



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 26

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

62^a seduta: mercoledì 28 marzo 2007

Presidenza del vice presidente SILVESTRI,
indi del presidente MARINO

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

PRESIDENTE:	
– SILVESTRI	Pag. 3, 8
– MARINO	17
BODINI (<i>Ulivo</i>)	7
CAFORIO (<i>Misto-IdV</i>)	15
COLLI (<i>FI</i>)	16
* CURSI (<i>AN</i>)	9
EMPRIN GILARDINI (<i>RC-SE</i>)	4
* GHIGO (<i>FI</i>)	3, 4, 7
LORUSSO (<i>FI</i>)	8
MONACELLI (<i>UDC</i>)	13

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.

Presidenza del vice presidente SILVESTRI

I lavori hanno inizio alle ore 15.

*PROCEDURE INFORMATIVE***Documento conclusivo**

(Seguito dell'esame e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno 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.

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 sullo schema di documento conclusivo predisposto dal senatore Bodini, sospesa nella seduta di ieri.

GHIGO (*FI*). Signor Presidente, nel mio intervento vorrei svolgere alcune considerazioni, partendo, e non perché è d'obbligo, con i ringraziamenti al senatore Bodini, che obiettivamente ha svolto un lavoro assai utile alla comprensione complessiva della procedura dell'*intramoenia* che, vorrei ricordarlo, è stata istituita per legge nel tentativo di salvaguardare i diritti dei medici e degli altri professionisti che operano nel Servizio sanitario nazionale, oltre che, naturalmente, per creare anche una possibilità per i cittadini aumentando le opportunità di fruire prestazioni sanitarie.

A proposito della metodologia che la Commissione ha adottato attraverso un capillare e piuttosto ampio percorso di audizioni che ci hanno permesso di elaborare un'opinione statisticamente rilevante, l'unico elemento sul quale forse si può avanzare qualche perplessità, sia pure valutandone l'aspetto innovativo, è quello relativo ai questionari che le singole Regioni e alcune direzioni generali, attraverso le Regioni, hanno compilato, dato che non tutte hanno permesso un'analisi puntuale relativa allo stato dell'arte di applicazione dell'*intra moenia* nella struttura sanitaria. Questa analisi, e anche alcune considerazioni riprese dai documenti redatti dalla Commissione affari sociali della Camera nel corso della legislatura precedente – a cui il senatore Bodini rivolge un accenno critico – ci hanno

evidenziato alcuni aspetti abbastanza evidenti di criticità nell'applicazione di questo strumento.

Per non ripetere argomenti già espressi bene dai miei colleghi, vorrei tentare di arrivare al nocciolo della questione e approfondire gli aspetti relativi ad un ipotetico percorso successivo ad una proroga che mi sembra risulti evidente dalla relazione del senatore Bodini. Inoltre, credo sia molto stimolante per tutti noi il fatto che il ministro della salute Turco abbia affermato che recepirà il documento conclusivo di questa Commissione, cosa che naturalmente vincola il Ministro dal punto di vista politico ma vincola anche noi a tentare di elaborare una proposta il più possibile condivisa.

Da questo punto di vista mi sembra che in questi giorni sia già emerso qualche elemento di differenziazione negli interventi dei miei colleghi e naturalmente faccio gli auguri al collega Bodini che avrà poi il compito di cercare di commisurare tali differenze in un documento conclusivo che ci auguriamo trovi il consenso di tutti i componenti della Commissione. Infatti, secondo me, è chiaramente più agevole per il Ministro adottare un documento che ha il voto di tutti componenti della Commissione piuttosto che un documento votato, usando un eufemismo, dalla sua maggioranza, dato che, volendo fare una battuta, siamo ormai in una situazione di «maggioranze variabili».

Credo che si debba partire dal presupposto che l'istituto dell'*intra-moenia* presenti, dal suo punto di vista, una certa positività, anche se mi rendo conto che tale concetto non è completamente condiviso da alcuni colleghi, e cito naturalmente le opinioni espresse ieri dalla senatrice Emprin Gilardini, che su questi temi ha delle posizioni abbastanza ideologizzate a differenza del collega Bodini, il che non è una critica, anzi potrebbe essere probabilmente un complimento, ma è comunque un dato di fatto.

EMPRIN GILARDINI (RC-SE). A proposito delle ideologie, ho già detto cosa penso.

GHIGO (FI). Allora diciamo idee orientate in maniera netta, per usare una terminologia che sia meno impattante, per così dire, mentre naturalmente dal nostro punto di vista riteniamo, come dicevo precedentemente, secondo lo spirito istitutivo della legge, che l'*intramoenia* sia un'opportunità che molte aziende vivono come positiva e che non si debba precludere perché l'azienda vede attraverso questo meccanismo la possibilità di aumentare il suo *appeal* – il senatore Bodini usa nella sua relazione il termine obiettivo di *marketing* - che permetta all'azienda di rappresentare all'esterno una situazione di offerta più differenziata. Allo stesso tempo è anche vero, e questo è l'altro grande problema, che non in tutte le Regioni tale meccanismo viene attuato in maniera equivalente. Questo è forse uno dei problemi che dovremo affrontare nei suggerimenti che dovremo fornire sul meccanismo di verifica e di attuazione, dato che viene sempre lasciato come tema di fondo.

