



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 27

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

63^a seduta: martedì 3 aprile 2007

Presidenza del presidente MARINO

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

PRESIDENTE	<i>Pag. 3, 8, 12 e passim</i>
BIANCONI (FI)	3
* BINETTI (Ulivo)	11
BODINI (Ulivo)	13
* CURSI (AN)	12
MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA)	8
SILVESTRI (IU-Verdi-Com)	6

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 15,30.

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, sospeso nella seduta del 28 marzo scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo nonché del segnale audio esterno 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.

BIANCONI (*FI*). Signor Presidente, desidero anzitutto ringraziare il senatore Bodini per aver steso uno schema di documento conclusivo assai corretto e rigoroso, anche rispetto ai risultati delle audizioni svolte ed al lavoro realizzato nella precedente legislatura dalla Camera dei deputati.

Meno nitidi sono i rilievi critici, ma su tale aspetto si sono già espressi molto chiaramente i colleghi, in modo particolare il senatore Tomassini, quindi non ripeterò quanto da loro esposto. Desidereremmo si raggiungesse una maggiore determinazione nelle proposte conclusive. Qualcosa è stato detto e credo che il relatore abbia compreso le nostre perplessità e alcune nostre esigenze assolute per ottenere una migliore qualità del servizio.

Comprendiamo certamente le difficoltà esistenti. Il Ministro, con lettera del 21 febbraio, dichiara che sta attendendo le riflessioni politiche che da questa Commissione scaturiranno e conferma la propria intenzione di assumere le nostre conclusioni come punto base di riflessione per le proprie determinazioni. Sappiamo, però, che successivamente, il 23 marzo 2007, il Ministro ha rilasciato all'ANSA alcune dichiarazioni in cui afferma che non vi sarà alcuna proroga, bloccando quindi sul nascere qualsiasi tipo di ragionamento più generale.

Il senatore Bodini nell'ultima pagina della sua relazione dichiara che è assolutamente «poco realistico e forse neanche conveniente per il Servizio sanitario nazionale» mantenere il termine del 31 luglio, laddove la senatrice Emprin Giardini, in particolare, ha sottolineato l'assoluta perentorietà di tale data. Comprendiamo, ripeto, le difficoltà esistenti in seno alla

maggioranza, in ragione della situazione estremamente complessa. Questa sera, in maniera definitiva, esponiamo il nostro pensiero avanzando proposte che secondo noi devono essere poste su un tavolo di confronto.

Come dicevo, i colleghi Tomassini, Ghigo, Carrara, Lorusso e Colli hanno già sottolineato aspetti diversi, con angolature diverse. La libera professione, che certamente implica una normativa molto complessa, sia a livello contrattuale, sia a livello legislativo, per noi rappresenta una grande ricchezza ed è prima di tutto un diritto acquisito dei professionisti sanitari. Rappresenta finalmente la libera possibilità di scelta da parte del cittadino e dovrebbe essere vissuta dalle strutture sanitarie come un'opportunità per una migliore e più completa offerta sanitaria.

Quanto alla norma contenuta nella legge n. 448 del 1998 sappiamo com'è nata e perché; soprattutto sappiamo che doveva essere transitoria; in realtà, essa ha proseguito il suo percorso in maniera assolutamente difforme su tutto il territorio nazionale, creando anche gravi disparità di trattamento. Sappiamo bene che l'*intramoenia* allargata, oltre a fronteggiare la domanda di assistenza ha rappresentato, laddove è stata applicata correttamente, anche un positivo investimento per le aziende, in termini di conoscenze, di risorse, di immagine e di prestazioni nuove del servizio. Sappiamo altresì che gli investimenti dedicati (il rifinanziamento dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988) non hanno dato i risultati sperati e questo ci porta a prevedere che i problemi non saranno certamente risolti entro il 31 luglio 2007, neanche nelle cosiddette Regioni virtuose, che in questa sede lo avevano assicurato: i cantieri completamente aperti sottintendono tutt'altra situazione.

Sappiamo che l'attività *intramoenia* prevedeva una gestione con contabilità separata ed avrebbe dovuto essere economicamente autosufficiente: nessuna delle due situazioni si è verificata. Non sono stati attuati controlli sull'appropriatezza delle prestazioni, né si è posta in essere quella trasparenza che il Tribunale dei diritti del malato ha più volte richiesto, sia con riguardo alla creazione di tariffari completi ed aggiornati, sia con riguardo alla questione degli elenchi dei medici autorizzati all'ALPI. Nè si può addossare allo svolgimento dell'attività libero professionale il problema scandaloso delle liste di attesa. Anche in questo caso il senatore Bodini ha effettuato una disamina molto corretta e lucida, che noi approviamo. Tale problema è veramente grave, oserei di nuovo dire scandaloso, e va assolutamente risolto all'interno di una *governance* completamente diversa. Esistono solo due strade: la prima consiste nel ripercorrere questo dibattito su un fronte ideologico, in cui il pubblico, lo statale, è onesto ed etico, mentre il privato, il non statale, non lo è. Da questo punto di vista tutto ciò che viene fatto, pensato e detto in proposito risulta viziato da questa sorta di lente d'ingrandimento, che in alcuni casi ha distorto le risultanze delle audizioni che abbiamo effettuato. A nostro avviso, il dibattito ha certamente riportato una forte attenzione sul rapporto tra una nuova professione medica, servizio sanitario e politica. Arroccarsi allora su posizioni rigide, su posizioni dirigiste (è una tentazione che potrebbe esservi; mi viene in mente la famosa frase di Tomasi di Lampe-

dusa: «Tutto deve cambiare affinché nulla cambi») potrebbe risultare una strada facile, che porta ad una sorta di ricompattamento, sollecitando sensibilità che noi sappiamo bene esistere all'interno della maggioranza.

