



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 12

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

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

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

44<sup>a</sup> seduta: martedì 6 febbraio 2007

Presidenza del presidente MARINO

## I N D I C E

## Audizione di rappresentanti di organizzazioni di categoria

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>	CRISARÀ . . . . .	Pag. 3, 12
BINETTI ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .	10	* LUCÀ . . . . .	5, 7, 13 e <i>passim</i>
BODINI ( <i>Ulivo</i> ) . . . . .	11	* PERRONE DONNORSO . . . . .	6, 7, 11 e <i>passim</i>
MASSIDDA ( <i>DC-PRI-IND-MPA</i> ) . . . . .	9, 14		
TOMASSINI ( <i>FI</i> ) . . . . .	8		

---

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

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

*Intervengono il segretario nazionale per la continuità assistenziale della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), dottor Domenico Crisarà, il segretario nazionale del Sindacato nazionale area radiologica (SNR), dottor Francesco Lucà, ed il presidente dell'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO), professor Raffaele Perrone Donnorso.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Audizione di rappresentanti di organizzazioni 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 il 1° febbraio scorso.

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

Sono oggi presenti il dottor Crisarà, per la Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), il dottor Lucà, per il Sindacato nazionale area radiologica (SNR), e il professor Perrone Donnorso per l'Associazione nazionale primari ospedalieri (ANPO).

Prima di dare la parola agli auditi, in considerazione del tempo limitato a nostra disposizione, chiedo loro fin d'ora la cortesia di poterci inviare una eventuale risposta scritta alle domande che saranno loro poste. Tale documentazione sarà molto utile al lavoro della Commissione su un tema così importante quale quello oggetto dell'indagine conoscitiva in titolo.

CRISARÀ. Signor Presidente, onorevoli senatori, rappresento in questa sede la Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), la più grande organizzazione in Italia dei medici di famiglia, che è onorata di partecipare ai lavori di questa Commissione. Porto il saluto del segretario nazionale, dottor Milillo, che è molto rammaricato di non poter partecipare all'odierna audizione.

Per aderire all'invito del Presidente sarò brevissimo. La medicina di famiglia non è assolutamente contraria all'esercizio della libera profes-

sione medica intramuraria, perché ritiene sia giusto per un professionista poter esplicare anche la libera professione.

Desidero tuttavia sottolineare che il medico di famiglia è un ganglio sensibile per le tematiche presentate dai cittadini nei nostri ambulatori. Attraverso l'esperienza quotidiana abbiamo potuto constatare una diffusa richiesta per una migliore regolamentazione della libera professione *intramoenia*; la sua finalità dovrebbe essere molto più chiara, a seconda che si tratti di un'esigenza dell'azienda o di una legittima aspirazione del professionista a svolgere la libera professione. Soprattutto ci preme sottolineare la natura di strumento funzionale ad un generale ampliamento della libertà di scelta del cittadino; ciò significa che il cittadino non deve avere la sensazione che l'*intramoenia* sia una scorciatoia per superare le liste di attesa per accedere alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale.

Questo per noi è un aspetto fondamentale, legato a una sensazione che viviamo quotidianamente: il dilatarsi dei tempi di attesa per le prestazioni comporta spesso l'arrivo nei nostri ambulatori di cittadini che hanno scelto la via dell'*intramoenia* più per bypassare le liste di attesa che per una scelta coerente con lo spirito dell'*intramoenia*, vale a dire il desiderio di essere seguiti da un professionista scelto specificamente. Il cittadino deve poter avere una possibilità in più.

Abbiamo potuto verificare che in talune situazioni si verificano casi limite. Pensiamo, ad esempio, all'ambito dell'oncologia, in cui frequentemente la scelta del professionista non è dovuta esclusivamente alla sua indubbia preparazione, ma anche al suo impatto mediatico, vale a dire a quanto la professionalità di tutto un reparto venga concentrata in una sola persona. Si tratta di un caso limite perché il malato oncologico è molto particolare: egli consegna nelle mani del medico a cui si affida la sua speranza di vita, più che una speranza di cura.

La Federazione italiana medici di medicina generale si augura che la libera professione intramuraria sia una risorsa per il cittadino, un'ulteriore possibilità di scelta e non rappresenti, come i cittadini invece ci riferiscono, un mezzo per evitare le liste di attesa. Ci auguriamo che si possano individuare meccanismi di verifica e di comparazione tra l'attività istituzionale e la libera professione intramuraria. Auspichiamo, cioè, che non si verifichino episodi come quelli spesso riportati dalla stampa, in cui lo stesso professionista privilegia le prestazioni in libera professione a quelle dovute in regime istituzionale.