Noi abbiamo l'obiettivo di intraprendere dei percorsi legislativi che vadano bene per tutto il territorio nazionale in campo sanitario ma, lo dico sapendo di dire una cosa del tutto banale, la sanità nel nostro Paese non è uguale in tutte le Regioni: ci sono delle fortissime differenziazioni. La stessa analisi sull'*intramoenia* fa emergere che in alcune parti d'Italia questa attività dà dei risultati positivi, mentre in alcune altre sono negativi. Se poi affrontiamo anche la questione dell'*intramoenia* allargata, al Nord il bilancio è positivo mentre invece nelle Regioni del Sud è assai negativo per i motivi che si evincono dalla relazione in maniera molto chiara: il primo motivo è la difficoltà di alcune Regioni di attuare investimenti specifici per la realizzazione delle strutture per esercitare l'*intramoenia*; il secondo problema è chiaramente la mancanza di verifiche e di controlli, della contabilità parallela e di tutti quegli aspetti che una buona amministrazione di azienda dovrebbe mettere in atto per rendere trasparente il procedimento e, rendendolo trasparente, magari anche dare risposta alla questione cui faceva riferimento la senatrice Emprin Gilardini, della difficoltà provocata dalle liste di attesa che molti, o alcuni, vogliono collegare al discorso dell'*intramoenia* mentre lo stesso senatore Bodini, nella sua relazione, ma anche le stesse aziende che abbiamo audito, sostengono non esserci nessuna connessione tra il problema delle liste di attesa e l'esercizio dell'*intramoenia*, sia quella interna che quella allargata.

Credo dunque – e ora dirò una cosa che certo potrà non essere condivisa da qualche collega ma lo è dal senatore Bodini perché lo ha scritto – che la gestione delle liste di attesa sia di fatto uno strumento che permetterebbe di gestire la domanda nel settore sanitario e che, per certi versi, abbia come obiettivo finale, se esercitata con un criterio corretto, l'accelerazione del processo di identificazione delle prestazioni appropriate. Infatti il problema della nostra sanità, chiaramente, non è quello di non fornire buoni servizi, né quello di non avere personale medico e infermieristico all'altezza, ma purtroppo sempre di più quello della mancanza di collegamento tra il livello delle risorse finanziarie e la fornitura di un certo tipo di servizio.

Ora, con il patto per la salute, le Regioni sono «tranquille» per due anni; tranquille tra virgolette, perché tutti conoscete i dati trimestrali dell'andamento della spesa sanitaria nel nostro Paese e, dall'analisi delle proiezioni che vengono effettuate dalle singole Regioni, si evince già in modo chiaro e netto che il Fondo sanitario stanziato per l'anno 2007 è sottostimato, perché siamo sempre in una fase di sottostima.

Poi – ma questo è un altro argomento – arriveremo in altra sede a discutere il decreto salvadebiti, che stanziava 3 miliardi di euro per alcune Regioni, come il Lazio e la Campania, e sono 3 miliardi totalmente al di fuori del patto per la salute. Ma questo è un argomento che naturalmente affronteremo in altra sede.

Con riferimento al tema delle liste di attesa, ricordo che l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è costituzionalmente demandata alle Regioni e il Ministero deve dettare linee di indirizzo. Di conseguenza, non dobbiamo mai dimenticare che, pur impegnandoci a svolgere questa inda-

gine conoscitiva sul fenomeno dell'*intramoenia* e anche qualora il Ministro raccogliesse le nostre indicazioni, saranno le Regioni che le dovranno applicare.

Vengo allora all'aspetto propositivo della mia riflessione. Mi auguro che si arrivi ad un documento conclusivo condiviso da tutti nel quale, dato che il Ministro ha assicurato di avere l'intenzione di recepirlo, ritengo che dovremmo indicare anche un percorso per coinvolgere le Regioni nella messa a punto dell'*intramoenia*, interna e allargata. Infatti, come si sarà evinto dalle mie parole, sostengo che tutte e due le pratiche – passatemi questo termine – siano utili al nostro sistema e che vadano semplicemente verificate e controllate maggiormente. A mio avviso, sarebbero errori molto gravi, in primo luogo, non stabilire una proroga (ma questo l'avete detto tutti) e poi porre limiti all'attività *intramoenia* senza averli condivisi con le Regioni, anche se questo è un processo che può avvenire successivamente perché il nostro compito è solo di avanzare proposte.

Sarebbe un errore molto grave porre dei limiti che snaturino gli aspetti fondanti dell'*intramoenia*, che ancora oggi sono validi e danno risultati estremamente positivi in molte aziende. Allora, perché rinunciarvi? Perché non metterli a punto, considerato che, oltretutto, c'è l'obiettivo di fare entrare in vigore a fine anno il provvedimento per l'abbattimento delle liste di attesa cui le Regioni dovranno impegnarsi?

Anche la sperimentazione del CUP – centro unico di prenotazione, che alcune Regioni stanno sperimentando già da qualche anno e altre solo adesso, e che sembrava essere il toccasana per eliminare le liste di attesa – non sta dando i risultati che tutti si aspettavano, perché – torno a ripeterlo e vorrei che i colleghi comprendessero o condividessero la mia opinione – le liste di attesa sono uno strumento per limitare la domanda di servizi sanitari, fatte salve ovviamente le prestazioni di urgenza, che non si discutono.

Indubbiamente, sulle liste di attesa incidono anche le abitudini e, infatti, gli interventi devono sempre essere condivisi con i medici di base e la struttura territoriale, perché diversamente non se ne esce. Ho già avuto modo di dire in questa Commissione – usando un'espressione che non mi piace tanto, ma non me ne vengono in mente altre – che la sanità è un mercato con domanda infinita, nel senso che più si produce e più c'è domanda. E questo, per chi ha la responsabilità della spesa del denaro pubblico non può funzionare: oggi abbiamo stanziato per il Fondo sanitario il 6,3 per cento del prodotto interno lordo e non possiamo pensare di andare oltre perché le nostre casse non ce la fanno.

