



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 7

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ESERCIZIO DELLA LIBERA
PROFESSIONE MEDICA INTRAMURARIA, CON PARTICOLARE
RIFERIMENTO ALLE IMPLICAZIONI SULLE LISTE DI ATTESA
E ALLE DISPARITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI
PUBBLICI

28^a seduta: giovedì 16 novembre 2006

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Audizione di rappresentanti della Società italiana di pediatria (SIP) e della Società italiana medicina di laboratorio (SIMEL)**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 15	CORRERA	Pag. 6, 12
BODINI (<i>Ulivo</i>)	11, 14	* INNOCENTI	3, 13, 14
TOMASSINI (<i>FI</i>)	9, 13, 14		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democrazia Cristiana-Partito repubblicano italiano-Indipendenti-Movimento per l'Autonomia: DC-PRI-IND-MPA; Forza Italia: FI; Insieme con l'Unione Verdi-Comunisti Italiani: IU-Verdi-Com; Lega Nord Padania: LNP; L'Ulivo: Ulivo; Per le Autonomie: Aut; Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: RC-SE; Unione dei Democraticicristiani e di Centro (UDC): UDC; Misto: Misto; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Italiani nel mondo: Misto-Inm; Misto-L'Italia di mezzo: Misto-Idm; Misto-Partito Democratico Meridionale (PDM): Misto-PDM; Misto-Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

Intervengono il professor Antonio Correrà, in rappresentanza della Società italiana di pediatria (SIP), e il dottor Bruno Innocenti, vice presidente della Società italiana di medicina di laboratorio (SIMEL).

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti della Società italiana di pediatria (SIP) e della Società italiana medicina di laboratorio (SIMEL)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, sospesa nella seduta di ieri.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È in programma oggi l'audizione di rappresentanti della Società italiana di pediatria (SIP) e della Società italiana di medicina di laboratorio (SIMEL).

Li ringrazio per la loro presenza e cedo loro immediatamente la parola.

INNOCENTI. Signor Presidente, a nome della Società di medicina di laboratorio, di cui sono vice presidente, desidero ringraziare la Commissione per l'invito odierno, precisando che sostituisco il presidente Piero Cappelletti, che mi ha pregato di rappresentarlo.

Il problema dell'esercizio della libera professione da parte dei medici dirigenti del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi – vorrei sottolinearlo – anche i medici universitari che operano nelle aziende integrate, che non possono essere considerati esterni al sistema, presenta aspetti di notevole complessità. Non è facile, dobbiamo riconoscerlo, ricondurre tale problema ad una visione chiara ed univoca, per tutta una serie di motivi che al momento possono essere solo accennati, ma che sarà possibile approfondire nelle successive audizioni e nel dibattito che seguirà.

Quando si parla di esercizio della libera professione, che – è bene ricordarlo – rappresenta un diritto a doppia valenza, quello del cittadino di scegliere il professionista da cui intende essere seguito e curato e quello del medico di poter esercitare un'attività che va oltre o integra quella isti-

tuzionale, in un contesto etico e organizzativo regolato da norme pubbliche ben precise, è bene aver presente che ci si riferisce ad un istituto applicato in modo molto disomogeneo nelle diverse realtà regionali.

Senza voler essere pedanti, non si può non sottolineare che i differenti livelli di sviluppo dei servizi sanitari regionali rappresentano un problema ben più serio, che va oltre quello dell'esercizio della libera professione medica, poiché in molti casi tale disomogeneità impedisce la fruizione del diritto primario dei cittadini, ossia l'accesso a prestazioni di qualità del Servizio sanitario nazionale, indipendentemente dalla Regione in cui vivono.

Per quanto attiene le implicazioni tra libera professione *intramoenia* e liste di attesa, riteniamo che sia fuorviante l'equazione *tout court* «libera professione uguale allungamento delle liste di attesa», e sia altrettanto mistificatorio additare all'opinione pubblica i medici come responsabili delle disfunzioni della sanità. Si tratta di un'equazione che tende a spostare il problema additando e colpevolizzando unicamente i medici.

È sufficiente un'analisi anche approssimativa delle differenti tipologie di liste di attesa per evidenziare che le cause sono altre e più complesse. Senza voler essere esaustivi, basta citare l'invecchiamento della popolazione con l'aumento dei bisogni sanitari, la sempre maggiore prevalenza di patologie croniche e neoplastiche; inoltre, come fenomeno positivo, l'aumentata consapevolezza del diritto alla salute e, come fenomeno negativo, l'eccessiva medicalizzazione, con conseguente consumismo sanitario per effetto di un rapporto non equilibrato, perché non sufficientemente governato, tra offerta e domanda di prestazioni. Un altro motivo da sottolineare, e che intendo riprendere in seguito, è la scarsa appropriatezza nell'individuazione e nella richiesta di prestazioni.

