



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 10

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

42^a seduta: mercoledì 31 gennaio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione di organizzazioni sindacali e di categoria

PRESIDENTE	Pag. 3, 14, 19	COZZA	Pag. 3, 14
CURSI (AN)	11	* GARRAFFO	5, 16
* GRAMAZIO (AN)	13	MASUCCI	7, 16, 18
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA)	13	ROCCATANI	8, 19
TOMASSINI (FI)	9		
* VALPIANA (RC-SE)	12		

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 dottor Massimo Cozza, segretario nazionale CGIL medici, il dottor Giuseppe Garraffo, segretario nazionale CISL medici, il dottor Armando Masucci, segretario nazionale UIL FPL, il signor Paolo Segarelli, segretario confederale UGL, e la signora Rosa Roccatani, segretario nazionale per la sanità UGL.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di organizzazioni sindacali e di categoria

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 23 gennaio 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 seguito dei lavori.

È oggi in programma l'audizione di rappresentanti di organizzazioni sindacali e di categoria. Sono presenti il dottor Massimo Cozza, segretario nazionale CGIL medici, il dottor Giuseppe Garraffo, segretario nazionale CISL medici, il dottor Armando Masucci, segretario nazionale UIL FPL, il signor Paolo Segarelli, segretario confederale UGL, e la signora Rosa Roccatani, segretario nazionale per la sanità UGL.

Esprimo a tutti il benvenuto a nome della Commissione e cedo subito la parola.

COZZA. Signor Presidente, intervengo a nome della CGIL medici.

Il tema relativo alla libera professione, alle liste di attesa e all'equità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici è sicuramente rilevante per la sanità pubblica. Chiediamo, pertanto, che la Commissione intervenga senza equivoci o strumentalizzazioni, nell'interesse dei cittadini e degli stessi medici.

Secondo la nostra organizzazione, la libera professione *intramoenia* si deve tradurre nella possibilità per il cittadino di scegliere quando e da chi farsi visitare, fermo restando per tutti i cittadini, anche non paganti, il diritto ad essere visitati ed operati nei tempi giusti e in strutture adeguate. La scelta del cittadino deve però essere veramente libera, quindi non con-

dizionata dalla necessità di superare le liste di attesa per le quali le responsabilità sono certamente diffuse e dalle quali non possiamo escludere anche il ruolo del medico. Tuttavia, nell'interesse comune dei cittadini e dei medici che operano con impegno e onestà nel servizio pubblico, la libera professione intramuraria deve essere svolta in una casa di vetro gestita dall'azienda pubblica.

A nostro avviso, un medico impegnato esclusivamente a tempo pieno nel pubblico ha dei vantaggi a svolgere l'attività libero-professionale intramuraria all'interno della stessa struttura, anche perché non ha l'onere di reperire spazi adeguati e di dover gestire prenotazioni e pagamenti.

In realtà, il problema delle liste di attesa è legato a molteplici fattori fra cui il sottofinanziamento e l'appropriatezza, la necessità di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, la lotta agli sprechi, il malaffare e le commistioni pubblico-privato. Quanto alla ristrettezza e all'equità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, riteniamo che anche il medico debba dare il proprio contributo alla risoluzione del problema.

Siamo a favore di una scelta che veda il medico lavorare esclusivamente per la sanità pubblica, a maggior ragione se dirige una struttura complessa o una struttura semplice, se ha responsabilità gestionali. Siamo dell'opinione che il medico debba prima di tutto investire nel pubblico a rapporto esclusivo e poi avere la possibilità di svolgere l'attività libero-professionale intramuraria in spazi adeguati all'interno della struttura pubblica. Chiediamo però che sia aggiornata l'indennità di esclusività che è ferma al 2000, quindi a valori di sette anni fa.

Chiediamo altresì che la libera professione sia etica, corretta, non speculativa e sottoposta a controlli appropriati. Riteniamo che il medico debba in primo luogo garantire una serie di volumi prestazionali all'interno della sanità pubblica e poi partecipare alla libera professione aziendale, ove attivata. Inoltre, anche se vi sono liste di attesa ma il medico ha fatto tutto quello che doveva fare, non si capisce perché non possa essere autorizzato a svolgere attività libero-professionale *intramoenia* all'interno della struttura pubblica, con tariffe concordate e con agende di prenotazioni inserite nell'ambito del CUP.

Vorremmo che fosse applicato quanto già previsto dal cosiddetto decreto Bersani che stabilisce il termine del 31 luglio 2007 per il rientro della libera professione intramuraria allargata nelle strutture ospedaliere e aziendali, affida alle Regioni i controlli e prevede per le aziende inadempienti interventi sostitutivi con la nomina di un commissario *ad acta* per reperire gli spazi oggi mancanti. Ricordo che il decreto Bersani prevede anche che l'attività libero-professionale intramuraria non superi, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale precedente.

Chiediamo che ciò avvenga per garantire un'equità di accesso su tutto il territorio nazionale e per questo siamo preoccupati che vi possano essere «operazioni gattopardesche» di deleghe regionali per il rientro della libera professione allargata. In altri termini, riteniamo che gli spazi debbano essere reperiti dall'azienda e che le prenotazioni e il pagamento delle

prestazioni siano ugualmente aziendali secondo tariffe concordate. Non vorremmo tornare al punto di partenza con le Regioni che si convenzionano con gli studi privati attuali. Attenti alle deleghe: il problema non è organizzare ma garantire il principio di equità di accesso ai servizi sanitari pubblici a tutti; in realtà, l'aspetto organizzativo diventa un principio.

Avendo ascoltato anche i rappresentanti regionali, siamo giunti alla conclusione che, se c'è la volontà, le Regioni e le ASL sono in grado di reperire gli spazi necessari all'interno della struttura pubblica. Laddove non sono in grado di farlo, secondo il decreto Bersani, si nomina un commissario *ad acta* che deve reperirli; eventualmente, si utilizzano spazi privati ma la stessa ASL deve gestire il tutto. Tutto ciò per garantire la trasparenza, come prima dicevo: una libera professione in una casa di vetro, per l'interesse dei cittadini e degli stessi medici che operano nel servizio pubblico.

GARRAFFO. Signor Presidente, vorrei rispondere alle due domande, che sono sostanzialmente relative a un'unica questione e che concernono le liste di attesa e la libera professione. Riteniamo che, oltre alle numerose concause a tutti note, le ragioni principali dell'allungamento delle liste di attesa, e quindi della disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici, siano due. La prima di esse è ravvisabile nel rapporto squilibrato tra ospedale e territorio; la seconda nel meccanismo di finanziamento a prestazione del Servizio sanitario nazionale. Mi spiego meglio. Il ruolo potenziale della medicina del territorio, oggetto di continue e unanime dichiarazioni, che oserei definire enfatico-programmatiche, non corrisponde alla reale funzionalità della stessa. Ciò provoca una continua e crescente canalizzazione ospedaliera di prestazioni che non riguardano solo l'emergenza ma numerose attività mediche ordinarie e specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, che dovrebbero trovare altrove un'appropriata e rapida risposta.