Riteniamo infine opportuna l'adozione di distinti percorsi di prenotazione delle prestazioni, differenziando quelle che fanno capo al Servizio sanitario nazionale da quelle riconducibili all'esercizio della libera professione. Ricordo che i medici di famiglia si pongono sempre come tutori del cittadino nel suo approccio con il sistema sanitario nazionale; non è edificante constatare che presso lo stesso CUP siano gestite un'agenda per l'accesso alle prestazioni rese dal Servizio sanitario nazionale (con appuntamenti a 60 giorni) e un'agenda che fissa a tre giorni un appuntamento in regime intramurario. Le due strade devono essere separate.

Scusate se continuo a ripeterlo, ma ritengo necessario sottolineare ancora una volta che l'*intramoenia* deve essere una possibilità in più per il cittadino che vuole compiere una scelta libera e motivata, non deve essere un mezzo per aggirare l'ostacolo della lista di attesa.

LUCÀ. Signor Presidente, desidero innanzi tutto ringraziare la Commissione per l'invito odierno.

Il problema delle liste d'attesa, com'è ovvio, riguarda il settore radiologico in tutte le sue accezioni (diagnostica, radioterapia, medicina nucleare), anzi per la verità quest'area risulta essere tra le più coinvolte per una serie di fattori.

Da un'analisi svolta tra i radiologi italiani per sapere quanti avessero optato per l'attività *intramoenia* in regime di esclusività, è emerso che in alcune Regioni la percentuale sfiora il 100 per cento e che comunque la media nazionale si attesta al 97 per cento. Se però andiamo a vedere chi effettivamente esercita la libera professione, intesa come libera scelta del cittadino, la percentuale si riduce a poco più del 30 per cento. Se poi si traducono i dati a nostra disposizione in volumi di prestazioni (quindi in attività), la media nazionale si riduce al 6,5 per cento.

Cosa vuol dire questo? Innanzi tutto ritengo si debba cominciare ad abbandonare l'idea che la libera professione e le liste d'attesa sono fra loro collegate: sono due concetti separati e distinti. La libera professione è un diritto del medico (lo è sempre stato) e del cittadino di poter scegliere liberamente, mentre le liste d'attesa, a mio parere, rappresentano un falso problema, spesso riconducibile a richieste ingiustificate dell'utenza. Come componente della commissione sulle liste d'attesa voluta dall'allora ministro Veronesi, ho avuto modo di conoscere molte realtà. Ad esempio, è emerso che spesso i cittadini prenotano gli stessi esami in quattro o cinque posti diversi, senza preoccuparsi di disdire le prenotazioni dopo aver effettuato tali esami in uno dei centri.

Questo è un problema. Bisogna educare i cittadini, ma bisogna educare anche i medici che spesso prescrivono troppe analisi: si esegue una TAC e nel referto si indica che sarebbe opportuno eseguire ulteriori esami. Noi stessi spesso dimentichiamo che non è sempre necessario ricorrere ad esami di elevato valore; chi frequenta gli ospedali sa che oggi i chirurghi richiedono la TAC dell'addome, quando basterebbe, come una volta, una semplice diretta per chiarire il quadro clinico.

Il problema delle liste d'attesa è molto complesso. Di sicuro non si risolve aumentando l'offerta, perché in questo modo rischiamo soltanto di trovarci di fronte al classico cane che si morde la coda, con una ulteriore esasperazione delle criticità. A mio parere sarebbe utile invece tenere in maggiore considerazione le problematiche locali (ogni realtà presenta problemi diversi, soprattutto dal punto di vista epidemiologico), senza dimenticare che la popolazione italiana è una popolazione anziana. I CUP regionali non sempre ricevono informazioni complete sulle prestazioni possibili, ma quello che a mio parere è più grave è che molto spesso si fissano appuntamenti per persone anziane presso laboratori che distano an-

che dieci chilometri dalla loro abitazione. Questo è veramente inconcepibile! Evidentemente non si ha la volontà di risolvere i problemi, che andrebbero invece affrontati tenendo conto delle esigenze quotidiane di un anziano e non aggiungendo ulteriori complicazioni.

Uno dei maggiori problemi, a nostro avviso, è rappresentato da un'adeguata fruibilità sul territorio delle tecnologie mediche attualmente disponibili soltanto negli ospedali. Occorre smetterla di indirizzare i pazienti negli ospedali per eseguire esami banali; questo consentirà di alleggerire le strutture ospedaliere da un carico assolutamente inutile che li distoglie dalla loro vera priorità, la cura delle patologie acute. Non è necessario che una TAC sia eseguita in ospedale; può essere tranquillamente eseguita presso altri centri pubblici sul territorio, magari gestiti da medici radiologi ospedalieri, anche se questa specialità presenta carenze di organico e di tecnologie.