Il nostro sistema sanitario è già molto efficace e credo si possa rendere più efficiente rispetto al rapporto costi-benefici attraverso meccanismi di verifica e controllo, che in alcune Regioni vengono attuati e in altre no. Questo è un dato di fatto e quando si parla di federalismo fiscale e di autonomia, di quegli argomenti di cui tutti amiamo disquisire, dobbiamo pensare che nella realtà il problema della spesa sanitaria nel nostro Paese è ben più complesso e difficile, anche per l'arretratezza di certe realtà.

E per quelle realtà cosa facciamo? Le adeguiamo? Lasciamo che si adeguino da sole, ossia che crollino definitivamente? Con che fondi perequativi interveniamo? Criticherò il decreto salvadebiti, però prima o poi qualcuno dovrà farsi carico di risolvere la situazione di quelle Regioni che hanno un *deficit* così forte, non possiamo certo mettere il 10 per cento di IRPEF ai cittadini del Lazio o della Campania. È chiaro che un conto è l'aliquota IRPEF che la legge consente alle Regioni di definire e un conto è quello che stabilisce la normativa sui disavanzi. Ricorderete quando ne abbiamo discusso: in teoria, le Regioni per coprire i propri disavanzi dovrebbero caricarli automaticamente sulle tasche dei propri cittadini. Mi rendo conto che questo, in un Paese che vuole tenere un equilibrio, non è corretto. Nello stesso tempo, voglio ricordare che abbiamo gioito per l'abolizione del *ticket* sulle prestazioni diagnostiche, che su tutto il territorio nazionale equivaleva a 810 milioni di euro, che tutti noi abbiamo chiesto che questi soldi venissero presi dalle casse dello Stato e ci è stato risposto di no, che le Regioni dovevano farsene carico, e poi scopriamo che 3 miliardi di euro vengono destinati ai disavanzi di due o tre Regioni.

La mia opinione, che sicuramente è condivisa dalla mia parte politica, è che nell'elaborazione del documento conclusivo di questa indagine non si debba procedere ad alcuno stralcio e che si debba concedere una proroga e nel dare la proroga non mettere alcun tipo di vincolo attuativo. Ritengo inoltre che si debba procedere, se ne siamo capaci, prendendo magari un po' di tempo – che è quello dell'eventuale proroga – ad un approfondimento che consenta di condividere con le Regioni alcune linee comuni, al fine di rendere più efficiente questo sistema. Infatti, secondo me si tratta semplicemente di renderlo più efficiente.

Perché non precludo l'*intramoenia* allargata? Perché le Regioni, come abbiamo sentito nelle audizioni, non effettuano investimenti *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per rendere compatibile l'esercizio dell'*intramoenia* all'interno delle proprie strutture, non perché non vogliano, ma perché nelle priorità di edilizia sanitaria di ogni singola struttura ci sono molti interventi che vengono prima, almeno nella maggior parte dei casi.

Credo che ipotizzare che ciò avvenga con strutture convenzionate non sia un delitto; è un'ipotesi che, una volta regolata e verificata, è assolutamente plausibile senza venir meno al principio fondativo di questa opportunità di produrre servizi e di fornirli ai cittadini.

BODINI (*Ulivo*). Vorrei porre una domanda al senatore Ghigo. Sono d'accordo con lui sotto il profilo della responsabilità regionale. Ma, a suo avviso, qualora si definisca un percorso e le Regioni non vi si adeguino, si potrebbe suggerire l'istituzione di un commissario governativo *ad acta* con poteri sostitutivi in relazione alla normativa.

GHIGO (*FI*). Assolutamente sì.

PRESIDENTE. La ringrazio per avere posto la questione, senatore Bodini, perché è nodale. Abbiamo avuto modo di chiarire le posizioni dei rispettivi schieramenti.

LORUSSO (FI). Onorevoli colleghi, commentando l'indagine conoscitiva sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, si rende subito evidente che la situazione attuale, maturata con il fallimento dell'inapplicabilità del demagogico decreto legislativo n. 229 del 1999 dell'allora ministro Bindi, è ormai piena di paradossi e contraddizioni.

Le liste di attesa non sono in relazione alla libera professione. Ha obbligatoriamente optato per l'esclusività di rapporto oltre il 95 per cento dei medici ospedalieri perché la possibilità di opzione è irrealistica. Infatti, chi dovesse scegliere per la libera professione esercitata in regime di non esclusività, perderebbe non solo l'indennità di esclusività (questo sarebbe giusto), non solo ogni possibilità di responsabilità gestionale, ma anche il 50 per cento della retribuzione di posizione variabile e la retribuzione per il raggiungimento degli obiettivi. Questo appare assurdo e immotivato.

Inoltre, del 95 per cento e oltre dei medici che hanno optato per l'esclusività di rapporto solo poco più del 20 per cento svolge veramente attività libero-professionale, mentre il resto gode di un'indennità gratuita senza impegno professionale. La libera professione *intramoenia*, in senso stretto, aumenterebbe solo i costi a carico delle aziende sanitarie, mentre i ricavi si ridurrebbero sia per le aziende che per i professionisti.

La limitazione della libera professione solo dentro le mura aziendali comporterebbe sia la minore attività delle aziende ospedaliere, sia il minor servizio sanitario sul territorio, costringendo i pazienti a peregrinaggi demagogici e inutili.

