



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 25

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

61^a seduta: martedì 27 marzo 2007

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E**Documento conclusivo**
(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 15
* BINETTI (<i>Ulivo</i>)	3
BODINI (<i>Ulivo</i>)	8
* BOSONE (<i>Aut</i>)	5
* CURSI (<i>AN</i>)	8, 9
EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>)	9
THALER AUSSERHOFER (<i>Aut</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-Consumatori: Misto-Consum; 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; Misto-Sinistra Critica: Misto-SC.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo 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, sospeso nella seduta del 21 marzo 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 ci sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Riprendiamo la discussione.

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, negli ultimi mesi, anche su richiesta della ministro Turco e su sollecitazione di alcuni fatti concreti, è stato svolto un lavoro attento, preciso e puntuale di audizioni, riflessioni e confronti, dopo il quale vorrei puntualizzare alcuni aspetti dell'attività *intramoenia*.

Innanzitutto, si avverte la necessità di puntare su un modello di organizzazione negli ospedali che permetta di ottimizzare al massimo le risorse, non soltanto ai fini della riduzione dei tempi di attesa, ma anche ai fini della disponibilità nell'attività ordinaria, convenzionata, delle strutture sanitarie pubbliche delle figure più prestigiose presenti all'interno di un policlinico (ad esempio, il primario o l'aiuto), cioè di quelle persone esplicitamente portatrici di una competenza riconosciuta all'esterno. A volte ciò non accade e, pertanto, la richiesta di un intervento in *intramoenia* nasce dal bisogno del paziente di interagire direttamente con un determinato professore con cui ha stabilito un rapporto. Mi sembra che nel modello dell'*intramoenia*, che vorremmo fosse preso in considerazione, vi sia innanzi tutto un obiettivo di organizzazione che ottimizzi le risorse in termini di persone, di tempi e di spazi. Soltanto a queste condizioni è possibile pensare che gli effettivi diritti del paziente vengano garantiti.

Pensando all'*intramoenia*, vogliamo assumere prima di tutto il punto di vista del paziente, che si riconosce sostanzialmente nell'esercizio esplicito e chiaro della scelta del medico. Sarebbe quanto meno sorprendente che dovessimo riconoscere questo diritto del paziente – il famoso articolo

32 della Costituzione – soltanto in termini di farmaci da assumere e non dovessimo considerare la figura del medico come il farmaco più importante di cui il paziente ha bisogno. Mi riferisco, dunque, al diritto del paziente a porsi in una relazione privilegiata nei confronti del medico che se ne prende cura.

Contro una sorta di anonimato terapeutico e, quindi, contro una sorta di evanescenza degli interlocutori che ogni volta il paziente incontra, occorre fornire una risposta chiara e forte attraverso il modello organizzativo. Credo che nel formulare una revisione di tali principi e regole si debba tenere conto del diritto del paziente e della complessità del modello organizzativo in cui versa la stragrande maggioranza dei servizi ambulatoriali. Oggi il modello dell'*outpatient* si afferma sempre più e i *day hospital* chirurgico, diagnostico e terapeutico diventano luoghi in cui con maggiore frequenza il paziente pone il suo bisogno di salute.

Se nel modello organizzativo si assumerà questa prospettiva di coerenza del rapporto tra paziente e medico con un rapporto pieno di fiducia, si potrà dare vita a quella casa della salute cui la ministro Turco si è recentemente riferita.

In tale contesto è importante che i tempi del professionista medico (e, tra breve, quando ci saranno gli ambulatori infermieristici mirati a servizi e a prestazioni particolari, occorrerà prendere in considerazione anche i tempi di altre figure professionali, come ad esempio infermieri e fisioterapisti) rientrino in una visione complessiva che dia ragione del tempo dedicato da queste persone all'attività di reparto o a quella ambulatoriale. Troppo spesso accade che il tempo del professionista non sia a dedizione reale e concreta del paziente. Fatta salva l'idea che si possa lavorare per otto ore, può essere possibile dedicare a tale attività due, quattro, sei o otto ore; è importante, che questo tempo sia codificato, conosciuto e chiaro e che non si determini la situazione per cui il tempo del professionista venga in qualche modo subappaltato a figure professionali più giovani, a volte meno competenti, anche se molto spesso più disponibili. In quei casi, di fatto il paziente non incontra la persona che avrebbe voluto incontrare.

Vorrei che nel nostro progetto insistessimo molto su questo rigore che definisce realmente una parte importante della relazione professionale, che presenta una asimmetria relazionale, che si esprime nella richiesta di attenzione specifica e selettiva. Per il malato è importante che il medico non sia uno qualunque, ma sia sempre quel determinato medico.