Veniamo al punto dolente. Ci sono casi – auspicabilmente pochi – di medici senza scrupoli che abusano della libera professione e la trasformano in puro commercio sanitario. Tali casi, per quanto moralmente condannabili, inaccettabili e non difendibili, non raggiungono numeri tali da incidere realmente sul fenomeno delle liste di attesa nel loro complesso; hanno però un'ancora più pesante ricaduta di carattere etico, avallando la percezione dei cittadini che «pagando si può ottenere tutto e subito, altrimenti se e chissà quando».

Per i medici, per noi medici, è questo il vero problema: una perdita di immagine e di consenso sociale che sarà difficile recuperare in tempi brevi.

Dopo queste considerazioni di carattere generale è opportuno delineare, visto il mio ruolo, la posizione dei medici di laboratorio nei confronti della libera professione.

Per la particolare tipologia di attività dei laboratori, e di altri servizi nei quali non è possibile o non è facile la libera professione individuale, con la scelta diretta da parte dell'utente del professionista cui è richiesta la prestazione, il contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto l'8 giugno 2000 prevedeva la possibilità della libera professione in *équipe* (e non cito gli articoli, che sono comunque riportati nel documento che conse-

gnerò alla Commissione) o in alternativa a fini perequativi l'assegnazione di quote economiche derivanti dal 5 per cento dei proventi dell'intera libera professione esercitata dai medici dell'azienda alle unità operative a limitata capacità di attività libero professionale.

C'è da dire che l'applicazione di queste norme contrattuali è stata del tutto marginale e insoddisfacente, nonostante i servizi di laboratorio, grazie ad eccellenti livelli di organizzazione, non abbiano liste di attesa e/o prenotazioni e risultino, nelle indagini periodicamente effettuate, tra quelli che riscuotono il maggior gradimento da parte dei cittadini, per cui è auspicabile che anche ai medici di laboratorio sia consentito l'esercizio di una forma accettabile di libera professione intramuraria.

Per concludere, come anticipato in precedenza, vorrei brevemente accennare al tema dell'appropriatezza delle prestazioni.

È un tema così ampio e importante che richiederebbe una trattazione a parte, ma per darne un'idea chiara, per quanto sintetica, mi avvalgo di due recenti definizioni. Un collega, Desmond Burke, nel 2002 ha affermato che «un test appropriato è quello il cui risultato fornisce una risposta al quesito clinico che mette in grado di prendere una decisione e intraprendere un'azione», mentre un collega inglese, Smellie, più recentemente, nel 2003 ha definito «inappropriato» – ci si riferisce dunque al concetto reciproco – «il test che può essere ragionevolmente evitato senza danno per la cura del paziente».

Per gli esami di laboratorio si potrebbero fare numerosi esempi di richieste inappropriate, di pannelli onnicomprensivi senza alcun riferimento a finalità diagnostiche mirate (in proposito gli anglosassoni parlano di bombardamento a tappeto, ovvero di *carpet bombing*), ma penso che ognuno di noi abbia chiara la situazione facendo riferimento alla propria esperienza di lavoro.

Ho voluto sottolineare questo aspetto perché almeno nella mia esperienza professionale ho tentato spesso e con poco successo di coinvolgere i colleghi in uno sforzo verso l'appropriatezza, cosa che veniva però vista come un'intromissione indebita.

Approfonditi studi ed analisi sistematiche per la quantificazione dell'inappropriatezza rivelano una percentuale media, ad essere ottimisti, del 33 per cento, per cui, riferendosi alle definizioni precedenti, un esame su tre viene effettuato senza alcun vantaggio per il paziente, ma con pesanti aggravii sul versante dei costi. Voglio anche sottolineare che è ormai riconosciuto a livello internazionale che almeno l'80 per cento delle decisioni mediche vengono assunte sulla base dei risultati della diagnostica dei laboratori.

Occorre quindi rimarcare il rapporto specifico tra appropriatezza e situazione del paziente, come pure la stretta connessione tra appropriatezza, medicina basata sull'evidenza, linee guida ed efficacia delle cure. La ricerca dell'appropriatezza, non solo nella medicina di laboratorio, rappresenta uno degli investimenti maggiori che il Servizio sanitario nazionale possa compiere: occorre vedere nell'appropriatezza il motore della qualità dell'assistenza per un razionale impiego delle risorse disponibili. Nume-

rosi e diversi possono essere gli approcci e le strategie per affrontare il problema; la condizione essenziale per il successo di questi tentativi è nel coinvolgimento e nella convinta adesione di molteplici attori (medici di laboratorio, clinici, amministratori, politici). Tentativi isolati – purtroppo molti ne sono stati fatti – sono destinati al fallimento.