Vi è, poi, una seconda strada, che vorremmo percorrere con voi in maniera molto seria. Se vi lanciamo questo tipo di proposta è perché sappiamo di poter mantenere assolutamente fermi quei principi che in un confronto serrato ed approfondito potrebbero anche portare ad avvicinare posizioni che attualmente risultano distanti. Proponiamo di dare vita ad un tavolo di lavoro, che parta dall'assunto che non è pensabile, attuabile e ragionevole insistere sul termine del 31 luglio, perché in questo caso il Big Ben darebbe lo stop ad una situazione comunque irrealizzabile. Tra l'altro, vorrei farvi notare che insistere su tale data significherebbe porci di fronte ad una continua bugia rispetto alla reale possibilità di risolvere il problema. Vi proponiamo quindi di dare vita ad un tavolo di lavoro dove poter analizzare nuovamente tutti insieme la situazione complessiva della sanità, dalla *governance* alle questioni della esclusività, delle liste d'attesa, della appropriatezza delle prestazioni, delle modalità con cui gestire la domanda.

A proposito di quest'ultimo tema il senatore Ghigo nel suo intervento ha aperto un capitolo estremamente delicato chiedendo fino a dove si possa spingere la libera scelta e quanto il Servizio sanitario nazionale sia tenuto a rincorrere la domanda ad essa conseguente. Anche su questa materia vi è la nostra piena disponibilità a spogliarci di alcune convinzioni e ad affrontare complessivamente e con grande serietà tale tematica. Analogo discorso può essere condotto per quanto riguarda la questione dei controlli economici e del ripristino dell'IVA e le altre problematiche che il senatore Bodini ha posto.

Riassumendo, chiediamo al ministro Turco di soprassedere rispetto al termine del 31 luglio, che rappresenta un capestro per noi, per voi della maggioranza e per le strutture, soprattutto considerato che dal prossimo 1° agosto chiunque potrà alzarsi e dire che la situazione non è stata in alcun modo risolta e che quella data non è assolutamente rispettosa della realtà che abbiamo di fronte rispetto alla quale nessuno ovviamente ha la bacchetta magica! Pertanto, per dare assoluto vigore al nostro lavoro, che potrebbe finalmente e definitivamente risolvere la serie infinita di nodi e problemi che affliggono la sanità italiana e che sono poi quelli più volte segnalati in questa Commissione nelle scorse settimane, proponiamo di svolgere un'ampia consultazione che abbia luogo in maniera seria, composta e trasparente.

Tengo anche a sottolineare che da parte nostra non c'è stato alcun tentativo di addossare responsabilità a chicchessia; né i miei colleghi, né io stessa abbiamo mai attribuito le gravi difficoltà che attraversa la sanità a situazioni pregresse; non lo abbiamo fatto e non lo faremo mai, perché con estremo senso di responsabilità sappiamo da dove siamo partiti, ma siamo anche fermamente intenzionati a risolvere i problemi. Capite bene allora che non è realistico affidare un'azione di questo genere esclusivamente nelle mani del Ministro; chiediamo quindi di poter partecipare

attivamente alla individuazione delle soluzioni di questa problematica, ma chiediamo anche di essere messi nelle condizioni di poterlo fare. Sotto questo profilo comprenderete che il termine fissato diventa per noi una questione dirimente rispetto a qualsiasi impegno di lavoro comune che da qui in avanti speriamo di poter svolgere; in caso contrario ci troveremo su versanti assolutamente opposti.

SILVESTRI (*IU-Verdi-Com*). Desidero, in primo luogo, ringraziare il senatore Bodini per l'approfondita illustrazione da lui svolta dello schema di documento conclusivo. Dico subito che concordo pienamente con l'intervento fatto in quest'aula dalla senatrice Emprin Gilardini, con la quale ho a lungo interloquito, ed auspico fortemente che il relatore tenga conto, nell'ambito delle modifiche che apporterà al documento conclusivo, delle obiezioni, dei contributi e dei suggerimenti che la collega ha segnalato.

