

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
FRANCESCO PAOLO LUCCHESI

La seduta comincia alle 15,45.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Audizione di rappresentanti sindacali confederali: CGIL, CISL, UIL, di rappresentanti sindacali di medici universitari: Coordinamento intersedi di professori universitari di ruolo (CIPUR), Unione sindacale professori universitari di ruolo (USPUR) e del Comitato nazionale universitario (CNU).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della normativa sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, l'audizione di rappresentanti sindacali confederali: CGIL, CISL, UIL, di rappresentanti sindacali di medici universitari: Coordinamento intersedi di professori universitari di ruolo (CIPUR), Unione sindacale professori universitari di ruolo (USPUR) e del Comitato nazionale universitario (CNU).

Nel ringraziare i rappresentanti presenti, do loro la parola.

BATTISTA ROBERTO POLILLO, *Responsabile ufficio politiche della salute della CGIL*. Abbiamo due tipi di osservazioni critiche da fare. Dobbiamo constatare che da parte sia delle regioni sia delle aziende sanitarie non sono stati ancora predisposti gli spazi per la libera professione. Ci sono stati dei ritardi delle regioni e delle ASL, che sono andati oltre le eventuali e prevedibili difficoltà che pure l'attivazione dell'istituto comportava. Noi

riteniamo che in alcuni casi ci sia stato un atteggiamento di aperta negligenza dei direttori generali e intravediamo in questo loro comportamento anche in una sorta di accordo tacito con quelle organizzazioni sindacali che avevano un maggiore interesse a fare in modo che la materia non fosse disciplinata. Ovviamente, quando manca una chiara regolamentazione, è più facile che ci sia una maggiore libertà. Ai fini dell'esercizio della libera professione, uno degli aspetti importanti risiedeva nella condizione che ci dovesse essere un rapporto tra il volume di prestazioni rese in regime istituzionale e il volume di quelle che potevano essere svolte in libera professione. In relazione a tale aspetto, non avendo le regioni e le aziende definito con esattezza quali fossero i volumi delle prestazioni istituzionali da rendersi, non si è potuto conseguentemente computare nemmeno l'entità delle prestazioni in libera professione.

A nostro avviso, ciò ha comportato un uso distorto dell'istituto, che non ha rappresentato una diversificazione dell'offerta sanitaria, in base alla quale il cittadino avrebbe potuto liberamente scegliere se ricevere la prestazione in regime istituzionale o libero-professionale (perché era questo lo spirito dell'*intra moenia*). Si è creato, invece, un corto circuito per cui, proprio per la mancanza di chiare regole, il cittadino si è rivolto alla libera professione, perché così poteva ricevere una prestazione saltando i tempi di attesa. Questo ci porta a dire che l'istituto — a causa della mancata, colpevole regolazione a livello regionale nonché per responsabilità dei direttori generali — è venuto meno alle sue finalità, che pure noi avevamo condiviso. In questo gioco, inevitabilmente, la mancata predisposizione di idonei spazi

ha consentito che vi fossero le motivazioni giustificatrici della scarsa chiarezza determinatasi. Perciò affermiamo la necessità che diventi più stringente il patto (tra galantuomini) tra i medici e le amministrazioni: la libera professione deve avere una effettiva regolamentazione, in modo che l'utenza possa essere messa di fronte alla libera scelta se accedere ad un tipo di servizio o all'altro. Tale necessità implica che anche da parte vostra si dia, per quanto possibile, un ulteriore impulso alle regioni, affinché gli strumenti (in particolare, i finanziamenti) che sono stati previsti vengano correttamente impiegati e le regioni inseriscano nella propria agenda la realizzazione degli occorrenti spazi.

PRESIDENTE. Avverto che il rappresentante della CISL non è presente. Proseguiremo ora con gli altri interventi introduttivi dei nostri ospiti.

ARMANDO MASUCCI, Coordinatore nazionale medici UIL F.P.L. Vorrei iniziare il mio intervento ricordando alcune parole da me scritte alcuni anni fa e che ora sembrano essere tornate attuali. Riguardo alle prestazioni in *intra moenia* — madre di tutte le controversie — il monitoraggio ha rilevato come di fatto non esistono liste di attesa. Qualunque sia il tempo di attesa nel canale istituzionale, la stessa prestazione, in *intra moenia*, viene offerta entro due o tre giorni. L'*intra moenia*, salvo pochissimi casi, non viene utilizzata come strumento per ridurre le liste di attesa. Le aziende cioè non acquistano queste prestazioni per incrementare l'offerta del canale istituzionale (così come era stato proposto all'epoca dell'approvazione del decreto legislativo n. 229 del 1999) né d'altra parte fissano tetti per l'esercizio dell'attività libero professionale previsti invece dalla stessa cosiddetta riforma *ter*. I cittadini, che non conoscono le disposizioni del decreto legislativo n. 124, risalente addirittura al 1998, non reclamano il loro diritto a ricevere in *intra moenia*, ma senza pagamenti aggiuntivi, le prestazioni per le quali le liste di attesa superano i limiti previsti. Mi pare che, a parecchi

anni di distanza, queste parole abbiano purtroppo ancora una incredibile attualità.