Tuttavia, la causa principale delle lunghe liste di attesa si annida nel meccanismo stesso del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, ossia nel sistema a prestazioni. A nostro parere, si tratta di una causa strutturale. Le aziende sanitarie, gli ospedali e le singole unità operative sono finanziate sulla base dei DRG e con le relative prestazioni, ed è comune la prassi opportunistica della dilatazione continua dell'offerta e della domanda, anche con prestazioni non appropriate e francamente inutili e dannose. Il cittadino, continuamente stimolato a medicalizzare tutti i bisogni, anche per quella carenza del territorio cui ho accennato in precedenza, rimane disorientato e solo dinanzi a un sistema in cui contano più i numeri che le persone e l'unica convinzione comune è quella di ricorrere ad amici, ai parenti e ai medici di cui si fidano.

Nella società della comunicazione anche i casi di malasana, amplificati dai *mass media*, concorrono ad accrescere la sfiducia nell'istituzione, nella struttura sanitaria pubblica e nella sua organizzazione.

La fiducia viene riposta non sulla struttura, bensì sul singolo professionista nella ricerca di chi possa realmente prendere in carico il paziente

e offrirgli una risposta diagnostica e terapeutica adeguata. In definitiva, quanto più aumenta la burocratizzazione del sistema, tanto più il cittadino è alla ricerca di un referente personale. Tuttavia, vi è ancora chi sostiene l'ipotesi maliziosa che l'allungamento delle liste di attesa dipenda dall'interesse ad incrementare la libera professione medica; si tratta di una convinzione molto poco veritiera, perché l'introduzione dell'*intramoenia* e dell'*extramoenia* è stata ininfluenta nel determinare la diminuzione delle liste di attesa. Bisogna spiegare meglio tale fenomeno.

Oggi, in base ai dati di cui disponiamo, non si può criminalizzare la libera professione medica, *intramoenia* o *extramoenia*, partendo unicamente da presupposti ideologici, perché essa non incide minimamente nel dilatare le liste di attesa, le cui cause reali sono strutturali e risiedono altrove; possiamo solo affermare che può trattarsi di una concausa. Al contrario, la libera professione è diventata uno dei pochi sistemi efficaci per ottenere la presa in carico del paziente, l'appropriatezza, la qualità delle prestazioni e per combattere la cosiddetta medicina difensiva opportunistica e deresponsabilizzante. Dobbiamo però risolvere il problema dell'equità del sistema e della parità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici e delle relative prestazioni cui hanno diritto tutti i cittadini, al di là dei *ticket* e delle singole possibilità economiche.

Il dualismo del possibile contrasto tra libera professione e servizio sanitario pubblico diventa quasi un falso problema, sicuramente marginale rispetto ai vantaggi che ne derivano e – lo ribadisco – bisogna rivolgere l'attenzione altrove. Occorre approfondire e riequilibrare il rapporto tra sistema pubblico e strutture accreditate, tra territorio ed ospedale ed è necessario un sistema cogente di controlli, di cui è carente il Servizio sanitario nazionale nel suo complesso, riportandolo ad unità e verso una maggiore efficienza. Occorre infine, anche attraverso il governo clinico, ridare ai medici potere e responsabilità, nell'ambito di una professione e di una carriera dove il merito e la coscienza professionale deve essere l'unica discriminante, evitando sovrapposizioni di ruoli e competenze con le altre dirigenze e le eccessive subordinazioni alla gestione e alla politica. In definitiva, è necessaria una sana ed equilibrata autonomia professionale, funzionale ad una sanità pubblica di qualità più equa e accessibile ai cittadini.

La CISL medici, fatte queste premesse, è favorevole alla libera professione dei medici del Servizio sanitario nazionale, in quanto valore insostituibile per il buon funzionamento del Servizio sanitario nazionale, almeno di quello attuale, non di quello ipotetico. La libera professione deve essere svolta, a nostro giudizio, in tutte le forme e le modalità attualmente definite dalla legislazione e individuate dagli accordi contrattuali, compresa l'*intramoenia* cosiddetta allargata.

Pertanto, la CISL medici chiede al Parlamento una proroga triennale per l'*intramoenia* allargata, come aveva chiesto e concordato con il Ministero di Livia Turco nel luglio scorso, ossia un tempo sufficientemente congruo e realistico per dotare tutte le strutture sanitarie pubbliche e gli ospedali di idonee strutture e attrezzature per la libera attività professionale in regime ambulatoriale e di ricovero. In tal modo, sarà possibile evi-

tare improprie esternalizzazioni (questa è infatti la soluzione cui si finisce per ricorrere) ed improprie *partnership* non richieste che, a lungo andare, andrebbero a impoverire in tutti i sensi il Servizio sanitario stesso.

MASUCCI. Ringrazio il Presidente e la Commissione per averci concesso questa opportunità.

Vorrei partire, innanzitutto, dal concetto che si sta progressivamente affermando, secondo il quale il 2007 sarà l'anno della qualità. Ovunque io vada non si parla d'altro che della *customer satisfaction*, cioè del livello di soddisfazione del cittadino per il servizio sanitario e della possibilità per il cittadino di valutare e certificare da sé la qualità del prodotto che gli viene offerto.

Chi vi parla è stato l'inventore dell'*intramoenia* allargata. I colleghi qui presenti – e altri ancora – ricorderanno sicuramente i durissimi scontri con il ministro Bindi per l'affermazione del criterio dell'esclusività, nella quale abbiamo sempre creduto e continuiamo a credere, al fine di valorizzare i sanitari all'interno delle strutture ospedaliere. In particolare, deve essere certamente rivista l'indennità di esclusività, in quanto, a quel che mi risulta, è l'unica a non essere stata rivalutata nel tempo, essendo un remunerazione autonoma che non rientra tra i fondi oggetto della contrattazione. Ripresi allora l'esempio, fatto dal mio amico Brunetta, dei tassisti di Roma che tanti problemi creano: una categoria particolare perché mette a disposizione del pubblico un mezzo di proprietà. Hanno, però, regole ben precise, per cui, se si va fuori turno, quando si dovrebbe invece essere in aeroporto o altrove, si perde la licenza. Ebbene, penso che gli studi medici dovrebbero offrire ai cittadini un servizio analogo.