Aggiungerò due breve notazioni per confermare una posizione che è quella classica portata avanti dal mio Gruppo e che essenzialmente si rifà all'idea costituzionale che pone quello alla salute come diritto universale, la cui tutela rientra nei compiti pubblici. A costo di essere tacciato di ideologismo (premetto che ritengo che l'ideologia, in quanto proiezione dei *desiderata* di ciò che si vuole cambiare in questo pianeta, costituisce un elemento estremamente positivo; sono gli ideologismi ad essere sciocchi, posto che senza ideologia c'è solo pragmatismo da due soldi), tengo a precisare che l'ideologia cui mi richiamo per quanto riguarda la sanità è quella di un servizio che sia per tutti, senza distinzione di classe, che sappia rispondere alle esigenze di salute dei nostri concittadini e in parte anche prevenire le esigenze indotte dal grande *business*, dal mercato, ad esempio dalle grandi industrie farmaceutiche, che ovviamente fanno presa sul desiderio di benessere delle persone.

Premesso che ormai l'*intramoenia* costituisce una realtà, personalmente sono sempre stato contrarissimo a questo sistema che considero una sorta di cavallo di Troia, finalizzato ad introdurre la privatizzazione di alcune prestazioni mediche; esso è stato utilizzato a tale scopo anche in altri Paesi, ad esempio negli Stati Uniti e, *de facto*, va a limitare quel principio costituzionale cui facevo prima riferimento. Ripeto, l'*intramoenia* è ormai una realtà, e quindi è inutile riaprire battaglie contro i mulini al vento, anche se – tengo a ribadirlo – non credo rientri tra i diritti del professionista quello di svolgere la propria professione all'interno delle strutture dello Stato e della collettività.

Detto questo, quanto al termine del prossimo 31 luglio, pur considerando di buonsenso le obiezioni avanzate in proposito da alcuni colleghi che hanno segnalato l'eccessiva ristrettezza dei tempi rispetto alla situazione reale, ritengo tuttavia che essendo il nostro un Paese che vive di proroghe sarebbe bene confermare – come ha fatto il ministro Turco – la suddetta data per poi ipotizzare la concessione di una serie di proroghe *ad hoc* sul territorio, che tengano conto di tutte le conseguenze, anche in termini di sostituzione degli organismi di competenza regionale. Credo che mantenere il suddetto termine potrebbe quindi rappresentare un

buon inizio proprio al fine di chiarire sia che non si può procedere di proroga in proroga, sia che i soggetti che sono chiamati ad assumere alcuni compiti che la legge e lo Stato affidano loro devono farlo e che tale operato deve essere sottoposto a successiva verifica.

Bisogna inoltre fare molta attenzione ad evitare che nelle leggi – come spesso capita – si vadano ad «infilare» interessi soggettivi e corporativi. Premesso che la nostra è una sanità che oltre ad avere punte di eccellenza è sicuramente figlia di un'idea di *welfare* e di cittadinanza molto alta, di cui l'universalità e la quasi completa gratuità costituiscono l'essenza, temo però che sistemi come quello dell'*intramoenia* allargata *de facto* producano una situazione per cui i nostri ospedali rimangono fatiscenti, si approntano investimenti per allestire gli spazi atti a svolgere la libera professione intramuraria (la libera professione è un diritto, ma non è un diritto svolgerla all'interno delle strutture dello Stato) rischiando per di più di privilegiare la professione privata rispetto all'acquisizione e alla fruizione del sapere all'interno delle strutture pubbliche.

Concludendo, desidero sottolineare il buon lavoro svolto dalla Commissione; in tal senso do atto all'opposizione di aver evitato strumentalizzazioni, cogliendo anche alcuni elementi molto significativi, ed al relatore di aver cercato di addivenire ad una conclusione unitaria che tenesse conto delle osservazioni svolte dal ministro Turco. In proposito credo che da parte del Ministero l'aver assunto le nostre decisioni come indicazioni quadro rispetto alle scelte che verranno operate costituisca un dato politico positivo, posto che si riconosce a questa Commissione un alto valore decisionale. Confermo gli intelligenti rilievi della senatrice Emprin Giardini, di cui credo il senatore Bodini potrà cogliere degli aspetti. Certo, non si chiede mai che ciò di cui si è convinti venga accolto in pieno; sarebbe però opportuno che alcuni dati di forte preoccupazione fossero inseriti nel documento conclusivo.

Inoltre, esprimo osservazioni critiche in merito al termine del 31 luglio e mi spiace che la collega Bianconi ne abbia fatto una questione dirimente. Personalmente ritengo che non dobbiamo fissarci sull'aspetto della data che, al contrario, deve essere tenuta ferma in quanto in questo Paese di proroghe si può anche morire e tutto ciò che è provvisorio diventa eterno. Dobbiamo considerare – come ha sostenuto anche il senatore Bodini – che ove il rispetto del termine non sia possibile si possono prevedere delle deroghe individuando però precise responsabilità e tenendo presenti tutti gli elementi che erano già stati acquisiti, con la possibilità poi di accogliere in sostituzione anche interventi diretti del Ministero e della stessa Commissione.

L'ampio lavoro svolto è stato caratterizzato dalla presenza di elementi di attenzione e di verifica. Auspico che il senatore Bodini tenga conto di alcuni aspetti che io e la senatrice Emprin Giardini abbiamo evidenziato in merito alla difesa ferrea del Servizio sanitario nazionale pubblico e gratuito, ma anche della libera professione che però non deve intaccare come un cavallo di Troia, come una matrioska da cui fuoriescono sempre novità, le eccellenze in termini di professioni individuali.