Allora, se ci facessimo forti di questo ed assumessimo profondamente ed intensamente tale prospettiva, il ricorso all'*intramoenia* potrebbe diminuire; tale diminuzione significherebbe poter garantire al paziente ciò di cui ha bisogno nei termini previsti dal Servizio sanitario nazionale e, quindi, dai costi e dai valori convenzionali.

Credo che nel nostro progetto debba occupare una parte molto precisa, concreta e puntuale quella relativa alla figura del professore che ha una relazione con il paziente al di fuori del contesto strutturato; ri-

tengo, infatti, che le persone non possano essere accessibili solo ed esclusivamente attraverso la dialettica dell'*intramoenia*.

Nello schema di documento predisposto dal collega Bodini si presta una particolare attenzione a questo tema, agli aspetti personalistici della relazione medico-paziente. Ritengo tuttavia che qualche puntualizzazione in più possa essere fatta proprio per garantire, in questo contesto ordinario, la qualità della relazione interpersonale ed evitare che quest'ultima diventi soltanto un *optional* di lusso possibile in strutture di eccellenze e per problematiche particolari.

BOSONE (*Aut*). Signor Presidente, credo che dovremmo cercare di concentrare i nostri sforzi in queste ultime sedute che ci restano per arrivare ad una definizione del problema ed individuare le risposte che noi, per la responsabilità che deriva dall'essere membri di questa Commissione, dobbiamo fornire non solo al mondo delle professioni ma anche a quello dei pazienti, soluzioni sulla questione del rapporto tra medico e paziente.

Infatti, mi sembra che dal documento predisposto dal senatore Bodini, che ritengo molto puntuale e nel quale si individua tra l'altro un notevole sforzo per trovare una sintesi tra le risultanze delle numerose audizioni, emerga che il problema delle liste di attesa non viene risolto dall'*intramoenia*, quindi si tratta di due questioni completamente distinte.

Inoltre, trovo corretto che nello schema di documento conclusivo (e immagino anche in quello che approveremo) si forniscano alcuni suggerimenti per affrontare e ridurre il problema delle liste di attesa. Per tale motivo considero giusto anche il richiamo all'appropriatezza delle richieste, che, in parte, provoca tale problema, alla sensibilizzazione dei medici di base e anche all'introduzione più massiccia di prestazioni aggiuntive, cioè all'acquisto di prestazioni da parte dell'azienda per andare incontro alla riduzione delle liste di attesa, qualora il problema non venga sufficientemente affrontato dalla struttura sanitaria in regime convenzionale ordinario. Ed è anche chiaro che il paziente, in regime di convenzione, deve poter accedere alla prestazione richiesta in tempi congrui (tempi che, peraltro, sono stabiliti dalle Regioni, dai servizi sanitari regionali) e deve poter accedere anche alle prestazioni urgenti con soddisfazione. Cito per esempio la Lombardia che ha introdotto il sistema del bollino verde, la cosiddetta urgenza differita, che permette ai pazienti di accedere entro 48 ore alla prestazione richiesta superando le liste di attesa, ma sempre nell'ambito della convenzione del Servizio sanitario nazionale. Questo è un metodo per rispondere ad una richiesta urgente, ma anche il paziente che non ha urgenza deve poter accedere alla prestazione necessaria in tempi congrui e in condizioni ambientali congrue, quindi di *comfort* e di qualità della prestazione stessa.

Detto questo, rimane però il problema del rapporto fiduciario perché il più delle volte il paziente chiede anche di avere con il proprio medico un rapporto di fiducia continuativo nel tempo più che nello spazio. Infatti, che si veda il medico nell'ambulatorio accanto piuttosto che in quello di

fronte cambia poco, mentre la continuità temporale e personale con il medico con cui si instaura, appunto, un rapporto continuativo, è un po' il nodo della questione che sta proprio nel rapporto di continuità con il medico e nell'instaurare con lui un rapporto fiduciario.

Quindi il tema che dobbiamo affrontare è proprio come organizzare al meglio il rapporto fiduciario tra il medico e il paziente, ed il quesito che emerge dal documento del senatore Bodini è come organizzare in modo efficiente tale rapporto fiduciario in modo che sia efficace per il paziente ed efficiente rispetto al Servizio sanitario nazionale e alle aziende e, se mi permettete, anche rispetto al medico stesso che eroga la prestazione.

Pertanto, dovremo cominciare ad abbozzare delle risposte. In sede di dichiarazione di voto, anche se brevemente, saremo più puntuali, però penso che alcune ipotesi, al di là dell'analisi del documento, dovremo cominciare a formularle data la necessità di regolamentare l'*intramoenia* e, verosimilmente, di stabilire che l'*intramoenia* allargata, dopo il 31 luglio, non sia più possibile.