L'impossibilità della presenza del professionista fuori dall'ospedale comporterebbe una penalizzazione delle strutture pubbliche statali rispetto al privato accreditato che invece stressa l'impegno dei propri professionisti su tutto il territorio nazionale.

Con l'utilizzo di soldi pubblici, si paga così la scelta etica dei medici cui basta dire «sono esclusivista» per avere un aumento di stipendio. Si è pensato forse di «fidelizzare» in questo modo i professionisti alle aziende ospedaliere? Si pensava forse di aumentarne la responsabilità e la capacità professionale? Ci si aspettavano dirigenti più soddisfatti e dediti per questo?

Ciò che lega di più allo scopo della professione medica è invece una soddisfazione professionale vera, un onorario realmente misura di un merito, evidenza di un bene per l'altro alla cui generazione si partecipa. La libera professione è paradigma di questo.

La prima cosa che garantisce questa libertà è che non esista solo il sistema pagante, cui rispondono solo dei medici prestatori d'opera, ma che sia anche il paziente che liberamente sceglie e paga chi lo assiste. Questo rende i luoghi di cura spazi dove la sussidiarietà si sviluppa veramente, dove la pretesa di cure adeguate trova la sua giusta risposta, dove il paziente non è l'intruso, ma il protagonista e la vera risorsa.

Le possibilità di libera professione vera dentro gli ambiti sanitari educa a trattare tutti e tutto in modo diverso, con la responsabilità di chi risponde alle persone utenti e non alle aziende e ai sistemi di gestione.

Sarebbe quindi auspicabile che ogni tentativo legislativo tenesse conto del fatto che la professione sanitaria e l'impostazione del servizio sanitario sono diverse da Regione a Regione e non possono essere realisticamente uniformate.

I professionisti che svolgono libera professione ad alta redditività sono un bene per i pazienti e le aziende e devono poter concordare la propria professione direttamente con l'azienda di appartenenza, in funzione del bene comune.

A tutti deve essere data la possibilità di iniziare a svolgere e crescere nell'attività libero-professionale, guardando con favore tutte le iniziative che incrementano lo svolgimento della libera professione, non solo dentro l'azienda, ma anche sul territorio.

La libera professione deve diventare sempre meno un costo aziendale e sempre più uno strumento di sviluppo della cura, senza paura o preconcetti sulla redditività che può produrre, perché il reddito prodotto è sempre indice di un servizio o di un prodotto.

Lo Stato, le aziende e le società scientifiche devono avere il compito della sorveglianza e della garanzia delle prestazioni sanitarie, senza mai pretendere di sostituirsi al protagonismo del rapporto medico-paziente. Tutti gli strumenti di controllo fiscale devono essere messi in atto, così come tutte le possibili agevolazioni per chi dimostra di sviluppare nella professione sanitaria una qualità e un'eccellenza.

CURSI (AN). Ho letto con attenzione lo schema di documento conclusivo elaborato dal collega Bodini, che certo intende tenere conto anche delle considerazioni emerse durante le ultime audizioni in Commissione, nonché – è auspicabile – di quelle svolte nel corso di questa discussione.

Penso sia importante rilevare in questa sede soprattutto una serie di temi che costituiscono l'aspetto etico-culturale. Così come evidenziato anche negli interventi del senatore Tomassini e della senatrice Binetti, ci sono due temi fondamentali relativi al rapporto fiduciario paziente-medico (il quale non deve mai essere dimenticato, ma anzi deve essere valorizzato). Mi riferisco al rispetto delle esigenze del malato e alla valorizzazione della dignità professionale del medico. In sostanza, al di là della questione dell'*intramoenia* più o meno allargata (per usare termini tecnici), si deve tenere conto di un tema fondamentale, cioè quello del valore della dignità professionale del medico. Ricordo che i dibattiti svolti negli ultimi anni hanno tenuto conto di questo aspetto.

Inoltre, vorrei fare una sottolineatura in relazione alla valorizzazione del Servizio sanitario nazionale, del quale io sono un grande tifoso (istituito ormai quasi trent'anni fa). Al riguardo si deve tenere conto dell'esigenza di un'integrazione pubblico-privato, che è diventata sempre più importante nello scenario nazionale: la distinzione del passato tra pubblico e privato oggi non ha più ragione d'essere, visto che spesso il privato sostituisce

tuisce e sostiene il pubblico, specialmente quando è accreditato e convenzionato. Pertanto, si tratta di un distinguo arcaico che oggi non serve assolutamente più.

Lo schema di documento conclusivo predisposto dal senatore Bodini deve fornire alcune indicazioni e linee guida. Il ministro della salute Turco, nell'audizione svolta in questa sede, ci ha fatto chiaramente intendere che avrebbe atteso il documento approvato da questa Commissione prima di formulare proposte che poi avrebbero seguito un certo tipo di indicazioni. Saranno dunque avanzate proposte e moduli di riferimento, ma io vorrei venissero sottolineati tre aspetti fondamentali che talvolta dimentichiamo. Innanzi tutto, vorrei venisse evidenziata l'importanza dei livelli essenziali di assistenza. Come ha giustamente rilevato il senatore Ghigo, ormai si affronta il tema della sanità regionale in termini sempre più drammatici. Oggi le 21 sanità regionali purtroppo costituiscono non un rischio ma una certezza operativa della quale dobbiamo tenere conto. Allora, i livelli essenziali di assistenza devono essere garantiti e verificati se si vuole in qualche modo tenere conto delle 21 sanità regionali che oggi costituiscono un modello di riferimento. Sono tra coloro che hanno sostenuto la legge di modifica costituzionale perché comunque avrebbe chiarito i riferimenti; sono tra coloro quindi che sono usciti battuti da quella battaglia. In ogni caso, oggi la legge n. 3 del 2001 sta dando soltanto risultati negativi a livello regionale. Non ci si venga a dire che il Veneto, la Lombardia e il Piemonte hanno le stesse risorse, la stessa mentalità e la stessa cultura del Lazio o della Campania oppure che l'Emilia Romagna e la Toscana hanno gli stessi investimenti e la stessa sensibilità della Sicilia o della Puglia. Ciò significa non conoscere l'Italia, non avere verificato il territorio e non tenere conto dell'esistenza di 21 sanità regionali che purtroppo non garantiscono, ai sensi dell'articolo 32 della nostra Carta costituzionale, a tutti noi un'univocità di trattamento: non forniscono, cioè, gli stessi servizi e prestazioni ai medesimi prezzi, determinando poi quei drammi a livello nazionale che purtroppo ognuno di noi, vivendo sul territorio, conosce bene.