Credo che potremmo dichiararci orgogliosi del lavoro svolto se il senatore Bodini riuscirà a tener conto di questi apporti, in modo tale da ottenere sul documento conclusivo un voto di ampio consenso.

PRESIDENTE. La ringrazio, senatore Silvestri, per le sue osservazioni. Sono sicuro che il senatore Bodini terrà conto del lavoro svolto e di tutte le osservazioni costruttive espresse dai membri della Commissione. D'altra parte, questo è il senso dell'attività che stiamo conducendo insieme.

MASSIDDA (DC-PRI-IND-MPA). Ringrazio innanzitutto il senatore Bodini per il lavoro svolto. Un ringraziamento, però, deve essere rivolto anche al collega Silvestri per il suo intervento nel quale è stato sottolineato un aspetto evidente: l'opposizione non ha voluto strumentalizzare il dibattito.

Tutte le audizioni svolte e seguite con attenzione da maggioranza e opposizione hanno evidenziato alcuni elementi, mi sembra strano allora che la conclusione cui pervenire sia quella tracciata dal senatore Silvestri. È stato infatti rilevato che le disposizioni legislative e contrattuali atte a normare l'*intramoenia* e l'*extramoenia* esistono ma di fatto non sempre vengono attuate. Una delle prime richieste avanzate, quindi, consiste nell'attuazione della legislazione esistente. Inoltre, è stato ricordato come la famosa *intramoenia* allargata, quella che ha permesso ai professionisti di utilizzare strutture extraospedaliere, rappresentasse un'esigenza inderogabile. La sospensione del termine del 31 luglio per l'*intramoenia* allargata non è una richiesta dell'opposizione ma rappresenta un'esigenza della sanità. La radiografia di tutto ciò che è stato detto nelle audizioni svolte dalla nostra Commissione dimostra che la situazione dell'*intramoenia* ha un aspetto a pelle di leopardo, in cui le macchie si presentano estremamente piccole. L'*intramoenia* e l'*extramoenia* hanno risposto alla *ratio* di mantenere i migliori professionisti all'interno della struttura pubblica per garantire ai cittadini le migliori professionalità e per dare priorità alla sanità intesa come gestione pubblica. Ricordo, infatti, che la stragrande maggioranza della cosiddetta sanità privata alla quale fate riferimento è una sanità privata-pubblica, cioè pubblica ma gestita da privati che, guarda caso, con le stesse risorse della sanità pubblica-pubblica, riesce a gestire ed anche ad ottenere dei guadagni laddove invece si registrano delle perdite. Questa è una riflessione che lascio a tutti i colleghi che hanno ascoltato i dati presentati nel corso delle audizioni.

La nostra richiesta non si basa su una contrapposizione tra opposizione e maggioranza. Chiediamo semplicemente di non mettere maggiormente a repentaglio la sanità. Ricordo che, quando è stata soppressa la possibilità per coloro che sceglievano l'*extramoenia* di ottenere incarichi dirigenziali di struttura, alcuni colleghi usarono l'espressione, «effetto devastante», che forse oggi avete dimenticato. Infatti le migliori professionalità, proprio perché eccellenti, quindi appetibili per la concorrenza – se vogliamo utilizzare questo termine – e sollecitate da forti richieste, hanno

optato per l'*extramoenia*. Obbligando, di fatto, tali medici a scegliere l'*extramoenia* abbiamo depauperato interi reparti ed intere strutture delle forze migliori e probabilmente non si sono trovate alternative altrettanto valide, diversamente un'espressione così forte quale «effetto devastante» non sarebbe stata usata né dagli interlocutori né dai colleghi di maggioranza e di opposizione che sono intervenuti e che hanno fatto propria questa terminologia.

Suggerisco pertanto di evitare di ragionare su tale argomento esclusivamente in qualità di esponenti di maggioranza o di opposizione. Credo, infatti, che il desiderio di una sanità a disposizione di tutti i cittadini, indipendentemente dalle condizioni economiche, e la volontà di ottenere i migliori risultati al minor costo per la collettività siano comuni a tutti. Ciò che contraddistingue maggioranza ed opposizione probabilmente sono i differenti metodi che si vogliono applicare, ma riserverei la discussione in merito a questo aspetto ad un momento successivo, molto più ampio, in cui bisognerà parlare di governo clinico e chiarirci le idee una volta per sempre.