Abbiamo sempre sostenuto che sia necessaria una moralizzazione dell'*intra moenia* perché riteniamo certamente sbagliato il principio del doppio accesso. Non è possibile che per una stessa prestazione, nello stesso posto e con gli stessi operatori, si possano scegliere due canali. Uno è quello dell'attesa, molte volte con tempi infiniti. L'altro è quello dell'immediatezza a pagamento. Non erano certamente questi i fini della libera professione *intra moenia*. Si voleva una aziendalizzazione totale, si voleva che le aziende acquistassero presso i propri dipendenti, medici, infermieri e tutti gli operatori sanitari, la facoltà di ridurre notevolmente le liste d'attesa o consentire al cittadino la scelta dell'operatore (altro aspetto non trascurabile) attraverso la libera attività *intra moenia*. Tutto questo non si è verificato. Di fatto la moralizzazione che volevamo non è intervenuta. Chiunque di noi, dei nostri familiari, se costretto ad usufruire degli ospedali, a ricorrere ad esempio all'intervento chirurgico più banale, nella migliore delle ipotesi deve attendere almeno un mese; se invece si sceglie di pagare, al più tardi all'indomani mattina si verrà operati. Non è certo questo il fine che ci spinse a scegliere la libera professione intramuraria.

La UIL ha sempre sostenuto un altro punto di vista: noi guardavamo ad un concetto di esclusività totale per tutti i medici. Abbiamo accettato la riforma Bindi perché rappresentava un primo passo verso un'esclusività totale dei medici, ma in aggiunta alla totale liberalizzazione degli studi professionali, perché riteniamo (questa è la nostra differenza con gli altri sindacati) che lo studio professionale, la libera professione siano una necessità, un dovere del medico ed un diritto del cittadino. Ecco perché abbiamo sempre auspicato libertà totale, anche con la partita IVA, degli studi professionali, ma solo di questi e non dei laboratori di analisi, delle strutture complesse, eccetera. La vera incompatibilità è con le strutture,

il vero conflitto di interessi è con le cliniche private, non certamente con il singolo operatore che visita il malato, ma poi è costretto a portarlo nel proprio ospedale.

Quindi abbiamo sempre chiesto esclusività per tutti e liberalizzazione degli studi. La Bindi, con la sua miopia politica, non ci volle concedere ciò e di fatto si è giunti soltanto ad una esclusività che voleva irreggimentare tutti i medici.

Abbiamo allora avanzato una seconda richiesta che riguardava la necessità della reversibilità dell'opzione. Non abbiamo mai ritenuto che il concetto di esclusività comportasse legarsi a vita; abbiamo sempre sostenuto che l'esclusività dovesse essere almeno collegata agli incarichi in strutture complesse e alla durata dell'incarico medesimo. Ora il disegno di legge finanziaria riproporrà questi temi anche al Senato e noi sosteneremo che rispetto alla possibilità di apportare qualche innovazione nella finanziaria riterremo più opportuno il ricorso ad un decreto-legge che permetterebbe di discutere nel corso dell'iter parlamentare. Ciò che riteniamo possibile è, al massimo, che si inserisca la reversibilità dell'opzione.

Questo argomento si lega alle liste d'attesa perché se avessimo ottenuto quel rapporto che noi auspicavamo, cioè di totale esclusività per tutti con liberalizzazione degli studi professionali, avremmo avuto una libera professione che le aziende invece non «comprano». Le aziende «giocano» soltanto sull'attività ambulatoriale perché in quel settore il guadagno è notevole; anche la liberalizzazione degli studi professionali fino al 2003 è arrivata — come ricordava l'amico Polillo — perché non c'è stata la possibilità di creare gli spazi all'interno delle strutture, altrimenti non avremmo avuto questa possibilità. Io ho sostenuto questa idea perché altrimenti non si svolgeva più libera attività, ma è chiaro che non c'è nessun controllo sulla fatturazione da parte dei colleghi medici e quindi si registra quel che si vuole registrare. Le aziende concedono i ricettari purché non abbiano problemi; tutto questo va moralizzato e non

so se sarà possibile raggiungere questo obiettivo grazie allo svolgimento di questa indagine conoscitiva.