In questi giorni sono previsti vari incontri con il Ministro della salute, che a volte si sovrappongono, tanto da non poter neppure decidere a quale partecipare. Esiste, comunque, la volontà di avviare un *iter* parlamentare per modificare il Servizio sanitario nazionale: si parla specificamente di manutenzione, termine alquanto strano per cui, forse, sarebbe meglio parlare di ammodernamento. Anche rispetto a tale profilo si richiama la soddisfazione del cittadino e la volontà di certificare la qualità del servizio attraverso le Schede di dimissione ospedaliera (SDO), ma poi si esagera, auspicando, addirittura, la costituzione di comitati dei cittadini all'interno dei comitati di direzione, come una sorta di nuovo potere occulto emergente, quasi dimenticando il ruolo del sindacato.

Siamo d'accordo con il passaggio ad un sistema che condanni, se vogliamo, tutti gli errori commessi, i lassismi, i superficialismi che ci sono stati nella gestione dell'*intramoenia* allargata da parte degli stessi medici, anche se, lo ripeto, ritengo fosse l'unico modo per far accettare ai medici il concetto dell'esclusività al quale abbiamo attribuito, invece, un'importanza maggiore in relazione alla valorizzazione della professione all'interno dell'ospedale, rispetto a quanto si sia poi concretizzato nel tempo.

In una memoria, che lascerò alla Commissione, ho evidenziato la necessità di operare una profonda differenza tra lo studio e l'ambulatorio medico. Riteniamo, infatti, che, trasformando gli studi in veri e propri am-

bulatori, seguendo i concetti dell'associazionismo, avremo delle strutture accreditate, certificate e garantite per il cittadino in cui si potrà svolgere tutta l'attività che, per questioni di tempo e spazio, non si riesce a fare neppure con la stessa *intramoenia* aziendale. Tutto ciò richiede, ovviamente, un sistema pubblico di certificazione, di prenotazione, nonché di gestione del denaro e dei *ticket* da parte dell'azienda. Non ci sarebbe più, allora, la possibilità di sfiorare e creare disagi fiscali ma, al contrario, si realizzerebbe un controllo totale e l'ambulatorio diventerebbe una *longa manus*, un presidio dell'azienda dove poter esercitare la professione medica. Si tratterebbe, in pratica, della stessa *intramoenia* aziendale ma all'interno degli ambulatori, quando – e soltanto quando – non si riescano a creare appositi, separati, idonei e distinti spazi riservati alla libera attività, come prevede la legge.

Quanto alla proposta di dare maggiore spazio alle farmacie, nel provvedimento sulla *clinical governance* si prevede di rivitalizzarne il ruolo sul territorio, dotandole ad esempio di apparecchiature che vanno dallo sfigmomanometro – che c'è già – all'ecografo, in modo da consentire di effettuare una prima diagnosi proprio nelle farmacie.

Perché, allora, non si può immaginare che, come per i medici di famiglia, gli ambulatori accreditati possano diventare presidi aziendali in cui svolgere interamente l'attività? Non si tratterebbe più di *intramoenia* allargata ma aziendale che, tuttavia, anziché essere svolta in una clinica o in una struttura accreditata e magari non di gradimento del cliente, sarebbe esercitata presso lo studio, o l'insieme di studi o ambulatori, scelto dall'utente stesso, anche se sono scettico sui tempi e i modi con cui le aziende riusciranno a creare questi appositi spazi.

Ciò si inquadra, comunque, nel concetto della medicina dell'evidenza per cui va premiato solo ciò che continuamente migliora. Crediamo che gli ambulatori debbano intraprendere la strada del continuo miglioramento della qualità, con *audit* e *auditor* che siano in grado di certificare veramente la qualità del servizio offerto, immaginando una piccola carta dei servizi degli ambulatori medici.

È quindi ingiusto e ingeneroso, a mio avviso, abolire il concetto della libera attività. Non parlo di differimenti, di proroghe di anni o mesi, ma ritengo che il concetto vada rivisto alla base, lasciando al cittadino la possibilità di scegliere il medico nel quale ha fiducia, perché se è un diritto del cittadino, credo sia anche un dovere del medico.

ROCCATANI. L'UGL è favorevole, in linea di massima, all'*intramoenia* e quindi all'esercizio dell'attività libero-professionale all'interno delle mura delle strutture sanitarie. Crediamo, però, che tali strutture sanitarie debbano offrire spazi adeguati, che fino ad oggi, invece, non sono stati previsti ed è chiaro che, se i tempi sono quelli indicati, diventa molto difficile raggiungere questo obiettivo.

Vorrei fare a questo punto un passo indietro, soffermandomi sul problema delle liste di attesa, che, secondo noi, non è mai stato affrontato in modo adeguato, dal momento che il territorio è sempre stato sottovalutato

e non è stato mai sufficientemente potenziato. Tali carenze, poi, come già affermato dal collega della CISL, si ripercuotono all'interno delle strutture sanitarie, creando forti disagi anche al paziente.

Siamo quindi del parere che l'*intramoenia* debba essere attuata, ma che sia necessario assicurare adeguati spazi ed ausili a chi deve lavorare all'interno della struttura. Pensiamo, ad esempio, ai servizi accessori all'attività sanitaria che, in linea di massima, funzionano soltanto la mattina e che, invece, non sarebbe sbagliato far funzionare 12 ore al giorno, garantendo al medico che lavora in *intramoenia* la possibilità di eseguire esami e di disporre di tutti i servizi necessari per dare una pronta risposta all'utente.

Riteniamo altresì inquietante configurare l'*intramoenia* come una scelta definitiva, che vincoli per sempre il medico senza possibilità di recesso, secondo quanto previsto dalla legge Bindi che, appunto, non consentiva al medico di tornare indietro, una volta effettuata la scelta. Si potrebbe pensare, invece, di vincolare soltanto i medici che rivestano incarichi importanti all'interno di strutture sanitarie complesse: in tal caso l'esclusività e l'*intramoenia* sarebbero assolutamente necessarie. Certo, esistono regole che limitano le prestazioni esterne rispetto a quelle interne, ma non sarei così determinata nel precludere in tempi stretti, come quelli che vengono prospettati, la possibilità di continuare ad operare in questo regime fino a che le aziende non adegueranno gli spazi e gli ambienti per esercitare la libera professione; non è possibile stabilire tempi definitivi per modificare i sistemi di lavoro senza che si adegui prima tutto il resto. Infatti, per consentire lo svolgimento della libera professione all'interno delle strutture ospedaliere è innanzitutto necessario offrire le opportunità; solo in seguito è possibile definire tempi certi.

Ad ogni modo, in linea di massima la nostra posizione è favorevole all'*intramoenia*.

