



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 8

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

**12<sup>a</sup> 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

35<sup>a</sup> seduta: giovedì 14 dicembre 2006

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

**Audizione della Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (IPASVI) e della Federazione nazionale collegi ostetriche**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 16	* BIANCO . . . . .	Pag. 3, 10, 11 e <i>passim</i>
* BOSONE ( <i>Aut</i> ) . . . . .	9, 11	SILVESTRO . . . . .	4, 14
EMPRIN GILARDINI ( <i>RC-SE</i> ) . . . . .	7, 11, 13 e <i>passim</i>		
TOMASSINI ( <i>FI</i> ) . . . . .	5, 12		
VALPIANA ( <i>RC-SE</i> ) . . . . .	8		

---

**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, per la Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (IPASVI), la dottoressa Annalisa Silvestro, presidente e per la Federazione nazionale collegi ostetriche, la dottoressa Maria Antonietta Bianco, presidente.*

*I lavori hanno inizio alle ore 8,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

**Audizione dei rappresentanti della Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (IPASVI) e della Federazione nazionale collegi ostetriche**

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 del 16 novembre scorso.

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 dei rappresentanti della Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (IPASVI) e della Federazione nazionale collegi ostetriche.

Sono presenti la dottoressa Annalisa Silvestro, presidente della Federazione nazionale collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia (IPASVI) e la dottoressa Maria Antonietta Bianco, presidente della Federazione nazionale collegi ostetriche, alle quali esprimo il benvenuto a nome della Commissione e cedo subito la parola.

BIANCO. Ringrazio innanzitutto il Presidente e la Commissione per l'opportunità data alla Federazione che qui rappresento, poichè l'oggetto dell'indagine non riguarda direttamente le ostetriche, trattandosi di professioniste che lavorano in *intramoenia in équipe*, all'interno degli ospedali in cui esiste un'organizzazione in tal senso. In verità anche noi vorremmo svolgere attività libero professionale intramuraria, proprio per le specifiche funzioni del nostro profilo professionale e per dare alla donna la possibilità di scegliere di essere assistita nella struttura ospedaliera e seguita nel corso della gravidanza fisiologica e nel puerperio da una determinata professionista, in piena autonomia, come il nostro profilo prevedrebbe. In

questo momento, però, in Italia ciò non è consentito per cui le ostetriche possono solo far parte di un'*équipe* che lavora *intramoenia*.

Rispetto alle liste di attesa, negli anni precedenti, in base alla normativa esistente era prevista la possibilità di richiamare al di fuori dell'orario di servizio, in situazioni di emergenza, il personale tecnico-sanitario, quindi infermieri ed ostetriche; poche sono state però le strutture che hanno utilizzato tale normativa per abbattere le liste di attesa.

Ciò è quanto posso dire alla Commissione, ribadendo soprattutto la necessità di prevedere anche per le ostetriche l'autonomo esercizio della libera professione intramuraria.

*SILVESTRO*. Signor Presidente, la ringrazio anch'io per l'invito. Mi associo a quanto detto dalla dottoressa Bianco, nel senso che, per impedimenti normativi, neppure gli infermieri, gli assistenti sanitari e le infermiere pediatriche hanno la possibilità di svolgere la libera professione *intramoenia*.

Gli infermieri, secondo la legge n. 1 del 2002, possono svolgere le cosiddette prestazioni aggiuntive, una forma *sui generis* di effettuazione dell'attività professionale al di fuori dell'orario di servizio, anche se con una definizione fiscale particolare e credo assolutamente da rivedere. Queste attività, infatti, svolte per mantenere i livelli di assistenza nei servizi, sono comunque assimilate al lavoro dipendente, pur se esercitate fuori dall'orario di servizio.

Rispetto invece alla questione delle liste d'attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari, l'esperienza che posso portare, a detta dei colleghi che rappresento, è che la libera professione *intramoenia* non ha ridotto il fenomeno delle liste d'attesa, anzi per certi versi mi pare di poter dire che lo abbia addirittura incrementato. La possibilità per i medici e per gli altri professionisti sanitari di operare con questa modalità non incide sull'organizzazione del lavoro di tutti gli altri professionisti e degli operatori che devono coadiuvare, in qualche modo, i dirigenti che esercitano la libera professione, con la conseguenza di non eliminare gli impedimenti e le criticità sottese al fatto che le liste di attesa si allungano.

Intendo dire, per maggiore chiarezza, che se il dirigente esercita la libera professione di pomeriggio, o al di fuori della struttura pubblica, è evidente che sarà presente nella struttura solo la mattina, quando cioè è maggiore il carico di lavoro per tutti gli operatori. Quindi, nel momento in cui egli svolge attività libero professionale si bloccano tutti gli altri servizi: di conseguenza non abbiamo assolutamente risolto il problema che, anzi, forse si è quasi accentuato, perché le attività a carattere pubblico si concentrano in poche ore della giornata, determinando un carico di lavoro significativo e una difficoltà organizzativa di non poco conto. Ovviamente non sta a me ipotizzare altre modalità di esercizio della libera professione, che rappresenta comunque un diritto dei dirigenti, ma in questo modo, certamente, non si è risolto il problema.