Da ultimo, vorrei accennare ad eventuali proposte tese a far fronte, anche se non a risolvere completamente, al problema delle liste di attesa, visto che esso è fisiologico per servizi sanitari pubblicamente garantiti. Occorrere cercare di isolare e separare le applicazioni strumentali dalle vere condizioni, anche strutturali e di patologia, che provocano le liste d'attesa. In questo senso, oltre ai riferimenti all'appropriatezza, ritengo che ognuno debba dare il proprio contributo ed assumersi le proprie responsabilità: dunque gli amministratori, le direzioni generali, le direzioni sanitarie non possono chiamarsi fuori. Hanno, se vogliono, gli strumenti per monitorare e governare questo fenomeno: se chiudono gli occhi e lasciano che i professionisti seguano la tentazione di pensare solo ai propri interessi, non ne usciremo.

CORRERA. Signor Presidente, ringrazio la Commissione per aver chiesto il contributo della Società italiana di pediatria, di cui sono tesoriere, in materia di libera professione intramuraria. Intervengo in rappresentanza del presidente, professor Pasquale Di Pietro, assente per concomitanti impegni istituzionali.

Cercherò di mantenere il mio intervento all'interno dei tempi stabiliti e, per tale motivo, ho preparato una memoria scritta che lascerò agli atti della Commissione, così come era stato chiesto.

Ho visto sorgere il problema della libera professione, perché ho fatto parte della commissione per il contratto nazionale dell'Associazione medici dirigenti (ANAAO) all'inizio dell'attuale decennio, quando nacque tale questione, con l'allora ministro della sanità Rosy Bindi. Credo dunque di avere una competenza storica in questa vicenda.

Servirebbe una giornata intera per discutere in modo esauriente dell'argomento. Cercherò tuttavia di fare dei rapidi accenni su quelli che considero i tre punti chiave: il rapporto di esclusività, la libera professione e il problema delle liste d'attesa.

Cominciando ad affrontare il primo tema, siamo fortemente favorevoli al rapporto di esclusività, perché esso ha lo scopo di valorizzare l'impegno continuativo dei medici nei luoghi in cui lavorano; in particolare siamo favorevoli a che le figure apicali svolgano la propria opera in condizione di esclusività, perché ciò permette di legare il responsabile della struttura apicale alla struttura stessa. Tuttavia – questo è quanto dicemmo all'epoca e non fummo ascoltati – la durata della esclusività deve essere reversibile e deve essere pari alla durata del contratto sottoscritto da ciascun professionista. Su questo aspetto bisogna compiere una riflessione, anche se penso ci siano già delle idee in merito; sono infatti *in itinere* procedimenti legislativi proprio per favorire l'approdo a un regime così regolamentato.

Quanto alla libera professione, ritengo che essa rappresenti un diritto sia del medico sia del cittadino, il quale deve potersi rivolgere liberamente al medico scelto. A nostro parere, in questi anni è stato trovato un equilibrio accettabile tra il rapporto esclusivo e il diritto alla libera professione.

Sappiamo tutti che la libera professione in regime di *intramoenia* è nata come possibilità per i medici di esercitare la libera professione all'interno di quelle strutture ospedaliere dove, naturalmente, vi fossero le condizioni adeguate per farlo. Tuttavia – faccio riferimento a un dato che ha sostanzialmente una valenza nazionale – nella gran parte delle aziende sanitarie non vi sono le condizioni per svolgere dignitosamente l'esercizio della libera professione. Preso atto di tale situazione, fu introdotto l'*escamotage* della cosiddetta «*intramoenia* allargata», consentendo l'esercizio della libera professione intramuraria all'interno di strutture e studi privati. Tale regime di *intramoenia* è stato inteso come una modalità organizzativa transitoria, messa in campo per garantire comunque il diritto dei medici all'esercizio della libera professione intramuraria a fronte della inesistenza, tranne rarissime eccezioni sul territorio nazionale, di quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge (ricordiamoci questa espressione: spazi separati e distinti). In questo modo molti medici esercitano mettendo a disposizione spazi e tecnologie, con oneri economici a proprio carico (tengo a sottolineare questo aspetto), versando alle aziende sanitarie parte degli introiti percepiti.

Il regime dell'*intramoenia* allargata ha in parte tranquillizzato i nostri amministratori, i quali, vedendo svolgere l'attività libero-professionale prevalentemente negli studi privati, hanno ritenuto di non affrontare la questione, con la conseguenza che, nel corso dei sette anni successivi all'entrata in vigore della legge, tranne rare eccezioni sull'intero territorio nazionale, non sono stati reperiti quegli spazi separati e distinti previsti dalla legge per le attività ambulatoriali. Ad oggi, la realtà è uguale a quella di sette anni fa.