TOMASSINI (FI). Innanzitutto, mi scuso con il dottor Cozza per non avere avuto la possibilità di ascoltare la sua relazione a causa del mio ritardo.

Mi congratulo poi molto con gli altri colleghi che ben conosco e dei quali ho apprezzato gli interventi, dal momento che non hanno fatto altro che ribadire convinzioni profonde che si sentono enunciare già da tanti anni e che oggi sono state confermate dai nostri ospiti con molto coraggio. Mi permetto di esprimermi in questi termini perché è facile sostenere che i sindacati di categoria, soprattutto quelli autonomi, scelgono di parlare per motivi corporativi. Durante la mia esperienza professionale mi sono trovato diverse volte in contrasto con i rappresentanti sindacali, essendo stato rappresentante di un sindacato autonomo, ma posso affermare che la loro caratteristica non è intervenire con fare corporativo ma avere a cuore il duplice interesse di garantire e sostenere i cittadini ed i medici. Considero, quindi, molto importanti e pesanti le affermazioni del dottor Garraffo a proposito della libera professione.

Tenuto conto che nessuno ce ne aveva dato notizia in questa sede, neanche nel corso dell'audizione del Ministro, mi meraviglia molto che l'onorevole Turco abbia concordato una dilazione triennale dell'accordo contrattuale in merito all'*intramoenia* allargata. Questo mi sembra particolarmente grave, soprattutto se consideriamo le opinioni ed i pareri acquisiti da questa Commissione durante lo svolgimento dell'indagine conoscitiva in titolo. Prego, quindi, il Presidente di sottolineare con cura questo passaggio.

Ho apprezzato molto l'intervento del collega Masucci, in particolare le sue osservazioni circa la rivisitazione dell'essenza dello studio medico, dell'ambulatorio e della certificazione. In sostanza, si rende necessaria una nuova riflessione su una libera professione e su una esclusività che richiedono, come già ribadito dalla dottoressa Roccatani, un adeguamento di tutto ciò che vi è correlato; avere infatti l'idea di un ambulatorio in cui un medico esercita con il proprio fonendoscopio e con le proprie mani significa parlare di un metodo che risale a 100 anni fa e ormai superato.

Se poi vogliamo discutere delle modalità in cui tale rivalutazione deve esplicarsi, sono tuttora convinto che l'esclusività non dovrebbe essere attribuita in modo generalizzato a tutti i medici ma dovrebbe rappresentare un premio, soprattutto una prerogativa per alcuni settori, particolarmente per quelli che non hanno opportunità di svolgere la libera professione; dovrebbe cioè essere intesa come una perequazione ed un incentivo per le attività che si rivelano carenti.

Sono sempre stato convinto che la libera professione, *intramoenia* o *extramoenia* che sia, debba prioritariamente basarsi sull'interesse aziendale e, quindi, su un contratto personalizzato con il medico che tuteli l'interesse dell'azienda. Nell'ambito di questo contratto potrebbero collocarsi le autorizzazioni extraregionali, ricorrendo anche a una gamma di scambi che produrrebbe sicuramente benefici effetti per i cittadini. Un ripensamento complessivo sulla libera professione, quindi, potrebbe veramente rappresentare la strada virtuosa e propositiva su cui ritrovarci tutti.

Da diversi mesi ormai ascoltiamo i soggetti coinvolti ed interessati dall'argomento e mi trovo a formulare sempre le stesse domande, perché le risposte che si allineano su un certo versante sono più numerose di quelle di segno contrario.

Dagli interventi odierni mi sembra di capire che il rapporto tra libera professione e liste d'attesa non sussiste, fermo restando che queste ultime si allungano ed il pagamento a prestazione finisce per attivare alla lunga un'offerta impropria.

La libera professione in *intramoenia* allargata, una volta garantita e autorizzata, può essere interrotta entro il termine del 31 luglio? Alla luce della vostra esperienza, è credibile che entro tale data si riesca a disporre di spazi, di tempi e di strutture adeguate per interrompere l'esperienza dell'*intramoenia* allargata? Fui un tenace e feroce oppositore di questo sistema, e lo ricorderà il dottor Masucci al quale ascrivo senz'altro il merito di essere stato in grado di creare questo istituto bilanciandolo.

Ancora una volta sento dire da alcuni colleghi e rappresentanti sindacali che sarebbe bene che le apicalità di alcune cariche dirigenziali, generali o dipartimentali, venissero affidate a soggetti in esclusività di rapporto. In merito vorrei una risposta argomentata e chiarificatrice. Laddove la contrattualistica del lavoro, che voi stessi avete controfirmato, prevede sia per chi è in esclusività di rapporto sia per chi ricopre incarichi apicali gli stessi diritti e doveri riguardo all'orario, in che modo si dovrebbe differenziare la preferenzialità per il primo rispetto al secondo? La previsione di un istituto particolare con cui garantire un diverso contratto professionale a chi è in esclusività di rapporto, collocando lo stesso in un'area manageriale in cui possa godere di determinati *benefit* potrebbe anche essere accettata, ma nella consapevolezza che si realizza un sistema del tutto diverso dalla previsione iniziale. Ma se alla fine questo sistema comporterà *deficit* e condizionamenti aggiuntivi a chi ricoprirà quelle cariche si sottrarranno potenzialità dal momento che si sottrarrà il campo d'azione per chi ha meno iniziativa nella scelta della dirigenza.

CURSI (AN). Ascoltando oggi le dichiarazioni dei nostri ospiti, rimango ancora di più convinto di quanto ho manifestato pochi giorni fa al ministro Turco. Ricordo che uno degli obiettivi fondamentali che la legge Bindi si proponeva di raggiungere era ridurre e quindi sopprimere le liste d'attesa attraverso il sistema dell'*intramoenia*. Ebbene, le liste di attesa non si sono né evitate né ridotte. Abbiamo scoperto qualche giorno fa (almeno io ne sono venuto a conoscenza una settimana fa) che l'accordo Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006 è stato completamente stracciato. In proposito ricordo che la legge finanziaria 2006 stabiliva che l'ASL, che non fosse stata in grado di rispettare i tempi definiti per un determinato percorso, si sarebbe rivolta all'ASL vicina, facendosi carico della spesa, e, qualora quest'ultima non fosse stata in grado di rispettare l'impegno, sarebbe stato possibile rivolgersi a una struttura privata convenzionata e accreditata con spesa a carico dell'ASL. Ebbene, non esiste più niente, è saltato tutto, anche i famosi 100 esami che le Regioni avrebbero dovuto in qualche modo autorizzare. Domani è il 1° febbraio e il problema delle liste di attesa, dal 28 marzo, non è stato ancora affrontato.