A tale riguardo vorrei fare un'ultima considerazione: come dicono gli inglesi, il collo di bottiglia è pur sempre il medico. Sono disponibili tecnologie che permettono di effettuare una TAC *total body* in pochi secondi, ma occorre redigere un referto preciso ed esauriente se vogliamo che la diagnosi sia utile al cittadino, e di fronte a 300 immagini non basta una semplice descrizione, occorre passare molto tempo davanti al diafanoscopio per una diagnosi concreta.

PRESIDENTE. La ringrazio dottor Lucà per il suo contributo e per la sintesi. Nel corso della sua replica, le sarei grato se volesse ricordare i dati emersi dall'indagine condotta presso i medici radiologi, secondo cui – se non sbaglio – il 97 per cento ha optato per la libera professione *intramoenia*, ma solo un terzo la esercita.

PERRONE DONNORSO. Signor Presidente, signori senatori, desidero in primo luogo tornare sulla precisa affermazione del dottor Lucà relativa alle percentuali dei dirigenti medici che hanno optato per l'*extramoenia* e quelle dei colleghi che effettivamente svolgono la libera professione intramuraria. Il dottor Lucà ha fornito le percentuali relative al Sindacato nazionale area radiologica: io ho un punto di osservazione forse più privilegiato, perché rappresento i primari italiani di tutte le specialità, e vi posso assicurare che le percentuali sono ridicole.

I dirigenti medici che hanno optato per l'*extramoenia* sono circa il 5 per cento, mentre i colleghi che effettivamente svolgono attività libero-professionali *intramoenia* sono di gran lunga inferiori al 30 per cento, tant'è che, in considerazione della reale attività prestata, si attestano intorno al 6 per cento. Mi riferisco all'*intramoenia tout court*, perché la parte preponderante dell'attività *intramoenia* in regime di ricovero si svolge presso istituzioni convenzionate e non potrebbe essere altrimenti, visto che in Italia sono pochissimi gli ospedali che sono riusciti ad attrezzarsi per tempo.

Come ha giustamente sottolineato il dottor Crisarà, per evitare che si determinino due velocità e una distinzione tra appuntamenti di serie A e di serie B, sarebbe importante che i CUP fossero separati, ma ancor più utile

a mio parere sarebbe la separazione delle sedi, al fine di evitare che il paziente che sceglie la corsia istituzionale si trovi fianco a fianco con un altro paziente che ha scelto, invece, la corsia della libera professione.

A proposito poi delle liste d'attesa, come ha già affermato chi mi ha preceduto, bisogna smettere di pensare che alla loro formazione contribuisca l'esercizio della libera professione: chiunque voglia creare una correlazione tra libera professione *intramoenia* e liste d'attesa o è totalmente ignorante del problema o si pone in una condizione di dichiarata malafede.

Per nostra fortuna il presidente Marino svolge il nostro stesso mestiere e dunque saprà che la Gran Bretagna, che è stata l'antesignana di un'organizzazione del sistema sanitario nazionale, invia la diagnostica di laboratorio in India. Questi sono fatti: gli esami di laboratorio di una gran parte della Gran Bretagna vengono spediti in India, costano di meno e sono più veloci. La chirurgia ortopedica della Gran Bretagna viene mandata in percentuale massiccia in Germania. Non ci dobbiamo inventare nulla.

Pensate a quanto è difficile trovare una soluzione al problema delle liste d'attesa in relazione, ad esempio, alla forza di attrazione che hanno alcune *équipe* o alcuni professionisti: più si lavora e più si lavora bene, più curiosamente aumentano le liste di attesa. E la gente vuole andare proprio in quell'ospedale, per essere curata da quella *équipe*.

Dobbiamo allora ricordarci che le norme vigenti e il vigente contratto collettivo nazionale assicurano già delle possibilità. L'azienda può ricorrere a libera professione d'azienda e, con questo accordo decentrato, smaltire in maniera percentualmente piuttosto significativa parte delle liste di attesa. Le difficoltà però sono notevolissime. Se avrete modo di incontrare i tecnici (la radiologia mi sembra una specialità di riferimento), dovrete chiedere loro quanto tempo al giorno vengono utilizzate le macchine, e ce ne sono tante: verreste a sapere che non si utilizzano tanto.

Vengo da una riunione del dipartimento che presiedo presso l'Istituto nazionale dei tumori Regina Elena di Roma, dove sono primario: sta per partire l'attività diagnostica di due PET, le prime in attività pubblica nella Regione Lazio.

*LUCÀ*. Insieme a quelle attivate al Gemelli e a Tor Vergata.

