



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 11

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

43^a seduta: giovedì 1° febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione di rappresentanti di organizzazioni sindacali e di categoria

| | | | |
|---|----------------|---------------------|--------|
| * PRESIDENTE | Pag. 3, 10, 14 | CADEI | Pag. 8 |
| BODINI (<i>Ulivo</i>) | 11 | FESTUCCIA | 3 |
| * EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>) | 13 | * TROISE | 5 |
| TOMASSINI (<i>FI</i>) | 10 | | |

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 il Coordinamento nazionale Sindacato intercategoriale dei Comitati di base (Sincobas) il dottor Norberto Cadei, responsabile sanità, per le Rappresentanze sindacali di base (RdB), il dottor Nazareno Festuccia e il dottor Sabino Venezia, coordinatori nazionali di pubblico impiego, per l'Associazione nazionale medici dirigenti ANAAO-Assomed, il dottor Domenico Iscaro, presidente, il dottor Costantino Troise, vice segretario vicario e il dottor Gianluigi Scaffidi, vice segretario.

I lavori hanno inizio alle ore 8,15.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti 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 di ieri.

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

È in programma oggi l'audizione di rappresentanti di organizzazioni sindacali e di categoria, che ringrazio per la partecipazione alla seduta odierna.

Stante i ristretti tempi a nostra disposizione, in vista dell'inizio dei lavori di Assemblea, previsto per le ore 9, chiederei agli auditi di contenere i loro interventi in un tempo massimo di dieci minuti, per poi avere il tempo per interloquire con le senatrici e i senatori presenti.

Cedo subito la parola al dottor Festuccia.

FESTUCCIA. Signor Presidente, la nostra organizzazione non può che ribadire la posizione che ha assunto storicamente sull'esercizio della libera professione intramuraria: siamo sempre stati fortemente contrari, ovviamente motivando tale contrarietà. Ci sembra che tutti i dati emersi dalle rilevazioni operate in queste anni giustifichino questa nostra avversione.

Il primo punto che, secondo noi, dovrebbe essere chiarito una volta per tutte riguarda la possibilità che hanno i medici di sviluppare un doppio rapporto di lavoro con il sistema sanitario pubblico. Bisogna fare delle

scelte: o si rettifica questa situazione oppure non capiamo perché altre figure professionali (ad esempio, il personale infermieristico e tecnico sanitario) siano escluse dalla possibilità di esercitare la libera professione all'interno dello stesso sistema sanitario nazionale.

Occorre operare delle scelte concrete rispetto ad un'ipotesi che potrebbe essere o l'abolizione della libera professione o la sua estensione a tutte le professionalità presenti all'interno del sistema.

Emergono poi altri dati che, a nostro parere, sono in parte strumentali, come l'inadeguatezza delle strutture sanitarie per l'esercizio della libera professione intramuraria. Questa affermazione ci pare davvero intollerabile e strumentale, in quanto a nostro parere nelle strutture sanitarie c'è ampio spazio per esercitare la libera professione. Inoltre si crea un problema dal punto di vista della pari accessibilità alle prestazioni sanitarie. Non vogliamo mettere in discussione la prestazione medica, in quanto riteniamo che, in termini di professionalità, quella resa con l'esercizio della libera professione extramuraria sia equivalente a quella prestata in sede istituzionale all'interno dell'ospedale. Il problema è che cosa si fa pagare al paziente nel caso della libera professione: l'ambiente più accogliente, il vaso di fiori, le tende? Credo che questo sia inaccettabile. Allora, se vogliamo mantenerlo, dobbiamo riportare questo istituto all'interno delle strutture sanitarie, facendolo diventare così un elemento portante delle stesse; in caso contrario non ha senso mantenerlo nelle attuali condizioni.

Tutto il problema, a mio parere, si gioca nel rapporto tra attività istituzionale svolta all'interno della struttura sanitaria e attività resa in libera professione. Non capiamo perché le aziende sanitarie abbiano difficoltà a definire quantitativamente l'attività istituzionale e ad estenderla. Ad esempio, non comprendiamo per quale motivo le strutture private possano lavorare di pomeriggio, il sabato o nei giorni festivi e le strutture sanitarie pubbliche non possano adeguarsi alla domanda degli utenti. A nostro parere l'impossibilità di accedere alla prestazione istituzionale diventa inevitabilmente un incentivo ad avvalersi della prestazione resa in regime di libera professione. Nella stessa direzione va il tentativo, che a volte è stato fatto, di ridurre le liste d'attesa utilizzando la libera professione come alternativa; una simile opzione ci pare intollerabile, dal momento che in tal modo l'azienda paga due volte lo stesso professionista per avere un'identica prestazione, dovuta anche in base al rapporto contrattuale.