Forse entro il mese di febbraio avremo il piano di contenimento nazionale – così ha detto il Ministro – delle liste di attesa ed entro il 28 febbraio le Regioni presenteranno i piani aziendali delle singole ASL. Ciò vuol dire che le liste di attesa possono attendere, tant'è vero che è passato un anno e non è successo nulla. Poi si scopre ancora una volta che a Roma, all'Ospedale San Giovanni, bisogna attendere 556 giorni per fare un esame e potrei proseguire con l'Emilia-Romagna, la Toscana, la Liguria.

Poiché il problema non è stato assolutamente affrontato dal ministro Livia Turco, piacevolmente mi sorprende – vorrei una conferma dal dottor Garraffo – quando sento parlare di proroga triennale del termine per l'esercizio dell'*intramoenia* allargata, indicazione di cui non eravamo a conoscenza. Anzi, il Ministro ha affermato in questa sede che avrebbe pre-

sentato entro il mese di marzo di quest'anno un provvedimento sul governo clinico nell'ambito del quale si sarebbe affrontata anche l'esclusività di rapporto; nella stessa sede, il Ministro ha poi aggiunto che entro febbraio le Regioni avrebbero presentato i progetti contenenti le modalità di finanziamento per reperire gli spazi a tal fine necessari.

Oggi la spesa pubblica è velocissima: nel giro di qualche settimana si fanno i progetti, si approvano, si finanziano, si indicano le gare, si fa tutto. Ciò significa che a marzo, quando il Ministro presenterà il disegno di legge che ci ha preannunciato, sicuramente in tutte le Regioni vi saranno spazi attrezzati. Mi sembra di capire che – da parte di tutti, anche nostra – una delle preoccupazioni vere è che vi siano spazi attrezzati in cui poter svolgere l'attività di *intramoenia* più o meno allargata. Tutti crediamo che l'*intramoenia* più o meno allargata possa risolvere il problema delle liste di attesa che tutte le Regioni hanno. Lo scorso anno, infatti, i Nas hanno scoperto che tutte le Regioni, anche le più virtuose, le più brave che sostenevano di averne, hanno liste di attesa. Come mai solo ora si scopre che in questi anni le Regioni non hanno utilizzato i 350 milioni di euro destinati alla predisposizione degli spazi idonei ad accogliere l'attività intramuraria? Il Ministro in questa sede ha comunicato l'esistenza di queste risorse disponibili. Come mai in questi anni tutte le Regioni, comunque gestite, non hanno realizzato questi lavori?

Sull'esclusività di rapporto concordo con quanto rilevato dal senatore Tomassini. Non avendo ancora capito la situazione, da voi che vivete direttamente questa realtà, in quanto medici del settore ospedaliero o comunque del territorio, vorrei sapere quali sono i soggetti interessati dall'esclusività di rapporto (un giorno si parla di primari, un altro di capodipartimento, un altro ancora di tutti i medici) e quanto verrà a costare questa operazione. Infatti, come rilevava il dottor Cozza, già si parla – giustamente – di un aumento dell'indennità che non può essere bloccata ai valori di sette anni fa (del 2000), trattandosi di professionisti che lavorano.

Infine, chi è intervenuto fa finta (tutti facciamo finta) di dimenticare che la Commissione affari sociali della Camera dei deputati nel 2003 ha concluso un'indagine conoscitiva affermando sostanzialmente, fra le tante altre conclusioni, che l'*intramoenia* è stata un fallimento.

VALPIANA (RC-SE). Non vorrei ripetere quanto ci diciamo sempre nel senso che, essendo questa una delle tante audizioni svolte, se ognuno di noi ribadisse ogni volta la propria conosciuta posizione raccontando la storia dall'origine, non se ne verrebbe più fuori.

Vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi sul grande apporto venuto da un accenno, o meglio da una sottolineatura interessante, fatta dal rappresentante della CISL in merito all'incidenza del DRG, individuato come uno dei responsabili di una serie di situazioni legate non solo alla libera professione, all'*intramoenia*, alle liste d'attesa e altro, ma anche alla spesa sanitaria in generale. Pertanto, mi piacerebbe che il nostro gentile interlocutore (o anche gli altri ospiti; mi scuso per essere arrivata in ritardo a causa di lavori precedenti e per non aver ascoltato il primo intervento,

ma certamente leggerò i documenti che verranno consegnati) ci fornisca dati più specifici sui DRG e quindi sulla selezione delle diagnosi in base al sistema di rimborso con riferimento all'incidenza che la stessa può avere sulla costruzione di lunghe liste di attesa. Mi interessa sapere se esistono dati specifici sulle diverse realtà regionali o se si tratta di un problema che investe tutto il territorio nazionale.

MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Presidente, innanzi tutto devo scusarmi con gli ospiti e colleghi (sono medico e per questo utilizzo tale termine) per non aver ascoltato le relazioni introduttive. Ad ogni modo, alla luce dell'esperienza che avete maturato in questi anni e dell'intenzione di non prorogare ulteriormente il termine del 31 luglio prossimo per il rientro dell'*intramoenia* allargata in ambito ospedaliero e aziendale, i farebbe piacere conoscere la vostra posizione. Come tutti sapete, l'*intramoenia* è nata perché si riteneva di riuscire non solo a mantenere con essa le professionalità negli ospedali ma soprattutto a superare il problema delle liste di attesa, anche se, in base a quanto ho ascoltato, mi sembra che scolleghiate l'*intramoenia* dalle liste di attesa (se potete dare qualche suggerimento ai legislatori). Considerato che non intendiamo assegnare la definizione della materia solo al Ministero, ma vogliamo intervenire come legislatori, vi chiedo di darci qualche suggerimento rispondendo a due quesiti. Come si possono mantenere nel pubblico le professionalità rispettando l'autonomia del medico offrendogli nel contempo la possibilità di continuare ad esercitare la libera professione, che è patrimonio della stessa professionalità? Come si può risolvere il problema delle lunghe liste di attesa?

So che avete manifestato la preoccupazione per il fatto che in Italia, nonostante i grandi sforzi compiuti, gli interventi posti in essere siano ancora a macchia di leopardo, nel senso che si riscontrano situazioni più felici e altre meno felici. È possibile rendere più omogenea la realtà territoriale?