*PERRONE DONNORSO*. Quelle però sono strutture convenzionate, mentre il Regina Elena è una struttura ospedaliera pubblica. Le difficoltà per attivare due PET all'Istituto nazionale dei tumori di Roma dipendono dal fatto che in organico non ci sono i tecnici per farle funzionare. Il direttore delle strutture complesse, professor Maini, mi spiegava che è inutile attivarle se non abbiamo almeno 20 o 22 attività diagnostiche previste nella giornata; quando ho chiesto come si può risolvere il problema, mi ha risposto che sarebbero necessari otto nuovi tecnici. Tutti voi certamente sapete però che fino al 30 giugno c'è un blocco totale di assunzioni alla Regione, nemmeno con contratti di collaborazione a tempo determinato. Non vorrei allora che si riversino sulle spalle dei medici e di coloro

che li rappresentano difficoltà oggettive e concrete, che non siamo noi ad aver creato.

Posso limitarmi a questo, signor Presidente e signori senatori. Lascio al testo scritto le considerazioni rimanenti.

PRESIDENTE. La ringrazio, professor Perrone Donnorso. Visto che mi ha chiamato in causa, desidero confermare che la questione dell'*outsourcing* rappresenta effettivamente un fenomeno imponente in Gran Bretagna e negli Stati Uniti. In quest'ultimo Paese quasi l'80 per cento degli esami di virologia effettuati da tutti i centri, compreso Harvard, viene controllato in California; vengono inviati i campioni di notte e si ricevono le risposte per posta elettronica il giorno dopo. Si tratta però di modelli organizzativi che richiedono una rete informatica di cui ancora non siamo provvisti. Dobbiamo pertanto confrontarci con le situazioni reali dei nostri ospedali e con le tecnologie a nostra disposizione.

TOMASSINI (FI). Signor Presidente, non ho nulla da chiedere sull'attività libero-professionale in generale, in quanto mi sembra che la risposta di tutti i convenuti sia stata totalmente concorde. Vorrei però porre alcune domande in merito alle liste di attesa, in particolare al dottor Crisara, rappresentante dei medici di medicina generale. Posto che riconosco in assoluto che la libera professione debba essere un valore aggiunto, vorrei sapere quanto la situazione delle liste di attesa potrebbe migliorare se vi fosse un accesso diretto dei medici di famiglia all'attività ospedaliera, con conseguente possibilità di relazione tra i medici di medicina generale e i medici specialisti delle attività ospedaliere. Quanto potrebbe essere utile, per diminuire le liste di attesa, coprire una distanza talvolta incolmabile tra il medico di medicina generale (o più comunemente il territorio) e l'ospedale, che attualmente risulta sprovvisto di presidi? Quanto potrebbe essere importante la concreta realizzazione di unità dedicate alle cure primarie, quelle che definiamo *home care*, *country hospital*, case di salute, tutte strutture che sotto varie etichette celano sempre lo stesso concetto?

Pregherei il dottor Lucà di fornire una risposta anche in merito a quanto affermato dal professor Perrone Donnorso, e su cui è intervenuto anche il Presidente: cosa si dovrebbe fare per svolgere un'attività davvero efficace nell'ambito della diagnostica per immagini, garantendo una presenza di 24 ore su 24 negli istituti? Inoltre, l'utilizzo di strumenti di diagnosi ad alta definizione è da considerarsi generalmente appropriato o non è esso stesso fonte, nel caso di prestazioni non appropriate, di rischi iatrogeni e di allungamenti impropri delle liste d'attesa? Desidero infine sapere se non ritenga opportuno per i medici radiologi cercare di perequare l'impossibilità di svolgere una libera professione autonoma (in merito all'utilizzo delle tecnologie necessarie) con una diversa collocazione dell'indennità di esclusività.



MASSIDDA (*DC-PRI-IND-MPA*). Signor Presidente, mi associo alle domande poste dal presidente Tomassini, a cui desidero tuttavia aggiungere alcune riflessioni.

Come sapete, l'*intramoenia* allargata è stata una conseguenza della disponibilità delle strutture a macchia di leopardo. Questa è una delle ragioni per cui i medici radiologi chiedono di optare a favore dell'*intramoenia*, ma poi sono pochissimi quelli che riescono ad esercitare la propria attività in tale regime. Questa opzione è possibile per certe specializzazioni, ma nel campo della diagnostica è praticamente impossibile. Investimenti di quella portata, infatti, sono già difficilissimi per un convenzionato esterno, che deve ammortizzarli in tanti anni senza garanzie; immaginiamoci cosa ciò può significare nel caso dell'*intramoenia* allargata!

Le domande che stiamo ponendo servono anche a capire lo stato dell'arte. Avete fatto affermazioni condivisibili. Da medico sono tra coloro che hanno sempre sostenuto con forza il diritto del medico – sancito dalle regole della nostra professione, ma anche dall'Organizzazione mondiale della sanità – di poter esercitare in qualsiasi momento della propria vita la medicina e quindi di poter disporre di spazi di libera professione.