La realtà è che il 96 per cento dei medici italiani ha scelto il rapporto esclusivo. In questi giorni abbiamo predisposto un manifesto provocatorio con una parola d'ordine: passate tutti all'*intra moenia*. Se tutti passassero al regime esclusivo non ci sarebbero più le penalizzazioni economiche, non vi sarebbe più il problema di decidere a chi dare gli incarichi ma sarebbe necessaria la liberalizzazione degli studi professionali, altrimenti il sistema scoppierebbe.

PAOLO MANZINI, *Presidente nazionale CIPUR*. Ringrazio il presidente Lucchese e gli onorevoli intervenuti per l'attenzione concessa ai sindacati e alle associazioni di categoria, nello specifico dei medici e dei professori universitari delle facoltà di medicina. Ringrazio in particolare perché ci viene concessa un'attenzione che non riceviamo invece da parte delle aziende e delle regioni. Cosa che ci crea alcuni problemi non trascurabili.

In qualità di professore universitario desidero sottolineare le particolari esigenze dei colleghi docenti universitari medici perché a loro spettano tre doveri istituzionali: la ricerca, l'assistenza e la didattica. Nessuna delle tre può predominare sulle altre, se non in maniera armonica.

Non sempre è possibile realizzare l'assistenza solo con l'attività nelle aziende; comunque la peculiarità di questa posizione e le particolari necessità che si presentano saranno meglio illustrate dai colleghi che interverranno.

Vi è un ultimo punto che voglio segnalare e che, come profano, non medico, mi ha colpito. Penso al grave eccesso di potere che constatiamo nelle nomine a posizioni primarie — mi scuso se utilizzo un termine in disuso — quando abbiamo aziende convenzionate con le università. Queste nomine, che si ripercuotono forzatamente sull'attività delle facoltà di medicina, attualmente vengono effettuate dal solo direttore dell'azienda partecipante

alla commissione che si occupa delle nomine, senza nessuna interferenza possibile da parte della facoltà medica che ne sarà fortemente influenzata. Da questo punto di vista crediamo che sarebbe necessaria, quale attività istituzionale, quanto meno la presenza nella commissione del preside o di un suo rappresentante.

CLEMENTE CRISCI, *Delegato nazionale CIPUR medicina*. Intervengo in questa audizione tenendo presente che rappresento i docenti universitari della facoltà di medicina ed ho interpretato questa convocazione sotto tale punto di vista, quello cioè di esprimere quale sia l'opinione, che cosa provino, che cosa sentano i docenti universitari di medicina. I colleghi della CGIL e della UIL, Polillo e Masucci, hanno sottolineato brevemente un aspetto che, invece, la nostra associazione pone quasi al primo posto, vale a dire la possibilità della reversibilità della scelta del rapporto di lavoro esclusivo. È una esigenza talmente ovvia che non mi dilungherò in merito.

Come lei sa, signor presidente, l'attività assistenziale si divide in due grandi filoni: l'uno riguarda il ricovero, l'altro l'attività ambulatoriale. Quanto al ricovero, possiamo affermare che non esistono grandi problemi. Le norme ed i regolamenti che attualmente esistono soddisfano, anche se parzialmente, la necessità dell'espletamento di un'attività assistenziale di buon livello. In poche parole, o mediante le strutture interne nell'ambito delle aziende, o mediante le convenzioni con le case di cura, a nostro avviso, è possibile un'equilibrata e valida attività assistenziale. Qualche problema esiste, invece, nell'ambito dell'attività ambulatoriale. Relativamente alle norme in vigore, vi è una richiesta anche molto pressante, da parte nostra, poiché a giugno terminerà il periodo di tre anni durante il quale è stato possibile utilizzare, per la attività ambulatoriale, gli studi privati. Un medico, cioè, poteva convenzionare ed utilizzare il proprio studio. Noi pensiamo che, data l'attuale situazione anche economica e finanziaria del nostro paese, e data la situazione reale di ogni

singola azienda, sia estremamente opportuna una proroga di questo periodo di sperimentazione e di licenza, per chiamarla così.