Credo comunque sia opportuno e doveroso dire che tra il personale cosiddetto di comparto (infermieri, fisioterapisti, operatori di supporto al-

l'assistenza infermieristica) molte volte ciò crea tensione, perché aumenta i carichi di lavoro in determinati momenti della giornata e non risolve la situazione della presenza massiccia di richieste di effettuazione di esami, di visite e di prestazioni ambulatoriali. Mi permetto quindi di sottolineare che sarebbe opportuno rivedere la modalità di esercizio della libera professione.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, innanzitutto desidero rivolgere un saluto alle rappresentanti delle altre professioni sanitarie ringraziandole per aver accolto l'invito della Commissione.

Da quanto la dottoressa Bianco e la dottoressa Silvestro hanno affermato, mi pare emerga come – malgrado gli aggiustamenti legislativi – sia ancora lungo il percorso che tali professioni devono compiere per giungere ad una vera e propria autonomia, nel rispetto del diritto alla libera professione. A tal proposito, ho sempre rivolto a tutti gli auditi, intervenuti a vario titolo, la stessa precisa domanda; sia i colleghi della Commissione sia il Presidente ricorderanno quanto evasive siano state le risposte ricevute in merito, che potrebbero concretizzarsi in una generica rassicurazione circa il fatto che tutto funziona bene.

Proprio per quanto riguarda tale aspetto, invece, va sicuramente completato il cammino normativo delle cosiddette altre professioni sanitarie, regolate da quella legge varata lo scorso anno, cui non hanno poi fatto seguito i decreti applicativi, circa i quali abbiamo sollecitato più volte il Governo ad attivarsi, anche per recuperare quella dilazione di un anno veramente priva di senso.

Com'è stato giustamente ricordato, infatti, tali professioni certamente svolgono un'attività di *équipe*; hanno, tuttavia, anche spazi individuali. Se per gli infermieri in generale il cammino è stato completato, figure professionali che hanno un'assoluta autonomia – in particolare, quindi, le ostetriche, gli ortottisti, i logopedisti e gli odontotecnici, ma anche altri – avrebbero diritto ad avere spazi, tempi e modalità adeguati di esecuzione dell'attività professionale intramuraria.

In tale ambito, reputo importante che la dottoressa Silvestro e la dottoressa Bianco riferiscano se ritengono soddisfacenti gli orari ed i luoghi di lavoro, sulla base della situazione attuale nei quadri regionali (se non dispongono di tali dati ce li possono ovviamente fornire con una memoria). Vorrei sapere, inoltre, quale evoluzione prevedono nel caso vi sia la chiusura dell'*intramoenia* allargata, quindi tutto sia ricondotto all'interno dell'azienda sanitaria (anche se, certamente, al momento ciò non riguarda le loro professioni, per le quali si parla solo di *intramoenia*). Desidererei inoltre sapere se ritengono che il contenitore e la modalità organizzativa attuali siano sufficienti, anche se mi pare che la dottoressa Silvestro abbia già risposto adeguatamente sottolineando che tale attività viene resa assai poco compatibile con quella ordinaria.

Così pure vorrei una risposta sul problema organizzativo – citato dalla dottoressa Silvestro circa i tempi delle liste d'attesa – che si viene a creare per la commistione tra l'attività libero professionale, per quanto

*intramoenia*, e quella istituzionale. Al di là della libera professione *intramoenia*, vorrei sapere quanto, a loro avviso, le attività improprie – quindi non strettamente istituzionali – svolte nell'orario ordinario complicano l'accesso a quel contenitore; vi sono, cioè, all'interno dei presidi di ricovero e cura – che ben conosco – molte attività che, tutto sommato, dovrebbero istituzionalmente essere svolte da enti e in situazioni esterne e che trovano invece uno spazio di confluenza improprio all'interno dell'attività ordinaria creando così un intasamento.

Affermo ciò perché, ancora una volta, ritengo sbagliato porre il problema delle liste d'attesa in connessione con quello della libera professione (problematica, peraltro, già emersa altre volte). Sicuramente tale questione deve trovare soluzione. La dottoressa Silvestro ha appena sostenuto che, a suo modo di vedere, il problema non sussiste e che tuttavia in alcuni casi ha genericamente avuto l'impressione che l'aspetto della libera professione possa aver creato qualche difficoltà con riguardo alle liste d'attesa. Non voglio contraddirla, ma penso che vadano tenuti presenti anche gli altri elementi citati, diversamente potrebbe sembrare che sia la libera professione a creare tale meccanismo distorto. Quando – anche attraverso contratti professionali – si creano meccanismi burocratici perversi (tipo il numero di prestazioni orarie) si allungano immediatamente le liste d'attesa; questo, però, non ha nulla a che vedere con la libera professione.

Ringrazio anticipatamente le colleghe Silvestro e Bianco per le repliche che ci vorranno fornire.

Colgo infine l'occasione per segnalare ancora una volta, signor Presidente, un fatto che mi sembra molto importante in relazione all'indagine conoscitiva che stiamo svolgendo, verificatosi presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi di Firenze, che ricade sotto la responsabilità e la giurisdizione dell'assessore alla salute della Regione Toscana, dottor Enrico Rossi.