Vogliamo cercare di capire se, secondo voi, c'è un'alternativa a questa situazione, se l'*intramoenia* è stata un successo o un insuccesso e dove possono essere introdotti correttivi. Ricordo sempre che l'*intramoenia* è nata perché c'era l'impossibilità di mantenere tutti i professionisti nell'ospedale; l'*intramoenia* ha permesso di conservare le professionalità e il lucro da esse derivante. Poi la disperazione ha portato all'*intramoenia* allargata. Vorrei capire se questa è una situazione che si può ancora correggere, se occorre superarla o se si deve proseguire su questa strada.

Il professor Perrone Donnorso ha fatto riferimento alle due PET in attività pubblica nella Regione Lazio. Ci rendiamo conto delle difficoltà, tant'è vero che, come legislatori, sia del centro-destra sia del centro-sinistra, abbiamo elaborato alcune proposte per poter allargare l'*intramoenia* anche a situazioni straordinarie come può essere l'utilizzo delle PET. Non stiamo chiedendo di aggiungere portatini o personale negli uffici: stiamo parlando di specializzazioni derivanti da una sanità che cresce!

Avete già detto che le liste di attesa non sono legate all'esercizio della libera professione in regime di *intramoenia*, così rispondendo in merito al successo dell'*intramoenia*: non ha raggiunto il proprio obiettivo.

In secondo luogo, vorrei sapere da voi se avete dei suggerimenti da sottoporre al legislatore per risolvere i problemi legati all'*intramoenia*, prima di bocciarla *tout court*. Ricordo che in passato la Gran Bretagna chiedeva a noi se potevamo riservare degli spazi ai suoi malati, perché riconosceva la sanità italiana, tanto bistrattata, come una delle migliori nel Continente. Qual è allora il problema?

Lo stesso Presidente poc'anzi ha fatto cenno alle carenze informatiche del settore sanitario. È vero, ma sappiamo anche che quella struttura informatica è enormemente meno costosa delle cifre che buttiamo al vento solo perché non abbiamo la capacità di comprendere che, se si vuole offrire sul territorio un certo tipo di assistenza, questa non può essere pret-

tamente pubblica data l'assenza di risorse. Magari si potrebbero sfruttare la professionalità presenti sul territorio ipotizzando convenzioni esterne con i tanti medici specialisti che non possono esercitare la loro specializzazione perché ciò non è contemplato.

BINETTI (*Ulivo*). È stato detto che l'esercizio della libera professione *intramoenia* risponde al diritto del medico di esercitare la propria professione secondo più modalità. A me sembra però che l'*intramoenia* risponda prevalentemente alla libertà di scelta del paziente nell'identificare, all'interno di una data struttura, il medico da cui vuole essere seguito.

Abbiamo appena ascoltato presso la Commissione di inchiesta sul Servizio sanitario nazionale il professor Frati in merito al Policlinico Umberto I di Roma, un macro-ospedale come pure, ad esempio, il San Martino di Genova o il Policlinico Gemelli. Ebbene, credo sia noto a tutti che si sta andando inevitabilmente incontro all'anonimato di struttura, a causa del quale si è seguiti dal medico che è presente al momento della prestazione. Questo elemento crea una profonda insoddisfazione nel paziente che, invece, vorrebbe essere seguito da un medico specifico, a volte dallo stesso primario del reparto. Dovremmo allora riuscire a fidelizzare il paziente ad un determinato medico, che magari non rappresenta l'eccellenza assoluta, ma fa a sua volta riferimento a chi ha la massima competenza e garantisce una supervisione. Ad ogni modo, la relazione fra medico e paziente resta il nucleo centrale della terapia.

È questo quello che il paziente richiede. Se riuscissimo a garantirgli un rapporto sempre con lo stesso medico, probabilmente la richiesta di prestazioni in regime di *intramoenia* diminuirebbe.

A proposito poi del malato oncologico, voglio ricordare che quest'ultimo non può sopportare l'intercambiabilità degli esperti o dei medici che se ne prendono cura, perché è necessaria una continuità nella scelta terapeutica, che non può essere passata di mano.

Ritengo inoltre che il servizio offerto dal medico di base dovrebbe essere assicurato 24 ore su 24, chiaramente non dalla singola persona, ma nel modello di assistenza offerto. Spesso il paziente si reca da altri medici perché non è disponibile il proprio. Perché non ripensare la figura del medico di base come una sorta di poliambulatorio, dove magari non sarà possibile eseguire una TAC o una risonanza magnetica, ma sarà possibile accedere a numerose altre prestazioni? Non sarebbe un risultato di poco conto. Penso, ad esempio, alle liste d'attesa per eseguire mammografie o ecografie, tutto sommato tecnologie facilmente trasportabili e utilizzabili. Mi chiedo quindi se anche l'*intramoenia* non richieda un intervento sui modelli nel territorio (è la stessa domanda posta dal senatore Tomassini), volto a garantire una maggiore qualità nell'assistenza ai pazienti. Credo che in una maggiore stabilità della relazione medico-paziente e in un diverso modello organizzativo del territorio possano essere trovate valide soluzioni.

