» per le attività di *routine* che beneficiano complessivamente del «doppio canale», garantito dalla libera professione intramoenia che, riducendo la complessiva lunghezza dell'attesa, favorisce anche coloro che scelgono – o sono costretti a scegliere – di rivolgersi esclusivamente al percorso pubblico;

la esclusione di aree crescenti di popolazione italiana dalla opportunità di ricorrere a prestazioni sanitarie in regime di pronta solvibilità è certificata anche dai più recenti rapporti Istat e Censis che registrano tutti un numero crescente di famiglie che è costretta a rinunciare ad una parte delle prestazioni sanitarie utili o indispensabili (ad esempio quelle nel settore odontoiatrico) perché non possiede le risorse economiche indispensabili per la loro fruizione;

appare chiaro come, in questa situazione di grave difficoltà generale, sia

indispensabile ricorrere ad interventi regolatori centrali che abbiano funzione di indirizzo e di verifica, come del resto stabilito attraverso la norma dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

coerentemente a tale previsione legislativa è stato definito il ruolo del Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa 2006-2008, successivamente superato dal nuovo Piano nazionale di Governo delle liste di attesa (Pngla) 2010-2012, approvato dalla Conferenza Stato regioni ed operativo dal 28 ottobre 2010;

la verifica della realizzazione su tutto il territorio nazionale degli obiettivi enunciati dal Pngla 2010-2012 è stata affidata ad Agenas, a cui è stato chiesto in particolare di selezionare le batterie di indicatori indispensabili a dare oggettività alla rilevazione del buon funzionamento del sistema, sia per quanto riguarda la efficacia complementare delle attività di libera professione intramoenia e intramoenia allargata, che per quanto attiene alla erogazione di prestazioni ambulatoriali dirette e all'attuazione dei Pdta da parte del Servizio sanitario nazionale;

dal 2012, Agenas collabora dunque attivamente con le regioni per monitorare i tempi di attesa nell'attività cosiddetta Alpi e in quella istituzionale;

l'esperienza sul campo acquisita da Agenas ne ha fatto un componente fondamentale del tavolo di lavoro interistituzionale che opera per la stesura del nuovo Pngla 2016-2018;

modernamente, le azioni di contenimento delle liste di attesa passano attraverso la individuazione delle priorità cliniche che, secondo il modello di riferimento dei Rao (raggruppamenti di attesa omogenei), consenta di omogeneizzare i tempi di attesa sulla base di criteriologie coerenti, stabilite nazionalmente, con possibili variazioni contestuali regionali, attraverso la collaborazione dell'esperienza dei Mmg, dei Pls e dei medici specialisti ambulatoriali ed ospedalieri;

lo scostamento aziendale rispetto ai parametri nazionali e alle eventuali specificità decise su base regionale, può consentire la verifica di eventuali anomalie di funzionamento del sistema, permettendo l'eliminazione delle discrasie;

il complessivo obiettivo del Pngla non può ovviamente essere quello di aumentare l'offerta, ma deve necessariamente essere quello di garantire l'appropriatezza, agendo sul versante del governo della domanda, intervenendo sulle criticità e organizzando l'offerta secondo il criterio della priorità clinica e del rispetto delle linee guida nella gestione dei Pdta;

la prima delle azioni condivise riguarda dunque l'aggiornamento e la crescita di consapevolezza del personale sanitario che, sia sul versante prescrittivo, che su quello operativo deve avere chiari gli obiettivi di sistema e i percorsi metodologici coerenti, in modo da poter adeguare la propria opera professionale alle necessità dei nuovi modelli assistenziali proposti;

analoga attenzione andrà posta sulle nuove opportunità informatiche, sia per quanto attiene alla informatizzazione delle attività di prenotazione secondo la criteriologia della priorità clinica, anche con la collaborazione delle nuove funzioni della farmacia clinica e attraverso l'attività sempre più raffinata dei Cup, che per quanto attiene alle azioni di consegna del referto e di pagamento *on line* di eventuali *tickets* sulla prestazione;

il supporto informatico appare indispensabile anche per garantire la trasparenza delle azioni e della attuazione degli indirizzi, che possa permettere al cittadino di rilevare personalmente e direttamente sul sito *web* aziendale la effettiva rispondenza agli obiettivi declinati delle azioni messe in campo;

il precedente Pngla individuava le prestazioni sanitarie ambulatoriali e i Pdta,

indicando i *range* dei corrispondenti tempi di attesa a garanzia dei diritti del paziente, selezionando altresì la batteria degli strumenti di rilevazione e degli indicatori da utilizzare per valutare la capacità delle singole regioni ad ottemperare alle prescrizioni del piano stesso;

il precedente Pngla andava anche ad indicare risorse economiche specifiche per la realizzazione degli obiettivi del piano (ex articolo 1, comma 34, della legge n. 662 del 23 dicembre 1996) e stabiliva la criteriologia per l'acquisizione di prestazioni sanitarie esterne in regime di accreditamento, eventualmente necessarie alla equilibrata gestione del complessivo governo della domanda;

il precedente Pngla aveva altresì selezionato due «aree sensibili» (oncologia e cardiovascolare), su cui concentrare massimamente lo sforzo per il governo della rapidità e della appropriatezza delle prestazioni;