Il 27 ottobre scorso è stata inviata a tutti gli operatori sanitari una lettera – secondo me già nella forma, nel metodo e nella sostanza al di fuori dei limiti della legittimità – volta a riportare tutta l'attività libero professionale dei propri dirigenti a rapporto esclusivo all'interno delle strutture aziendali.

La cosa più singolare, tuttavia, è che in data 20 novembre (quindi a soli dieci giorni dal termine in cui poter scegliere tra libera professione *extramoenia* o *intramoenia*, sulla base di una contrattazione e di una regola sindacale già applicata), sempre con lettera giunge l'invito perentorio a ridurre, entro la data del 31 dicembre 2006, gli studi professionali esterni nell'ambito del territorio regionale, precedentemente autorizzati dalla stessa azienda sanitaria e dallo stesso assessorato regionale alla salute, al numero massimo di uno, oltre che a ricontrattare i volumi delle prestazioni, i giorni e gli orari; mentre alla stessa data si dice che l'azienda revocherà le autorizzazioni rilasciate per studi privati situati al di fuori della Regione Toscana.

Ciò si pone assolutamente al di fuori della regola dell'*intramoenia* allargata, secondo la legge vigente. Oltretutto, non si è prevista alcuna di-

stinzione o discriminazione per il tipo di prestazioni effettuate, che in alcuni casi possono essere solo ambulatoriali, ma che per alcuni professionisti sono invece complesse sotto il profilo della diagnosi e dell'operatività. Senza considerare poi che, all'interno della stessa azienda, il rapporto è complesso. Infatti, oltre all'aspetto della dipendenza pubblica c'è quello della dipendenza dall'università, per la quale, peraltro, viene applicata una regola assurda per cui l'universitario che esercita la libera professione viene ad avere un contratto a tempo determinato, modalità che non è più contemplata nel contratto di lavoro, in palese violazione dunque con le norme di contrattualità sindacale.

In conclusione, credo non sia ammissibile che un assessore, quando viene a riferire in questa Commissione sui metodi di impostazione e sull'autonomia organizzativa, faccia considerazioni e valutazioni politiche di carattere generale e non ci informi invece di questi fatti.

Consegno alla Presidenza i documenti ai quali ho fatto riferimento, perché vengano messi agli atti.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, desidero ringraziare la dottoressa Bianco e la dottoressa Silvestro per aver dato la propria disponibilità a quest'ora antelucana.

Devo dire che l'intervento del senatore Tomassini va in realtà oltre le questioni qui sollevate, perché prefigura già una soluzione rispetto ad una serie di provvedimenti normativi ancora in *itinere*, sui quali non abbiamo neanche aperto la discussione (penso in particolare alla questione del cammino normativo delle altre professioni sanitarie, cui precedentemente si faceva riferimento).

Vorrei riportare la discussione agli aspetti che ho avuto modo di ascoltare ed al tema della presente indagine. Dal discorso della dottoressa Bianco, in particolare, mi sembra di aver capito che per quanto riguarda le ostetriche la libera professione intramuraria sarebbe auspicabile, in quanto garantirebbe meglio, rispetto all'attuale lavoro in *équipe*, la libera scelta della donna. In verità, a partire ovviamente dalla mia esperienza, penso che, al contrario, sia proprio e solo quel lavoro in *équipe* – che è dato da più professioni che, nel medesimo contesto, sono a conoscenza della storia e dell'esperienza individuale della donna – che consente di sentirci accolte all'interno dei servizi.

Al di là delle opinioni – che, per definizione, sono opinabili – anche per l'esperienza che ho dei consultori, in particolare dell'Umbria, accedo a tale scelta assoluta, nell'ambito e al di fuori della libera professione intramuraria della ginecologa che mi assiste; la questione riguarda il tipo di organizzazione interna che i servizi si danno. Per uscire dal campo delle opinioni, vorrei sapere se esistono studi di *customer satisfaction* rispetto a tali due opzioni: infatti, se non riusciamo a supportare le osservazioni con una serie di studi che rilevino le diverse pratiche ed il grado di soddisfazione delle utenti rispetto ad esse, come Commissione non possiamo formarci un'opinione che sia fondata non solo sulle professioni e sui professionisti, ma, soprattutto, sui reali desideri e sulle opzioni delle utenti.

Desidero poi sollevare una seconda questione: rispetto a quella che viene chiamata l'*intramoenia* allargata, sarebbe meglio usare l'ossimoro così com'è: *intramoenia* ed *extramoenia*, perché l'*intramoenia extramoenia* è una contraddizione in sé.

A mio avviso, l'esercizio della libera professione, che qui è stato definito un diritto, in realtà, come tutti i diritti, è un'opzione e penso che tale opzione debba essere fatta nel momento in cui si presta un'attività lavorativa, in questo caso nei confronti del pubblico, ma potrebbe essere anche nei confronti di un privato. Non mi risulta, infatti, che i privati tollerino il diritto alla libera professione esterna (non solo le industrie ma anche le cliniche private, molto spesso là dove si fa ricerca); mi chiedo, quindi, perché nel pubblico debba esserci tale facoltà.