Va ricordato che l'esercizio della libera professione intramuraria allargata è disciplinato da rigorose norme, legislative e regolamentari. Le strutture sono individuate dal medico con l'azienda sanitaria, i tempi sono contingentati e documentati e le tariffe concordate e calmierate con regole rigide, definite contrattualmente. È evidente che, se mancano i controlli da parte delle aziende sanitarie, cui è devoluta per legge tale responsabilità, la colpa non è certamente di chi opera nel campo dell'*intramoenia* allargata.

Sul tema delle liste di attesa mi riallaccio in parte a quanto detto dal collega precedentemente. A volte la stampa e la pubblica opinione tendono ad agganciare il problema della lunghezza delle liste di attesa alla libera professione svolta *intramoenia*. A mio parere dobbiamo compiere una riflessione in ordine alla convinzione, errata, secondo cui la libera professione è il fattore principale che determina la durata delle attese. Le liste di attesa sono una caratteristica strutturale di tutti i sistemi sanitari pubblici in cui i pazienti non sono chiamati a pagare le prestazioni di ta-

sca propria e in cui il tempo di accesso ai servizi – e non la disponibilità a pagare – ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda ed offerta.

Occorre però differenziare – ritengo in proposito che il concetto di appropriatezza abbia una valenza rilevante – tra l’attesa clinicamente significativa e l’attesa priva di ricadute cliniche, tra l’attesa di una prestazione efficace e l’attesa di un esame inappropriato.

Secondo numerosi studi, molte prestazioni di diagnostica strumentale, per le quali più lunghi sono i tempi di attesa, sono gravate da un tasso di inappropriata vicinanza al 50 per cento. Nel settore della pediatria, ad esempio, vi sono tempi di attesa abbastanza lunghi per le visite cardiologiche pediatriche; accade infatti che il pediatra di famiglia, sentendo un piccolo soffio, consigli una visita cardiologica. Da un’indagine condotta dalla Società italiana di pediatria al proprio interno risulta che la gran parte di queste richieste di prestazioni e di indagini strumentali è inutile e spesso impropria.

Per risolvere il problema occorre cercare di governare la prestazione sanitaria secondo criteri di priorità ed appropriatezza clinica. Il nostro sistema basato sull’offerta presenta, invece, una elevata visibilità politica e di impatto sulla pubblica opinione, ma risultati di breve periodo che comportano conseguenze negative, quali aumento dei carichi di lavoro inutile per il personale medico, tecnico ed infermieristico; utilizzo di apparecchiature diagnostiche in modo inappropriato per il raggiungimento degli obiettivi di puro incremento quantitativo delle prestazioni, non curando le vere priorità cliniche e quindi disperdendo risorse sia professionali che tecnologiche; aumento della spesa sanitaria indotto da un consumismo non controllato e inappropriato, al solo scopo di accontentare il «cliente». Tutto ciò, come ha detto il collega poco fa, è il frutto di una medicalizzazione della società.

Di fronte ad una richiesta irrefrenabile di prestazioni, le aziende sanitarie tendono ad aumentare l’offerta di prestazioni e servizi e questo avviene attraverso la contrattazione del *budget*. I professionisti sono responsabili di questi obiettivi e il loro mancato raggiungimento comporta conseguenze negative, sia economiche che di carriera.

In questi ultimi anni, d’altra parte, si è registrato un sistematico definanziamento del Servizio sanitario nazionale e una parte dei cittadini è ormai disposta a pagare per usufruire di prestazioni di cui altrimenti non potrebbe godere. A questo vanno aggiunti altri problemi: la riduzione delle dotazioni organiche per il blocco del *turn over* sancito dalle ultime leggi finanziarie, la limitazione degli acquisti di beni e servizi, il mancato rinnovo delle tecnologie mediche, i ridotti investimenti in formazione del personale. A ciò si aggiunga che, come è noto, molti ospedali hanno strutture ormai obsolete. Tutti questi fattori incidono sui tempi di attesa.

Pensare che possa esistere una relazione negativa tra la libera professione intramuraria e i tempi di attesa significa avere una visione truffaldina delle attività professionali mediche. Se questi due aspetti si incrociano è per colpa del sistema di organizzazione e di erogazione della prestazione sanitaria o, cosa ancora più grave, in ragione della carenza dei

sistemi di controllo che, nella gran parte dei casi, mancano totalmente all'interno delle aziende sanitarie.

La proposta è che, laddove si identifichino prestazioni necessarie di specialità che hanno lunghe liste di attesa, sia possibile utilizzare l'istituto dell'attività professionale aziendale di *équipe*. Si tratta di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle istituzionali, richieste dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive per la realizzazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, soprattutto in carenza di organico, in accordo con le *équipe* interessate. Con tali prestazioni gli operatori sanitari, attraverso un'attività aggiuntiva, contribuiscono all'abbattimento dei tempi di attesa. Tale istituto è già contemplato negli ordinamenti contrattuali della dirigenza medica. Naturalmente esso non può sostituire, di fatto, per i medici ospedalieri il diritto di esercitare la libera professione nei confronti dei pazienti che decidono liberamente di ricorrere al professionista di riferimento.