GRAMAZIO (*AN*). Condivido quanto espresso poc'anzi dal collega Corsi nel ripercorrere la storia del fenomeno alla nostra attenzione, che deve essere affrontato e rivisto, anche perché spesso il Ministero della salute fa accordi di cui la Commissione viene a conoscenza solo grazie agli incontri con le organizzazioni sindacali. Vorrei capire se è stato avviato un tavolo politico, tecnico, perché in caso contrario devo rilevare che il peso della Commissione non è adeguatamente sentito dal Ministro della salute. Al riguardo, inviterei il Presidente della Commissione a sensibilizzare l'onorevole Turco affinché ci porti a conoscenza delle reali situazioni e degli accordi che vengono stipulati o delle trattative in corso con le organizzazioni sindacali. Diversamente, dovremo svolgere le audizioni nella Commissione monocamerale d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, nel quale caso avanza la richiesta specifica di indagare sulle situazioni reali.

Credo si possa affermare che le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative ritengono che l'*intramoenia*, se finalizzata (come

si è sostenuto in precedenza e come riportato sui decreti precedenti) ad un alleggerimento delle liste di attesa, sia fallita. Sappiamo molto bene, sulla base degli incontri svolti, che le situazioni sono differenziate da Regione a Regione, da struttura a struttura, addirittura da una ASL o da un'azienda ospedaliera all'altra: questo è il problema di fondo.

Come ricordato dal collega Cursi, le aziende non hanno utilizzato i soldi messi a disposizione dal Ministero della salute per la predisposizione degli spazi interni all'azienda da destinare all'*intramoenia* allargata. Se poi dobbiamo confrontarci ancora per valutare il modo di andare incontro alle esigenze delle liste di attesa, vorrei evidenziare che sappiamo bene – e lo abbiamo anche ricordato – che ultimamente non è stato rispettato neanche l'accordo Stato-Regioni per quanto riguarda tali iniziative e, inoltre, il Ministero procede per proprio conto in proposito.

Il dato da sottolineare è che, com'è avvenuto finora, vi è uno scollamento e una realtà differenziata che necessita, a nostro parere, di essere evidenziata. Credo che anche da parte degli operatori sanitari che vi partecipano sia diffuso un certo malumore nei riguardi del modo con cui viene condotta tutta la questione dell'*intramoenia*. Questo è ciò che apprendiamo dalle dichiarazioni delle organizzazioni sindacali e chiedo ad esse di darci una conferma del malumore nei riguardi di tali attività.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Gramazio per il suo intervento ma, visto che egli si è rivolto a me, tengo a precisare che, come stabilito ieri in Ufficio di Presidenza, ho preso contatti verbali in precedenza e, in questo momento, sto preparando una lettera indirizzata al Ministro della salute Livia Turco, la quale ha confermato che attenderà i lavori della nostra Commissione fino alla fine di marzo e terrà conto del nostro lavoro nelle sue iniziative di Governo. Credo che ciò sia giusto e rigoroso; appena ci giungerà una risposta scritta, provvederò a comunicarla ai commissari.

Poiché non ci sono altri interventi, cedo la parola al dottor Cozza per la replica.

COZZA. Signor Presidente, per quanto concerne il collegamento tra liste di attesa e libera professione, nel mio precedente intervento ho sottolineato che il problema delle liste di attesa è complesso e le variabili sono numerose; ho elencato il sottofinanziamento, l'appropriatezza, l'organizzazione all'assistenza territoriale, le commissioni pubbliche e private, il malfare e gli sprechi. Ho altresì precisato che tra tali fattori non si può escludere il ruolo del medico e la libera professione; non voglio sostenere che tutto dipenda dal medico o dalla libera professione, ma certamente un rapporto sussiste, sia in negativo che in positivo. Ad esempio, se sono in lista di attesa ma, per mia scelta, decido di andare da un determinato medico, è ovvio che, non essendo più inserito nella lista, questa diminuisca.

Qualcuno, pensando male (poi riporterò i dati e altri elementi), potrebbe sostenere che il medico che svolge la libera professione il pomeriggio abbia interesse a che la mattina dopo la lista di attesa sia lunga in

quanto, in tal modo, potrebbe aumentare il numero delle persone che si rivolgerebbero a lui. Quindi, non è vero che non c'è nessuna connessione tra libera professione e liste di attesa. Ma non è questa la chiave per risolvere la questione. Noi riteniamo che, in tema di libera professione, il vero nodo sia rappresentato da regole trasparenti – prima ho parlato di casa di vetro – nel senso che la CGIL è favorevole a una libera professione intramuraria, ma con regole precise di trasparenza, che al momento non esistono. Questo non lo sosteniamo solo noi (l'ho detto nella memoria scritta, ma non so se viene assunta ai lavori della Commissione), ma la Ragioneria generale dello Stato nel rapporto 2005 ha denunciato l'inosservanza delle normative e dei regolamenti dell'attività intramuraria. Vi ricordo in proposito la cosiddetta operazione «camice» eseguita in Liguria pochi mesi fa dall'Agenzia delle entrate, in cui si è accertato che il 60 per cento dei medici pubblici, in attività intramuraria, non rilasciava ricevute e non c'era nessun controllo riguardo agli orari.

Pertanto, il problema è quello di creare delle regole di trasparenza e di fare in modo che la libera attività professionale *intramuraria* sia gestita dall'azienda, entro spazi intramurari dell'azienda o, come affermato prima dal collega Masucci della UIL, gestita sempre dall'azienda in spazi da essa organizzati, oppure ancora in spazi che reperisce altrove. Il cittadino, per un problema di trasparenza, di chiarezza e anche di controllo rispetto alle liste di attesa, deve fare la prenotazione al CUP (Centro unico per le prenotazioni) dell'azienda e deve pagare quest'ultima, con queste regole e con tariffe ovviamente concordate. Oggi il problema è che non vi è differenza tra libera professione intramuraria ed extramuraria.

Se chiediamo a un cittadino se è stato in *intramuraria* o in *extramuraria* non saprà rispondere. Egli va in uno studio privato e paga le stesse tariffe; l'unica differenza è che quando gli viene rilasciata la ricevuta c'è il timbro della ASL. Ma al cittadino non interessa se c'è il timbro della ASL o di un privato. I dati indicano che i primari in *extramuraria* sono 214 su 10.000 e un po' di più sono i responsabili di struttura semplice: stiamo parlando di un numero veramente esiguo, perché in realtà in base al sistema attuale oggi tra *extramuraria* o *intramuraria* non c'è differenza. La situazione sarebbe diversa se fossero poste – come ricordavo prima – delle regole di equità, di trasparenza e di controllo.

Per quanto concerne il tema dell'esclusività, la CGIL è a favore di una esclusività allargata a tutti i medici. Riteniamo che se il medico decide di voler lavorare per il servizio pubblico, può farlo ed è premiato per il servizio pubblico reso; da qui la richiesta della rivalutazione anche dell'indennità di esclusività e la possibilità di svolgere la libera professione *intramuraria*.