Ricordo le dichiarazioni fornite in questa sede dal Ministro forse con qualche leggerezza, vale a dire che entro il 28 febbraio la Conferenza delle Regioni avrebbe dovuto indicare gli spazi da attrezzare ed i finanziamenti: questi ultimi sono rimasti inutilizzati e le Regioni non hanno fornito le indicazioni richieste cosicché oggi ci troviamo a dover costruire un'ipotesi che ci auguriamo possa essere compresa e condivisa anche a livello regionale.

Un altro tema importante riguarda proprio la mancanza di spazi e di finanziamenti. L'attuale media nazionale dei posti letto utilizzati per l'*intramoenia* è del 2,3 per cento e dovrebbe essere portata almeno al 5-6 per cento, se volessimo in qualche modo garantire l'attuale *standard*. La norma prevede che i posti letto per attività libero-professionale *intramoenia* in regime di ricovero possano variare da un minimo del 4 per cento ad un massimo del 10 per cento (si tratta di dati ufficiali). Sottolineo che l'attività intramuraria individua il 44,8 per cento dei suoi proventi dalla co-

siddetta attività più allargata, con un dato relativo al Sud d'Italia del 70,9 per cento; i medici con rapporto esclusivo rappresentano il 98 per cento del totale nazionale, di cui il 56 per cento esercita l'attività *intramoenia*; dalla relazione di codesta Commissione si evince che l'istituto dell'*intramoenia* non ha portato alcun tipo di beneficio economico per l'azienda né può essere considerato strumento per l'abbattimento delle liste di attesa. A tale proposito, a pagina 19 dello schema di documento conclusivo si precisa: «La definizione di un Piano nazionale per i tempi di attesa e la successiva individuazione, prevista dalla legge finanziaria per il 2006 entro il 31 gennaio 2007, di tempi massimi stabiliti dalle Regioni per l'erogazione delle prestazioni di maggiore criticità...». Ancora una volta ribadisco che, nonostante la legge finanziaria abbia individuato meccanismi, strumenti e finanziamenti per contenere – non dico abbattere – le liste di attesa, le Regioni non hanno fatto niente ad un anno e mezzo di distanza, con l'indifferenza del Ministero della salute. Questo Dicastero, infatti, avrebbe dovuto adempiere ad un dettato di carattere legislativo, cosa che non ha fatto: l'accordo della Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006 è stato completamente disatteso così come lo è stato quello relativo alle 100 prestazioni definite dalle Regioni; le liste di attesa del 2006 permangono anche quest'anno, ma nessuno ne parla più e sembra che tutto vada bene (come diceva madama la marchesa). Proprio oggi si festeggia, per così dire, un anno dagli impegni assunti in sede di Conferenza Stato-Regioni, rispetto ai quali non è stato fatto nulla e nessuno sollecita le Regioni. Ricordo che il meccanismo previsto nella legge finanziaria per le liste di attesa – il senatore Bodini lo ha riportato nel documento, e di questo lo ringrazio – metteva in mora le Regioni. Qualcuno poc'anzi ha posto una domanda al senatore Ghigo in relazione al commissario *ad acta*: quella norma inserita nella finanziaria per il 2006 dal Governo Berlusconi prevedeva anche una forma di commissariamento stabilendo che le Regioni che non avessero rispettato quel tipo di meccanismo delle liste di attesa non avrebbero percepito i finanziamenti. Quella disposizione non è stata per nulla sostenuta dall'attuale Governo, cosa di cui dobbiamo prendere atto.

Vogliamo che nella relazione vi sia un richiamo all'appropriatezza, ma anche all'esigenza che le Regioni riprendano un loro percorso sulle liste di attesa. Penso che ciò sia fondamentale. Se si dimenticano a livello istituzionale le linee guida, visto che la legge n. 3 del 2001, approvata con quattro voti di maggioranza, ha affidato alle Regioni la gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari regionali (poiché mi sembra di capire non solo da questa Commissione ma anche dall'intero Paese che non vada tutto bene), è importante richiamare tale argomento nello schema di documento conclusivo: si deve chiedere alla Ministro della salute di fare rispettare quelle disposizioni ovvero di prevedere altri meccanismi. In qualche modo dovremo fare fronte alle lista di attesa, salvo poi individuare meccanismi di altro tipo.