Dopo questa introduzione, vengo alla domanda. Può darsi che vi siano – come sicuramente è stato rilevato – attività improprie che nel corso dell'organizzazione del lavoro rendono più difficile l'attività ordinaria. Ma il punto è il seguente: per quale ragione la libera professione risolverebbe quest'ordine di problemi? Mi sembra si tratti di due aspetti assolutamente separati e distinti. Anzi, vorrei dire di più. Laddove si ritenesse di dover esercitare la libera professione – e su questo vorrei un vostro parere – per risolvere i disguidi interni all'organizzazione sanitaria, penso che ciò rappresenterebbe la resa rispetto alla possibilità di introdurre elementi di riorganizzazione, di efficienza, ma soprattutto, ed è il tema su cui centro l'attenzione fin dall'inizio dell'intervento, di efficacia dell'esercizio della professione nell'ambito del servizio pubblico. Vorrei conoscere le vostre opinioni al riguardo.

VALPIANA (RC-SE). Mi scuso innanzitutto per essere arrivata con qualche minuto di ritardo ed aver perso così la prima parte dell'audizione.

Richiamandomi a quanto ora detto dalla senatrice Emprin Gilardini, che condivido pienamente, intendo soffermarmi in particolare sulla professione dell'ostetrica e sull'intervento della stessa. Nel momento in cui all'interno del servizio sanitario nazionale si prevede per alcuni operatori l'esercizio della libera professione è evidente che anche coloro che svolgono altre professioni, in modo particolare le ostetriche che hanno uno specifico campo di autonomia, intendano accedere a questa modalità di lavoro, che personalmente però non condivido per nessun profilo sanitario e, ancor meno, per le ostetriche, proprio per la specificità della loro professione.

Dagli ultimi dati ISTAT relativi alla conduzione della gravidanza-parto nel nostro Paese, risulta che l'85 per cento delle donne è seguito in gravidanza da un professionista privato e solo una parte residuale presso i consultori familiari o presso la struttura pubblica. Da tali dati emerge, tuttavia, che la possibilità-rischio di esitare in un cesareo è molto più alta per la donna che viene seguita privatamente rispetto alla donna seguita nelle strutture pubbliche, per tutta una serie di motivi che non abbiamo ora il tempo di elencare, ma che sono evidenti. Credo, in proposito, che vi sia l'assoluta necessità per il nostro Paese di ricondurre la gravi-



danza – in verità tanti altri aspetti della nostra vita e della nostra salute – ad un discorso di continuità dell'assistenza.

Mi chiedo allora se introdurre la libera professione per le ostetriche non inficerebbe la possibilità di seguire la gestante, la partoriente e poi la donna nel dopo-parto in un'unica struttura pubblica che si prenda cura di quella situazione specifica. Nel Regno Unito è stato introdotto, mi sembra da circa un anno e mezzo, il «*one to one*», una nuova modalità di assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico, per cui un'ostetrica, dall'inizio della gravidanza alla fine del puerperio, segue un'unica donna con risultati che sembrano ottimi, anche se è troppo presto per dirlo, dal punto di vista della morbilità, dell'esito e della soddisfazione.

Con la richiesta che avete fatto in questo momento noi procederemmo in controtendenza. Perché in un Paese come il nostro, che ha in assoluto in Europa, e forse nel mondo, la più alta percentuale di cesarei, anziché pensare ad un tipo di assistenza che dia i migliori risultati (banalizzerei facendo riferimento ad una riduzione del numero dei cesarei, perché evidentemente oltre a questo è necessaria tutta una serie di attenzioni, nonché qualità nell'assistenza), si vuole, se posso esprimere davvero quello che penso, scimmiettare altre professioni che hanno abbandonato l'attenzione al paziente per rivolgerla all'operatore?

Mi aspetterei, proprio per la storia, la specificità e la qualità del lavoro dell'ostetrica, per la sua dimensione di cura e non di professione esterna, una richiesta di attenzione e di valorizzazione dell'autonomia della professione che nel nostro Paese non c'è, ma che va legata, in ogni caso, ad una specificità di ambito e quindi ad un riconoscimento del fatto che solo il servizio pubblico può garantire la continuità dell'assistenza.

BOSONE (*Aut*). Signor Presidente, da sempre le professioni mediche nel loro complesso richiedono l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra chi eroga la prestazione ed il paziente. Il tema dell'esercizio della libera professione in campo medico si è sempre posto per tale motivo, proprio in ragione della continuità di rapporto che spesso è necessaria tra il paziente ed il medico o colui che svolge una professione medica: si tratta di una premessa importante per capire.

Va inoltre sottolineato che la libera professione non serve necessariamente a migliorare l'organizzazione ospedaliera; al contrario, bisogna valutare, e siamo qui per farlo, se tale organizzazione sia in grado di supportare in modo efficiente ed efficace la libera professione a tutti i livelli: questo è uno dei grandi problemi che dobbiamo affrontare.

Vorrei capire se davvero il percorso verso la libera professione *intra-moenia* debba coinvolgere sempre più, oltre alla figura del medico, anche altre figure professionali, penso non solo agli infermieri presenti in sala operatoria durante un intervento chirurgico, ma anche all'ostetrica e al fisioterapista, cui faceva riferimento il senatore Tomassini, figure importanti che oggi, tuttavia, esercitano la libera professione non *intramoenia*, ma per lo più privatamente, spesso in casa propria o in situazioni non regolari.