Attualmente, quindi, un medico può utilizzare il proprio studio. Per chiarire meglio quale sia l'attività di un medico universitario o ospedaliero, desidero illustrarvi la mia personale esperienza, maturata a Firenze ed in Toscana. Il professionista deve versare all'azienda il 5 per cento dei suoi introiti. Tutte le spese che sostiene, per la luce, l'acqua, l'infermiera e così via, non possono essere detratte, in quanto non gli è più attribuita una partita IVA. Inoltre, deve pagare un'imposta alla regione, cioè l'IRAP, nella misura dell'8,5 per cento, aliquota imposta alle imprese, non quella gravante sui privati, che è del 4 per cento. Come associazione, per coloro che rappresentiamo, noi vorremmo chiedere, per quanto sia un desiderio utopistico, che le aziende mettano a disposizione dei medici ospedalieri e universitari che svolgono attività ospedaliera e universitaria di tipo assistenziale strutture idonee a svolgere una dignitosa attività libero-professionale. In assenza di questo chiediamo, perlomeno, che sia nuovamente attribuita, al medico che convenziona il proprio studio, la partita IVA e che l'IRAP sia ridotta dall'8,5 al 4 per cento.

PASQUALE AVITTO, *Delegato CIPUR medicina per l'università di Roma La Sapienza*. Con il professor Crisci c'è identità di vedute. Condivido anche le affermazioni dei colleghi della CGIL e della UIL poiché, avendo optato per l'attività *intra moenia* e per il rapporto esclusivo, presso l'università di Roma La Sapienza, ne ho constatato nella realtà il fallimento, sotto tutti punti di vista.

Dal momento che dobbiamo rispettare le leggi, vorrei sottolineare un problema, a semplice integrazione di questi interventi. Non c'è dubbio che, con lo stesso studio e con gli stessi costi, due professionisti della stessa specializzazione possano ottenere ricavi diversi. Un'esenzione fiscale del 25 per cento, uguale per tutti, fa crollare il sistema. Un grande clinico che fattura per

un miliardo di lire, se da esso toglie fiscalmente 250 milioni, con questa somma paga ampiamente le spese di un ottimo studio professionale. Ma quanti sono i professionisti che fatturano un miliardo? Pochissimi. La maggioranza degli altri produce una capacità di reddito professionale tale per cui, esentando soltanto il 25 per cento a fini fiscali, il sistema crolla. Questo ha comportato, praticamente, che molti colleghi abbiano preferito l'*intra moenia* rispetto all'*extra moenia* con tutte le relative ripercussioni. Quindi c'è anche un problema fiscale che, a mio parere, dev'essere rivisto. Correttamente è stato proposto che al medico in *intra moenia* che utilizzi, per conto dello Stato, la sua struttura siano almeno detratte le spese in misura proporzionale alla sua capacità di reddito.

VINCENZO LO CASCIO, *Presidente Commissione medica dell'USPUR*. Non ripeterò quanto già affermato dai colleghi precedentemente. Vorrei soltanto richiamare l'attenzione sul fatto che la sanità in Italia è proprio «a pelle di leopardo», perché io non mi ritrovo in tutte queste critiche. Il mio cognome denuncia la mia origine meridionale ma il mio accento dimostra che sono naturalizzato veneto. Nella mia regione le cose non si svolgono in questa maniera, nel senso che esistono, certamente, problemi con la libera professione ma nascono soprattutto dal fatto che c'è una certa difficoltà — non drammatica come, forse, in altre regioni italiane — a trovare gli spazi dove farla svolgere. Difficoltà complicata dal fatto che, anche a livello governativo o parlamentare, evidentemente le idee non sono molto chiare. Mi risulta, per esempio, che sono stati stanziati, a suo tempo, 1200 miliardi di lire per organizzare gli ambulatori libero-professionali, che sono stati distribuiti alle regioni e che la regione Veneto ne ha ottenuti 120. Tuttavia, di questa somma praticamente nulla è stato speso per gli ambulatori, semplicemente perché c'erano altre priorità: per ricordarne soltanto una, al policlinico di Verona c'era la cabina elettrica che doveva essere assolutamente

sistemata. Forse, qualche milione è stato utilizzato per migliorare un po' l'arredamento di qualcuno degli studi utilizzati per la libera professione ma, per il resto, nulla. Quindi, si segue questa strana prassi per cui si stanziavano fondi con determinati obiettivi i quali, comprensibilmente, non possono essere rispettati a livello periferico.