Il ricavo delle aziende sanitarie derivante dall'attività libero-professionale è irrisorio. Abbiamo riscontrato che in alcuni casi non si arrivano a coprire nemmeno le spese per l'attivazione dell'attività. Ci sembra assurdo, nel momento in cui si parla di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, di ricavi, di *budget*, di bilanci, compiere una simile operazione.

Vista la mancanza di volontà politica (che si è trascinata negli anni) di affrontare questo problema, ci troviamo nella condizione che, attraverso la libera professione medica, si è costituito un sistema sanitario privato parallelo a quello pubblico che lo finanzia e ne assume i costi organizzativi.

Abbiamo evidenziato i nodi strutturali della problematica oggetto dell'indagine conoscitiva svolta da questa Commissione, che, verificando da un punto di vista pratico le condizioni in cui la libera professione si espleta all'interno delle aziende sanitarie, potrà appurare se la nostra è una posizione puramente ideologica o se ha un riscontro oggettivo.

TROISE. Signor Presidente, sono vice segretario vicario dell'Associazione nazionale medici dirigenti ANAAO-Assomed. Desideriamo svolgere alcune considerazioni di carattere generale, sullo stato di applicazione della normativa e sulle liste d'attesa.

Dal punto di vista generale, in piena sintonia con quanto recentemente affermato dal Ministro della salute, riteniamo che la libera professione *intramoenia* sia un diritto dei medici pubblici, i cui cardini normativi sono previsti da leggi e contratti, ed una delle possibilità a disposizione delle aziende sanitarie per acquisire prestazioni aggiuntive le cui caratteristiche di qualità e sicurezza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale.

La legge n. 448 del 1998, all'articolo 72, comma 11, prevedeva che «il direttore generale» delle aziende sanitarie «fino alla realizzazione di proprie idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione degli studi professionali privati».

Nella maggior parte delle aziende tali condizioni non esistono e la cosiddetta «*intramoenia* allargata» è nata come modalità organizzativa transitoria messa in campo a fronte della inesistenza degli spazi separati e distinti previsti dalla legge, per i quali consistenti risorse sono state stanziare. In questo modo molti medici hanno esercitato ed esercitano mettendo a disposizione spazi e tecnologie con oneri economici a proprio carico, devolvendo alle aziende sanitarie parte degli introiti percepiti.

La attività libero-professionale *intramoenia*, compresa quella esercitata presso gli studi privati, viene svolta al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale, in molti ospedali largamente superato per decine di migliaia di ore non retribuite e difficilmente recuperabili, disciplinata da rigorose norme, legislative e regolamentari, che, correttamente applicate, costituiscono una matrice organizzativa che rende difficili distorsioni e abusi. Le strutture sono scelte insieme con l'azienda sanitaria, le tariffe sono concordate e calmierate, le regole sono definite in maniera rigida da un punto di vista contrattuale, compreso il rapporto tra volumi di attività in libera professione e volumi di attività prestati in attività istituzionale.

Limitare, come ha fatto il «decreto Bersani», l'utilizzo degli istituti privati al 31 luglio del 2007, in assenza di alternative reali praticabili, rende tale diritto virtuale, vale a dire non esigibile. Infatti, le aziende sanitarie manifestano ancora difficoltà nell'utilizzo dei fondi messi a disposizione dal decreto legislativo n. 254 del 2000 per la creazione di proprie strutture. Nel 2003 erano stessi ammessi al finanziamento 35 interventi

pari al 12 per cento delle risorse disponibili. Ancora nel 2005 risultava impegnata meno della metà della somma messa a disposizione. Alcune Regioni – tutte al Sud, ma anche il Friuli Venezia Giulia e la Valle d'Aosta al Nord – non avevano segnalato la richiesta di alcun contributo. Credere che in sei mesi sia possibile fare ciò che non è stato fatto in sei anni ci sembra francamente illusorio ed è una fonte di rischi e di complicazioni che dovremo tener presenti.