Il tema dell'allargamento dell'esercizio della libera professione *intramoenia* anche a questi profili professionali sanitari è importante e su questo vorrei un vostro parere preciso. In particolare, vorrei sapere se c'è davvero la possibilità di adeguare fino in fondo l'organizzazione delle nostre strutture sanitarie al recepimento dell'attività libero professionale medica e non medica, vista nel suo complesso. Compito del legislatore sarà poi intervenire con un provvedimento che stabilisca le regole affinché la libera professione possa esplicarsi senza interferire con l'attività cosiddetta pubblica e, nello stesso tempo, essere svolta in modo efficiente ed efficace rispetto ai propri fini.

L'*extramoenia* non prefigura un rapporto burocratico con la struttura, al contrario dell'*intramoenia* allargata: si tratta di due dimensioni tra loro molto diverse. Con l'*intramoenia* allargata, in particolare in questa fase, si è spesso supplito alle carenze della struttura sanitaria: bisogna dunque capire se c'è possibilità o meno di superare tale disagio.

*BIANCO*. In riferimento alle domande che sono state poste, vorrei chiarire anzitutto due aspetti. All'inizio del mio intervento, la senatrice Valpiana non era ancora arrivata, ho precisato che l'oggetto dell'indagine riguarda specificamente l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria dei medici, quindi di una figura professionale diversa dalla nostra.

Premetto che noi non vogliamo svolgere la libera professione a scapito dell'organizzazione del sistema sanitario nazionale. Infatti le ostetriche, da sempre, operano nel sistema sanitario nazionale e nei consultori (anche se in modo ridotto e per il numero dei consultori stessi e per il numero non congruo di personale ostetrico impiegato nelle strutture).

Premetto altresì che – come abbiamo sempre messo in evidenza – vogliamo la continuità assistenziale con la donna, nel sistema pubblico, con pari dignità (quindi non vi è un cambiamento né di rotta né di pensiero); ciò ha un beneficio sulla mamma, sul bambino e sulla riduzione del taglio cesareo, in particolare per l'evento nascita (che non è argomento da affrontare in questa giornata).

Ho effettuato tale premessa perché chi non ci conosce potrebbe essere indotto a pensare che le ostetriche vogliano esercitare la libera professione: non è assolutamente questo l'obiettivo che da sempre perseguiamo, soprattutto nell'applicazione del Progetto obiettivo materno infantile (POMI), con indagini conoscitive ed attacchi – nel senso buono della parola – alle strutture sanitarie affinché i servizi di maternità vengano dotati di un numero congruo di ostetriche. Ciò al fine di facilitare il parto naturale (perché la gravidanza è un evento naturale), della promozione dell'allattamento al seno, della continuità assistenziale delle ostetriche e perché il bambino possa stare accanto alla mamma: è questo il nostro credo, da sempre.

Capita, però, che i reparti maternità di alcuni ospedali permettano alla donna di scegliere il medico che seguirà il suo parto e l'ostetrica svolge la propria attività come *intramoenia*, in *équipe*. Dal momento che tali esperienze esistono anche nelle autonomie aziendali, ci chiediamo per quale

motivo se una donna può scegliere il proprio ginecologo o la propria ginecologa non possa chiedere con altrettanta naturalezza di essere assistita in ospedale da un'ostetrica in particolare (ammesso che la struttura dia tale possibilità). Perché l'ostetrica deve lavorare in *équipe*, quando vi è un'autonomia nella fisiologia (non si verrebbe a sostituire ad altri, ma si limiterebbe a svolgere la sua professione)?

Allora perché non riconoscere anche a queste professioniste (senza voler entrare nel merito della libera professione del medico che non è di nostra competenza) la pari dignità, la possibilità di svolgere l'attività *intramoenia*, nel sistema? Questo intendevamo dire, senza voler tornare indietro su obiettivi professionali che non sono nostri né fanno parte della natura della nostra professione.

L'*intramoenia* e la lista d'attesa sono senz'altro due problemi diversi; non riesco a vedere tra di essi alcuna comunanza, né a livello di modello organizzativo generale, né in particolare. Spero di essere stata chiara, senatrice Emprin Gilardini, anche se lei ha fatto riferimento principalmente ai consultori dell'Umbria.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Mi riferivo alla soddisfazione dell'utenza in generale, dottoressa Bianco.

BIANCO. Senatrice, io lavoro in sala parto e posso garantirle che l'utenza è contenta, soddisfatta e si sente ben accompagnata ed assistita durante questa esperienza quando vi è un'*équipe* che ha lo stesso obiettivo e lavora in armonia: questo è quello che, spesso e volentieri, facciamo nelle sale parto.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Sull'*intramoenia*, nello specifico, sono state svolte indagini?