Peraltro ci troviamo anche di fronte al paradosso che ci è stato comunicato che le strutture sanitarie in Italia – del Nord, Centro o Sud, non fa molta differenza – in Italia, non sono adeguate e non faranno in tempo, entro luglio 2007, ad adeguarsi per permettere l'*intramoenia* come prevista dalla cosiddetta legge Bindi. Non sono in grado, cioè, entro il 31 luglio 2007, di costruire nuove strutture, prevedere nuovi ambulatori e nuovi percorsi che permettano la separazione esatta delle prestazioni *intramoenia* rispetto a quelle in convenzione. Dunque dobbiamo fornire alcune risposte e sappiamo che possono essere solo due: o si proroga ulteriormente l'*intramoenia* allargata, immaginando anche di istituire un osservatorio, come in parte suggerisce il documento del senatore Bodini, che preveda dei commissariamenti per le strutture che entro un certo tempo non si adeguano utilizzando i fondi messi a disposizione dal Servizio sanitario nazionale per l'adeguamento delle strutture, oppure dovremmo dire stop all'*intramoenia* allargata e lasciare chiaramente l'*intramoenia* e l'*extramoenia* nelle condizioni previste dalla legge. Per quel che riguarda l'*intramoenia*, cioè il rapporto di esclusività, bisogna trovare il modo che essa venga garantita all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Voglio svolgere ancora due osservazioni: innanzitutto, a proposito dell'indennità di esclusività di rapporto, in più audizioni è stato chiesto l'adeguamento di tale indennità. Mi premurerei di assicurare prima di tutto che l'indennità già prevista venga erogata nell'ambito di tutte le strutture pubbliche o private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, perché non deve succedere, pur nell'ambito della trattativa decentrata, che esistano medici che, pur afferendo al Servizio sanitario nazionale, usufruiscano di un trattamento diversificato per quel che riguarda l'indennità di esclusività di rapporto. Dunque penso che tale aspetto sia da equilibrare prima di tutto, prima di pensare ad un eventuale adeguamento dell'indennità stessa, che comunque ritengo sia da tenere in conto.

Il tema principale, però, è come garantire la praticabilità dell'*intramoenia* nel momento in cui stabiliamo che non può più essere allargata.

Il senatore Bodini, già nel suo documento, fa percepire alcune possibilità. A mio avviso, le strade che possiamo seguire in questo caso sono due. Dato che non si può più fare l'*intramoenia* allargata e non andiamo verso una proroga, possono coesistere, secondo me, entrambe le ipotesi, anzitutto quella già formulata, che suggerisce che la struttura, pubblica o privata convenzionata che sia, possa a sua volta attivare – come è già emerso dal dibattito e io concordo – convenzioni con altre strutture per reperire gli spazi perché l'*intramoenia* possa essere praticata non in regime allargato ma semplicemente in regime aziendale, quindi il rapporto tra il medico e la struttura aziendale rimane sempre molto diretto e non sfugge al controllo dell'azienda.

D'altra parte, possiamo anche immaginare un'altra soluzione: molte aziende hanno detto che, oggi come oggi, l'attività *intramoenia* aziendale viene eseguita in commistione con l'attività istituzionale, ossia con percorsi separati, ma fruendo di spazi e attrezzature utilizzate in altre ore per l'attività istituzionale.

Potremmo ipotizzare di percorrere questa via senza che ciò danneggi l'attività istituzionale, quindi nel rispetto delle liste di attesa e per quelle strutture che rispettano i tempi delle liste di attesa previsti dal Servizio sanitario regionale (altrimenti andremmo in conflittualità con le prestazioni erogate in convenzione). Potremmo immaginare che nelle strutture in regola con i tempi per le liste di attesa, in tempi decisi dalla struttura aziendale, gli spazi e le attrezzature possano essere utilizzati anche per le prestazioni *intramoenia* - come già succede, penso, nella quasi totalità delle strutture sanitarie nazionali – chiaramente con percorsi chiari e diversificati tra pazienti che accedono in prestazione convenzionata e pazienti che accedono in prestazione professionale *intramoenia*, in termini sia di prenotazioni, che di adempimenti amministrativi. In tal modo, garantiremmo la possibilità di chiudere entro il 31 luglio l'*intramoenia* allargata.

In questa ipotesi, verrebbero eliminate tutte le storture legate allo scarso controllo amministrativo che avviene nell'*intramoenia* allargata e che è stato anche evidenziato da questa Commissione, in quanto il controllo amministrativo sarebbe riportato all'interno dell'azienda.

Anche i fondi, se non erro cospicui (credo pari a 280 milioni di euro), destinati all'adeguamento delle strutture per l'*intramoenia*, potrebbero essere utilizzati per il potenziamento e l'adeguamento di strutture sanitarie dedicate all'attività convenzionata, oltre che a quella professionale e questo potrebbe essere un aiuto che diamo ad alcune strutture sanitarie per il loro miglioramento strutturale.