le esperienze dei più avanzati sistemi sanitari regionali italiani (vedasi in tal senso l'azione della regione Emilia Romagna che, nel 2015, ha potuto affermare di aver centrato il 98 per cento dei propri obiettivi) confermano che la miglior gestione delle liste di attesa si realizza attraverso il governo della domanda, secondo classi di priorità cliniche, che consentano di canalizzare in modo diverso l'urgenza, la cronicità e la *routine*, portando in fisiologia i relativi flussi e monitorandone costantemente l'evoluzione, che deve essere trasmessa con puntualità ai centri aziendali e regionali di raccolta e organizzazione della lettura del dato;

in particolare, la classificazione proposta nel precedente Pngla per le prestazioni, urgenti, brevi, differibili e programmate, ha sicuramente consentito di garantire a ciascuna esigenza sanitaria il canale più appropriato di soddisfazione;

lo sviluppo e l'implementazione delle attività di medicina di iniziativa, che consentono di migliorare la sicurezza delle cure e la gestione del paziente nel territorio rappresentano un ulteriore meccanismo di azione virtuoso sulle liste di attesa;

anche lo sviluppo delle attività della Medicina 2.0 e, in particolare, il monitoraggio del paziente cronico da remoto, rappresentano un'ulteriore opportunità del rafforzamento della medicina nel territorio, che consente la migliore programmazione dell'accesso ad eventuali prestazioni sanitarie specialistiche;

per tutti questi motivi, la definitiva stesura del nuovo Pngla è molto attesa, sia per le aspettative generate nella fase preparatoria del piano stesso, sia per l'effettiva necessità di un aggiornamento del piano precedente, che tenga conto delle *best practices* regionali, della esperienza maturata negli anni e delle informazioni raccolte nel tempo, conseguentemente andando ad individuare i campi prioritari di azione per le nuove strategie e le indispensabili, nuove risorse disponibili per la realizzazione degli obiettivi di sistema,

impegna il Governo:

1) a garantire l'adozione più rapida possibile del nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa, indispensabile per consentire un complessivo miglioramento dell'assistenza e una più adeguata «qualità percepita» da parte del cittadino, curando in particolar modo:

a) l'aggiornamento specifico e la crescita di consapevolezza di tutte le figure professionali, in particolare dei prescrittori, che devono concorrere al raggiungimento degli obiettivi del piano;

b) l'attivazione di percorsi condivisi con le rappresentanze dei medici che garantiscono la Alpi e dei soggetti erogatori esterni, la cui collaborazione è indispensabile sul versante dell'organizzazione dell'offerta;

c) la piena collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato, la cui collaborazione è indispensabile per la percezione dei diritti della domanda;

d) la verifica e certificazione, per quanto di competenza, di tutti i percorsi di raccolta dati che abbiano l'obiettivo di garantire flussi di informazioni adeguati per l'orientamento delle azioni decisionali e per la loro eventuale revisione *in progress*;

e) l'individuazione delle principali criticità del sistema, in modo da orientare la priorità delle nuove azioni di intervento;

f) tenuto conto dei vincoli generali della finanza pubblica, la previsione di adeguati investimenti per l'innovazione tecnologica, che appare indispensabile sia per la corretta attivazione della cascata prescrizione/prenotazione/refertazione, che per il potenziamento delle azioni di gestione territoriale del paziente, in particolare nel monitoraggio di parametri sanitari da remoto e nella tutela della programmazione dei controlli per la cronicità;

g) tenuto conto dei vincoli generali della finanza pubblica, la individuazione di complessive risorse economiche, specificamente finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del nuovo piano e quantitativamente adeguate rispetto alle sue ambizioni.

(1-01588)

(Testo modificato nel corso della

seduta) «Vargiu, Monchiero, Matarrese, Librandi, Dambruoso, Galgano, Menorello, OI iaro, Quintarelli».

Atto Camera

Mozione 1-01592

presentato da

LENZI Donata

(PARTITO DEMOCRATICO)

testo presentato

Martedì 11 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

per attività libero-professionale intramuraria (Alpi) si intende l'attività che la dirigenza del ruolo sanitario medica e non medica, individualmente o in *équipe*, esercita fuori dell'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'assistito pagante, ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta. L'Alpi viene esercitata in strutture ambulatoriali interne o esterne all'azienda sanitaria, pubbliche o private non accreditate, con le quali l'azienda stipula apposita convenzione. Sono comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, di *day surgery* e di ricovero, nonché le prestazioni farmaceutiche ad esso collegate, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, con oneri a carico dell'assistito, di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992. Si considera Alpi tutti gli effetti, anche oggetto di specifico accordo, l'attività del professionista o dell'*équipe* svolta, su richiesta dell'azienda/istituto in situazioni eccezionali, ovvero quando sia necessario ridurre le liste di attesa per il rispetto degli *standard* prefissati dalla regione. L'Alpi è autorizzata a condizione che: non comporti un incremento delle liste di attesa per l'attività istituzionale; non contrasti o pregiudichi i fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale e regionale; non contrasti o pregiudichi gli obiettivi aziendali; non comporti, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni o un volume orario superiore, a quello assicurato per i compiti istituzionali. Per l'attività di ricovero la valutazione è riferita anche alla tipologia e complessità delle prestazioni;