Per quanto riguarda la libera professione, non mi pare che vada tanto male, nella nostra regione. Si è cercato di trovare gli spazi all'interno degli ospedali e, quando non è stato possibile, come nel caso, per esempio, dei due ospedali di Verona, che conosco molto bene, sono state affittate strutture esterne. I medici esercitano in tali strutture esterne. Naturalmente il loro onorario è penalizzato nella misura delle spese relative all'affitto degli spazi presso la casa di cura che li ha messi a disposizione, delle pulizie e così via. Tutto sommato l'azienda ne ha tratto un vantaggio. Ho portato con me molti dati ma, per brevità, non ritengo sia il caso di illustrarvi analiticamente di quanto sia stato incrementato l'introito dell'azienda, in funzione di questo tipo di attività. Approssimativamente, l'incremento è, in un caso, nell'ordine di 9 miliardi di lire, in un altro, di 13 miliardi, e così via. Insomma, sono cifre apprezzabili.

Da un altro punto di vista, non risponde al vero — almeno per quanto ci riguarda — che ci sia questa grossa discrepanza, nel senso che certamente non sarà stata completamente azzerata la lista di attesa, ma dei risultati positivi sono stati comunque conseguiti. Ancora una volta, a mio modesto avviso, bisogna (sotto questo profilo non sono d'accordo con la CGIL) verificare caso per caso, in relazione alla specialità, alla relativa domanda e ad altre variabili. Trovo perciò del tutto impropria una generalizzazione come quella che ho sentito fare, la quale non rispecchia la realtà per come la posso giudicare io dall'interno della regione Veneto. Poi, siccome ho anche delle esperienze nel settore infermieristico (essendo presidente del consiglio del corso di laurea in Alto Adige) posso attestare che in tale regione le cose

funzionano ancora meglio. Ciò, non soltanto perché le regioni a statuto speciale godono di un regime fiscale particolare e facilitato, ma anche perché il meccanismo con il quale viene regolata la prestazione ambulatoriale è piuttosto sofisticato ma pur sempre tale da consentire notevoli risparmi nonché un certo grado di soddisfazione da parte dei medici. Si tratta di un regime completamente diverso, nel senso che tutti hanno l'obbligo di svolgere una certa quantità di attività divisionale (cioè di tipo non personale ma generalizzata), per cui tutti coloro che chiedono di effettuare la libera professione debbono prioritariamente garantire una certa quantità di prestazioni del primo tipo. Da noi si fa, se poi in altre parti ciò non avviene, mi rendo conto che sia scorretto. Ciò però non vuol dire che il meccanismo di per sé sia sbagliato. Come al solito, purtroppo, le norme esistono ma non vengono fatte rispettare.

Tornando all'Alto Adige, dicevo che tutti devono svolgere attività divisionale. Siccome i medici sono pagati meglio di quanto non avvenga in altre regioni, gli introiti in libera professione sono concessi soltanto fino a un certo tetto, oltre il quale non diventa più conveniente svolgere la libera professione. Comunque, le liste di attesa sono state assolutamente decapitate.

GIOVANNI CORDINI, *Presidente del Comitato nazionale universitario (CNU)*. Sono molto grato alla Commissione e ringrazio il suo presidente per aver voluto ascoltare anche i rappresentanti dei medici universitari. Qui, al di là delle varie posizioni, mi sembra che sia emerso un comune sentire su un punto fondamentale, che vorrei anch'io ribadire: quello della reversibilità. Si tratta di un punto qualificante, perché intorno ad esso si gioca anche il futuro della riforma, che noi non vorremmo ostacolare nella sua realizzazione.

Tuttavia, è evidente che ragioni di complessità esistono. Ne sollevo una sola. Prima di farlo, voglio esprimere condivisione anche per un altro aspetto, quello per cui le facoltà mediche non possono

essere considerate distinte dalle altre facoltà universitarie per quanto riguarda la condizione in cui il medico si trova ad operare. Didattica, ricerca e assistenza devono essere non solo interdipendenti ma anche equilibrate nei loro rapporti. Questo incide, poi, anche sulle attività *intra* o *extra moenia* che si vogliono regolamentare. Prima di passare la parola al collega Brunelli (che essendo medico potrà toccare i temi più specifici dell'indagine), vorrei evidenziare — ed esprimo preoccupazione in merito — come le disparità che stanno emergendo a livello di comparazione regionale meritino un'attenta considerazione. Un'accentuazione delle autonomie e un ruolo più forte delle regioni potrebbe aggravare le già esistenti disparità che, se non ricondotte attraverso linee guida e standard, non dico ad uniformità, ma perlomeno ad un criterio medio, potrebbero ripercuotersi sulla qualità del lavoro *intra moenia* e, quindi, sul successo della riforma.