In tale seconda ipotesi, con esclusione dell'*intramoenia* allargata e riconduzione dell'*intramoenia* nell'ambito delle due soluzioni che ho detto, non escludo la necessità di istituire un osservatorio che valuti, entro i sei mesi successivi, come le aziende sanitarie si adeguino per rispondere, da un lato, al problema delle liste di attesa e, dall'altro, a quello dell'*intramoenia*.

L'osservatorio, chiaramente su base regionale, mi sembra comunque una struttura che debba rimanere in piedi per controllare come questi

provvedimenti vengano attuati, in modo da garantire entro l'anno la piena attuazione dell'intero provvedimento, nonché la possibilità che l'*intramoenia* avvenga finalmente in modo esaustivo, regolare e controllato e che le liste di attesa, con un percorso diverso, siano ridotte.

BODINI (*Ulivo*). Signor Presidente, lavorando su questo tema ho scoperto che l'osservatorio doveva già essere istituito ai sensi del decreto legislativo n. 502 del 1992. Lo dico perché ho intenzione di emendare il mio testo e quindi possiamo chiedere non tanto l'istituzione, quanto l'attivazione reale di quanto già previsto per legge. Credo sia giusto dare comunicazione di questo ai colleghi.

PRESIDENTE. Data anche la presenza della senatrice Thaler Ausserhofer, vorrei rendere noto quanto è accaduto nei giorni scorsi, quando ho tenuto una conferenza presso l'università di Bolzano. In quella occasione è emersa una problematica che forse alcuni di voi conoscono meglio di quanto potessi conoscerla io fino a quel momento: vi è una situazione complessa in quell'area del Paese, dove non si è mai concesso ai medici di esercitare l'attività *intramoenia*. I medici di quell'area, che sono numerosi, attendono da nove anni che la normativa si adegui alla legislazione Bindi, perché un intervento della Provincia autonoma ha bloccato l'adeguamento alla legislazione nazionale. Mi è stato chiesto se si potesse, in un paragrafo, rappresentare l'opportunità di questo adeguamento. Forse possiamo esprimere una raccomandazione in tal senso nel documento cui spero si addivenga al più presto attraverso un percorso condiviso da tutti, dimostrando un segnale di interesse per professionisti che comunque sono italiani, pur nel rispetto dell'autonomia di quella Provincia.

CURSI (*AN*). Tra l'altro, in quella Regione non è garantito l'articolo 32 della Carta costituzionale, perché il medico che non conosce la lingua tedesca non può esercitare.

THALER AUSSERHOFER (*Aut*). Anche uno che non conosce la lingua italiana.

CURSI (*AN*). Chi l'ha detto? Sono italiani. Se sono italiani, conoscono la lingua italiana.

PRESIDENTE. È previsto il bilinguismo.

CURSI (*AN*). Il più grande professore non può esercitare: un professore che voglia effettuare un trapianto, non può farlo se non conosce il tedesco. Altro che De Gasperi-Gruber!

THALER AUSSERHOFER (*Aut*). Signor Presidente, devo rispondere al senatore Corsi che abbiamo uno Statuto ben preciso, che obbliga al bilinguismo: non si tratta di un medico che non conosce le lingue. Devono

conoscere tutte e due lingue perché abbiamo una presenza di minoranze linguistiche e stiamo attuando una buona convivenza considerando tutte le lingue presenti nella nostra provincia. Chiedo il rispetto dello Statuto e di lasciarci lavorare bene.

CURSI (AN). E la modifica dello Statuto.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). Signor Presidente, approfitto per dire che sono assolutamente d'accordo con il rispetto del principio statutario del bilinguismo.

Pensiamo che debba essere ringraziato il senatore Bodini per aver svolto il compito, molto gravoso, di stilare la bozza di documento conclusivo di questa indagine. Nello stesso tempo, sentiamo l'esigenza di contribuire alla sua stesura definitiva, avanzando alcune considerazioni e proposte aggiuntive rispetto a quelle presentate, peraltro, con grande correttezza, essendosi il senatore Bodini basato sulla documentazione e sulle audizioni e avendo lasciato spazio alla discussione per l'indicazione di proposte.

Vorrei sottolineare che le proposte integrative e queste considerazioni non derivano solo o tanto da una soggettività politica, ma dalla pratica della relazione di cura non in qualità di medico ma di persona curata, come ho ripetuto più volte in questa Commissione.

Quella di cura è una relazione tra persona che deve essere curata e medico che la cura, soggetti che spesso condividono frustrazioni, come nel caso delle malattie croniche: per l'uno, di non poter guarire e, per l'altro, di non poter essere guarito. Si tratta quindi di una relazione che è anche ricca.