l'articolo 2 del decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto decreto sanità) ha novellato le disposizioni sull'attività professionale intramuraria (Alpi) contenute nella legge n. 120 del 2007, ultimo sostanziale intervento legislativo volto a regolamentare l'Alpi; secondo l'ultima relazione sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, a norma dell'articolo 1, comma 4, lettera *g*) della legge 3 agosto 2007, n. 120 presentata alle Camere in data 29 settembre 2016 dal Ministro della salute e riferita ai dati del 2014, tale attività vale un miliardo e 143 milioni di euro e, secondo l'analisi storica dei ricavi complessivi della libera professione *intramoenia*, si conferma un *trend* in diminuzione a decorrere dal 2010;

sempre secondo la relazione, il numero di medici che esercitano l'attività libero professionale intramuraria, è passato da 59.000 unità (2012), pari al 48 per cento del totale dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, a 53.000 unità (2014), pari al 44 per cento circa del totale dei dirigenti medici stessi. In media, nel Servizio sanitario nazionale, il 48,7 per cento dei dirigenti medici, operanti a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria e, per Ministero della salute ciò è miglioramento dello stato di attuazione, anche se l'indagine complessiva «ha confermato una disomogeneità attuativa, nelle diverse regioni/province autonome, con contesti sicuramente più

avanzati e altri in corso di progressivo adeguamento»;

dall'analisi condotta dal Ministero della salute emerge che:

13 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) hanno provveduto ad emanare/aggiornare le linee guida regionali, evidenziandosi un miglioramento rispetto ai risultati della rilevazione 2013;

in 10 regioni/province autonome (Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, provincia autonoma Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) tutte le aziende presenti hanno dichiarato di aver attivato l'infrastruttura di rete;

in 5 regioni/province autonome (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, provincia autonoma Trento e provincia autonoma Bolzano e Valle d'Aosta) tutte le aziende garantiscono ai dirigenti medici spazi idonei e sufficienti per esercitare la libera professione. Nelle restanti regioni, accertata la carenza più o meno marcata di spazi aziendali, è stato necessario ricorrere all'acquisizione di spazi esterni tramite acquisto, locazione e stipula di convenzioni e/o all'attivazione del programma sperimentale per lo svolgimento dell'attività libero-professionale, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete;

10 regioni (Sardegna, Sicilia, Calabria, Puglia, Basilicata, Campania, Umbria, Lombardia, Liguria, Piemonte) hanno scelto di autorizzare l'attivazione del programma sperimentale;

la rilevazione, spiega il Ministero della salute, «evidenzia un'estrema variabilità del fenomeno tra le regioni, sia in termini generali di esercizio dell'attività libero-professionale *intramoenia*, sia in termini specifici di tipologia di svolgimento della stessa con punte che superano quota 58 per cento in Piemonte, Lazio, Liguria, Valle d'Aosta e Marche, viceversa, toccano valori minimi in regioni come la Sardegna (29 per cento), il Molise (30 per cento) e la provincia autonoma di Bolzano (18 per cento)»;

in generale, quindi, nessuna regione e provincia autonoma risulta adempiente su tutti i 12 indicatori che sono stati considerati (3 regionali e 9 aziendali). Veneto e Valle d'Aosta si avvicinano all'«*en plein*» con valori compresi tra il 90 e il 99 per cento, mentre le altre regioni sono sulla fascia *performance* intermedia, tra il 51 e l'89 per cento. Maglia nera al Molise, con una percentuale di adempienza del 41,7 per cento. Distinguendo tra livello regionale e aziendale, emerge invece come sei regioni (Abruzzo, Emilia Romagna, Liguria, Sardegna, Toscana e Veneto) risultano adempienti su tutti gli indicatori regionali. Mentre la sola Valle d'Aosta raggiunge la piena adempienza su tutti i 9 indicatori aziendali;

sempre in media, con riferimento al 2014, il 76 per cento dei dirigenti medici esercita l'Alpi esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 15 per cento circa esercita al di fuori della struttura ed il 9 per cento svolge attività libero professionale sia all'interno, che all'esterno delle mura aziendali (ad esempio attività in regime ambulatoriale svolta presso il proprio studio professionale ed attività in regime di ricovero svolta all'interno degli spazi aziendali);

la quota di medici che esercita la libera professione esclusivamente all'interno degli spazi aziendali è progressivamente cresciuta nell'ultimo triennio (da 59 per cento dell'anno 2012 a 76 per cento dell'anno 2014) e, di contro, la percentuale di *intramoenia* esercitata «esclusivamente» o «anche» al di fuori delle mura si è ridotta considerevolmente passando dal 40 per cento (somma di «Alpi solo esterno» e «Alpi interno e esterno»), dato relativo all'anno 2012, al 24 per cento nell'anno 2014;

sempre secondo i dati della relazione, mediamente, il compenso annuo percepito del professionista che eroga prestazioni Alpi è pari a circa 17.500 euro, ma si conferma, anche in questo caso, una forte variabilità tra le regioni. In particolare i guadagni