Se prima c'era qualche dubbio, oggi, dopo lo svolgimento delle audizioni, c'è la certezza che le regole esistono e non sono state applicate. Vorrei citare un esempio. In determinate realtà l'*intramoenia* ha creato addirittura disservizi e perdite economiche. Negli ambiti in cui si è voluto introdurre l'*intramoenia* per mantenere delle economie si è perso denaro. Ricordo soprattutto i dati citati nelle prime audizioni svolte dalla Commissione che hanno dimostrato perdite complessive per milioni e milioni di euro. Ciò dimostra che il sistema non funziona ovunque, come è stato riferito da alcuni. Altri, invece, e di questo ci siamo rallegrati, hanno descritto situazioni sicuramente favorevoli che rappresentano forse un auspicio per l'intero Paese; queste situazioni però – scusatemi se mi ripeto – rappresentano in assoluto delle eccezioni. Togliamoci dalla testa – credo che ormai sia chiaro – che i medici che lavorano all'esterno stiano creando concorrenza. Inoltre, come sostiene l'OMS, più i medici lavorano maggiore è il beneficio per il cittadino in quanto si acquisiscono esperienza e capacità che ogni giorno vengono così messe a disposizione dei pazienti. Infine, l'introduzione dell'*intramoenia* allargata ha permesso di non mettere a repentaglio situazioni economiche già avviate. Molti medici nel passato si erano adoperati nell'assumere personale, nel prepararlo e soprattutto nell'acquisire strutture e attrezzature adatte; tutto questo, se non si fosse introdotta l'*intramoenia* allargata, avrebbe dovuto essere abbandonato, creando una forte disoccupazione e una mancanza di servizi, che di fatto avrebbe aggravato la situazione delle liste di attesa. Siete tutti al corrente del fatto che la lunghezza delle liste di attesa, nonostante i tentativi fatti dai vari Governi, sta aumentando paurosamente. La chiusura di questi servizi, collegati all'ospedale ma esterni, operanti in orari al di fuori dell'attività ospedaliera, di fatto, aggraverebbe la situazione.

Inoltre, dal momento che si sono volute offrire gratificazioni in generale, a tutti, di fatto si sono favoriti coloro che non hanno mai eccelso per capacità, né nell'ospedale, né fuori. In molti casi, infatti, costoro non

hanno trovato spazio all'esterno non perché non lo volessero, ma perché non possedevano la professionalità necessaria. Allo stesso tempo, invece, professionalità che dovevano essere mantenute negli ospedali con gratificazioni reali, quali la categoria degli anestesisti e quella dei radiologi, sono state le prime ad allontanarsi e ad optare per l'*extramoenia*, perché hanno trovato in altre situazioni condizioni più favorevoli dal punto di vista del carico di lavoro e dal punto di vista economico.

Credo quindi che occorra stabilire delle priorità. In aggiunta a quanto detto dai colleghi, voglio puntualizzare due aspetti. Se si controllassero meglio i ricettari e vi fosse un controllo maggiore anche sulle modalità di utilizzo dell'*intramoenia*, soprattutto di quella allargata, probabilmente ci renderemmo conto che essa è sicuramente più utile di quanto si pensi. Pertanto, prima di chiudere questa esperienza senza individuare un'alternativa, senza sapere veramente quale possa essere il futuro, in tempi così brevi, rilevando – ripeto – il grave pericolo che potremmo correre, credo che questa Commissione debba al più presto porsi come interlocutore del Ministro, spesso abbandonato all'interno del Governo, per parlare di governo clinico. Il tema non coinvolge solo gli aspetti strettamente medici e paramedici, ma riguarda anche i problemi prettamente economici; infatti, ci si sta orientando verso false liberalizzazioni, di fatto senza individuare soluzioni per uno dei problemi cruciali di questa Nazione: l'assistenza sanitaria, il diritto di ciascun cittadino di ricevere il miglior servizio sanitario possibile, ma anche di scegliere a chi rivolgersi.

Non è possibile che per soddisfare le esigenze di un sistema esclusivamente economico vi sia quasi la coercizione, l'obbligo di rivolgersi a determinati professionisti, trascurando il senso di fiducia che, secondo me, è fondamentale nel rapporto tra paziente e struttura medica. Probabilmente abbiamo visioni differenti, ma negli interventi di tutti i colleghi, durante le audizioni dei nostri ospiti, avevo inteso che vi fosse una forte preoccupazione per il fatto che ancora non vi sia un'alternativa a ciò che è stato costruito in questi anni, che, per quanto criticabile, ha determinato una forma di equilibrio, rispondendo comunque ad alcune richieste che venivano avanzate.

Per queste ragioni rivolgo un appello al Ministro e alla maggioranza che lo sostiene ad aprire al più presto un tavolo di confronto, per trovare soluzioni differenti e non arrivare alla chiusura totale di questa esperienza senza sapere quali possano essere le controindicazioni. Mi aspetto quindi che il relatore, con la grande sensibilità che ha già dimostrato, faccia tesoro di questi suggerimenti. Anche noi abbiamo l'orgoglio di rifarci ad un'ideologia, lo dico chiaramente. La differenza consiste nel fatto che l'obiettivo che voi volete raggiungere è diverso dal nostro. Non ci interessa che il risultato sia ottenuto da una struttura gestita dal pubblico piuttosto che dal privato; a noi interessa avere il miglior risultato, al minore costo, con la più elevata qualità per tutti i cittadini e che, soprattutto, questi ultimi siano messi in condizione di poter scegliere liberamente, almeno in questo campo, a chi assegnare la propria fiducia. Il rapporto di fiducia, infatti, è già di per sé una cura, un atto medico, che può influenzare anche

il prosieguo della terapia. Quando ci si rivolge ad una struttura e ad un professionista che non ispirano fiducia si crea uno stato d'animo che di per sé rappresenta un freno a qualsiasi intervento successivo.