Una nota a margine va fatta sui costi della libera professione rapportati, come ha fatto la Corte dei conti nella relazione del 2005, ai costi della indennità di esclusività. L'indennità per rapporto esclusivo non rappresenta solo un premio per la rinuncia all'attività libero-professionale *extramoenia*; gli obblighi di esclusività, con la connessa indennità, sono previsti a sostegno dei processi di responsabilità dirigenziale e devono essere valutati nel loro insieme. Un approccio globale al bilancio sanitario deve comprendere, accanto ai costi, anche la questione dei vantaggi.

Una nostra indagine, fatta nel 2002 e ripetuta nel 2006, ha confermato una notevole differenza di applicazione dell'istituto fra il Nord e il Sud. Nelle Regioni del Nord l'attività è diffusamente applicata, specie per le visite diagnostiche e strumentali, mentre lo è in modo non uniforme per la degenza. Sono garantiti spazi e percorsi adeguati. L'attivazione dell'*intramoenia* allargata interessa probabilmente un quarto dei medici che afferiscono a tale istituto. Nelle Regioni del Sud la questione è molto diversa: l'attività libero-professionale si inserisce in sistemi sanitari in cui l'insufficiente livello organizzativo rende difficile anche l'accessibilità alle strutture pubbliche e la stessa facoltà di attivare percorsi libero-professionali è oltremodo ostacolata. In questo caso, però, la critica va rivolta non alle attività libero-professionali quanto piuttosto alle difficoltà di servizi regionali che, anche da un punto di vista economico-finanziario, mi sembra presentino importanti problematiche.

Più interessanti sono i dati elaborati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali nel 2004 e quelli messi a disposizione da alcune Regioni che effettuano un monitoraggio su tale attività. L'attività libero-professionale in regime di ricovero rappresenta lo 0,40 per cento dei ricoveri complessivi. Se si scompone il dato dei dimessi per il DRG, si nota che ai primi due posti abbiamo il parto cesareo e il parto vaginale senza complicazioni. Ci sembra che, per quanti sforzi si faccia, è difficile immaginare influenze «interessate» sui tempi di attesa per queste prestazioni. Se guardiamo i dati relativi all'attività in regime ambulatoriale, notiamo che essa incide in una percentuale che varia tra il 5 e l'8 per cento dell'attività istituzionale a seconda delle discipline. Anche in tal caso mi pare che siamo ben lontani da un rapporto tra volumi istituzionali e volumi in attività libero-professionale quale quello prefigurato dalla legge.

In ogni caso l'attività istituzionale è ampiamente prevalente e l'attività libero-professionale, come confermato (almeno per le Regioni Toscana, Emilia Romagna e Veneto) anche dai dati della quota a carico dei cittadini, assicura un corretto bilancio economico.

Quando si parla di presunte perdite dell'azienda sanitaria nella gestione dell'istituto occorre fare chiarezza, perché nei costi delle aziende viene compresa anche l'attività libero-professionale di azienda, cioè quella che l'azienda attiva per ridurre le liste d'attesa comprando prestazioni dai propri professionisti. Ricordo che, per legge, il bilancio separato dell'attività libero professionale deve finire in pareggio. È un obbligo di legge.

Risulta a noi evidente che, laddove l'attività è governata in rispetto delle regole, non interferisce negativamente con le liste di attesa e crea un valore aggiunto per le aziende sanitarie, diversificando l'offerta di servizi sul mercato.

Per quanto riguarda le liste di attesa, occorre fare una riflessione sul sistema europeo. Le liste di attesa rappresentano una caratteristica strutturale – ripeto, strutturale – di tutti i sistemi sanitari pubblici ove i pazienti non sono chiamati a pagare di tasca propria le prestazioni ed è il tempo di accesso ai servizi, non la disponibilità a pagare, che ha il ruolo di trovare un equilibrio tra domanda e offerta.