maggiori si registrano in Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Marche e Toscana. Sopra la media nazionale sono, inoltre, gli introiti percepiti dai medici delle provincia autonoma di Trento e delle regioni Piemonte e Lazio; mentre nettamente sotto la media nazionale risultano i guadagni registrati in Calabria, Basilicata, Campania, Sardegna, Puglia, Sicilia e Abruzzo e, oltre che nella provincia autonoma di Bolzano nella quale però, la libera professione non è molto diffusa (la quota dei dirigenti medici che esercitano Alpi pari solo al 18 per cento; per ciò che attiene alle liste di attesa, i ricoveri in regime di libera professione sono stati, nel 2014, circa 28.000 a fronte di 8,630 milioni in regime ordinario o di *day hospital*. Pertanto, in libera professione è stato effettuato lo 0,32 per cento di tutti i ricoveri in strutture pubbliche nel 2014, mentre, sul versante delle attività ambulatoriali, il rapporto tra regime libero-professionale e istituzionale è dell'8 per cento, con circa 60 milioni di prestazioni in regime istituzionale a fronte di 4,8 milioni in libera professione per le 34 tipologie oggetto di monitoraggio e la visita più richiesta in Lpi è quella ginecologica con 592.307 prestazioni; i dati illustrati dimostrano come l'attività istituzionale sia ampiamente prevalente su quella libero-professionale, con rapporti molto lontani dai limiti massimi Lpi=100 per cento dei volumi prestazionali istituzionali) indicati dalle leggi e dai contratti; non solo, quindi, la Lpi rappresenta per le aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire, con il proprio personale, prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, anche in regime di ricovero, intercettando e introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato e offrendo agli utenti la possibilità di accedere a prestazioni diagnostiche e terapeutiche sicure e di qualità, poiché garantite dal Servizio sanitario nazionale,

impegna il Governo:

- 1) ad approvare, in tempi brevi e certi, previo parere delle commissioni parlamentari competenti, il nuovo Piano nazionale per il governo dei tempi d'attesa;
- 2) ad attivarsi, in accordo con le regioni, affinché in ciascuna di esse venga previsto un tavolo di monitoraggio che, con cadenza almeno trimestrale, si occupi del controllo e del monitoraggio del rispetto dei livelli essenziali di assistenza, della riduzione dei tempi di attesa, tale da consentire il rientro del fenomeno nel più breve tempo possibile, della verifica continua della qualità dei servizi e delle prestazioni diagnostiche ambulatoriali erogate, nonché della garanzia di ricoveri appropriati;
- 3) a verificare l'adeguamento delle regioni che non hanno ancora provveduto ad emanare/aggiornare le linee guida regionali per l'esercizio dell'attività libero-professionale per garantire omogeneità attuative in tutto il territorio nazionale, nonché ad assumere iniziative per prevedere sanzioni nel caso del perdurare del mancato rispetto della normativa vigente;
- 4) a predisporre in tempi brevi e certi i decreti di cui all'articolo 1, commi 526 e 536, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, tenendo conto dell'articolo 1, comma 4, lettera g) della legge 3 agosto 2007 n. 120 «Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria» nonché dell'attuazione della determina dell'Anac 28 ottobre 2015, n. 12, Piano nazionale anticorruzione-aggiornamento 2015 (*Gazzetta Ufficiale* 16 novembre 2015, n. 267);

5) ad assumere iniziative per inserire urgentemente misure volte al raggiungimento completo degli obiettivi già prefissati dalla riforma introdotta dall'articolo 2 del decreto-legge n. 158 del 2012 (cosiddetto decreto sanità) e tutt'ora largamente disattesi;

6) a predisporre uno studio volto a mettere in evidenza il rapporto tra il numero dei dirigenti che svolgono attività libero-professionali e le liste di attesa in quella specifica azienda e nelle specialità a più alta densità di attività libero-professionali, nonché la correlazione tra l'inerzia organizzativa delle singole regioni nell'attuazione della riforma e la situazione di maggiori criticità nell'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni istituzionali e libero-professionali.

(1-01592) «Lenzi, Miotto, D'Incecco, Amato, Argentin, Beni, Paola Boldrini, Paola Bragantini, Burtone, Capone, Carnevali, Casati, Gelli, Grassi, Mariano, Patriarca, Piaz zoni, Piccione, Giuditta Pini, Sbrollini, Cinzia Maria Fontana».

Atto Camera

Mozione 1-01593

presentato da

BOSCO Antonino

(ALTERNATIVA POPOLARE-CENTRISTI PER L'EUROPA-NCD)

testo presentato

Martedì 11 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

il legislatore nazionale riconosce che l'attività libero-professionale *intramoenia* è una modalità di erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e rappresenta una possibilità per il cittadino di poter scegliere il professionista di sua fiducia in alternativa ai servizi offerti in regime istituzionale;

potenzialmente, questo sistema può determinare, ove correttamente gestito, indubbi vantaggi sia per il Servizio sanitario nazionale nel suo complesso, sia ai singoli utenti, sia, ancora, ai professionisti sanitari, i quali sono ulteriormente motivati ad investire nella loro professionalità;

la complessità di tale istituto ha reso necessari molteplici interventi normativi al fine di garantire il corretto esercizio di tale attività, attraverso specifiche misure volte a garantire la piena tracciabilità di tutte le prestazioni e di tutti i pagamenti e, allo stesso tempo, ad assicurare un controllo e monitoraggio costante sul suo esercizio; nel corso degli anni è emersa la forte difficoltà, da parte delle regioni, di attuare le disposizioni succedutesi in materia;