BIANCO. Vi sono pochi ospedali che consentono questo alla donna, per quanto di nostra conoscenza. Posso portare l'esempio dell'ospedale «Fatebenefratelli» dell'Isola Tiberina di Roma, dove la donna può scegliere, sia la camera a pagamento, sia il ginecologo che la assisterà, sia l'ostetrica, sempre però in *équipe*, perché vi è uno stretto legame tra le loro attività. Non lavoro nel suddetto ospedale, ma se, per assurdo, una paziente che ha scelto di partorire lì chiedesse di essere assistita dall'ostetrica Bianco potrebbe ricevere una risposta negativa nel momento in cui io fossi di turno; diversamente potrebbe essere seguita da me in *intramoenia*, però in *équipe*. L'ostetrica, cioè, è «coperta» dalla figura del medico (ginecologo o ginecologa) soltanto in *équipe*, perché la sua autonomia professionale nella fisiologia non le viene riconosciuta dalla struttura.

BOSONE (Aut). Si tratta di *équipe* fisse?

BIANCO. No, senatore Bosone. Gli ospedali che stanno sperimentando tale modello organizzativo sono ben pochi nelle realtà delle mater-

nità italiane, di solito lavoriamo in *équipe* nel sistema sanitario. Tale modalità è stata scelta per incrementare il punto nascita o l'attività di *intra-moenia*. Si tratta, però, di una decisione organizzativa solo di una determinata struttura; ad esempio, nell'ospedale in cui presto la mia attività non esiste tale possibilità, per cui lavoriamo tutti nell'*équipe* di turno, in armonia con il sistema sanitario e non c'è altra possibilità.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, anche solo per la mia esperienza, desidero riportare una certa chiarezza perché, secondo me, ci stiamo addentrando in un campo veramente complesso riguardando l'assistenza alla gravidanza ed al parto (addirittura la collega Valpiana si è riferita agli esiti), che possiamo affrontare in altro momento. Se vogliamo aprire una discussione sul problema dei cesarei possiamo dedicarvi un'apposita seduta in altra data. La collega Valpiana ha citato un dato molto negativo, che andrebbe, peraltro, ben definito, per collocazione, zona d'origine e diffusione. Tuttavia, ha dimenticato di ricordare che da sempre, anche nelle più recenti statistiche del *World Health Organization* (WHO), l'Italia viene collocata ai primi posti per l'assistenza materna ed infantile e, soprattutto, per gli esiti perinatali (mortalità perinatale e mortalità neonatale e infantile).

Dovendo esprimere il mio personale parere sul punto, posso dire che sicuramente eseguire un così alto numero di cesarei è una pessima cosa e quindi tale aspetto va rivisto; se vogliamo, però, riferire gli esiti dobbiamo darli, anche per macroscopico segno, in questo senso.

Riportando, però, il problema all'oggetto dell'indagine della Commissione, la libera professione, tutti sappiamo che esiste un'attività istituzionale cui corrisponde un orario di lavoro uguale per tutti. La libera professione è un'attività aggiuntiva, che si pone al di fuori, ed è un diritto-dovere di tutti i professionisti, per ora accertato (questo anche nei ruoli istituzionali riconosciuti degli infermieri professionali, pur se non applicato, ma si tratta di un problema diverso).

Si potrebbe facilmente rispondere che sarebbe sufficiente che queste due attività fossero separate nei luoghi e negli orari per risolvere tutto. La collega Valpiana ha asserito di non volerne neppure sentir parlare per i dipendenti; di fatto, però, la situazione esiste, è riconosciuta, ed andrebbe normata. Il problema sorge là dove l'attività è complessa, perché – come sappiamo – una parte precipua dell'attività libero professionale non è più costituita solo da visite in ambulatorio (quindi, facilmente collocabili), ma da un'attività complessa (che comprende diagnosi, strumenti ed apparecchi), anche in *équipe*. Ad esempio, a quanto mi risulta, nell'ambito di attività istituzionali e dell'organizzazione di quello che è assolutamente disponibile per tutti i cittadini a titolo gratuito (cioè, a carico del servizio sanitario nazionale), in alcuni ospedali si riesce ad organizzare la personalizzazione dell'assistenza alla gravidanza ed al parto senza interferire con il meccanismo degli orari di lavoro, proprio perché si ritiene che quel particolare tipo di situazione richieda un certo genere di assistenza.

D'altro canto, però, mi pare esista una precisa serie di attività in cui l'ostetrica è assolutamente autonoma nello svolgimento della sua libera professione. E qui consentitemi di dire che si tratta di garantire pari diritto ai dipendenti ed ai liberi professionisti: trattandosi di una libera professione pura viene già svolta in assoluta autonomia e non riguarda certo le opere del medico.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Non ho le granitiche certezze del senatore Tomassini sull'attività libero professionale intramuraria, ma non è questo il punto. La questione è piuttosto che questa indagine conoscitiva, a mio avviso, non deve essere confinata al riscontro delle modalità di attuazione dell'*intramoenia*, ma deve essere un'indagine a 360 gradi, anche sull'opportunità di tale modalità.