Dovremmo, infine, riuscire a conciliare l'unicità e la irripetibilità della relazione medico-paziente, che non può essere sostituita e non può avere forma anonima, con la razionalizzazione dei processi, per esempio, diagnostici. Sarebbe opportuno ottimizzare il rapporto individuale, che deve essere quello e non altro, mentre, viceversa, tutti i rapporti che necessitano dell'apporto della tecnologia potrebbero avvalersi di modelli di grande produzione. Dunque, effettivamente la diagnostica potrebbe essere inviata in India e, anzi, a me risulta che le radiografie, le TAC e le PET vengano inviate all'esterno. Ripeto, forse si potrebbero prevedere processi di razionalizzazione che consentano economie di scala.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, mi riallaccio all'intervento della collega Binetti per confermare che, in linea teorica, il rapporto migliore è quello diretto medico-paziente. Tuttavia, poiché ciò nella pratica non è possibile, in quanto mi sembra difficile poter assicurare una presenza 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, soprattutto nel caso di pazienti neoplastici o cronici, credo che la soluzione vada ricercata nelle micro *equipe* sanitarie. Voglio dire che se gli ambulatori, che siano di medici di medicina generale o di medici ospedalieri, fossero gestiti da micro *equipe* e il paziente risultasse sufficientemente a suo agio con due o tre sanitari, probabilmente il problema dell'assistenza potrebbe essere risolto.

Se ho ben capito, professor Perrone Donnorso, il 5 per cento dei primari esercita la libera professione esternamente.

PERRONE DONNORSO. Hanno scelto l'*extramoenia*.

BODINI (*Ulivo*). Mentre del rimanente 95 per cento solo il 30 per cento ha scelto l'*intramoenia*.

PERRONE DONNORSO. No. La stragrande maggioranza ha scelto l'*intramoenia*, ma non la pratica. Ha scelto l'*intramoenia* e prende l'indennità di esclusività.

BODINI (*Ulivo*). Soltanto il 30 per cento ....

PERRONE DONNORSO. Per noi meno. Il dottor Lucà riferisce che i radiologi sono il 30 per cento.

BODINI (*Ulivo*). Insomma, vorrei sapere se il dato che ha fornito lei riguarda i primari iscritti all'ANPO o è possibile estenderla a tutti gli altri colleghi.

Per quanto riguarda poi le liste d'attesa, anch'io sono convinto che non vi sia correlazione diretta tra queste ultime e l'esercizio della libera professione *intramoenia*, anche se quanto affermato dal dottor Crisarà – che la percezione dei pazienti è che devono ricorrere alla libera professione per aggirare le liste d'attesa – mi fa pensare che qualche problema, seppure non concettuale ma di ordine pratico, ci sia. Se la gente è con-

vinta che scegliendo la libera professione riesce ad evitare le lunghe attese per un ricovero o per effettuare degli esami, probabilmente un problema esiste. A questo riguardo, chiedo al professor Perrone Donnorso se non ritiene che ci possano essere specifiche responsabilità ascrivibili ai direttori delle strutture sanitarie. Anch'io sono stato primario, quindi rivolgo questa domanda con cognizione di causa. A suo avviso, può configurarsi una responsabilità del direttore sanitario, che magari non si impegna a sufficienza perché i tempi di attesa rientrino in limiti ragionevoli? Tutti sappiamo che le liste d'attesa non devono essere eliminate perché hanno un loro significato, ma forse andrebbero affrontate in maniera strutturale.

*CRISARÀ.* Signor Presidente, cercherò di essere il più sintetico possibile, anche se le osservazioni del senatore Tomassini e della senatrice Binetti potrebbero portarmi a parlare molto a lungo.

In merito alla necessità della continuità delle cure e dell'assistenza 24 ore su 24, la FIMMG si batte da decenni e continuerà a farlo fin quando la politica non si occuperà della progettazione di un modello di assistenza continua. Senatrice Binetti, io rappresento proprio la continuità assistenziale e un anno e mezzo fa ho consegnato a questa Commissione un *dossier* sulla continuità delle cure.