Se saremo capaci di coniugare, nelle conclusioni di questa indagine, competenze professionali, soggettività politiche e soprattutto saperi che maturano nell'esperienza quotidiana dei servizi, forse riusciremo a fare davvero qualcosa di buono, anche perché, come è stato sottolineato, è questione su cui si discute da anni.

Ci preme innanzitutto sottolineare che l'indagine conoscitiva che ci avviamo a concludere ha per oggetto l'esercizio della libera professione medica intramuraria «con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici».

Il 4 luglio scorso, nell'illustrare la proposta, il presidente Marino sottolineava come a suo giudizio l'introduzione dell'istituto dell'attività professionale intramuraria dei medici, pur rispondendo ad esigenze del tutto condivisibili, avesse avuto conseguenze in molti casi decisamente negative in ragione della inadeguatezza di molte strutture rispetto all'attuazione pratica della normativa. In particolare, ipotizzava che in ampie zone del Paese le carenze strutturali degli ospedali avessero comportato la diffusione della «*intramoenia* extramuraria» o *intramoenia* allargata, con gravi conseguenze sul piano del rispetto dell'imprescindibile principio della pari accessibilità ai trattamenti sanitari, a danno specialmente delle persone meno abbienti.

Inoltre, il Presidente avanzava l'ipotesi che l'introduzione dell'*intramoenia* non avesse dato risultati positivi riguardo alla riduzione delle liste di attesa, le quali rappresentavano ancora un problema di notevole gravità. Conseguentemente, gli appariva necessario rilevare la dotazione strutturale degli ospedali presenti sul territorio, nonché la diffusione effettiva dell'attività extramuraria.

Sia pure con accenti e motivazioni differenti da parte dei diversi componenti, la Commissione ha approvato all'unanimità la proposta ed ha anche acquisito agli atti, su segnalazione del senatore Cursi, il documento conclusivo di una precedente indagine conoscitiva, svolta dalla 12^a Commissione della Camera dei deputati nella precedente legislatura, avente per oggetto lo «stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione intramuraria».

A conclusione del programma di audizioni concordato, ritengo in primo luogo necessario dare conto del risultato dei lavori anche in ordine al differente oggetto delle due indagini, ovvero evidenziarne le risultanze, in riferimento non solo all'attuazione della normativa vigente, ma anche alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici.

Sull'argomento, dal complesso delle audizioni effettuate emergono criticità compiutamente evidenziate da Cittadinanza attiva-Tribunale dei diritti del malato. Tra le tante testimonianze che ci sono state riportate, citerò la seguente: dalle dichiarazioni dei rappresentati della suddetta organizzazione sulle segnalazioni giunte al loro servizio di informazione e consulenza dei cittadini, supportate da un documento (depositato agli atti e integrato con una tabella, nella quale sono messi a confronto i tempi delle liste di attesa rilevati attraverso l'Audit civico), risulta che il 15 per cento circa dei contatti con il Tribunale per i diritti del malato riguardanti le liste di attesa aveva lo scopo di ricavare informazioni per ottenere rimborsi per prestazioni sostitutive in regime di *intramoenia* o privato. Circa l'8 per cento dei contatti riguardava e riguarda la difficoltà o l'impossibilità di accedere alle prestazioni nel privato o in regime di *intramoenia* a causa dei costi troppo elevati rispetto alle condizioni economiche familiari.

In sostanza, circa un quarto delle segnalazioni giunte al Tribunale per i diritti del malato riguarda direttamente o indirettamente le prestazioni in *intramoenia* a cui si ricorre per problemi legati alle liste di attesa.

La situazione peggiora per l'insufficienza del sistema unificato di prenotazione, anche perché non c'è un luogo facilmente accessibile in cui i cittadini possano conoscere la procedura delle prestazioni ed esercitare una libera scelta. Il centro unificato di prenotazione (CUP) è ancora poco diffuso e, là dove esiste, la quantità di agende conferite al sistema arriva – nel migliore dei casi – all'80 o al 90 per cento: una percentuale significativa di agende resta al di fuori dei controlli del CUP, determinando una strozzatura nella possibilità di accesso.

Tra le prestazioni per cui più frequentemente si ricorre all'*intramoenia*, sono state citate alcune visite specialistiche significative. Poiché que-

sto dato è significativo, lo riporto: non si tratta solo di prestazioni come ecografie, risonanze magnetiche o TAC – che pure sono fra quelle per cui più frequentemente si ricorre all'*intramoenia* e che, pertanto, ne fanno salire i prezzi medi rilevati – ma di visite angiologiche, fisiatriche, cardiologiche, oculistiche, ortopediche, urologiche e ginecologiche, cioè di visite che ordinariamente dovrebbero essere rese dal Servizio sanitario nazionale.