In conclusione, si tratta di una materia complessa che, poiché coinvolge i diritti di vari soggetti, merita una riflessione serena e costruttiva, scevra da *slogan* e da falsa coscienza.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per i loro interventi introduttivi. Lascio la parola alle senatrici e senatori che intendono porre domande.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, vorrei ringraziare i nostri ospiti per la loro esposizione e porre alcuni quesiti.

In primo luogo, affinché rimanga a verbale, desidero sottolineare che sia il dottor Innocenti sia il professor Correrà hanno sostenuto che le liste di attesa rappresentano sì un problema, ma che esso non è collegato all'esercizio della libera professione: si tratta di problemi paralleli, non in relazione tra loro.

Il primo quesito che pongo ad entrambi riguarda l'appropriatezza delle prestazioni. Condivido infatti quanto affermato dai nostri ospiti, ossia che l'appropriatezza potrebbe sfoltire le liste di attesa. In tale ambito non c'è chi non veda che il buon padre di famiglia direbbe che le prestazioni devono essere di un numero definito; sostenere che tanto sono gratis e che quindi si può usufruire di tante prestazioni quante se ne vogliono è un errore fondamentale, così come lo è inventarsi un volume di prestazioni inutile per fare affari, ad esempio sottoponendo il paziente a una densitometria ogni due mesi.

Vorrei comprendere però quando una prestazione, che potrebbe essere considerata inappropriata, deve essere consentita a livello di scelta privata. Facciamo l'esempio dell'esame unico nella diagnosi prenatale: valutando l'appropriatezza dell'esame in considerazione del calcolo rischi-benefici, il rischio va tenuto presente per le pazienti di età superiore ai 35 anni. Si afferma infatti che in un'età inferiore, secondo il criterio dell'appropriatezza, si rischierebbe molto di più di causare dei danni e di essere iatrogeno per l'individuo rispetto alla probabilità di riscontrare even-

tuali patologie. Questo discorso funziona certamente per il sistema pubblico. Tuttavia, se a vent'anni sono praticamente esente da tutti i rischi possibili, ma il fatto che ci sia un'unica probabilità su 5.000 di riscontrare una malattia (cosa che rende la prestazione inappropriata nel sistema pubblico) rappresenta per me un ostacolo insormontabile rispetto alla mia scelta di vita, mi deve essere consentita la possibilità di poter godere di quella prestazione nell'ambito della libera professione. Occorre vedere, pertanto, come collocare simili casi nell'ambito dell'esercizio della libera professione *intramoenia*.

Vorrei avere dal dottor Innocenti alcuni chiarimenti in merito alle diverse tariffe applicate per le prestazioni sanitarie nella medicina di laboratorio.

Proseguendo nel mio intervento, sappiamo bene che la strumentazione utilizzata nell'esercizio della libera professione *intramoenia* è comune a quella del servizio pubblico, non è separata. È pertanto questo utilizzo a regolare davvero le liste di attesa, le quali sono altresì spesso interrotte dalla cosiddetta linea di urgenza, che interrompe l'attività ordinaria. In riferimento a tale profilo mi sembra quanto mai pertinente la considerazione svolta su spazi e strumenti separati. In tale ambito, nelle tariffe viene tenuto conto dell'investimento e quindi del *turn over* degli apparecchi? Nella libera professione *extramoenia*, quella assolutamente privata, questo problema non incide sul prezzo della prestazione perché anche l'investimento è privato. Come viene regolato tale problema in relazione al personale sanitario non medico, che attualmente ha pari diritto di esercitare la libera professione?

Vorrei porre un'altra questione. Nello svolgimento di un'attività di laboratorio o di diagnostica per immagini tutti i sanitari hanno diritto a svolgere la libera professione e credo che anche in questo caso si ponga il problema della scelta. Mi spiego meglio: l'esame diagnostico viene fatto utilizzando la medesima strumentazione, ma per l'interpretazione del risultato si può scegliere di rivolgersi a un sanitario in particolare, perché particolarmente esperto in quel ramo o in considerazione della scala gerarchica. Come si colloca tale tipo di scelta nell'esercizio della libera professione nel campo dei servizi?

Vorrei poi sollevare il problema dei costi e dei ricavi. In alcuni ospedali – conosciamo bene i sistemi pubblici – l'esame può avere un costo superiore alla tariffa che viene resa. Come si pone tale questione nell'ambito della libera professione svolta *intramoenia*?