Ringrazio la dottoressa Bianco per i suoi chiarimenti; mi sembra di aver capito che non prevedendosi per le ostetriche la possibilità di esercizio della libera professione intramuraria si realizzerebbe una discriminazione non solo nei confronti di queste ultime rispetto all'esercizio della libera professione, ma anche nei confronti della donna, sotto il profilo dell'accesso alla continuità assistenziale nell'ambito dell'esercizio dell'attività intramuraria piuttosto che nell'ambito del servizio sanitario pubblico. Questa è la nota preoccupante che è stata evidenziata, per cui nei fatti, al di là del rapporto medico-ostetrica nell'accesso alla libera professione, si verificherebbe un conflitto d'interesse tra l'esercizio dell'attività *intramoenia*, indipendentemente dal fatto che si svolga fuori dall'orario di lavoro, e la possibilità di accesso per le donne alla continuità assistenziale nell'ambito del servizio pubblico. Mi sembra sia questo il problema rispetto al quale, tuttavia, non abbiamo la pretesa di avere qui le soluzioni.

BIANCO. Vorrei chiarire che per le donne che decidono di partorire nelle strutture pubbliche vorremmo ci fosse continuità assistenziale anche con l'ostetrica del consultorio che accompagna la donna all'interno della struttura del servizio sanitario nazionale, cioè l'azienda ospedaliera.

Alcune strutture, non molte in verità, permettono alla donna di scegliere di partorire con quel determinato medico e con quella determinata ostetrica in *équipe*, senza darle però la possibilità di scegliere, esclusivamente nell'ambito della fisiologia, di essere assistita soltanto dall'ostetrica. Per questo motivo chiediamo il riconoscimento anche alle ostetriche della possibilità di un'attività professionale *intramoenia* specifica ed autonoma; questo comunque – continuo a sottolinearlo – sempre nell'ambito della fisiologia, che non significa portare la libera professione ed il proprio interesse nel pubblico. Moltissimi ospedali non lo consentono, altri ospedali, invece, hanno scelto questo modello organizzativo. Ciò non significa in alcun modo, sia chiaro, assistere meglio l'una o l'altra donna; è lontano da me questo pensiero, mi fa rabbrivire. Si tratta, piuttosto, di due modi diversi di assistere la donna in base alla scelta di quella cittadina o di quella famiglia che vuole quel percorso. La nostra garanzia è data dalla sicurezza, dalla continuità assistenziale e dal sistema sanitario nazio-

nale: 550.000 bambini circa nascono nelle strutture pubbliche; lo 0,1 per cento nasce a casa; le ostetriche libere professioniste, che non hanno alcun rapporto con altra struttura, sono pochissime, 250 su 15.800. È ben chiara dunque la nostra natura e con chi lavoriamo; non vorrei davvero dare un'impressione totalmente diversa.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). È evidente che esiste un doppio binario.

SILVESTRO. Per me è molto più complesso dare risposte perché gli infermieri sono 340.000, sono dappertutto e supportano tutte le tipologie di attività libero-professionale *intramoenia*; per darvi quindi dati precisi, avrei bisogno di richieste più puntuali per poi trasmettere alla Commissione il materiale.

Sottolineo che in tutte le sedi ospedaliere è in aumento esponenziale la richiesta di esami, di diagnostica, di piccoli interventi. Per dare risposta a questo aumento di richieste, molte volte non appropriate, si sta facendo una rincorsa affannosa nel tentativo di non aumentare a dismisura le liste di attesa: agende aperte, agende chiuse, richiesta agli infermieri di supportare i medici sia nell'attività istituzionale e che in quella extra-istituzionale, al fine di poter rispondere alle liste d'attesa. Del resto, come loro ben sanno, una delle questioni che più frequentemente compare sui quotidiani locali riguarda proprio le liste di attesa e la lunghezza dei tempi nelle risposte.

L'inappropriatezza abbastanza diffusa crea, come dicevo prima, una difficoltà operativa. Infatti, per rispondere nei tempi previsti dalle indicazioni regionali a casistiche legate, ad esempio, a patologie oncologiche o comunque rilevanti, si fanno passare avanti nelle liste d'attesa persone che hanno questi problemi clinici, con la conseguenza che aumentano i tempi d'attesa per i cittadini che non soffrono, per loro fortuna, di gravi patologie, ma che non sempre comprendono perché i loro esami vengono fatti slittare a momenti successivi. È un pò la logica dei codici bianchi, rossi, verdi e gialli del Pronto soccorso: è difficile far capire ad un cittadino cui è stato attribuito un codice bianco che deve aspettare, perché altri hanno urgenze diverse. Ciò crea una situazione assai ingarbugliata e di disagio all'interno delle strutture.

Per quanto riguarda la questione della libera professione e della possibilità di esercitarla entro le strutture murarie o all'esterno, sicuramente l'*intramoenia* pone un problema di spazi, nonostante vi sia un grande impegno nella ridefinizione logistica. Vi è poi una questione di tempo-lavoro; l'attività libero professionale svolta da dirigenti medici richiede per la maggior parte la collaborazione di altri professionisti, per cui spesso è necessaria la copresenza dell'infermiere, con la conseguenza che si mette in difficoltà il resto dell'organizzazione. Infatti, ci sarebbe bisogno di far funzionare i servizi di diagnostica, i servizi ambulatoriali, le sale operatorie per piccoli e grandi interventi, non solo di mattina ma almeno sulle 12 ore. Forse così si riuscirebbe a fare in modo che la libera profes-

sione sia veramente conseguenza di una scelta del cittadino che vuole essere assistito o operato da quel determinato professionista.