Concludo rinnovando il mio appello: sediamoci ad un tavolo insieme al Ministro, tracciamo un piano, magari scontrandoci, ma individuiamo un'alternativa; non lasciamo il vuoto, chiudendo un'esperienza senza sapere assolutamente quale sarà il futuro. Navigare a vista nella sanità non è possibile, soprattutto per rispetto di quei cittadini che tutti dichiariamo di amare nella stessa maniera.

BINETTI (*Ulivo*). Signor Presidente, mi aveva colpito fin dall'inizio, anche coerentemente con la normativa, il fatto che l'*intramoenia* dovesse rispondere contestualmente a tre tipi di esigenze: quelle del paziente, quelle del sistema più generale e quelle dei servizi.

Mi sembra che nella relazione svolta dal senatore Bodini si possano rintracciare tre indicatori sintetici, che vorrei mettere in evidenza in quanto possono rappresentare davvero dei punti di riferimento importanti sia nel momento dell'approvazione del documento conclusivo, sia, successivamente, nella fase di monitoraggio.

Il primo, a mio avviso, riguarda il fatto che l'*intramoenia* consente prioritariamente la libertà di scelta da parte del paziente rispetto all'individuazione della persona con la quale vuole mantenere il rapporto clinico privilegiato. Mi sembra che questo sia un alto diritto e, tra l'altro, una garanzia forte, che permette al paziente anche di vivere serenamente le indicazioni che riceve dal medico, ma garantisce anche, indirettamente, un risparmio sui costi impropri, che sovente scaturiscono quando il paziente, insoddisfatto delle risposte che riceve dal primo specialista, si rivolge ad altri medici per verificare le informazioni ottenute. In questo modo, quindi, egli è costretto ad operare da solo la sintesi e a decidere ciò che vuole o non vuole vivere. Mantenere la relazione privilegiata con il medico scelto nelle diverse circostanze costituisce un'applicazione virtuosa dell'articolo 32 della Costituzione.

In merito al secondo punto che reputo interessante, ho chiesto prima conferma al senatore Bodini ed egli mi ha ribadito che questo passaggio resterà incluso nel documento conclusivo. Esso riguarda l'insufficiente utilizzazione delle strutture e delle risorse negli ospedali, che tutti conosciamo. A questo problema potrebbe avviarsi attraverso un prolungamento libero ed intenzionale dell'orario di servizio da parte di coloro che lavorano in questi servizi. Mi riferisco concretamente alla possibilità di realizzare alcune ore di lavoro in più per soddisfare le richieste che caratterizzano le lunghe liste di attesa.

È noto a tutti che la mancanza non solo dei radiologi, ma anche del personale e dei tecnici di radiologia, ad esempio, determina un'insufficiente utilizzazione di queste risorse. La possibilità di decidere che queste strutture funzionino tramite un prolungamento libero ed intenzionale dell'orario di lavoro del personale addetto mi sembra che possa comportare, intanto, un ammortizzamento migliore del loro costo. Sappiamo, infatti,

che le strutture tecniche sono soggette ad usura rapida e diventano facilmente obsolete. La possibilità di sfruttarle appieno nel momento in cui si trovano nella loro migliore condizione rappresenta una situazione di vantaggio.

Chiedo, quindi, conferma che questo punto resti incluso nella relazione, perché penso che si possa perseguire una riduzione delle liste di attesa anche attraverso l'ottimizzazione dei servizi. In questo senso, sollevo il problema, più volte posto dal personale non medico, di prendere in considerazione la possibilità che anch'esso possa svolgere una sorta di *intramoenia*. Non si capisce perché i tecnici di radiologia e altro personale non possano svolgere a questo titolo una parte della propria attività nelle strutture.

Il terzo indicatore, molto pesante, ma che mi sembra interessante e che mi sento di dover sottolineare, è quello per cui il direttore generale che non ottemperi a questo tipo di attenzione e a questa applicazione della norma possa essere in qualche modo dimissionato. Mi sembra – come già detto – un dato molto pesante, che diventa però pregnante nel momento in cui viene preso in considerazione non solo nella scelta del direttore generale, ma anche nel perseguimento degli obiettivi operativi cui tale soggetto deve attenersi nell'esercizio del proprio lavoro. Riteniamo che razionalizzare, organizzare, strutturare ed ottimizzare il lavoro dell'*intramoenia* possa rappresentare per tutti gli interessati, pazienti, personale medico, personale paramedico, dirigenza e tutte le altre figure professionali impegnate a questo titolo, una istanza molto forte, al fine di addivenire ad un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del servizio.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione.

A questo punto darei la parola al relatore affinché possa illustrarci i passaggi che ritiene importante recepire nell'ambito dello schema di documento conclusivo da lui predisposto.