Ho molto apprezzato l'intervento del professor Corraja, le sue aspettative e la sincerità con cui ha fatto riferimento alla prassi corrisposta alle sue idee iniziali. Mi perdoni, ma vorrei sintetizzare con poche parole quanto lei ha detto: non ha funzionato. Allora, ritiene che sia verosimile il rispetto del termine del 31 luglio 2007, entro cui le strutture sanitarie saranno chiamate ad adeguare i propri spazi onde consentire al personale medico di svolgere l'attività intramuraria?

Per quanto riguarda il problema dell'esclusività, lei ha fatto riferimento alla reversibilità e ad un sistema in cui l'apicalità non può che es-

sere esclusiva. Da collega, ritengo che tale sistema possa essere condivisibile qualora l'interpretazione dell'esclusività sia analoga a quella data all'estero. In sostanza, quando un soggetto lavora in esclusiva per un altro, non esercita in forma privata la libera professione, ma risponde a un contratto onnicomprensivo per l'esercizio della libera professione, che concorda però sulla base della propria professionalità. Vorrei pertanto capire meglio la sua affermazione, a fronte di un contratto che prevede lo stesso numero di ore lavorate, lo stesso numero di presenze in ospedale, che vi sia un rapporto di esclusività oppure no, essendo poi la libera professione – *extramoenia* o *intramoenia* - un'attività che è possibile regolare assolutamente a proprio piacimento, in cui non si prevede nemmeno – questo lei lo deve riconoscere – l'obbligo a prestare la propria opera dentro l'ospedale. Infatti, un conto è poter chiamare, in caso di necessità, un medico che sta esercitando all'interno della struttura ospedaliera, sia pure in regime di *intramoenia*, un conto è doverlo cercare nel proprio studio, proprio perché la libera professione è un concetto molto ampio.

Da ultimo, lei ha fatto riferimento ad un equilibrio accettabile tra rapporto esclusivo e diritto alla libera professione, ricordando anche l'*intramoenia* allargata come modalità organizzativa transitoria per sopperire alla mancanza di spazi separati e distinti. Vorrei allora chiederle alcuni chiarimenti in merito all'ultraspecializzazione, proprio facendo riferimento al suo campo specifico, la pediatria, che è stata una delle grandi branche della nostra medicina. Come si può risolvere questo problema all'interno di un sistema pubblico, in cui la parametrizzazione – potrei anche sbagliarmi – prevede un ambulatorio uguale per tutti, una fruizione uguale per tutti e in cui il medico che si volesse aggiornare o usare strumenti più moderni non ha neanche la possibilità di aprire una partita IVA dedicata, in quanto deve rispettare le regole di chi amministra l'ospedale? Considerati i particolari problemi che attengono alla sua professione e in base alla sua esperienza, come fa lo stesso ambulatorio a rispondere adeguatamente in termini di *privacy* e di tempo necessario alla visita del paziente minore e al colloquio con il suo gruppo familiare, soprattutto in casi particolari?

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, vorrei tornare sul punto delle liste d'attesa come fenomeno fisiologico in un sistema pubblico: sono convinto che effettivamente lo siano ed entro certi limiti, come è stato documentato anche da numerosi studi, credo abbiano anche una funzione deterrente rispetto alla cosiddetta inappropriatezza.

Ritengo tuttavia che sia inadeguata o addirittura assente l'attività di controllo da parte delle direzioni sanitarie sulle liste d'attesa che, è bene ricordarlo, molto spesso sono strutturali. Se ci fosse effettivamente un problema di carenza degli organici, dovremmo vedere le liste di attesa allungarsi continuamente; normalmente, invece, esse hanno una lunghezza *standard* e nessuno si impegna a ridurla. Ad esempio, se ad un certo comparto dovessero essere assegnati per un mese due nuovi medici, la lista di attesa relativa dovrebbe dimezzarsi e poi continuare a rimanere più breve. Questo però non accade e non vengono compiuti interventi in merito.

La libera professione in *équipe* o l'incentivazione di momenti di attività libero-professionale potrebbero essere utili, ma in realtà non si vede la volontà di incidere sul fenomeno delle liste di attesa. Sono consapevole del fatto che ciò non attiene all'esercizio della libera professione, ma alcune limitazioni e alcune particolari modalità di contratto sul versante libero-professionale potrebbero incentivare i professionisti a lavorare sull'organizzazione interna. Sono d'accordo sul fatto che per ciò che riguarda l'*intramoenia* oggi c'è una carenza strutturale estesa, però anche alla possibilità di svolgere un'attività esterna si possono porre dei limiti per favorire la soluzione di un problema interno, laddove però sia dimostrato che non si possa fare diversamente. Tuttavia, ripeto, se non si può fare diversamente la lunghezza delle liste di attesa dovrebbe continuare a crescere, altrimenti c'è qualcosa che non funziona nell'organizzazione.