Esistono, dunque, un'incoerenza e un'incongruenza di fondo, problemi di spazi e difficoltà dei medici a trovare infermieri in grado di collaborare: l'anestesista, giustamente, per lavorare correttamente vuole avere l'infermiere di anestesia, il chirurgo ha bisogno della strumentista, per non parlare poi di tutta l'organizzazione della sala operatoria che richiede un impegno rilevante. Da questo punto di vista, forse non ce ne stiamo accorgendo, il problema si porrà in tempi relativamente brevi anche sul territorio. Noi parliamo di ospedali e di interventi ad alta complessità, che richiedono tecnologia e personale preparato, ma si stanno ponendo gravi difficoltà organizzative sul territorio; è in aumento la cronicità; c'è bisogno di trovare tempo e risorse per l'assistenza a domicilio, per prendersi carico dei pazienti negli *hospice* e per poter accompagnare le persone anziane nel labirinto dell'utilizzo dei servizi sanitari.

Vi è, insomma, tutta una serie di problematiche veramente rilevanti, per non dimenticare poi un altro aspetto, che vorrei ricordare al di là di quello della libera professione (prevalentemente dei medici): alla fine di dicembre del corrente anno scadrà la proroga per le prestazioni aggiuntive degli infermieri. Non so se ne abbiate consapevolezza, ma nel momento in cui gli infermieri non potranno più svolgere prestazioni aggiuntive vi sarà, a mio avviso, una ricaduta gravissima su tutti gli ospedali. Non solo; non riusciremo più a mantenere aperti quegli ambulatori infermieristici – o come li si voglia chiamare – che molte aziende ospedaliere hanno messo in piedi non per dare risposta ai problemi degli ospedali, ma al cittadino quando, ad esempio, su prescrizione del medico, deve affrontare un percorso di terapia iniettiva endovenosa. A chi si può rivolgere? Alla «signora Maria» della porta accanto? Molte aziende, quindi, hanno chiesto agli infermieri, utilizzando le prestazioni aggiuntive, fuori dall'orario di servizio, di aprire tali possibilità di risposta ai cittadini.

Non credo che la tematica sia semplicemente se il medico debba svolgere la propria attività dentro o fuori determinate strutture e cosa accade in seguito; mi permetta di dire, signor Presidente, che mi sembra riduttivo limitarla a ciò. Il problema è come fare a dare risposte ai cittadini, tenendo anche conto che vi sono persone che vogliono essere assistite da un determinato professionista. Questo non si sta verificando solo nei confronti dei medici, ma sempre più anche degli altri professionisti del settore. Se un cittadino in ospedale è stato assistito in un certo modo, da un certo medico dal quale ha ricevuto risposte di un determinato tipo e da una certa *équipe* infermieristica (che gli ha risolto una lesione da decubito, l'ha mobilizzato bene ed è stata in grado di orientarlo ed addestrarlo all'autocura), inevitabilmente vorrà rivedere quelle persone. Si crea, pertanto, quella situazione difficile che stiamo vivendo adesso.

L'organizzazione del lavoro, indubbiamente, va profondamente rivista. Se potessimo avere la possibilità di lavorare non solo di mattina (nei servizi diagnostici, nelle sale operatorie, e così via), ma nell'arco delle 12 ore, credo che inevitabilmente si ridurrebbero le liste d'attesa.

Questo, però, presuppone che si cambino i modelli di organizzazione del lavoro negli ospedali e che vi siano più infermieri in grado di svolgere le loro attività autonome e, soprattutto, di dare supporto agli altri professionisti, altrimenti si instaura un circolo vizioso.

Approfitto della presente occasione – per cui la ringrazio di cuore, signor Presidente – per ricordare nuovamente ai senatori presenti questo problema: il 31 dicembre scade la proroga (già rinnovata due volte) per le prestazioni aggiuntive degli infermieri, che comunque andrebbero superate con soluzioni diverse, perché rappresentano un'anomalia. Visto che si parla di libera professione degli infermieri, vorrei sottolineare che la tipologia e la tipicità delle prestazioni infermieristiche non vanno viste nella logica del singolo infermiere che svolge la prestazione; non si tratta di questo. Per l'80 per cento lavoriamo in gruppo, impegnandoci sulla presa in carico (quindi, sull'intero processo di assistenza); bisognerebbe trovare il modo di far sì che possano prestare servizio oltre l'orario di lavoro quegli infermieri che danno la propria disponibilità in tal senso. Purtroppo non ve ne saranno molti perché la professione infermieristica è svolta per l'80 per cento da personale femminile, che non sarà troppo disponibile a lavorare oltre l'orario di servizio (in quanto deve occuparsi della casa, dei bambini e così via). Nel momento in cui, però, tale disponibilità vi fosse sarebbe opportuno che l'attività volontaria oltre l'orario di lavoro fosse utilizzata per mettere in piedi servizi che servano ai cittadini (assistenza domiciliare ed ambulatori dove poter svolgere tale tipo di prestazioni).

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Bianco e la dottoressa Silvestro, in particolare per la chiarezza dei loro interventi, che ritengo saranno assai utili per le nostre riflessioni e per il nostro lavoro.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 9,25.*