Viene evidenziato poi che l'attuale *intramoenia* allargata viene compiuta a costo zero per l'azienda, che non impegna risorse strutturali e umane, e che viceversa si effettua un prelievo medio del 27 per cento

su questa attività. Esaminiamo, allora, il dato fondamentale dal quale ci siamo mossi: cosa accadrebbe se il 31 luglio venisse meno questo meccanismo della cosiddetta proroga? Qualora il Ministero della salute mantenesse inalterata la data di chiusura dell'*intramoenia* allargata al 31 luglio, ho individuato questo scenario: contrazione notevole dell'attività *intramoenia in toto*, inficiando quindi le indicazioni del decreto legislativo n. 502 del 1992 in tema di esclusività del rapporto, con conseguente sovrappollamento sulle proprie strutture esistenti e caos organizzativo (altro che liste di attesa!), negando quindi il diritto all'esercizio della libera professione e contemporaneamente negando il diritto di scelta da parte del paziente.

Non a caso, ho ritenuto opportuno sottolineare nel mio intervento i due problemi etici fondamentali: quello del rapporto fiduciario paziente-medico e quello delle esigenze del malato e della valorizzazione della dignità professionale. Si avrà poi una contrazione del fondo di perequazione a danno degli operatori che non possono usufruire di tale istituto, perché oggi hanno comunque un'indennità o un riconoscimento di quello che fanno. Inoltre, vi saranno una riduzione per il cittadino dell'offerta libero-professionale e conseguente scelta del medico di fiducia, una contrazione del controllo del pubblico sull'attività pubblico-professionale a beneficio del privato-privato, non più privato-pubblico, una riduzione di presenze sul territorio delle aziende sanitarie che oggi operano sulle strutture private e spaziano su tutto il territorio e conseguente aumento dei prezzi delle prestazioni per il pubblico. Si verificherà la chiusura delle piccole strutture private che oggi sopravvivono grazie all'attività libero-professionale *intramoenia*, con il conseguente licenziamento di personale, con tutto quello che ne deriva.

Appare oltretutto scarsamente etico erogare finanziamenti per l'*intramoenia* intraospedaliera, attività, come abbiamo visto, poco remunerativa, quando gran parte delle Regioni si trovano a dover fronteggiare un *deficit* pregresso notevole e quando le stesse Regioni hanno previsto uno scarto fra il finanziamento erogato dallo Stato e la spesa tendenziale prevista di 93 miliardi di euro. Non a caso, il decreto-legge cui faceva riferimento anche il senatore Ghigo, che poi è attualmente all'esame di questa Commissione oltre che della Commissione bilancio, esamina proprio questo tipo di disavanzo finanziario e conferma quello che sto dicendo, tenendo conto che molte Regioni sono state costrette ad aumentare IRPEF e IRAP. Risulterebbe inoltre che, per trovare spazi adeguati per l'*intramoenia*, sarebbe necessario ridurre spazi per l'attività istituzionale, qualora non ci fossero altre iniziative.

Questo è lo scenario che avremmo qualora non si trovasse una soluzione diversa, sarebbe quindi opportuno eliminare l'instabilità determinata dalle continue proroghe (ecco perché anche secondo noi una proroga pura e semplice non avrebbe senso) e mantenere l'*intramoenia* allargata attuale applicando corretti e stabiliti criteri di accreditamento delle strutture private, introducendo in maniera omogenea tariffe e regolamenti per l'*intramoenia* ed esercitando maggiori controlli. Sarebbe anche ipotizzabile,

come ho sentito dire in più occasioni, anche nelle audizioni che si sono svolte in questa Commissione, l'acquisto e l'affitto *in service* di strutture private per l'esercizio dell'*intramoenia* completamente gestite dalle aziende sanitarie, quindi a totale gestione delle ASL, determinando una reale compartecipazione pubblico-privato, ricordando comunque che quest'ultimo capitolo rappresenta una spesa che va ben oltre i fondi effettivamente stanziati, cioè quelli previsti per la ristrutturazione. Al cittadino utente è sicuramente più conveniente l'attuale sistema che gli garantisce un'offerta numerosa e prezzi convenienti per le prestazioni erogate, quindi intervenire sull'*intramoenia* allargata eliminandola avrebbe sul cittadino più ricadute negative che positive. Possiamo rivedere, quindi, il meccanismo della eventuale proroga, ponendo però al suo interno dei paletti e delle proposte integrative, restando pronti poi anche a rivedere, eventualmente, questo meccanismo.

Penso che sia utile ed interessante l'indicazione per la costituzione di un osservatorio nazionale, come si accenna nella relazione del collega Bodini, perché penso che possa svolgere una funzione importante sia a livello di controllo nazionale che regionale e aziendale. Ritengo però che l'osservatorio vada impostato ed attivato a livello nazionale, d'intesa con la Conferenza delle Regioni, altrimenti si corre il rischio di creare strumenti di monitoraggio a livello regionale che poi ognuno si gioca come crede, mentre a livello nazionale vi sono maggiori garanzie.

Sul piano politico, mi auguro che il documento conclusivo presentato in questa Commissione dal senatore Bodini tenga conto di queste proposte di integrazione per offrire al ministro Turco la possibilità di costruire un modello organizzativo e gestionale il più possibile condiviso rispetto ad una tema quale quello della salute che porta tutti noi a trovare più modelli che ci uniscano rispetto a quelli che ci potrebbero dividere.

Se la relazione, collega Bodini, terrà conto di questo tipo di indicazioni (le mie o quelle di altri colleghi), credo che sarà possibile dare al Ministro delle indicazioni tali per cui possa costruire un'ipotesi (di disegno di legge o di decreto-legge) sulla quale poterci ritrovare e discutere insieme.

MONACELLI (*UDC*). Signor Presidente, anch'io desidero iniziare il mio intervento ringraziando il senatore Bodini per il documento redatto, anche se ritengo opportuno formulargli i migliori auguri per riuscire a sintetizzare, in una sua nuova stesura, in forma equilibrata e riassuntiva le varie posizioni qui espresse.