Per andare incontro all'esigenza dell'appropriatezza, chi prescrive gli esami potrebbe essere responsabilizzato affinché specifichi il grado di urgenza dell'esame stesso, stabilendo dunque una graduazione, come accade nei pronto soccorso, e prevedendo controlli a campione e interventi di carattere sanzionatorio per chi dovesse chiedere esami inappropriati rispetto alla patologia o ai tempi. Questo cancellerebbe ogni alibi: se si richiede un esame con un «codice bianco», sarebbe fisiologico dover aspettare anche alcuni mesi prima che venga eseguito. Sono d'accordo con la definizione di linee guida e di protocolli, ma non va dimenticato che spesso un esame può essere eseguito solo per tranquillizzare il paziente, anche se si sa che è inappropriato: se anche dovesse essere eseguito dopo tre mesi, non ne deriverebbe un danno al paziente. Credo che con queste correzioni e con una maggiore attenzione agli aspetti organizzativi si possa arrivare se non ad una soluzione definitiva, quanto meno a fare un passo avanti.

Infine, ritengo che l'*intramoenia* possa essere richiesta nelle situazioni di esclusività, e quindi per le posizioni apicali. Con questi numeri sinceramente faccio fatica a pensare che non si possano organizzare in tempi brevissimi spazi distinti e separati. In queste condizioni mi rifiuto di pensare che non sia possibile, entro sei mesi, trovare gli spazi affinché tutti i medici in posizione apicale negli ospedali siano messi in condizione di svolgere la libera professione intramuraria.

CORRERA. Rispondo innanzitutto ai quesiti posti dal senatore Tomassini. Personalmente – ma credo che la cosa sia ampiamente condivisa – non ritengo che entro il 31 luglio 2007 si possano trovare spazi separati e distinti: non credo ai miracoli. Questa situazione si protrae da sette anni. Come ho detto precedentemente, i direttori generali hanno lasciato il problema irrisolto; tutti sono rimasti tranquilli perché i medici stanno esercitando la professione nei propri studi privati, per cui è materialmente impossibile pensare di risolvere il problema in sei mesi, viste le enormi carenze di strutture e di personale nelle aziende sanitarie.

Quanto al problema dei costi di un ambulatorio in *intramoenia* allargata, rappresento un po' la memoria storica. Personalmente ero favorevole all'introduzione della partita IVA, e per tale motivo ebbi a discutere un

po' con tutti colleghi, perché ritenevo che essa garantisse una maggiore trasparenza. Il medico che esercita la professione in *intramoenia* allargata a mio avviso deve essere titolare di partita IVA: è una mia personale convinzione che anche dopo anni ribadisco. Poi ognuno può pensarla come vuole. La partita IVA avrebbe comportato una serie di conseguenze positive: per prima cosa, si sarebbe diventati «fiscalmente evidenti», evitando così di entrare nel sommerso; in secondo luogo, avrebbe permesso di scaricare le spese degli studi perché ora, come giustamente è stato fatto notare, c'è un problema: non si sa chi paga i costi delle attrezzature e della tecnologia e dunque tali spese finiscono in nero. Se, ad esempio, un ginecologo deve fare delle ecografie in uno studio privato e quindi necessita di un'attrezzatura ecografica, come può scaricare il costo di tale attrezzatura? Deve andare per forza in nero, non c'è niente da fare. La partita IVA avrebbe potuto rappresentare una soluzione, ma purtroppo è stato detto che non era possibile introdurla, perché si è comunque dipendenti del Servizio sanitario.

Non vorrei che si confondesse l'esclusività con l'impossibilità di svolgere la libera professione. Quel che voglio intendere è che il medico in posizione apicale deve lavorare in condizione di esclusività: ciò non significa che non può esercitare l'attività libero-professionale. Il rapporto, però, non può che essere esclusivo. In qualche maniera deve legare il suo destino a quello della struttura in cui lavora, altrimenti si tornerebbe indietro. Tra l'altro, nella realtà europea tutte le figure apicali seguono il criterio dell'esclusività.

Per quanto riguarda la graduazione dell'urgenza degli esami diagnostici e quindi la responsabilizzazione del medico richiedente in merito all'appropriatezza della prestazione, vista l'attuale organizzazione della medicina di base, credo che tale ipotesi sia piuttosto difficile da realizzare, anche se, ovviamente, è auspicabile che ciò si verifichi. Conoscete la situazione dei pronto soccorso ospedalieri, in cui si riversa una marea di gente che chiede di essere visitata per disturbi riconducibili a un «codice bianco», senza dunque che vi sia un'esigenza effettiva di pronto intervento. Abbiamo compiuto degli studi per la pediatria e abbiamo rilevato che l'80-90 per cento delle visite eseguite in pronto soccorso per pazienti pediatriche sono identificate con un «codice bianco», ovvero si tratta di pazienti che potrebbero essere tranquillamente visitati dal proprio medico curante in ambulatorio entro le 24 ore successive. Non si è parlato di calmierare questa situazione, diffusa ormai ovunque.