Vorrei rispondere al senatore Tomassini riportando un'esperienza personale. Non so quanti di voi hanno sentito parlare dell'UTAP della ASL di Thiene. Si tratta di una struttura in cui vi è un'alta integrazione tra ospedale e territorio, in cui il direttore generale ha puntato decisamente sulla continuità delle cure e sull'esaltazione del ruolo centrale del medico, non come mera figura di comando, ma come garante del cittadino per un'assistenza 24 ore su 24, fuori e dentro l'ospedale. Portando i servizi (ad esempio, con la telemedicina) su un territorio disperso (si tratta infatti di una zona quasi di campagna del Veneto) il risultato è, molto banalmente, l'assenza di liste di attesa. I cittadini godono delle prestazioni direttamente, per quanto è possibile, nella sede dell'UTAP e, guarda caso, è l'unica azienda in attivo di tutto il Veneto; non ha disavanzi, anzi chiude il bilancio regolarmente in attivo.

Ciò significa che se si punta effettivamente sul territorio e sul ruolo del medico di medicina generale come garante del paziente le situazioni cambiano. Propongo alla Commissione di verificare se le liste d'attesa sono impegnate da prime visite o da visite di controllo; si constaterà che le liste d'attesa per prestazioni specialistiche sono intasate dai controlli successivi, che, per alcune patologie come il diabete, potrebbero essere tranquillamente svolti presso il medico di famiglia, senza l'invio presso le strutture ospedaliere. Ripeto, non sono mosso da alcun intento polemico. Desidero soltanto ribadire che la medicina generale cerca da anni di riappropriarsi di un ruolo centrale nell'assistenza del paziente 24 ore su 24, ma per raggiungere tale obiettivo occorre una volontà di progettazione. Sfido chiunque a trovare nelle normative regionali e negli accordi regionali integrativi per la medicina generale, tranne negli ultimi

tempi, un progetto che stabilisca chi fa cosa 24 ore su 24. Non c'è un'analisi della situazione.

In Veneto sono in funzione cinque PET che, come riferiva il dottor Lucà, lavorano al di sotto delle possibilità. Sarebbe meglio allora se, invece di avere cinque PET, ne avessimo due o tre che, però, lavorassero a ciclo continuo. Entro in un campo difficile per me, ma cerco di parlare con buon senso. Si tratta di una tecnologia che invecchia velocemente; una macchina di quelle dimensioni e con quei costi ha un utilizzo e un'affidabilità diagnostica limitati nel tempo. Se fossi un imprenditore privato, riterrei che quella macchina dovrebbe restituirmi ciò che ho investito nel più breve tempo possibile; visto però che sono imprenditore pubblico, la faccio lavorare per quattro o cinque ore al giorno, sette se va bene. Non entro nel merito delle responsabilità soggettive, anche perché provengo da una realtà in cui non c'è una forte richiesta di prestazioni private, in quanto il pubblico funziona in modo eccellente a tutti i livelli.

Ribadisco che è fondamentale il ruolo del medico di medicina generale, soprattutto per l'assistenza 24 ore su 24, ma per ottenere questo risultato ci vuole la volontà di spostare risorse dall'ospedale al territorio, creando condizioni virtuose come quelle di Thiene.

*LUCÀ.* Signor Presidente, cercherò di rispondere a tutti i quesiti che mi sono stati rivolti.

I dati che ho fornito a questa Commissione provengono da un'indagine svolta su tutti i radiologi, non solo su quanti fanno parte del nostro sindacato, anche se noi rappresentiamo la gran parte dei radiologi del sistema sanitario nazionale. Il 97 per cento ha optato per l'attività in esclusività, ma in verità solo il 36 per cento esercita la libera professione, percentuale che in alcune realtà, come il Meridione o il Centro Italia (ad esempio, Abruzzo e Molise), si riduce al 2 o al 3 per cento per ostacoli sociali difficili da superare.

Il dato fondamentale è che – voglio ricordarlo – il precedente contratto nazionale dell'8 giugno 2000 ha immesso il cosiddetto sistema della produttività aggiuntiva, vale a dire l'acquisto di prestazioni da parte dell'azienda nei confronti dei suoi dirigenti proprio per l'abbattimento delle liste di attesa. Nella maggior parte delle grandi strutture ospedaliere – ma non solo – già si lavora a ciclo continuo; l'attività è quanto meno svolta durante le 12 ore diurne, perché la fascia notturna è da noi dedicata alla continuità assistenziale, alla guardia.

I problemi sono due fondamentalmente: carenza di personale tecnico, ma anche di medici. Per quanto se ne dica, infatti, l'ambiente radiologico non è ancora saturo; abbiamo tante realtà carenti in tutte le componenti della radiologia. Si parla tanto della diagnostica. Sono un radioterapista e vi assicuro che le carenze di questa professionalità sul territorio nazionale sono gravi, ma vi è anche insufficienza di medici nucleari. Per ottenere certe prestazioni, infatti, non servono solo le macchine, che comunque sono poche, ma anche gli uomini.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Come per gli anestesisti.