la disciplina attualmente vigente (legge n. 189 del 2012) ha, pertanto, inteso assicurare, innanzitutto, la piena tracciabilità delle prestazioni, adottando, in particolare, norme più incisive per regolamentare la cosiddetta « *intramoenia allargata* », ossia quella svolta presso gli studi dei professionisti; allo stato attuale, le regioni/province autonome devono garantire, anche attraverso l'adozione di proprie linee guida, che gli enti e/o le aziende del Servizio sanitario regionale gestiscano, con integrale responsabilità propria ed in modo corretto, l'attività libero-professionale intramuraria;

le criticità che continuano a registrarsi per effetto della mancata piena efficienza dell'attuale sistema dell'attività libero-professionale intramuraria si riverbera sulle inefficienze del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, sulla mancata riduzione, entro gli obiettivi auspicati, delle liste di attesa per l'effettuazione di prestazioni assistenziali;

la materia delle liste di attesa è destinataria di una specifica regolamentazione, dettata dal « Piano nazionale di governo delle liste di attesa 2010-2012 » oggetto dell'intesa Stato-regioni del 28 ottobre 2010, tutt'ora vigente, e dai piani regionali di governo delle liste di attesa, che hanno dato attuazione allo stesso; occorre, tuttavia, che venga presto definito il nuovo Piano nazionale 2017-2019 e che esso possa contenere le necessarie misure correttive ed integrative finalizzate ad abbreviare i tempi delle liste d'attesa, le quali, soprattutto in alcuni contesti regionali, sono arrivate al punto da mettere in dubbio la garanzia della dignità dell'assistenza sanitaria;

a parte le misure contenute nel piano, il legislatore ha comunque previsto già misure che regolano la quantità delle prestazioni effettuabili in libera professione, disponendo

che esse non debbano superare quelle dovute durante l'attività istituzionale e che i tempi di erogazione delle prestazioni in regime ordinario debbano essere progressivamente allineati a quelli in regime libero-professionale, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima attività sia conseguenza di una libera scelta del cittadino e non di carenze nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. L'obiettivo di tali norme, infatti, è quello di evitare che la discrepanza tra attività istituzionale e libero-professionale si traduca in un fattore in grado di favorire il ricorso a quest'ultima, con pregiudizio per l'accesso ai servizi assistenziali da parte dei cittadini;

al fine di assicurare la corretta applicazione dell'istituto della libera professione occorre, innanzitutto, un attento monitoraggio sull'attività delle regioni e province autonome volte ad assicurare che tale istituto si traduca in un reale servizio aggiuntivo per i cittadini garantendo che il suo svolgimento non vada, al contrario, a detrimento dell'attività istituzionale;

ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della legge n. 120 del 2007, le regioni e le province autonome sono, in particolare, chiamate ad assicurare il rispetto delle disposizioni dettate in materia anche mediante l'esercizio di poteri sostitutivi, prevedendo la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il 20 per cento ovvero la destituzione, nell'ipotesi di grave inadempienza, dei direttori generali delle aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale;

anche il Ministero della salute è chiamato a contribuire a tale monitoraggio attraverso l'azione dell'apposita sezione denominata «Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale» del Comitato tecnico sanitario di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 44 del 2013;

in particolare, il prefetto organismo, effettua uno specifico monitoraggio annuale sullo stato di attuazione dell'Alpi le cui risultanze sono, poi, riportate nella Relazione da presentare al Parlamento ai sensi dell'articolo 1, comma 8, della citata legge n. 120 del 2007. Tale monitoraggio è effettuato sia a livello regionale, che a livello aziendale, tenendo conto delle rispettive competenze e responsabilità ed ha l'obiettivo di verificare il livello di adeguamento alle norme di riferimento, analizzare le strategie di *governance* adottate dalle regioni e dalle province autonome, incluse le iniziative ed i correttivi assunti per eliminare eventuali anomalie e/o disfunzioni al fine di approfondire le dimensioni del fenomeno;

l'impegno del Governo risulta dunque necessario affinché, attraverso una sempre più puntuale vigilanza, sia possibile raggiungere una migliore efficienza del complesso sistema, a beneficio complessivo dei servizi assistenziali resi ai cittadini,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare iniziative per assicurare il monitoraggio e controllo dell'attività libero-professionale, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale;
- 2) ad assumere le opportune iniziative affinché, nell'ambito dell'accordo Stato-regioni, nel quale sono definiti ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto legislativo n. 171 del 2016, i criteri e le procedure per valutare e verificare l'attività dei direttori generali delle aziende del Servizio sanitario nazionale, si faccia riferimento anche al rispetto dell'equilibrio tra le prestazioni *intramoenia* e l'attività istituzionale;
- 3) a monitorare che il programma sperimentale adottato dalle regioni e dalle province autonome per l'esercizio dell'*intramoenia* presso gli studi professionali collegati in rete sia effettivamente verificato dalle regioni e dalle province autonome;
- 4) ad aggiornare il Piano nazionale di governo delle liste di attesa;

- 5) a promuovere l'implementazione di flussi informativi utili alla raccolta esaustiva dei dati sui tempi di attesa;
 - 6) a promuovere, per quanto di competenza e in raccordo con le regioni un maggior coinvolgimento delle direzioni aziendali nel contenimento dei tempi di attesa;
 - 7) a promuovere la definizione, per quanto di competenza in raccordo con le regioni, di modalità alternative di accesso alla prestazione nel caso in cui, con l'ordinaria offerta aziendale, non siano garantite le prestazioni nei tempi definiti come previsto dallo stesso Piano nazionale vigente;
 - 8) a promuovere la trasparenza in ordine ai tempi di attesa a livello aziendale;
 - 9) a promuovere il pieno sviluppo del sistema del Centro unico di prenotazione in tutte le regioni e province autonome.
- (1-01593) «[Bosco](#), [Scopelliti](#)».