I tempi di attesa sono il risultato di fenomeni complessi, quali la disponibilità di tecnologie sofisticate, i cambiamenti demografici ed epidemiologici con il prevalere di malattie croniche degenerative neoplastiche che richiedono frequenti controlli, ma anche una crescente domanda di informazione dei cittadini che viene alimentata da un «supermercato» della salute, esterno al servizio sanitario nazionale, che mira ad una medicalizzazione pervasiva della società. Tali cause agiscono in tutti i Paesi, compresi quelli meno generosi del nostro in materia libero-professionale. L'Inghilterra misura i tempi di attesa a semestre e per ridurli esporta i pazienti in Francia e in Olanda. È pertanto illusorio pensare che negare la possibilità di esercizio della libera professione ai medici, come sostenuto da alcuni, possa avere riflessi positivi sulla durata dei tempi di attesa. L'unico risultato sarebbe quello di allocare importanti quote economiche a favore dei privati, contribuendo a prefigurare un servizio sanitario povero e per i poveri. Non credo sia questo l'obiettivo.

Occorre ricordare che, di fronte a questa domanda che tende a crescere, le aziende rispondono aumentando l'offerta di servizi. Ciò avviene, in primo luogo, attraverso la politica del *budget*, che significa concordare con i professionisti le prestazioni attese a fronte delle risorse messe a disposizione. I medici, che hanno messo a disposizione nell'ultimo contratto 2 milioni e mezzo di ore annue di lavoro per ridurre le liste di attesa, sono responsabilizzati su questi obiettivi e non mantenerli comporta riflessi negativi in termini economici e di carriera. Su questa capacità di offerta delle aziende negli ultimi anni ha influito quello che Ivan Cavicchi chiama il «definanziamento» del Sistema sanitario nazionale: una spesa pubblica che nel 2006 che si è attestata al 6,9 per cento del PIL, ma ancora inferiore a quella di Paesi a noi vicini, come Francia e Germania; un contenzioso infinito tra Regioni e Stato per la ripartizione del fondo e per coprire i disavanzi; un aumento della quota a carico dei cittadini, che ha raggiunto ormai il 25 per cento della spesa globale, testimoniano una non corrispondenza tra la spesa e i flussi finanziari centrali. Questa non corrispondenza

nelle singole aziende si è tradotta in una riduzione di organico favorita dal blocco del *turn over* previsto in ogni legge finanziaria, di destra o di sinistra, da un mancato investimento in tecnologia e in formazione e da una limitazione degli acquisti di beni e servizi. Quanto ha influito tutto questo nel ridurre l'offerta di servizi? Quanto ha influito tutto questo nell'aumentare i tempi di attesa?

In un contesto così complesso occorre tenere presente che l'obiettivo del Servizio sanitario non è soltanto la prestazione, ma anche l'appropriatezza delle prestazioni e gli *outcomes* clinici delle prestazioni stesse. Occorre stare attenti che uno dei rischi del sistema non è soltanto il sottofinanziamento o il definanziamento, ma anche un sovrautilizzo improprio, che comporta una sottrazione automatica di procedure utili ad altri pazienti.

Per ridurre i tempi di attesa, a nostro parere, occorre ragionare in termini complessivi. Tutte le azioni correttive devono sfruttare in maniera coordinata e non competitiva le risorse a disposizione: l'attività istituzionale, l'attività in regime libero-professionale (anche d'azienda), le convenzioni con il privato. Occorre governare la domanda differenziando tra attesa clinicamente significativa e attesa priva di ricadute cliniche, tra attesa di una prestazione efficace e attesa di un esame inappropriato. Non poche prestazioni diagnostiche strumentali, per le quali più lunghi sono i tempi di attesa, risultano infatti gravate da un tasso di inappropriata vicinanza all'80 per cento.

È importante che le aziende applichino una metodologia del *budget* che responsabilizzi aziende e professionisti ed è curioso che, a distanza di 14 anni dall'inizio del processo aziendale, soltanto il 50 per cento delle aziende sanitarie applica una politica di *budget*.

Infine, anche l'istituto contrattuale della libera professione andrebbe riconsiderato. L'ultimo contratto retribuisce il professionista con una quota oraria (60 euro) che credo renda molto vantaggioso rispetto al privato utilizzare questo istituto per acquisire tali prestazioni. Se il Tribunale dei diritti del malato valuta il costo di un *doppler* in attività privata in 100-150 euro, utilizzando la libera professione in azienda il costo andrebbe drasticamente ad abbattersi (meno della metà), con un vantaggio dei cittadini e delle aziende stesse.

Crediamo che l'istituto in sé meriti una riflessione. Crediamo che le liste d'attesa rappresentino un problema vero e reale, molto avvertito dai cittadini (il 67 per cento degli interpellati lo reputa il problema essenziale); siamo convinti però che le liste d'attesa vadano aggredite osservando le cause strutturali, con il concorso dei professionisti e non certo contro di loro.