CLAUDIO BRUNELLI, *Rappresentante Commissione medicina del Comitato nazionale universitario (CNU)*. Voglio toccare soltanto due aspetti, il primo legato alle liste di attesa e il secondo relativo ai costi della normativa.

Rispetto al problema delle liste di attesa, abbiamo sentito come ci siano posizioni differenti; credo che uno degli scopi di questa audizione sia proprio quello di documentare quali siano le variazioni in questo paese dei livelli di assistenza medica. Per parte mia, posso riferire quella che è la situazione genovese e dire che sicuramente non ci sono state — almeno ad oggi — riduzioni significative delle liste d'attesa. La situazione è tale per cui chiaramente l'interesse del medico che svolge attività libero-professionale non coincide con l'esigenza di ridurre il numero dei pazienti da visitare gratuitamente nell'ambito dell'attività ambulatoriale tradizionale.

Per quanto riguarda, invece, il problema dei costi, stando alla situazione locale che conosco, la mia impressione è che la normativa porti ad un probabile

aumento dei costi a carico del paziente, che — rispetto all'identica prestazione ottenibile dal professionista che svolge la sua attività in un ambito privato — verranno aggravati dagli oneri imposti dalle aziende (variabili dal 5 per cento di Firenze al 20-25 per cento della Liguria). Come abbiamo ascoltato, vi sono poi altre norme che impongono una tassazione aggiuntiva. In definitiva, il paziente per avere la stessa prestazione da un identico professionista, si trova a pagare qualcosa in più. C'è anche il rischio che i costi siano destinati a crescere non soltanto per il paziente, ma anche per la struttura pubblica. Se è pur vero, infatti, che i finanziamenti sono stati stanziati, abbiamo tuttavia sentito da qualcuno come tale denaro sia stato speso per fare altre cose e non sicuramente per lo scopo principale, che era quello di creare le strutture pubbliche utili ad affrontare il problema.

Credo che una riflessione su questi due aspetti, che mi sembrano meritevoli di approfondimento, vada svolta. A voi il compito di trovare le soluzioni.

PRESIDENTE. Vorrei porgermi delle domande in merito a quanto da voi riferito. L'aspetto più importante emerso è quello della reversibilità. Si tratta di un problema molto dibattuto nella passata legislatura allorché venne approvata la cosiddetta riforma sanitaria *ter*, ora riproposto dal Governo. Alla Camera le modifiche proposte non sono passate; non so cosa invece avverrà al Senato. Si è parlato anche di un rapporto esclusivo ed eventualmente della possibilità di una professione libera a livello di studi professionali, senza volerla cioè rendere libera a tutti. In effetti, lo spirito della modifica proposta dal Governo va in questa direzione.

Essendo un ex medico ospedaliero, ora in pensione, vorrei fare un'altra riflessione. La professione sanitaria *intra moenia* è stata considerata da alcuni dei nostri ospiti un fallimento perché così si creano due canali. Nel momento stesso in cui si realizza questo istituto si creerebbero delle ingiustizie e delle discriminazioni tra coloro che devono attendere e chi, pagando,

ottiene una prestazione migliore. È una problematica che va eliminata.

Mi chiedo come si possa far convivere queste due istituzioni: l'ambulatorio ospedaliero normale e quello a pagamento dell'*intra moenia*, avendo poi eventualmente anche la pretesa di eliminare le liste d'attesa. Qualcuno degli intervenuti ha invece affermato che vi sarebbe l'interesse inverso e cioè far accumulare le visite nell'ambulatorio ospedaliero per favorire chi svolge la libera professione *intra moenia*. È un circolo vizioso, paradossale e perverso. Questo è un istituto che dovrebbe essere modificato radicalmente. È su questo che gira tutto il discorso e posso anche citare un esempio personale. Ho accompagnato mia moglie a fare una visita a Palermo e ci è stato comunicato che erano necessari sei mesi di attesa, cosa che mi ha lasciato sbalordito.

Sono poi stati affrontati i temi dell'esclusività per tutti e della mancanza degli spazi. Quest'ultimo problema è stato molto discusso in questa Commissione quando abbiamo affrontato il tema della libera professione intramuraria. Alcuni di noi hanno sostenuto che prima andassero trovati gli spazi necessari per svolgere questa attività e che solo dopo si creasse l'istituto della professione in *intra moenia*. Questo non è stato fatto ed ora i nodi vengono al pettine. Il dottor Masucci nel suo intervento ha affrontato proprio questo tema. L'assenza di spazi fa sì che per operare si ricorra agli studi esterni con ripercussioni evidenti in termini di costi. Ci troviamo di fronte ad una serie di circoli viziosi ed equivoci cui bisogna provvedere.