Dopo di che, una volta concluso il lavoro di rielaborazione, inviterei il senatore Bodini a farci pervenire in tempi rapidi il testo definitivo in modo che i membri della Commissione possano ulteriormente approfondirlo e nell'ambito della seduta già fissata prima delle prossime festività ci sia la possibilità di svolgere le dichiarazioni di voto finali e magari di votare il documento.

CURSI (AN). Signor Presidente, pur tenendo conto dell'esigenza di addivenire all'approvazione del documento conclusivo in tempi brevi, ricordo che abbiamo concordato in altra sede di pervenire alla votazione del documento conclusivo dopo la sospensione per le festività pasquali, onde permettere gli opportuni approfondimenti, considerata sia la delicatezza della fase, sia l'interesse ad arrivare, se ve ne saranno le condizioni, alla definizione di un testo condiviso.

PRESIDENTE. Quanto alla possibilità di rinviare la votazione del documento conclusivo alla ripresa delle attività, ravvisandosi la necessità

di una ulteriore pausa di riflessione, credo che nulla osti ad accogliere tale istanza. Tengo a sottolineare che vi è tutto l'interesse affinché sul testo del documento conclusivo vi sia la convergenza di tutte le forze politiche, ovviamente se ciò sarà possibile. Questo del resto è lo spirito che ha improntato il nostro lavoro.

Del resto credo che tutti concordino sul fatto che il lavoro portato avanti nell'ambito della presente indagine conoscitiva non sia stato di scontro o di conflitto, bensì di ascolto delle osservazioni e delle considerazioni di ciascuno.

BODINI (*Ulivo*). Desidero, in primo luogo, ringraziare i colleghi intervenuti nella discussione per il contributo e gli spunti forniti, sicuramente tutti di grande interesse e dei quali cercherò per quanto possibile di tenere conto nella stesura del documento conclusivo.

Ho tenuto ad aggiornare il testo sulla base della discussione che via via si è svolta e quindi, anche considerati gli interventi odierni, ritengo di poter essere in grado in tempi brevi di definire un testo che ovviamente può essere ancora ampliato ed arricchito, ma che comunque credo contenga i fondamenti della nostra discussione.

Prima di entrare nel merito, mi permetto di riprendere l'intervento svolto dal senatore Massidda. Tengo in proposito a segnalare che per quanto riguarda la questione di un maggiore utilizzo dell'*intramoenia*, l'elemento fondamentale a mio avviso non è il rapporto diretto medico-paziente – che il collega sostiene realizzarsi perfettamente nell'ambito della libera professione – di cui invece desidero evidenziare i limiti, posto che tale rapporto non può soddisfare un paziente che abbia dei bisogni importanti. Come già sottolineato in sede di discussione, a mio parere la migliore assistenza si ha quando il paziente viene preso in carico da una *micro-équipe* medica, e quindi il rapporto è tra il paziente e un piccolo gruppo di professionisti, anche se in tale ambito naturalmente possono esservi rapporti privilegiati. Tanto per fare un esempio che può illustrare i vantaggi di una soluzione di questo genere, basti pensare al fatto che quando il paziente viene seguito nello studio privato la cartella clinica rimane in quella sede, magari a 10 chilometri di distanza dall'ospedale, laddove se il paziente viene preso in carico nell'ambito della *micro-équipe* o dell'*équipe* di reparto quel documento è sempre a disposizione e così quando il medico è in ferie, oppure è malato o comunque è indisponibile, o la lista d'attesa che lo riguarda è particolarmente lunga, il paziente può rivolgersi agli altri medici che fanno parte di quel gruppo di lavoro. Questo, peraltro, ritengo sia un criterio valido anche per la medicina di base, tant'è che quando si ipotizzano gli studi di gruppo si supera il concetto del rapporto uno a uno, proprio perché non c'è l'ubiquità del medico. Tengo a segnalare che si tratta di ipotesi realizzabili.

Fatta questa premessa, desidero evidenziare che il documento è stato e verrà ulteriormente modificato soltanto nella sua parte finale, cioè a partire dal capitolo 22 (Rapporto con le liste di attesa e considerazioni conclusive), da me successivamente suddiviso in due ulteriori capitoli di cui uno dedicato alle problematiche inerenti le liste d'attesa e l'altro riguardante le considerazioni conclusive e le proposte operative. Quanto alle liste d'attesa si ribadisce che, diversamente dall'ipotesi originaria in base alla quale l'attività libero-professionale avrebbe portato un vantaggio, questo nei fatti non si è evidenziato, posto che non si sono riscontrati peggioramenti, ma neanche miglioramenti.

Si segnala positivamente l'adozione dello strumento prima ricordato dalla senatrice Binetti e più volte sottolineato nel corso della nostra indagine; mi riferisco all'utilizzo di quella forma particolare di libera professione definita «acquisto di prestazione» che, là dove è stata applicata, ha rappresentato l'elemento che ha ridotto le liste d'attesa.

Sottolineo comunque con chiarezza che l'impegno preliminare deve essere quello di garantire a tutti il diritto di accesso alle prestazioni in regime di Servizio sanitario nazionale. In tal senso la possibilità di avvalersi della libera professione deve essere considerata come un fattore aggiuntivo e non un modo per ovviare al fatto che non si riesce ad ottenere in tempi ragionevoli una prestazione, magari urgente, e quindi si è costretti a rivolgersi al privato per avere accesso al servizio.