CADEI. Signor Presidente, il Sindacato intercategoriale dei lavoratori ribadisce il parere negativo già espresso precedentemente come Sincobas, l'organizzazione sindacale presente nel comparto sanità ora confluita nel Sindacato intercategoriale, sul processo di aziendalizzazione della sanità

avvenuto in questo Paese con la legge n. 502 del 1992 e l'introduzione dei DRG in sanità.

Possiamo affermare con tranquillità che la «controriforma De Lorenzo» è fallita nella volontà di risanamento del *deficit* strutturale della sanità. La razionalizzazione delle risorse si è tradotta con un aumento della spesa sanitaria e la chiusura di efficienti, seppur piccoli presidi ospedalieri, che garantivano un servizio di qualità per le popolazioni locali.

L'introduzione dei DRG, a nostro parere, ha determinato in molti casi dimissioni precoci per i pazienti, i quali dovevano richiedere come esterni esami e visite di controllo che prima erano assicurate durante l'ospedalizzazione, contribuendo così ad elevare esponenzialmente le richieste di prestazioni ambulatoriali. Tutto ciò, congiuntamente al noto fenomeno di prescrizioni inappropriate da parte dei medici di base, ha contribuito all'innalzamento dei tempi di attesa.

Liste d'attesa che non sono diminuite neppure in Lombardia con il modello «formigoniano» di equiparazione pubblico-privato e di libera scelta del cittadino, che si è tradotto con una duplicazione dei tempi di attesa del pubblico nel privato accreditato, inducendo i cittadini a ricorrere a prestazioni a pagamento per aver una risposta immediata e non rimandata nei mesi successivi.

Né può essere accolta da noi una presunta liberalizzazione della sanità, che porterebbe alla concretizzazione di diverse corsie di accesso al servizio sanitario da parte dei cittadini in base al reddito, annullando di fatto le garanzie costituzionali di universalità e gratuità del diritto alla salute. Nella fattispecie delle liste d'attesa si creerebbero fenomeni intollerabili, che in parte sono già in essere, rispetto ai cittadini abbienti, che possono avere tutto e subito grazie all'accesso a prestazioni private a pagamento o assicurate da una *intramoenia* allargata, mentre gli altri, per necessità fedeli al Servizio sanitario nazionale, si vedrebbero garantito un livello minimo di assistenza con tempi infiniti.

Non ci sfugge neppure la realtà descritta dalla Ragioneria generale dello Stato, che, nel rapporto del 2005, denunciava l'inosservanza della normativa e dei regolamenti di attività libero-professionale intramuraria e la mancata connessione, nella sua programmazione e controllo, con le liste di attesa, anche a causa del proliferare di autorizzazioni allo svolgimento dell'attività presso studi privati, anziché spazi posti disposizione delle aziende pubbliche.

Siamo convinti altresì della mancanza di una vera programmazione fra Stato e Regioni che definisca il reale numero di specialisti necessari per singola Regione in una relazione dinamica rispetto all'evidenza epidemiologica sul territorio e di una definizione biennale delle necessità specialistiche nazionali e regionali.

A fronte di tutto ciò, la nostra organizzazione rimane fermamente convinta della possibilità e della necessità di poter abbattere i tempi delle liste d'attesa garantendo un servizio pubblico di qualità, per esempio attraverso la stabilizzazione del personale precario in sanità. Preso atto del fatto che solo nel 2005 i contratti di medici precari sono cresciuti di

1.295 unità, pari al 1,1 per cento di tutti i medici in servizio in quell'anno, e che il dato complessivo al 31 dicembre 2005 dei medici a tempo determinato è di 5.087 unità, basterebbe la stabilizzazione di questo personale, unitamente al personale precario non medico, maggiormente composto da lavoratrici e lavoratori migranti che per vincoli di legge («Bossi-Fini» e l'impossibilità ad accedere a concorsi pubblici per tempi indeterminati) non possono essere stabilizzati, per ampliare l'orario dei servizi offerti ai cittadini riducendo considerevolmente il ricorso alla libera professione. Si produrrebbe così un servizio di qualità svolto da lavoratori che si alternerebbero in una normale condizione di lavoro con turni adeguati, invece di sottoporre un professionista all'allargamento smisurato del proprio orario di lavoro.