Si può, insomma, affermare – come è stato fatto – che vi sono prestazioni (come quelle oculistiche, ad esempio) per le quali il regime di assistenza pubblica è più teorico che pratico. La maggior parte delle prestazioni e degli esami avviene in un regime che è a metà strada fra l'*intramoenia* e il privato e i costi sono rilevanti. Ci è stato ricordato che per prestazioni in *intramoenia* (incluse TAC e risonanze magnetiche) si arriva anche a 1.000 euro e non è raro pagarne 250 o 300: non credo che esuli dall'ambito della nostra indagine segnalare questi aspetti.

L'elemento più preoccupante consiste nel fatto che, dal confronto dei tempi di attesa per alcune prestazioni come l'ecodoppler cardiaco, l'ECG dopo sforzo, l'ecografia addominale, la mammografia, la gastroscopia, la colonscopia, la TAC e la risonanza magnetica *total body*, si evince – e questo è un altro dato che ritengo rilevante e significativo – che i tempi di attesa per alcune prestazioni diagnostiche in regime di *intramoenia* sono inferiori a quelli medi per gli esami prenotati negli ospedali come urgenti.

In tre casi – la colonscopia, la TAC *total body* e la risonanza magnetica *total body* – il tempo massimo di attesa in regime di *intramoenia* è inferiore a quello per prestazioni con carattere di urgenza.

Se di norma il tempo massimo di attesa per prestazioni in regime di *intramoenia* è superiore a quello per prestazioni urgenti e inferiore a quello per prestazioni non aventi carattere di urgenza, non si può trascurare il fatto che per tre specifiche e significative prestazioni diagnostiche esso è inferiore anche rispetto alle richieste di urgenza. Credo che questo sia importante rilevarlo.

In conclusione, vi è un'interferenza (sia pure *a contrario*) dell'*intramoenia* sulle liste di attesa ed una persistente situazione di disparità nell'accesso è presente ed è percepita come tale. Desto preoccupazione la segnalazione – rivolta a questa Commissione – che non è infrequente sentir dire dagli utenti che provano la sensazione di subire truffe.

È stato anche segnalato che vi sono casi in cui le prenotazioni sono «gonfiate» per una moltiplicazione delle stesse, per cercare di ottenerle nel sistema pubblico invece di ricorrere a quello privato.

Riteniamo indispensabile che il documento conclusivo si soffermi su questi aspetti, perché contrastano con un'affermazione, ricorrente anche nelle audizioni effettuate, per cui non vi sarebbe rapporto tra l'esercizio della libera professione intramuraria e le liste di attesa. Affermazione, quest'ultima, non così unanimemente condivisa: in più di un caso – non starò qui a elencarli, basta andare a rileggere gli atti – è stata sottolineata, sia pure con differenti toni, accenti, argomentazioni e contesti di ragiona-

mento, l'opportunità, quando non la necessità, di assicurare un equilibrato rapporto tra prestazioni libero-professionali e attività istituzionali. Lo rimarchiamo senza nasconderci dietro a un dito, tantomeno dietro a questo.

Come forza politica, riteniamo che la possibilità di esercizio della libera professione intramuraria sia una contraddizione in termini, per due ordini di motivi.

Vuoi perché è difficile enucleare prestazioni ulteriormente dovute rispetto a quelle che un sistema sanitario pubblico universalistico deve istituzionalmente assicurare a tutti, a carico della fiscalità generale, in regime di appropriatezza; e sull'appropriatezza (ed i controlli a carico della stessa) delle prestazioni erogate in attività di *intramoenia*, non abbiamo avuto riscontri, anche se li abbiamo spesso chiesti, eppure l'articolo 32 della Costituzione qualifica il diritto alla salute non solo come individuale ma anche come interesse della collettività (non vi sono, dunque, riscontri; vi è, comunque, un'altra ragione di contrarietà al regime).

D'altra parte, la stessa scelta del medico può essere comunque consentita anche nel sistema pubblico, attraverso un'attenta programmazione delle prestazioni istituzionali, quanto meno per alcune: penso a quelle ambulatoriali (di cui ho usufruito, in quanto malata cronica), su cui confluisce la parte più consistente delle richieste; sulla base della turnazione negli ambulatori, infatti, scegliamo il medico a quale rivolgerci per i controlli. Lo segnalo perché anche questo è un punto di eccellenza del sistema pubblico, che non è stato forse preso in considerazione.

La forza politica a cui appartengo è altresì dell'avviso che la regolazione introdotta dal decreto legislativo n. 229 del 1999 abbia rappresentato un punto di equilibrio dei diversi interessi coinvolti, che invece oggi sono fortemente squilibrati, per le ragioni evidenziate in molte audizioni.