Sulla base di quanto emerso dalla discussione si mette quindi in evidenza, da un lato, la necessità di garantire l'accesso ai servizi che debbono essere erogati in termini dignitosi e in tempi ragionevoli e, dall'altro, il fatto che la libera professione intramuraria offre ai cittadini opportunità aggiuntive e che essa deve svolgersi nell'ambito delle regole già esistenti. Tengo infatti a sottolineare che la legge istitutiva dell'ALPI fa parte di quelle norme che – come purtroppo più volte rilevato nel corso della nostra discussione – una volta approvate non vengono applicate, anche a distanza di otto anni, come questo caso. È pertanto opportuno implementare le regole esistenti, onde garantire efficacia a questi due aspetti del Servizio sanitario nazionale. Vanno inoltre previsti dei controlli da effettuarsi in termini più puntuali per evitare che la normativa vigente venga applicata.

Non entro nello specifico del dispositivo del documento che avrete modo di leggere, se non per segnalare che nel testo si sottolinea che gli investimenti per l'adeguamento delle strutture sanitarie all'esercizio dell'attività intramuraria devono essere in linea con le esigenze di equilibrio di bilancio; è del resto inutile per una azienda ospedaliera effettuare un investimento faraonico per realizzare il grande poliambulatorio se nella sua realtà la libera professione viene esercitata in misura minimale. I dati al riguardo ormai esistono, le Regioni ce li hanno messi a disposizione conoscono quindi perfettamente quali sono i costi, le entrate e quant'altro. È altrettanto evidente che i dati devono essere formulati correttamente, ad esempio è chiaro che i costi di ammortamento devono essere in linea con il bilancio. Ripeto, i dati disponibili sono già sufficienti per definire quale tipo di programmazione effettuare (fondamentale al ri-

guardo è il dato relativo al rapporto tra volume di attività libero-professionale e volume di attività istituzionale).

Due sono i punti che vorrei mettere in evidenza nel documento. Il primo è che entro il termine previsto dal ministro Turco, ovvero il 31 luglio prossimo, tutti gli aspetti di carattere formale, ma che sono in realtà sostanziali, rappresentati dai regolamenti e dai progetti devono essere presentati ed esplicitati. Se sono comprensibili le difficoltà, anche rispetto al passato, di un'azienda a reperire spazi e a fare investimenti, non è assolutamente giustificabile che una direzione generale non abbia provveduto a suo tempo ad emanare regolamenti e ad istituire comitati di controllo, ad attivare cioè tutte quelle misure volte a disciplinare l'attività libero-professionale. Si tratta di una questione ineludibile; quindi ogni azienda dovrà impegnarsi a presentare questo tipo di progetti entro la data indicata dal Ministro. L'intento di quest'ultimo, giustamente, non è quello di concedere una proroga *sine die* e *sine condicio* – mi faccio interprete delle sue dichiarazioni – ma di stabilire un termine entro il quale tracciare un percorso che preveda verifiche periodiche dei risultati e l'istituzione di commissariamenti *ad acta*, che devono scattare prima a livello regionale e poi, eventualmente, a livello centrale e di Governo, qualora tale percorso concordato e dichiarato non venga rispettato.

Ho provato ad ipotizzare in questi termini un cammino, che potrà essere oggetto della discussione finale della Commissione, che porti alla eliminazione dell'*intramoenia* allargata nell'arco di un anno e mezzo dal termine del 31 luglio 2007 inizialmente stabilito (quindi entro il dicembre 2008), prevedendo scaglioni semestrali del 35 per cento, lasciando libertà di soluzione dal punto di vista logistico dal momento che le condizioni sul territorio nazionale sono indubbiamente variegate.

Poiché abbiamo constatato l'esistenza di una serie di problemi (la non controllabilità della libera professione parcellizzata negli studi, l'evasione fiscale evidenziata dal rapporto del vice ministro Visco ed altro ancora) è opportuno riportare la situazione in un ambito di controllo, quindi in ambienti che consentano una libera professione dignitosa, in strutture adatte, con percorsi di prenotazione differenziata, comunque all'interno di contesti controllabili e verificabili. In questa prospettiva, ritengo che il termine stabilito non rappresenti una proroga generica ma un percorso di avvicinamento alla soluzione del problema.

Questi sono i capisaldi su cui si basa il documento conclusivo. Ritengo che anche gli interventi di oggi abbiano puntualizzato alcuni aspetti che non mi sembrano in contrasto con questo complesso di proposte e che quindi potranno essere in gran parte accettati nella stesura definitiva del documento. Credo, infine, che per quanto riguarda eventuali integrazioni saremo tutti disponibili a svolgere un ulteriore ragionamento.

PRESIDENTE. Ritengo che a questo punto il senatore Bodini disponga di tutti gli elementi per apportare al testo le opportune integrazioni.

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

I lavori terminano alle ore 16,25.