La libera professione residuale che si genererebbe da una simile politica sanitaria rimane per noi vincolata al rapporto di esclusività con la struttura pubblica, a sostegno della *ratio* per la quale si garantisce al cittadino la libertà di scegliere quando e da chi farsi curare. Crediamo inoltre, che debba essere rigidamente regolamentata dai contratti nazionali di riferimento, prevedendo che i ricavi e i guadagni derivanti dalle prestazioni in libera professione vengano ridistribuiti a tutti i lavoratori attraverso i fondi contrattuali. Si eviterebbe così la formazione di piccole e impermeabili caste privilegiate, affermando un principio di equità e di solidarietà fra tutti i lavoratori, medici e non, che contribuiscono ogni giorno allo sviluppo della struttura del presidio sanitario in cui viene svolta la libera professione.

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

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, ringrazio in particolar modo il dottor Troise, perché mi pare abbia colto nel segno il fulcro dell'indagine conoscitiva che stiamo svolgendo, analizzando compiutamente i problemi e sottolineando che la materia comprende questioni che devono essere riconsiderate in maniera organica. A lui pongo un'unica domanda: vorrei sapere se, alla luce degli investimenti che si devono fare nel Servizio sanitario nazionale, e che lui ha ben descritto, ritiene prioritario l'investimento in strutture necessarie allo svolgimento della libera professione e se, comunque, non giudichi insufficienti i fondi previsti. Tutti conosciamo infatti il dato dei 30 miliardi di euro annui rivolti sostanzialmente al canale esterno, quello degli ospedali, a cui rispondono strutture, strumenti, personale impiegato e lavoro.

Ringrazio anche il dottor Cadei del Sindacato intercategoriale dei lavoratori, riconoscendo che il problema maggiormente sentito dai cittadini è quello delle liste d'attesa. Ritiene, in questo senso, che la mancata attuazione della normativa in materia di professioni sanitarie possa in qualche modo aver interferito sulla stabilità, sulla disponibilità nell'orario e sulle

qualificazioni del personale nell'ambito delle aziende, così influenzando sulla lunghezza delle liste di attesa?

Al dottor Festuccia debbo riconoscere l'onestà intellettuale di aver ammesso di svolgere un intervento ideologico, in cui ha affermato che la libera professione andrebbe soppressa. Per la verità, debbo registrare che non è questa la sede in cui portare i propri interessi ideologici e che comunque finora nessuno degli auditi in Commissione ha pensato di sostenere che la libera professione vada abolita: lei è il primo in assoluto.

Vorrei poi farle rilevare che ha fatto riferimento a dati che, però, non ha riportato, mentre molti ne ha portati il dottor Troise e molti ne abbiamo acquisiti noi nel corso di questi mesi. Nessuno di questi dati può oggettivamente suffragare quello che lei dice. Mi riferisco, per esempio, al fatto che le strutture siano sufficienti ad accogliere l'attività libero-professionale: è stato smentito persino dal Governo. Mi chiedo poi se, quando parla di lavoro svolto il sabato e la domenica nelle strutture pubbliche, si rende conto dell'attuale contingentamento degli orari e della disponibilità del personale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Come pensa, e con quali investimenti, di cambiare la situazione?

Mi meraviglio che non abbia detto una sola parola a proposito delle liste di attesa, mentre voglio ricordare che tutti coloro che sono intervenuti fin qui hanno riconosciuto che le liste di attesa non hanno nulla a che vedere con l'esercizio della libera professione. Ieri, per esempio, è stata fatta l'ipotesi che potesse essere stato lo strumento dei DRG ad avere allungato le liste di attesa e che, quindi, che i pagamenti a prestazione abbiano sostanzialmente gonfiato la domanda. Vorrei sapere dai nostri ospiti se ritengono auspicabile un ritorno al pagamento a piè di lista o non ritengono piuttosto che lo strumento dei DRG sia stato snaturato nella sua origine, in quanto inizialmente esso non doveva essere un meccanismo remunerativo, bensì contrattuale di valutazione e prestazione.

A parità di orario lavorato e con le condizioni che regolano adesso le prestazioni aggiuntive, quale potrebbe essere la scriminante in base alla quale le posizioni apicali in determinate strutture debbano prestare il proprio servizio in esclusiva? Nella seduta di ieri qualcuno ha detto che non è un argomento pertinente, a me sembra invece molto pertinente e importante.