Vorrei sapere pertanto quale siano le soluzioni più adatte al riguardo.

BATTISTA ROBERTO POLILLO, Responsabile ufficio politiche della salute della CGIL. Signor presidente, non ho la pretesa di rispondere adeguatamente a tutti i quesiti posti, tra l'altro molto pertinenti e che dimostrano una sua particolare sensibilità al problema che le fa onore, indipendentemente dal caso personale.

All'atto della sua costituzione l'istituto in questione fu finanziato privando di fondi alcuni progetti con obiettivi molto importanti; vi fu uno storno di circa mille miliardi di vecchie lire originariamente destinati alle categorie deboli, ai malati terminali, ai malati di AIDS e di patologie rare; è un aspetto che viene scordato con troppa disinvoltura. Quei soldi furono dati alla categoria perché dovevano fornire un ritorno rappresentato dalla maggiore fidelizzazione del medico nei confronti della struttura, da un maggiore impegno, dallo sforzo di ridurre le liste di attesa e da un comportamento corretto nei confronti del fisco. Questa era la finalità dell'istituto e di quel patto tra galantuomini di cui ho parlato prima.

Tale patto si reggeva quindi su una chiara delimitazione dell'agire del medico. Ci doveva essere una chiara definizione delle prestazioni da svolgere nel regime istituzionale ma senza sotterfugi. Infatti se un medico, ad esempio, svolge soltanto attività di corsia senza occuparsi dell'ambulatorio istituzionale, a nostro avviso non potrebbe neanche svolgere la libera professione (ecco perché parliamo di sotterfugi). Il medico prima deve svolgere l'attività ambulatoriale istituzionale e, contemporaneamente a questa, lavorare nell'ambulatorio in libera professione. Altrimenti si crea inevitabilmente il doppio canale che lei ha giustamente citato.

Sono contento che in alcune regioni sia stato risolto il problema delle liste d'attesa. Questa era una delle finalità di questo istituto, ma posso assicurare che grazie ad un'inchiesta di cui si occupò la CGIL venne dimostrato esattamente quello che affermava il presidente Lucchese. Cioè che vi era una situazione intollerabile, c'era chi si dedicava al regime istituzionale per sei mesi e al regime di libera professione per tre giorni.

Una delle modalità per risolvere il problema era quella di fissare un tetto per l'esercizio dell'attività libero-professionale, con quel meccanismo indicato anche da alcuni dei presenti e cioè che un medico in libera professione nella sua attività può raggiungere un certo limite al di là del

quale non si può andare. Noi sosteniamo che prima deve essere definita esattamente l'attività che il medico deve svolgere; ricordo anche che l'istituto era comunque finalizzato ad un maggior impegno del professionista. A nostro avviso, in realtà, vi dovrebbe essere un meccanismo per cui se la riduzione della lista d'attesa non si verifica il medico dovrebbe avere una possibilità ancora minore di svolgere la libera professione. Tutto ciò senza voler penalizzare troppo il medico stesso, perché vi è anche il rischio che un professionista abbia una lunga lista all'attesa perché è una persona particolarmente competente; è un aspetto che va preso in considerazione. Vi dovrebbe essere comunque uno strumento di controllo.

Per quanto riguarda il problema della reversibilità dell'opzione, siamo assolutamente contrari per quei motivi che ricordavamo poc'anzi. Abbiamo dato tanti soldi ai medici: la media dell'indennità di esclusività è di 18 milioni di vecchie lire per il professionista, mentre un dirigente di struttura complessa percepisce 34 milioni; sono cifre notevoli rispetto al nostro standard di stipendio e rappresentano ormai una quota consistente del salario. Il patto era di pagare questo impegno perché medici hanno rinunciato in maniera irreversibile ad un diritto. Se vogliamo soltanto pagare l'impegno professionale nella struttura pubblica allora, secondo noi, per un criterio di giustizia, questo premio dovrebbe essere esteso anche al restante personale della sanità.

Noi rifiutiamo infatti l'idea della reversibilità, ma qualora il Parlamento approvasse questo principio, allora nella nostra piattaforma sarà presente la richiesta di un rapporto esclusivo anche per gli infermieri ed il restante personale, perché a quel punto non pagheremmo più per un diritto leso. I conti sono semplici: se questo avverrà, chiederemo circa quattro-mila miliardi, che serviranno a corrispondere un'indennità di almeno 13 milioni.