INNOCENTI. Ringrazio il senatore Tomassini per le numerose domande che ha posto, a cui cercherò di dare risposta.

TOMASSINI (FI). Dottor Innocenti, se lo ritiene opportuno può anche inviarci una memoria successiva.

INNOCENTI. La ringrazio, ma cercherò comunque in questa sede di dare alcune brevi risposte.

Il problema dei rapporti tra personale medico e personale laureato non medico presso i laboratori non esiste per quanto riguarda la libera professione. Tra le due categorie c'è una totale unitarietà di azione e la differenza risiede soltanto negli aspetti professionali: il medico di laboratorio è maggiormente dedicato alle attività di tipo interpretativo, di consulenza (quindi ha rapporti anche con i colleghi esterni, quelli che lavorano nei reparti, nelle cliniche, con i medici di famiglia), mentre il personale laureato non medico (penso ai biologi, ai chimici) ha per sua formazione una caratterizzazione più tipicamente tecnica. Negli anni si è riusciti, più o meno forzatamente, a trovare un *modus* accettabile di lavorare.

Mi è stato chiesto cosa succede quanto i costi degli esami diagnostici sono superiori alle tariffe fatte pagare dai pazienti. Nella mia esperienza – ho lavorato a Pisa fino al 1° agosto, quando sono andato in pensione per effetto del cosiddetto decreto Bersani – il problema dei costi superiori alle tariffe non si è mai posto nella sua globalità. Dai dati forniti dal Sistema di rilevazione dei costi effettivi dei laboratori della Regione Toscana (CO-STILAB) emerge che, nella generalità dei casi, i costi degli esami sono inferiori alla metà delle tariffe stabilite. Ci sono rari esami – quelli più specialistici e di minore richiesta, che prevedono l'obbligo di tenere *kit* costosi – che, per loro natura, possono avere costi che sarebbero inaccettabili per qualunque privato, ma che il Servizio sanitario deve comunque garantire.

Quanto al problema della scelta del professionista, ho già detto che nei laboratori e in altri servizi diagnostici era stata individuata la possibilità dell'attività in *équipe* proprio per la difficoltà di individuare un singolo professionista, che sarebbe peraltro negativa sul piano dell'attività collegiale del laboratorio. A tale riguardo posso dire che, pur essendo stato primario, mi avrebbe creato qualche imbarazzo essere stato scelto a seguito di una mia maggiore visibilità tra gli utenti.

TOMASSINI (*FI*). Non ho parlato solo di visibilità, ma anche di competenza.

INNOCENTI. La competenza spesso è frutto dell'immagine, perché il cittadino si trova frequentemente in una posizione di assoluta debolezza in questo ambito. Basta osservare cosa succede nelle settimane immediatamente successive alla messa in onda di trasmissioni che si occupano di sanità.

BODINI (*Ulivo*). Forse converrebbe chiuderle.

INNOCENTI. Passando ad un altro tema sollevato, abbiamo il dovere di avere attrezzature di qualità e di livello per l'esercizio dell'attività istituzionale. Usare tali attrezzature (non dico in tempi separati e distinti perché nei laboratori è impossibile, sarebbe come mettere la testa sotto la sabbia) anche per l'attività libero-professionale o per le prestazioni aggiuntive che l'azienda richiede è solo un ritorno di investimento. Le nostre

attrezzature sono di livello ma, ripeto, per le attività che sono dovute ai cittadini.

Per concludere, vorrei riportare in questa sede una piccola provocazione cui ho pensato ieri, parlando con dei colleghi, e a cui è già stato accennato. Fissando al 31 luglio 2007 la data entro cui dovranno essere individuati spazi idonei per svolgere l'attività in regime di *intramoenia* ci siamo probabilmente cacciati in un vicolo cieco, perché sarà difficile, nel tempo rimasto a disposizione, approntare strutture per le quali non si è provveduto fino ad oggi. È chiaro che bisogna fissare un termine, non si può essere permissivi in eterno, però – ripeto – ci troviamo forse in un vicolo cieco. Mi chiedo su chi ricadranno le conseguenze negative di un eventuale mancato rispetto del termine: sui medici e sui cittadini, i cui diritti vengono ridotti o negati, o sugli amministratori?

PRESIDENTE. Ringrazio gli auditi per il proficuo contributo offerto.

Dichiaro concluse le audizioni odierne e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,25.