È ovvio che il nostro discorso riguarda tutti i medici, anche se la priorità ovviamente va data a chi detiene la responsabilità del pubblico. Penso, ad esempio, ai direttori di struttura complessa o semplice: nel momento in cui si dirige un reparto, l'impegno professionale quotidiano dovrebbe essere concentrato prevalentemente sul reparto, anziché sull'attività svolta nel pomeriggio in *extramuraria*, in cui senza controlli, nel privato, si

può fare ciò che si vuole. Per questo crediamo che l'esclusività debba riguardare, innanzitutto, i medici che svolgono funzioni dirigenziali, in quanto hanno maggiori responsabilità nel portare avanti l'impegno per una sanità pubblica di qualità.

GARRAFFO. Per quanto riguarda il discorso dell'*intramoenia* allargata e della proroga, nel primo incontro che abbiamo avuto con il Ministro della salute e con il Sottosegretario – non ricordo precisamente la data – fu proposta la proroga triennale dell'*intramoenia* allargata, per i motivi indicati, nell'impossibilità concreta e reale di poter svolgere la libera professione esclusivamente all'interno delle strutture pubbliche.

MASUCCI. Confermo.

GARRAFFO. Non sappiamo bene cosa poi sia successo. Naturalmente di quell'accordo non vi è traccia, perché la concertazione si è svolta oralmente e non attraverso un accordo scritto come, invece, allora siglammo con il ministro Bindi, se non ricordo male. Su tale questione, invece, non c'è stato alcun protocollo d'intesa e, dopo circa una settimana, non si parlava più della proroga, per cui tutto il sistema dell'*intramoenia* allargata sarebbe finito il 31 luglio 2007. Una delle giustificazioni addotte, in proposito – vorrei ricordarlo se mi consentite – fu che in Parlamento non si voleva più sentir parlare di proroga.

MASUCCI. Confermo.

GARRAFFO. Ora, invece, proprio in Parlamento si evidenzia la necessità di una proroga.

La decisione sulla scadenza della proroga al 31 luglio 2007, comunque, è stata digerita male dalla categoria dei medici e molti ancora si interrogano sul futuro dell'*intramoenia*. Per questo, nella mia esposizione iniziale, accennavo al fatto che una delle possibili soluzioni, prospettata anche negli incontri di concertazione con il Governo, potrebbe essere una libera professione *intramoenia* svolta nell'ambito di strutture convenzionate con le aziende sanitarie e gli ospedali pubblici. Ecco perché ho parlato di improvvide esternalizzazioni e di *partnership* non richieste, che potrebbero ulteriormente complicare – per essere eufemistici – il discorso dell'*intramoenia* e sicuramente impoverire in tutti sensi il Servizio sanitario nazionale.

Vorrei poi brevemente soffermarmi su alcune questioni che sono state sollevate, perché, se spesso la pensiamo allo stesso modo, sulla questione dell'*intramoenia* tra CISL e CGIL c'è qualche differenziazione.

Per quanto riguarda le regole per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, esistono specifiche norme che abbiamo stabilito contrattualmente. In proposito, tengo a precisare che sono tra quanti sostengono che per assicurare al Servizio sanitario uniformità a livello nazionale – visto che siamo in Parlamento posso usare questo termine –

sia necessario delegare, con il famoso provvedimento sul governo clinico, in gestazione, alcune questioni alla contrattazione, perché è la sede propria per regolamentare alcuni profili, non potendosi prevedere tutto per legge.

Non solo. Con la contrattazione nazionale sarebbe anche possibile definire una normazione unica a livello nazionale, perché, al di là del provvedimento delega, si prevede che ogni Regione, avendone la potestà, possa alla fine decidere come meglio organizzare l'*intramoenia* sul suo territorio: alcune Regioni potrebbero, ad esempio, mantenere l'*intramoenia* allargata, mentre altre potrebbero fare scelte diverse (esternalizzazioni, convenzioni con privati e così via).

In ogni caso, la regolamentazione esistente risulta anche eccessiva: vi sono, infatti, alcune norme apparentemente molto positive, che poi producono effetti negativi, come, ad esempio, quelle relative al rapporto tra attività in regime di libera professione e attività istituzionale vera e propria. Non ho dati al riguardo, ma il vincolo del rapporto tra prestazioni istituzionali e le attività in regime libero-professionale, limitando questi ultimi, ha incentivato comportamenti truffaldini sulla certificazione fiscale delle prestazioni. Si tratta attualmente di un reato e forse evitabile, proprio per il fatto che la libera professione *intramoenia* si svolge in orario extralavorativo. Costruire regolamentazioni ulteriormente complicate da questo fattore proporzionale tra prestazioni ha indotto comportamenti illeciti.

Quanto alla relazione tra esclusività ed *intramoenia*, su cui ancora ci interroghiamo, non sono la stessa cosa. Tutti i medici, anche quelli in *extramoenia*, hanno lo stesso orario di lavoro. Attualmente, quindi, il tempo pieno è per tutti, salvo un'esigua minoranza – poche centinaia di medici su 108.000 – rimasta a tempo definito, ma ormai in esaurimento (si tratta di professionisti molto anziani o sul punto di andare in pensione). L'esclusività è un paradigma di fedeltà al servizio, che è un altro concetto, un concetto sublime ma non concreto che fu scambio contrattuale durante il Ministero Bindi. Diciamo le cose come stanno. Poniamo che tutti accedano all'esclusività; benissimo, ma l'esclusività deve essere pagata. Non si può pensare che un servizio sanitario pubblico possa funzionare avendo al suo interno medici sottopagati o non premiati nella loro professionalità, nel loro impegno e nella loro cultura. Faccio presente che l'esclusività, da quasi otto anni, non è mai stata rivalutata perché tale indennità non fa parte del monte salari. Lentamente sta quindi perdendo di significato.

Nel complesso delle questioni, alcune sono strettamente contrattuali. Per questo motivo invito ad esaminare con attenzione quanto viene trattato nei provvedimenti legislativi, proprio perché una serie di aspetti devono essere lasciati alla competenza contrattuale.

Non credo poi sia questa la sede opportuna per discutere di altri argomenti, quale, ad esempio, quello della reversibilità della esclusività, che esulano dall'oggetto della discussione odierna, cioè la libera professione e le liste d'attesa, e che torneremo ad affrontare in altro momento.

MASUCCI. Ricordo che io fui il primo firmatario del patto sulla esclusività firmato a suo tempo con l'allora ministro Bindi. Ricordo anche che c'era forte incertezza in quel momento.