L'indagine conoscitiva che partiva dall'esercizio della libera professione medica intramuraria e che era volta a verificare le implicazioni e le disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici e in modo particolare le ripercussioni sulle liste di attesa, non ha evidentemente raggiunto la semplificazione degli obiettivi che si voleva conseguire, cioè in definitiva non è riuscita a trovare un convincente ed unico capo espiatorio su cui far ricadere la responsabilità delle inefficienze. Semmai in maniera coerente sono state poste in luce con questo documento conclusivo predisposto

dal senatore Bodini evidenti criticità, del resto evidenziate sia nel corso delle audizioni, sia nel rilevamento di dati statistici e numerici desunti da specifici questionari rivolti a tutte le Regioni e a un seppur ridotto numero di strutture sanitarie selezionate a campione.

Non si può non rilevare come di fatto, trascorso quasi un decennio dall'emanazione della legge n. 448 del 1998, che prevedeva di poter reperire fuori dall'azienda sanitaria spazi sostitutivi in strutture non accreditate, fino alla realizzazione di proprie strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI), si sia determinato un diffuso ricorso a questa in strutture private non accreditate o in studi medici.

Ciò evidentemente conferma ancora una volta la veridicità di affermazioni del tipo: qualsiasi soluzione transitoria è destinata a diventare transitoriamente definitiva. Se infatti, a circa dieci anni dall'emanazione della legge, *in primis* non si è ancora conseguito l'adeguamento delle strutture del Servizio sanitario nazionale all'esercizio interno delle attività libero-professionali; se poi continuano a permanere di fatto complessivamente problemi logistico-strutturali delle aziende, e per di più è stato rilevato che non esiste alcun rapporto diretto tra le liste di attesa e l'ALPI, davvero non si comprende l'insistenza pregiudiziale con la quale approcciandosi al problema si individua il termine del 31 luglio per configurarne il cosiddetto rientro.

Si tratta evidentemente di imposizioni e schiocchi di frusta che da soli non possono risolvere i problemi e nemmeno possono contribuire a cancellarli. Sulle cause delle liste di attesa, oltre all'appropriatezza delle prestazioni, occorrerebbe meglio valutare le funzioni del CUP (centro unico di prenotazione). Tali centri non operano ovunque allo stesso modo; non sempre interagiscono ad esempio tra tutte le disponibilità di servizi presenti nella stessa Regione.

In merito alla questione posta attraverso dei questionari circa la redditività dell'ALPI per il Servizio sanitario nazionale e l'accesso delle Regioni ai finanziamenti statali, nonché lo stato degli investimenti effettuati, non si può non rilevare la scarsa disponibilità e collaborazione mostrata dalle Regioni nel corso dell'indagine, peraltro evidenziata non soltanto dai questionari pervenuti, ma anche dai dati comunicati non tutti in forma completa.

Pertanto, emerge un quadro disomogeneo, mutevole da Regione a Regione, e non solo sotto il profilo del fatturato ALPI, che comunque, seppure in forma complessivamente modesta, rappresenta una voce in attivo; per di più, nel campione di aziende sanitarie esaminato, si riscontra che circa il 50 per cento del fatturato ALPI proviene dall'*intramoenia* allargata e, se si ribaltasse il risultato – come lo stesso senatore Bodini del resto ammette – sul territorio nazionale, la sospensione dell'*intramoenia* allargata arrecherebbe un danno economico e un disservizio, sia pure moderato, al sistema.

Il quadro disomogeneo si riscontra anche sotto il profilo della variabilità, ancora più marcata per ciò che attiene agli investimenti effettuati.

Tra i pregiudizi politici di sistema che sembrano puntualmente riaffiorare di volta in volta, persino in una oggettiva valutazione degli effetti derivanti dell'applicazione dell'ALPI, compare quello che spesso, in forma patologica, figura come ossessione da servizio pubblico. A nessuno sfugge l'importanza che il servizio pubblico assume nel contesto dell'assicurazione dei livelli essenziali di assistenza, ma ugualmente dovrebbe essere riconosciuta l'importanza strategica di garantire a tutti i cittadini l'opzione per la libera scelta. Per di più, l'insistenza di avere rapporti di esclusività *tout court*, mentre garantisce su un'esclusiva e totale disponibilità di tempo, salvo eccezioni al riguardo, non garantisce sufficientemente, però, di avere professionisti migliori.

Pertanto l'esigenza è quella di avere una proroga senza vincoli attuativi, con approfondimenti e condivisioni, così come del resto evidenziato nei precedenti interventi, di un percorso da intraprendere in maniera concertata con le Regioni.

Presidenza del presidente MARINO

CAFORIO (*Misto-IdV*). Signor Presidente, al termine di questa approfondita e lunga indagine conoscitiva, va dato atto a tutti i colleghi di avere improntato i loro interventi ad uno spirito costruttivo, scevro da ogni bisogno di parte, ed unicamente ispirato all'interesse generale per un'efficace soluzione delle complesse problematiche che attanagliano questo cruciale settore della sanità pubblica.