Ciò detto – e questo è il secondo elemento che riteniamo debba essere evidenziato nel documento conclusivo – richiamiamo l'attenzione sul disposto integrale dell'articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223 del 2006, convertito con modificazioni dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, che abbiamo approvato di recente. Questa norma non introduce solo un nuovo termine entro il quale devono essere adottati gli interventi strutturali necessari per assicurare l'esercizio della libera professione intramuraria, ponendo così fine anche alla cosiddetta libera professione intramuraria allargata, cioè esercitata negli studi professionali o in case di cura convenzionate o accreditate. Al comma 4, questa norma prevede che: «Al fine di garantire il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero-professionale intramuraria, anche in riferimento all'obiettivo di ridurre le liste di attesa» – viene ribadito quell'obiettivo – «sono affidati alle Regioni i controlli sulle modalità di svolgimento dell'attività libero-professionale della dirigenza del Servizio sanitario nazionale e l'adozione di misure dirette ad attivare, previo congruo termine per provvedere da parte delle aziende risultate inadempienti, interventi sostitutivi anche sotto forma della nomina di un commissario *ad acta*. In ogni caso l'attività libero-professionale non può superare, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno,

l'attività istituzionale dell'anno precedente». Questo prescrive dunque una norma che abbiamo approvato da pochi mesi.

A conclusione di questa indagine, adempiremmo solo parzialmente al nostro compito se circoscrivessimo le nostre indicazioni conclusive alla praticabilità del termine del 31 luglio 2007 per l'adozione degli interventi strutturali che assicurino l'esercizio della libera professione intramuraria. Sulla convenienza economica di tale intervento, ci limitiamo ad osservare che, ad oggi, il beneficio del sistema pubblico è irrisorio.

Infine, una precisazione in ordine alla qualificazione della libera professione intramuraria come «diritto del medico». In realtà, l'articolo 13 del decreto legislativo n. 229 del 1999 la qualifica come diritto del medico che opta per l'esclusività del rapporto con il sistema sanitario pubblico, esercitabile con le modalità indicate dalla legge, tra l'altro, ancora una volta, al fine di assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale e di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa. Finalità queste – come ho detto – ribadite dal citato articolo 22-*bis* del decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 248 del 2006. Lo sottolineo perché, anche quando ragioniamo in termini di attuazione della normativa vigente, questi aspetti vanno approfonditi.

Per tali ragioni, riteniamo che si debbano evitare due rischi: innanzi tutto, quello di emanare un'altra grida manzoniana e, in secondo luogo, quello di eludere il nodo politico che l'indagine ci consegna ovvero quello di ristabilire, al minimo, un corretto equilibrio degli interessi coinvolti. Mi riferisco, da un lato, all'esercizio della libera professione intramuraria da parte dei medici che scelgono il rapporto di esclusività, ma dall'altro a quel diritto alla salute di cui ho richiamato i riferimenti costituzionali.

Ho già posto la questione dell'appropriatezza di prestazioni che avvengono al di fuori del controllo pubblico. Mi chiedo anche se queste siano davvero compatibili con il nostro ordinamento costituzionale. Con riferimento ad un passaggio dell'intervento svolto nella precedente seduta dal senatore Tomassini (che per alcuni aspetti ho apprezzato), vorrei fosse chiaro che non ci sono alcuni cittadini che si pagano un servizio e che pertanto lo mantengono di qualità. Tutti noi teoricamente paghiamo il Servizio sanitario nazionale: dico «teoricamente» perché il nostro sistema fiscale assicura il finanziamento da parte dei redditi da lavoro dipendente e da pensione, ma stiamo rilevando livelli di elusione e di evasione fiscale, sui quali forse potremmo anche pensare di inserire qualche indicazione nel documento conclusivo, quanto meno per quanto riguarda la riscossione sulle prestazioni in *intramoenia*. Tutti, quindi, paghiamo i servizi in misura progressiva al reddito. Ritengo che dovremmo e potremmo convenire sul fatto che la libera professione intramuraria, se proprio ci deve essere (mi verrebbe da aggiungere che non ci è stata prescritta dal medico), non può tradursi in un doppio livello di prestazioni erogate, ma semmai in un allargamento della facoltà di scelta del medico che comunque deve essere assicurata nella misura possibile anche nel sistema pubblico.

Aggiungo, a fronte delle ripetute domande di aumento dell'indennità, che anche in questo caso dovremmo pensare di tenere insieme tutto: retribuzione contrattuale, indennità ed introiti da libera professione intramuraria. Di tutto questo è stata evidenziata l'entità media: non penso si possa parlare, seppure nella differenziazione dei livelli tra le diverse realtà del Nord, del Centro e del Sud, di importi irrisori come il ritorno economico del Servizio sanitario pubblico che abbiamo rilevato sinora.