LUCÀ. I fondi sono anche male allocati, certamente. Esistono però carenze in termini assoluti. Mi rifaccio a quanto diceva la senatrice Binetti. Occorre tornare a un corretto rapporto tra medico e paziente, non solo nel settore clinico, ma anche nell'area radiologica. Si parte dall'anamnesi, dall'analisi dei precedenti iconografici; è vero che si potrebbero mandare i referti in India, ma si perderebbe la conoscenza del paziente. Mi considero un vecchio medico; una delle prime cose che mi hanno insegnato è che il dialogo con il paziente fa il 50 per cento della diagnosi. È proprio la comprensione di quello che sta esprimendo il paziente che permette di andare avanti. Sto conducendo una battaglia contro la telemedicina e la teleradiologia: sono accettabili se rappresentano un ausilio tecnico di supporto, ma non lo sono se sono un superamento dell'uomo attraverso la macchina.

Vorrei concludere affrontando un altro aspetto del problema: per l'abbattimento delle liste di attesa è importante la differenziazione delle richieste. Escludiamo gli *screening* e le visite di controllo, mettiamo in luce le priorità vere, come quelle di oncologia e cardiologia. Vedrete che allora le liste si esauriranno.

PERRONE DONNORSO. Cercherò di rispondere brevemente a tutte le domande poste.

In primo luogo, voglio precisare al senatore Marino che quando ho fatto presente che alcuni Paesi mandano gli esami in India, questo non era un mio auspicio. Volevo solo rappresentare la complessità del problema, per cui si arriva persino a dover inviare al di fuori del proprio Stato esami medici.

Al senatore Tomassini che, da esperto qual è, ha messo il dito sulla piaga in merito all'integrazione ospedale-territorio, rispondo che se ne parla da tempo ma non si è mai fatto nulla di concreto. Personalmente continuo a credere che questa rappresenti la chiave di volta per riordinare il sistema. Su tale argomento vent'anni fa la mia associazione ha condotto uno studio cui è seguita la pubblicazione di un volume, di cui ho fatto dono anche al ministro Turco, intitolato «Dipartimento, ospedale, territorio».

Al senatore Bodini cercherò di fornire una risposta precisa per quanto riguarda le responsabilità dei primari e le percentuali relative ai dirigenti medici – non ai primari, si badi bene – che esercitano la libera professione *intramoenia*. Secondo i dati a nostra disposizione, ricavabili dalla Funzione pubblica, che possiede le pubblicazioni della Ragioneria generale dello Stato (non si può mentire, si tratta degli stipendi pagati), le percentuali di adesione al rapporto esclusivo sono pari al 97 per cento, mentre molto diverse sono quelle relative a chi veramente esercita la libera professione, dando oltre tutto un ristoro all'azienda sanitaria. Come certamente voi tutti saprete, infatti, chi esercita la libera professione *intramoenia* è tenuto al pagamento di una percentuale all'azienda, anche se esercita

la professione fuori dall'azienda stessa; quest'ultima, dunque, non sostiene alcuna spesa.

In merito alla responsabilità dei primari, fatto salvo il caso di qualche mascalzone, come può accadere in ogni categoria, posso assicurare che il primario ha un forte motivo d'interesse a sorvegliare le liste d'attesa, perché rappresentano il punto vulnerabile, quello che rende il primario scoperto nei confronti dei possibili provvedimenti che l'azienda può assumere.

Il senatore Massidda ha chiesto cosa si può fare: garantire maggiore libertà nel settore seguendo l'indirizzo del ministro Bersani che nel recente decreto-legge ha previsto la liberalizzazione in numerosi settori.

Penso che l'attività del medico ospedaliero vada collegata all'attività istituzionale. Chi non svolge la maggior parte della propria attività a favore dell'istituto non può esercitare la professione fuori le mura dell'ospedale. In caso contrario, saremo noi ad essere severissimi. Credo ci sia spazio per tutti. I colleghi che sono disponibili a svolgere un'importante attività istituzionale, dopo avervi assolto in maniera preponderante, conseguendo dei risultati, perché dovrebbero vedersi negare la possibilità di esercitare la propria attività al di fuori delle mura dell'ospedale?

PRESIDENTE. Ringrazio tutti i nostri ospiti per il contributo dato ai nostri lavori. Ancora una volta vi invito a fornirci ulteriori elementi, anche attraverso note scritte. Vi assicuro che tali documenti rappresentano per noi un patrimonio utile, vengono considerati con serietà ed esaminati con rigore da tutti i componenti della Commissione. Sono altresì importanti in considerazione del fatto che il Ministro della salute ha nuovamente affermato che, prima di assumere decisioni in merito all'esercizio della libera professione medica intramuraria, attenderà la conclusione dell'indagine conoscitiva in titolo. Vi ringrazio ancora per la vostra presenza.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*