L'ultima domanda concerne il problema del *risk management* all'interno dell'ospedale o, se preferite, di quella che viene definita malasanità. Vorrei sapere se il problema, non risolto, della responsabilità civile negli ospedali ha causato un rallentamento dell'attività medica e infermieristica.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, credo che alcune posizioni di drastica negazione dello spazio libero-professionale espresse questa mattina non siano realmente pertinenti: si tratta, come è stato detto, di un diritto del sanitario e della struttura, ma è anche un diritto del paziente poter scegliere se instaurare un rapporto diretto con il medico. La struttura sanitaria pubblica offre un servizio, generalmente un ambulatorio, in cui si

alternano diversi componenti dell'*équipe* in considerazione di esigenze organizzative.

Credo che la possibilità di scegliere di instaurare un rapporto diretto con un professionista debba essere salvaguardata. Il problema è come questo viene fatto. È chiaro infatti che, se la libera professione si inserisce in una struttura che presenta carenze organizzative, si aggiunge disastro al disastro. Dal momento però che nelle aziende sanitarie ci sono esempi di tempi di attesa che rientrano nei limiti previsti e di spazi libero-professionali ben regolati (perché, come si diceva prima, le regole ci sono), l'approccio non deve avere un carattere ideologico, ma organizzativo.

Esistono controlli sull'organizzazione interna e misure di carattere premiale (ma anche punitivo) per quelle *équipe* che non fanno sforzi per limitare i tempi di attesa? Dovremmo riportare le liste di attesa a tempi fisiologici, depurandole di tutte le richieste di prestazioni improprie (persone che magari fissano appuntamenti in più strutture per poi scegliere dove andare, così gonfiando gli elenchi) e privilegiando le priorità. Potremmo pensare all'introduzione di un codice da attribuire alla richiesta ambulatoriale; ad esempio, in Lombardia, se una richiesta ha il bollino verde, riceve in tre giorni una risposta. Questo avviene negli ospedali che funzionano. Le regole ci sono: dobbiamo prendere a modello le strutture che funzionano e intervenire seriamente su quelle che non funzionano.

Pensare che l'abolizione dell'esercizio della libera professione risolva le liste di attesa mi sembra davvero non corretto. Certo, poi ci sono i problemi delle strutture, degli spazi libero-professionali, della sottodotazione di organico, un dato emerso negli ultimi anni a causa di una politica certo non brillante da questo punto di vista. Non credo che in sei mesi si possa risolvere il problema degli spazi, penso però che sia necessario dare una direttiva per arrivare a risolvere questo problema in tempi ragionevoli.

In riferimento ad un aspetto già toccato dal presidente Tomassini, poi, pensare di passare da un pagamento a prestazione a una contrattazione del volume di attività potrebbe essere una chiave per contribuire a risolvere i problemi di cui ci stiamo occupando in un rapporto dialettico tra aziende e professionisti. Sono convinto, anche per esperienza professionale diretta, che nella stragrande maggioranza dei casi si possano trovare sistemi organizzativi che riportino le liste di attesa in tempi ragionevoli. Se ciò non avviene, tutto il resto del discorso cade.

Ho qualche perplessità in più sulla libera professione in regime di ricovero, visti i dati che abbiamo al riguardo: è un'organizzazione complessa da mettere in piedi e, tutto sommato, non rende più di tanto. Infatti, una volta che il paziente è affidato ad un'*équipe* che funziona, non c'è richiesta dell'attività di un libero professionista; magari si richiede una stanza a pagamento, ma è questione diversa.

In conclusione, ritengo che il problema sia più di carattere organizzativo, essendo legato all'applicazione di normative in gran parte già esistenti.

EMPRIN GILARDINI (*RC-SE*). Signor Presidente, ritengo in primo luogo di dover chiarire alcuni aspetti, anche alla luce degli interventi dei senatori che mi hanno preceduto. Ci avviamo alla conclusione dell'indagine, ma non vorrei che si traessero conclusioni ancora nel corso della stessa.