I termini del patto non soltanto stabilivano un'indennità di un milione di vecchie lire, cosa peraltro indecorosa, ma intendevano anche premiare la linea dell'aziendalizzazione, quindi della totale adesione – non dico fedeltà – del medico ospedaliero all'azienda di appartenenza. All'epoca dovette passare il concetto di aziendalizzazione che dopo 15 anni si è dimostrato un grandissimo fallimento, tant'è che ora si cerca di mettere mano al sistema.

Un altro principio ispiratore del patto fu quello della libera attività. Si è sempre pensato, infatti, che l'Italia è piena di fannulloni, presenti soprattutto nel pubblico impiego, e anche allora si disse che l'indennità si adattava ai medici fannulloni, cioè a quelli che non avevano un'attività privata da difendere ed erano in ospedale a rubare lo stipendio. Nel tempo, a mio avviso, tutto questo è stato smentito dai fatti. Infatti, quando è stata proposta la possibilità della reversibilità, neanche il 5 per cento dei medici – siamo molto al di sotto di tale percentuale – ha scelto di aderirvi.

Il principio della esclusività è giusto e va confermato, ma deve essere inteso in un'ottica di valorizzazione, di flessibilità e di ammodernamento nel vero senso della parola. Pertanto, se dopo tanti anni l'indennità deve essere rivalutata contrattualmente con l'apposito fondo regionale, bisogna rivalutare anche la libera attività professionale, sia *intra*moenia che *extra*moenia, o, perché in esclusiva, *intra*moenia allargata.

Durante le prime audizioni con il Ministro (che si tingono di giallo) si era parlato di un rinvio *sine die*, addirittura di tre anni, proprio per evitare di rinverdire la proroga annualmente. È stato poi detto che tale rinvio non sarebbe stato possibile e, successivamente, che ci sarebbe stata una grande flessibilità da parte del Governo centrale nei confronti delle aziende che avessero almeno avviato un processo di ristrutturazione e riorganizzazione, dal momento che 400 milioni di euro erano pronti per essere utilizzati. Ma tutti sappiamo come è andata a finire. Poi si disse anche che se le aziende non avessero provveduto ad avviare tale processo, avrebbero comunque dovuto convenzionarsi con strutture private accreditate.

Non capisco per quale motivo si devono immaginare nuovi percorsi alternativi laddove già esistono realtà, quali gli ambulatori, che rappresentano un patrimonio culturale e tradizionale italiano; non mi riferisco ai piccoli studi non accreditati, non a norma di sicurezza, o altro, ma ai grandi raggruppamenti di medici ed ambulatori sui quali sono stati fatti anche notevoli investimenti economici ma che improvvisamente verrebbero declassati. A questo punto si potrebbe verificare, questa volta sì, la fuga dalla esclusività e, quindi, il fallimento totale del principio della aziendalizzazione, perché non riusciremmo ad avere presente uno dei due parametri salvagente che si stabilirono allora perché passasse l'esclusività, cioè l'*intra*moenia allargata.

Non è il singolo professionista o l'infermiere o il medico o l'operatore che deve essere continuamente valutato nel suo percorso di qualità e,

quindi, di continuo perfezionamento professionale, ma è la struttura che deve essere continuamente valutata ed accreditata. Pertanto, anche l'ambulatorio deve diventare una struttura che può e deve rappresentare in qualche modo un presidio allargato dell'azienda, così come accade con gli studi dei medici di famiglia che tendono ad unificarsi sempre più. Si parla ora anche delle case della salute, esperienze già vissute con le UTAP, per istituire le quali la legge finanziaria ha stanziato 10 milioni di euro, anche se per costituirne una sola ne sarebbero necessari 7. Ad ogni modo, ben venga l'integrazione del distretto con l'ospedale, ma accogliamo anche il principio di ammodernamento della struttura che deve essere intesa come capace di prendere in cura il *governance* clinico vero e dare sicurezza al paziente, evitando la parcellizzazione di interventi che comporta un libero aumento delle prenotazioni, delle liste d'attesa, della dispersione del malato.

Quando purtroppo nostri familiari hanno avuto bisogno di sottoporsi ad un intervento, abbiamo chiamato tutti i nostri amici specialisti ed in mezza giornata abbiamo potuto avere a disposizione i risultati di tutti gli accertamenti perché l'operazione potesse essere effettuata il giorno dopo. Ebbene, dobbiamo trattare tutti i cittadini come se fossero nostri parenti.

ROCCATANI. Sento dire che la legge Bindi è stata fallimentare. Questo è accaduto perché non è stata applicata, perché non si è dato corso a quanto effettivamente stabiliva. Ricordo che in base alla legge Bindi era impossibile ricoprire posizioni di struttura complesse se si fosse optato per l'*extramoenia*.

Vorrei rispondere al senatore Tomassini. Non mi sembra dignitoso che persone di un certo livello, che danno eccellenza alle strutture sanitarie, siano poi sminuite con un'indennità di un milione di vecchie lire, che non è nulla. Questo aspetto va riesaminato. Né è altrettanto giusto che a queste persone che si dedicano ad un'attività primaria all'interno delle strutture sia applicato il principio dell'esclusività per dare qualità al servizio. Voglio poi far notare che da quando è stato soppresso il controllo sull'orario, i primari presenti nelle strutture sono veramente pochi. Stiamo attenti dunque: parlare di esclusività a chi ricopre cariche in strutture complesse, in dipartimenti, eccetera, è importante, perché si deve migliorare il servizio e ne va di mezzo anche la professionalità.

È altrettanto importante che coloro che optano per l'esclusività consentano il funzionamento dei servizi per almeno 12 ore. Non è l'ambulatorio in sé per sé che riduce le liste di attesa, perché se il medico visita il giorno dopo, ma per fare determinati esami si impiegano sei mesi, non si è risolto nulla. Quindi bisogna dare alla struttura, oltre che il medico, anche i servizi.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il loro importante contributo, perché rappresenta la sintesi del pensiero delle persone che, dal

punto di vista medico, sono attive nel campo sanitario; quindi, dobbiamo tenerne rigorosamente conto.

Ho soltanto un sentimento di amarezza legato al fatto che, nel corso delle varie audizioni, i problemi vengono più o meno chiaramente identificati, altrettanto vale per quanto riguarda le possibili cause e gli obiettivi da perseguire. Sembra però che sia quasi impossibile giungere ad una soluzione che sia di soddisfazione per i cittadini e che nello stesso tempo garantisca i diritti che i medici hanno nell'espressione della loro attività professionale. A mio avviso, al di là delle amarezze o del disagio che proviamo di fronte a questo tipo di difficoltà, dobbiamo fare uno sforzo affinché si individui una soluzione in un arco di tempo ragionevole, lavorando insieme Parlamento e Ministero per la parte governativa.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,40.