Il documento redatto dal senatore Bodini, con il quale sento il dovere di complimentarmi, ha posto in evidenza tali difficoltà ed ha indicato la strada da seguire per superarle. Credo, innanzi tutto, che sia da condividere la preoccupazione circa l'impossibilità di rispettare il termine del 31 luglio 2007 per la cessazione del regime allargato. Anche se mancano ancora più di quattro mesi alla scadenza, appare irrealistico pensare, specie alla luce degli elementi di conoscenza fin qui acquisiti, che sia possibile il rientro di tutti i medici che attualmente esercitano in studi privati. Ritengo perciò che la possibilità di prevedere un'ulteriore proroga alla citata scadenza costituisca qualcosa di più che un'ipotesi e che, ben lungi dal legalizzare l'uso delle proroghe illimitate, costituisca l'unica soluzione possibile per perseguire il necessario rientro dei medici nelle aziende, anche se è amaro constatare che, mentre in alcune Regioni sono stati compiuti molti decisivi passi avanti, in altre Regioni si segnalano forti e inspiegabili ritardi, che non sarà facile recuperare.

Credo che la proroga, di per sé, non sia sufficiente, e che occorranو interventi cogenti per ottenere risultati immediati e apprezzabili, e penso al riguardo alla nomina di commissario *ad acta* da parte del Ministero della salute, che, sostituendosi all'inerzia delle direzioni generali delle

ASL, portino a compimento le strutture dell'*intramoenia*, e non solo, ma soprattutto implementino l'impianto regolamentare.

L'altra indicazione del senatore Bodini che mi sento di sottoscrivere appieno riguarda l'introduzione di un sistema di monitoraggio degli interventi che vengono realizzati negli ospedali per la creazione dell'*intramoenia* e, per converso, di misurazione dei tempi di attesa nelle aree istituzionali; la creazione di un osservatorio nazionale per verificare lo stato di attuazione dei programmi e di adeguamento degli ospedali potrebbe risultare di grande utilità. Si è inoltre evidenziata l'esigenza di rivalutare l'indennità di esclusività percepita dai medici che optano per il rapporto esclusivo.

Infine, occorrerà porre una seria attenzione alla spesa per apparecchiature biomediche da parte delle aziende, nella percentuale della medesima spesa destinata alla realizzazione dei siti per la libera professione intramuraria, con specifico riferimento ai finanziamenti disposti dallo Stato e dalla Regione. Al riguardo abbiamo potuto constatare che spesso la proporzione è talmente ridotta per l'intramuraria da non consentire neppure un principio di avviamento di tale attività. Quindi, anche per questo aspetto, si pone l'esigenza fondamentale di una significativa inversione di tendenza.

COLLI (*FI*). Signor Presidente, proprio sull'argomento che volevo trattare è arrivato adesso un messaggio, che sarà arrivato a tutti perché è una notizia ANSA, che dice: «Roma: chiuse tre sale operatorie all'ospedale Umberto I per legionella». Allora, negli ultimi tempi, mentre noi siamo in questa deliziosa aula ovattata, con una bella tappezzeria, e da circa otto-nove mesi stiamo parlando di *intramoenia* sì o no, allargata o ristretta, fuori abbiamo un Paese dove una ragazza si fa ricoverare, l'infermiere sbaglia a inserire una presa e la ragazza muore. Un'altra signora è donatrice di organi con AIDS. Ogni giorno arriva una notizia nuova.

Oltretutto si è saputo di recente – mi pare la settimana scorsa – che il numero degli incidenti stradali è inferiore al numero delle persone che vengono ricoverate e contraggono delle infezioni. L'argomento risarcitorio si aggira intorno a svariate centinaia di milioni di euro, perché molto spesso queste persone vengono anche risarcite. Invece noi, ormai da mesi, siamo un po' blindati su un argomento che riguarda una percentuale molto ridotta di cittadini italiani.

Noi siamo qui per i cittadini italiani; è chiaro che questa Commissione del Senato della Repubblica deve indirizzare, appoggiare, legiferare, però credo anche che la realtà sia un'altra: è ovvio che io ho la massima stima per il documento elaborato dal senatore Bodini, la massima stima per gli interventi di tutti i colleghi, però vorrei anche un pochino richiamare noi tutti alla realtà, alla quotidianità. Questa è la Commissione che si occupa della sanità in Italia. Forse dovremo leggere con maggiore attenzione i giornali e, con altrettanta velocità, cercare di far stare dentro tutto: non possiamo fossilizzarci per otto mesi sull'*intramoenia*. Se noi usciamo e chiediamo alla gente per strada se è interessata a questo argo-

mento, ci sentiremmo rispondere di no o che non sanno di che cosa si tratta. In compenso sanno che dopo che una persona viene operata, anche con asportazione di utero e ovaie, viene dimessa nel giro di 48 ore, e l'ho visto con i miei occhi.

A proposito dell'*intramoenia*, poi, basta andare in una città come Milano e visitare i nostri ospedali. A Milano svolgo il ruolo di assessore e per questo ho visitato alcuni grandi ospedali: ma quale visione magica della realtà abbiamo? Gli ospedali sono lì, basta andare a visitarli.

Voglio specificare che questo è un intervento assolutamente personale, non vorrei certo coinvolgere il mio Capogruppo, la senatrice Laura Bianconi, ma io sento di dover dire questo, perché dopo mesi e mesi, con il rispetto, l'apprezzamento e la stima nei confronti di tutti per come svolgono il loro lavoro, dovremmo avere anche una visione un po' più pratica e meno magica della realtà.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti, anche per il civismo e la civiltà con cui ci siamo confrontati. Si vedrà poi se lo spirito di unità, da più parti ribadito, si consoliderà anche in un documento conclusivo unitario. Intanto, comunque, anche tenendo conto delle ultime sollecitazioni fatte con grande passione dalla senatrice Colli, riprenderemo i nostri lavori.

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

I lavori terminano alle ore 16.