Questa indagine conoscitiva ha un oggetto: l'esercizio della professione medica intramuraria, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici. Non è stato esplicitamente chiesto a nessuno dei convenuti il giudizio sulla scelta operata dalla legge, peraltro in modo assolutamente contraddittorio. Infatti negli ultimi anni si sono susseguiti e sovrapposti provvedimenti normativi che danno il senso di un giudizio non univoco, quanto meno delle forze politiche, sul ricorso alla libera professione intramuraria e sui contenuti che essa deve avere. Faccio queste considerazioni perché penso che comunque, quando andremo a trarre le conclusioni dell'indagine, constateremo l'esistenza di punti critici in merito all'istituto della libera professione *intramoenia*.

Credo poi che il pensiero ideologico sia quello che non si riconosce come tale: nel momento in cui manifesto la mia visione del mondo, la riconosco e, a partire da essa, mi confronto con gli altri, quello non è pensiero ideologico. A mio parere illusorio è ritenere di essere del tutto scevri da qualunque ideologia e di avere un pensiero oggettivo. Ciò ovviamente fa parte di una cultura. Nel mio caso il riferimento è la scuola di Francoforte, che del pensiero ideologico ha fatto un'analisi piuttosto puntuale. Si può non condividere e si può pensare di essere al di sopra delle ideologie: personalmente non credo sia così.

Venendo al merito delle domande, ho sentito parlare – se ne parla molto ed è stato introdotto ormai nel linguaggio comune – di diritto all'esercizio della libera professione. I diritti sono un concetto duro, molto forte; penso che ci sia il diritto esigibile alla salute, costituzionalmente tutelato, e che nel quadro della soddisfazione di tale diritto la normativa vigente ha introdotto un istituto che riconosce ai medici che scelgono l'esclusività del rapporto la facoltà di esercitare la libera professione. Non sono una giurista, ma faccio questa distinzione e in merito vorrei conoscere l'opinione dei convenuti: c'è la facoltà di esercitare la libera professione intramuraria nel quadro di un'opzione, che è la scelta di esclusività del rapporto con il Servizio sanitario nazionale. Così quanto meno è nato l'istituto, con il decreto legislativo n. 229 del 1999. Ritengo che dobbiamo tenere sempre presente questa differenza tra diritto e facoltà e soprattutto la finalità dello strumento, altrimenti finiamo per discutere di normative, di regolamenti e di organizzazione, ma dimentichiamo i soggetti e i bisogni ai quali dovremmo rispondere.

Anche a tale riguardo vorrei che ci chiarissimo, perché credo ci sia una bella differenza tra bisogno e domanda. Anche su questo vorrei conoscere l'opinione degli auditi, perché è evidente, come diceva Einaudi, che la domanda è un bisogno che è capace di porsi sul mercato, che cioè è

capace di esigere una prestazione, mentre il bisogno è un'altra cosa, ha tutt'altra natura, sta su tutt'altro terreno.

C'è una terza domanda che vorrei rivolgere ai convenuti. Mi chiedo se siano stati raggiunti gli obiettivi che l'istituto dell'*intramoenia* aveva quando fu introdotto, fra i quali c'era sicuramente quello di ridurre le liste d'attesa e la disparità nell'accesso ai servizi, in particolare in merito alla degenza, che è un punto critico che mi pare sia stato sollevato dal dottor Troise. Inoltre, visto che sul tema dell'appropriatezza dello svolgimento dell'attività libero-professionale ci riconosciamo tutti, a quali controlli è sottoposto l'esercizio di tale attività in regime di *intramoenia*? Sicuramente con regole precise si cerca di garantire l'appropriatezza all'interno del Servizio sanitario nazionale, ma ritenete che essa sia garantita anche nell'ambito della libera professione *intramoenia*?

PRESIDENTE. In considerazione dell'imminente avvio dei lavori dell'Assemblea, sono purtroppo obbligato a concludere la seduta.

Invito cortesemente gli ospiti ad integrare le memorie presentate al fine di fornire le risposte agli interessanti quesiti posti dai commissari. Assicuro che tutta la documentazione consegnata dagli auditi non viene letta in maniera superficiale, ma anzi viene considerata essenziale nell'indagine che la Commissione sta svolgendo. Per dare una misura di quanto riteniamo importanti questi contributi, desidero aggiungere che il Ministro ci ha assicurato che terrà conto nelle sue decisioni del lavoro che stiamo compiendo attraverso questa indagine conoscitiva.

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

I lavori terminano alle ore 9.