Atto Camera

Mozione 1-01595

presentato da

GULLO Maria Tindara

(FORZA ITALIA - IL POPOLO DELLA LIBERTÀ - BERLUSCONI PRESIDENTE)

testo presentato

Martedì 11 aprile 2017

modificato

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premessi che:

negli ultimi anni il sistema sanitario italiano ha subito un notevole taglio delle risorse: spesso si è trattato di tagli lineari che hanno determinato risparmi sul personale, provocando il blocco del *turnover* e il mancato sviluppo tecnologico delle infrastrutture;

per il 2017, il Fondo sanitario nazionale (FSN) ammonterà a 113 miliardi di euro per il 2017, da cui poi sono stati tolti 422 milioni di euro;

i tagli hanno determinato altresì l'aumento delle liste d'attesa, con la conseguente negazione del diritto alle prestazioni sanitarie e con livelli essenziali di assistenza che non vengono garantiti in tutte le regioni italiane;

il fenomeno delle liste di attesa, presente in realtà in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offre un livello di assistenza avanzato, è infatti particolarmente sentito in Italia. I dati del «Rapporto Italia 2017» di Eurispes evidenziano un giudizio della popolazione assolutamente negativo verso il sistema sanitario nazionale, segnalando che il disagio più frequente è rappresentato proprio dalle lunghe liste di attesa per visite ed esami medici (75,5 per cento);

secondo il Censis, principalmente, a causa delle lunghissime liste d'attesa, nell'anno 2016, sono stati 10 milioni gli italiani che hanno fatto ricorso al privato e 7,1

all'*intramoenia*; e circa 11 milioni i cittadini che hanno scelto di rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie a causa di difficoltà economiche, con un aumento della spesa sanitaria privata che ammonta a 34,5 miliardi di euro (+3,2 per cento negli ultimi due anni);

si è assistito, infatti, ad un costante e progressivo aumento dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche primarie e per quelle in regime di ricovero che ha favorito lo spostamento della richiesta delle cure dal Servizio sanitario nazionale (Ssn) verso strutture sanitarie private ed il ricorso all'*intramoenia*;

in particolare, chi è costretto ad aspettare tempi superiori rispetto a quelli stabiliti in base alla normativa vigente per una visita medica specialistica o un esame diagnostico, può chiedere che la stessa prestazione medica gli venga fornita, dietro pagamento del *ticket*, nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria; nonostante gli interventi normativi in materia, volti a garantire un miglioramento della qualità e dell'efficienza dei servizi sanitari e a realizzare anche un abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie, il sistema della libera professione *intramoenia* non ha assicurato i risultati sperati;

l'ultima relazione annuale al Parlamento sull'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, relativa all'anno 2014, e presentata nel settembre 2016, ha messo in evidenza le diffuse criticità del sistema *intramoenia*, confermando, infatti, che, sia a livello nazionale, che a livello regionale, gli *standard* qualitativi e di miglioramento del servizio sanitario offerto al cittadino, che ci si era prefissati con l'istituzione del

servizio *intramoenia*, non risultano di fatto raggiunti;
i medici non sono stati messi nella condizione di svolgere adeguatamente sia il normale servizio, che quello *intramoenia*: non sono stati resi disponibili spazi pubblici adeguati per questa attività, sono stati creati ostacoli burocratici, e non è stato riorganizzato il sistema sanità alla luce dell'introduzione del sistema *intramoenia*;
le prestazioni *intramoenia* producono, peraltro, un volume d'affari di oltre un miliardo di euro, che viene suddiviso tra medici e, in parte, Stato;
il rapporto 2016 della Corte dei conti sul coordinamento della finanza pubblica ha segnalato, inoltre, che la flessione della spesa pubblica nel settore sanitario ha determinato importanti effetti negativi tra i quali l'aumento dei *ticket* per farmaceutica, prestazioni specialistiche e pronto soccorso, la crescita dei casi di rinuncia alle cure per gli alti costi delle prestazioni e l'ulteriore allungamento delle liste d'attesa;
dall'attuale situazione consegue che i cittadini si trovano nella condizione di spendere maggiori cifre, poiché i tempi d'attesa del servizio pubblico non sono compatibili con una normale azione diretta alla tutela della salute oppure, visti i costi più elevati di questa rispetto al Servizio sanitario nazionale, sono costretti a rinunciare o rinviare le cure;
a fronte di liste di attesa irragionevolmente lunghe, quindi, chi ha un reddito sufficiente sceglie di rivolgersi alle strutture sanitarie private, viceversa, chi non può sopportare le spese delle cure private è costretto ad aspettare l'erogazione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale con gravi rischi per la sua salute;
tale situazione contribuisce a rendere il sistema sanitario pubblico spesso inefficiente e inadeguato e sempre più inaccessibile, a fronte di un rafforzamento dell'offerta del privato e di una proliferazione delle assicurazioni, cosiddette integrative, che assicurano prestazioni spesso migliori ma destinate ai cittadini con redditi più alti;
qualche regione sta provando a ridurre le liste d'attesa, stabilendo l'apertura degli ambulatori anche sabato e domenica per smaltire le liste d'attesa, prevedendo anche percorsi di garanzia per i malati cronici, e creando un sistema informatizzato di prenotazioni regionale;
nel nostro Paese dovrebbe essere prioritario ridurre i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa;
la razionalizzazione delle liste di attesa rappresenta, infatti, un obiettivo fondamentale per un sistema sanitario mirato all'efficienza e all'equità delle cure;
a tale scopo sono state siglate negli anni diverse intese Stato-regioni e, da ultimo, è stato condiviso il Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla) per il triennio 2010-2012, ma non risulta ancora pubblicato il nuovo Piano 2016-2018;
le misure poste in essere negli anni per far fronte a tale fenomeno si sono rivelate inadeguate ed insufficienti,