Tenendo conto delle risultanze complessive dell'indagine, a noi pare che nello schema di documento conclusivo dovremmo fornire indicazioni puntuali al fine di assicurare l'applicazione di quelle norme che ad oggi sono rimaste inattuato. Abbiamo alcuni suggerimenti da fornire al riguardo; sapendo che ad oggi principi generali dell'ordinamento non sono stati attuati e volendo evitare che nella prossima legislatura si debba svolgere un'ulteriore indagine nel merito, credo dovremmo attrezzarci con strumenti di attuazione. Ad esempio, riteniamo che il termine del 31 luglio per l'adozione degli interventi strutturali che assicurino l'esercizio della libera professione intramuraria non sia ulteriormente prorogabile. Proprio perché ci misuriamo con il principio di realtà e con i dati rilevati, riteniamo altresì che, in deroga a questa indicazione, per le singole aziende inadempienti a tale data e subordinatamente all'adozione da parte delle Regioni (esattamente come si fa per il ripiano dei disavanzi) di interventi sostitutivi che le stesse Regioni sceglieranno anche sotto la forma, se così riterranno opportuno, di un commissario *ad acta*, detto termine possa essere prorogato. Credo dovremmo indicare la durata della proroga: a mio avviso, non dovrebbe essere più di sei mesi, ma potremmo discuterne. In ogni caso, ritengo che dovremmo assicurare l'equità nell'accesso su tutto il territorio nazionale, il controllo sulle tariffe e sulle attività. In tal senso, pensiamo che la libera professione intramuraria – anche quella allargata nel periodo della deroga che suggeriamo – debba essere esercitata con prenotazione e pagamenti unici. Il pagamento dovrebbe essere organizzato in un punto dedicato e facilmente accessibile delle ASL; a tale proposito, sottolineo che abbiamo individuato una diffusissima evasione fiscale rispetto alla quale non possiamo evitare di assumere una qualche misura.

Pensiamo anche che la previsione di cui al comma 4 del decreto-legge n. 223 del 2006, convertito, con modificazioni, dall'articolo 22-*bis* della citata legge n. 248 del 2006, in ordine al volume delle prestazioni erogabili in libera professione rispetto al volume delle prestazioni istituzionali rese, debba trovare attuazione attraverso un'indicazione normativa che la Commissione fornirà alla ministro Turco. Il Ministro della salute, peraltro, ci ha dichiarato che si attesterà sulle nostre indicazioni. Pensiamo che ciò possa trovare attuazione attraverso il rilascio di un'autorizzazione annuale da parte delle ASL che certifichi ed attesti i dati dell'anno precedente.

Crediamo che gli spazi dedicati all'attività istituzionale e intramuraria debbano essere misti e debbano essere comunicati all'utenza le rispettive condizioni perché la libertà di scelta si esercita nella conoscenza delle

realtà, nonché dei criteri, anche di appropriatezza, che regolano l'erogazione delle prestazioni nel sistema pubblico; devono essere rese note le ragioni per cui certe prestazioni non vengono erogate o si ritiene di non doverle renderle o di non doverle renderle in quei tempi. Riteniamo che vadano assicurati tempi di attesa nel sistema pubblico non superiori ai tempi di attesa per le prestazioni in regime di *intramoenia* (questo è uno dei motivi alla base dei punti unificati). Inoltre, come Commissione possiamo quanto meno auspicare l'individuazione di modalità organizzative dell'attività istituzionale volte a favorire, anche nel sistema pubblico, l'esercizio della facoltà di scelta del medico. Pensiamo, poi, che l'esclusività del rapporto sia connessa al ruolo di direzione organizzativa esercitato: se fosse così, dovrebbe investire non solo i direttori di strutture complesse, ma anche quelli di strutture semplici.

Infine, oltre all'osservatorio già previsto dalla normativa vigente ma rimasto ancora inattuato, riteniamo vi sia un'altra norma largamente inapplicata o comunque male applicata: quella relativa all'istituzione in ogni ASL dei comitati di partecipazione e controllo di lavoratori e utenti. Tale strumento potrebbe affiancare molto utilmente l'osservatorio e soprattutto i cittadini in quei percorsi che li portano così spesso a rivolgersi a Cittadinanza attiva e al Tribunale per i diritti del malato. Mi riferisco a quelle situazioni nelle quali i cittadini si trovano costretti a ricorrere all'*intramoenia* in assenza di un'organizzazione del sistema delle liste di attesa che consenta loro di ottenere quanto di diritto all'interno del servizio sanitario pubblico.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito dell'esame dello schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,55.