impegna il Governo:

- 1) a realizzare interventi più efficaci per ridefinire il sistema delle prenotazioni e delle liste di attesa attraverso l'assunzione di iniziative per l'impiego di adeguate risorse economiche ed umane, in grado di soddisfare i bisogni e le priorità assistenziali dell'utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita;
- 2) ad assumere ogni utile iniziativa di competenza affinché si renda effettivo il diritto alla salute e si ottenga un più alto livello di tutela della salute del cittadino;
- 3) a predisporre ogni opportuna iniziativa di competenza, anche normativa, affinché siano assicurati i livelli essenziali di assistenza di cui il Servizio sanitario nazionale è garante;
- 4) ad assumere ogni opportuna iniziativa affinché, entro il più breve tempo possibile, sia adottato il nuovo Piano nazionale per il governo dei tempi di attesa;

5) a prevedere ogni opportuna iniziativa di competenza volta ad agevolare l'attività *intramoenia*, attraverso misure di riduzione dei costi, interventi di sburocratizzazione, garanzie dell'effettiva disponibilità degli spazi, al fine di consentire a medici e pazienti la realizzazione di un sistema *intramoenia* efficace ed efficiente per meglio tutelare la salute degli italiani.
(1-01595) «Gullo, Crimi, Occhiuto».

Atto Camera

Mozione 1-01597

presentato da

RAMPELLI Fabio

(FRATELLI D'ITALIA-ALLEANZA NAZIONALE)

testo di

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,
premesse che:

la libera professione intramuraria, anche nota come attività *intramoenia*, è quella relativa alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale ad integrazione e supporto dell'attività istituzionalmente dovuta, utilizzando le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa;

le prestazioni sono generalmente le medesime che il medico deve erogare, sulla base del suo contratto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale, attraverso la normale operatività come medico ospedaliero, ma in regime di *intramoenia* al cittadino è garantita la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi per la prestazione; in cambio dell'utilizzo delle strutture sanitarie pubbliche, ai fini dell'erogazione delle prestazioni in ambito *intramoenia*, il medico devolve alla struttura per l'utilizzo dei locali, dei servizi di segreteria, delle apparecchiature e di quant'altro sia necessario allo svolgimento della prestazione circa il sei per cento del proprio fatturato; sulla base della vigente legislazione, al medico è concesso di operare anche in regime di *intramoenia* extramuraria, vale a dire in strutture ambulatoriali esterne all'azienda sanitaria, pubbliche o private non accreditate, con le quali l'azienda stipula apposita convenzione;

l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria è consentita a condizione che non comporti un incremento delle liste di attesa per l'attività istituzionale, non contrasti o pregiudichi né i fini istituzionali del Servizio sanitario nazionale e regionale, né gli obiettivi aziendali, e non comporti, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;

il riconoscimento della possibilità per i medici di scegliere di svolgere l'attività intramuraria, tradotta in legge in principio dal decreto legislativo n. 229 del 1999, nasce dalla duplice esigenza di tutelare la professionalità dei medici la possibilità dei pazienti di scegliere un professionista determinato;

in seguito, tuttavia, l'evoluzione normativa dell'attività libero-professionale nel settore sanitario si è connotata per la sua particolare complessità, essendo segnata da continue oscillazioni legislative fra il propendere per l'adozione di meccanismi ad alta rigidità e, all'opposto, per la progressiva liberalizzazione dell'ambito di applicazione e delle modalità di tale attività;

negli anni, e in particolare con riferimento alla libera attività extramuraria, tale categoria di prestazioni sanitarie è stata oggetto di pesanti critiche, che riconducevano allo svolgimento delle stesse da parte dei medici i ritardi nell'effettuazione delle prestazioni nell'ambito del servizio sanitario prettamente pubblico e, di conseguenza, l'allungamento delle liste d'attesa;

altresì, è stato rilevato in più occasioni come l'adattamento delle strutture pubbliche allo svolgimento della professione intramuraria abbia comportato un notevole aggravio amministrativo, e come anche negli anni in cui l'attività *intramoenia* ha segnato una costante crescita gli introiti per le casse dello Stato siano stati, in

proporzioni alquanto modesti, a causa del contestuale aumento dei costi; nello scorso quinquennio, invece, a fronte della perdurante crisi economica che ha investito l'economia nazionale, è diminuito il ricorso alle prestazioni sanitarie in regime *intramoenia* e, al contempo, sono letteralmente esplose le liste d'attesa per usufruire delle medesime prestazioni in regime pubblico; solo nella regione Lazio, ad oggi sono sessantaseimila, i pazienti in lista d'attesa per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, che si trovano costrette ad attendere anche per mesi perché non hanno denaro sufficiente per farsi curare privatamente; questo stato di cose configura una discriminazione sociale di fatto che contravviene alla missione istituzionale della sanità pubblica, volta a garantire cure adeguate per tutti i cittadini; nel diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione rientra non solo l'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma anche il fatto che questo avvenga in tempi utili a contestare l'avanzare delle malattie; l'ammissibilità dell'attività libero-professionale presuppone che essa non si concretizzi nella lesione di interessi a valenza pubblicistica di cui è portatrice la struttura sanitaria,

impegna il Governo:

- 1) ad adottare le opportune iniziative, per quanto di competenza, volte a subordinare lo svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria al rispetto dei tempi fissati dalla legge per l'erogazione delle prestazioni in regime pubblico;
- 2) a promuovere una stretta cooperazione con le regioni per la condivisione di interventi improntati ai criteri di accessibilità ai servizi e tempestività di erogazione delle prestazioni, nel rispetto della garanzia dell'uso delle classi di priorità e della piena attuazione del sistema di prenotazione in rete;
- 3) in attuazione del nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa, a realizzare una gestione delle medesime liste che garantisca una comunicazione trasparente e aggiornata dei dati in esse contenuti.

(1-01597) «Rampelli, Cirielli, La Russa, Giorgia Meloni, Murgia, Nastri, Petrenga, Rizzetto, Taglialatela, Totaro».

Atto Camera

Mozione 1-01598

presentato da

GIGLI Gian Luigi

(DEMOCRAZIA SOLIDALE - CENTRO DEMOCRATICO)

testo di

Mercoledì 12 aprile 2017, seduta n. 779

La Camera,

premesso che:

esiste in medicina un divario incolmabile tra la domanda legata a un bisogno potenzialmente infinito e l'offerta, condizionata da risorse comunque limitate; questo divario rende impossibile una risposta esaustiva al bisogno di prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale, tanto più in un sistema di tipo universalistico come quello italiano, favorendo il prodursi di liste d'attesa; quella del medico è una professione liberale, il cui esercizio non può essere negato neanche al medico dipendente;

lo strumento dell'*intra-moenia* ha consentito di coniugare i due ambiti di attività del medico, quello legato al rapporto di dipendenza e quello di tipo libero-professionale; l'attività *intra-moenia* ha inoltre contribuito a far emergere il reddito legato alla libera professione, evitando ogni forma di evasione fiscale;

grazie alle trattenute operate per l'uso delle strutture, essa rappresenta per le aziende sanitarie anche una fonte di risorse aggiuntive e orienta verso le aziende pubbliche anche quote di domanda che si sarebbero orientate verso le strutture private, permettendo una più piena utilizzazione delle strutture (per esempio sale operatorie e grandi attrezzature diagnostiche) anche al di fuori degli orari legati alla attività istituzionale;

più che all'*intra-moenia*, il problema delle liste d'attesa è legato alla cattiva gestione delle aziende sanitarie e alla inadeguatezza dei meccanismi di *governance*; esempi concreti di cattiva *governance* si riferiscono alla mancata differenziazione delle priorità di accesso per le prestazioni e alla non identificazione di adeguati tempi di attività ambulatoriale per il personale medico, alla impossibilità per il paziente di esercitare il diritto di scelta dell'unità erogante la prestazione e quello del singolo medico per l'attività di tipo istituzionale;

ogni ostacolo al diritto dei medici all'*intra-moenia* non si risolve a vantaggio delle prestazioni da attività di lavoro dipendente, ma ha dimostrato piuttosto di favorire la medicina privata e, all'interno di questa, di promuovere l'offerta *low cost* con tutti i rischi di qualità e di sicurezza ad essa connessi;

questo fenomeno è aggravato dalla riduzione (in termini reali se non in valore assoluto) della spesa sanitaria, dal diffondersi di polizze per la copertura di prestazioni con assicurazioni integrative, dall'esorbitanza di alcuni *ticket* per le prestazioni sanitarie rispetto ai costi delle prestazioni private nella medicina *low cost*,

impegna il Governo:

- 1) ad attivarsi, per quanto di sua competenza, e in raccordo con le regioni, sia potenziata l'attività ambulatoriale e di diagnostica, anche attraverso l'assunzione di personale medico e ricorrendo allo strumento delle prestazioni aggiuntive;
- 2) ad attivarsi, per quanto di competenza e in raccordo con le regioni, affinché siano garantiti adeguati spazi per l'esercizio dell'attività *intra-moenia* all'interno delle strutture di tutte le aziende sanitarie, evitando la necessità di ricorso alla

cosiddetta *intra-moenia* allargata;

3) a favorire la sburocratizzazione dell'attività *intra-moenia* e a garantire ad essa pari dignità rispetto all'attività istituzionale per quanto riguarda i sistemi di prenotazione ed il supporto di segreteria;

4) a valutare la possibilità di un accordo in sede di Conferenza Stato-regioni, finalizzato a una migliore *governance* della domanda di prestazioni e alla qualificazione della risposta, al fine di abbattere i tempi di attesa identificando anche opportuni meccanismi sanzionatori a carico delle regioni e dei *manager* inadempienti.