Si aprirà quindi un conflitto molto forte e credo che i 300 mila addetti, non medici, al servizio sanitario nazionale capiranno la nostra posizione. Da parte

nostra vi è l'invito al senso di responsabilità. Voi che approvate le leggi dovreste comprendere che alcuni provvedimenti creano dei conflitti all'interno della categoria.

PRESIDENTE. La possibilità di estendere l'istituto dell'esclusività anche al restante personale sembra una proposta pertinente. Lo avevamo chiesto anche noi nel passato.

ARMANDO MASUCCI, *Coordinatore nazionale medici UIL F.P.L.* Devo anzitutto manifestare una posizione notevolmente differente rispetto a quella della CGIL. Siamo favorevoli alla reversibilità, l'avevamo già chiesta in precedenza senza ottenerla.

Desidero sottolineare come le regioni (di ogni colore politico) quando si è manifestata la possibilità di mettere in discussione la totalità dell'esclusività, abbiano assunto tutte un unico atteggiamento sostenendo che se non si manteneva, non tanto l'esclusività, quanto la libera professione *intra moenia* con i canoni attuali, avrebbero messo in discussione l'indennità di esclusività. Questo perché, nell'ambito del concetto di aziendalizzazione — come affermava il collega Polillo — si premiava la decisione di mettersi a disposizione dell'azienda. Noi abbiamo sempre sostenuto che non andasse differenziata l'indennità tra primario e, ad esempio, un assistente con meno di cinque anni di anzianità. Non sono vere le cifre citate, che riguardavano importi lordi, in realtà si arriva a circa un milione netto al mese per chi ha più di 25 anni di anzianità. Al di là di tutto ciò l'indennità era un premio collegato alla conferma dell'incarico, all'anzianità, eccetera e serviva a dare un valore aggiunto all'interno del concetto di aziendalizzazione; invece è stata mercificata in questi termini.

Vorrei ora chiarire un nostro pensiero che forse è stato equivocato. Quando citavamo la libertà degli studi non sostenevamo una libertà degli studi professionali per tutti, non siamo così pazzi. Sostenevamo invece un rapporto esclusivo per

tutti ed in quel caso si poteva rendere possibile la totale liberalizzazione degli studi professionali, cosa che — lo ripeto — è un dovere dei medici e un diritto dei cittadini (come sindacato confederale cerchiamo sempre di metterci anzitutto dalla parte dei cittadini). Ciò non è avvenuto ed abbiamo dovuto accettare la riforma Bindi, in parte buona, in parte cattiva; si è purtroppo lasciata normare l'attività libero-professionale ai sindacati medici che non sono tutti confederali (molti sono di categoria) e si è giunti quindi ad un compromesso nel contratto che ha complicato ancora di più le cose.

È necessario moralizzare questa attività nell'interesse del cittadino. Noi lo abbiamo fatto perché speravamo di eliminare il cosiddetto « nero », cioè quella abitudine, tutta italiana, per la quale il povero cittadino malato, pur contribuendo al servizio sanitario nazionale, è costretto a rivolgersi al medico privato, pagando di tasca sua. Purtroppo, il problema delle liste di attesa è sempre stato risolto così. Speravamo che, con il sistema dell'attività *intra moenia* legata all'esclusività, il cosiddetto sommerso e il cosiddetto « nero » fossero riassorbiti nella attività aziendale. Per questo era necessario un vero piano di aziendalizzazione: come ricordavo prima, cioè, le aziende avrebbero dovuto acquistare la libera attività presso i propri dipendenti, anziché consentirla evitando ogni tetto, come è stato giustamente ricordato, ogni attenzione ed ogni normativa. L'unico elemento positivo che il ministro Sirchia aveva introdotto nella ventesima bozza del suo decreto era l'obbligo di portare a zero le liste di attesa per poter iniziare la libera attività *intra moenia*. Si può essere così drastici oppure si possono stabilire tetti: a mio avviso, è importante collegare l'eliminazione delle liste di attesa alla possibilità di svolgere la libera attività.

Tutte le regioni ci hanno detto che se avessimo avuto questi problemi, ci avrebbero richiesto alcune ore in più nel contratto, non pagate, per portare a termine le liste di attesa. Vi rendete conto che non è possibile che un sindacato dica ai propri

iscritti che con il prossimo contratto subiranno una perdita poiché, volendo mantenere il compenso di un milione di lire, al lordo, relativo alla esclusività, saranno costretti a lavorare per quattro o sei ore in più alla settimana, per smaltire le liste di attesa. Mi sembra davvero un controsenso. Allora, a mio avviso, è necessario disporre, anche a beneficio di questa Commissione, di un quadro generale del problema. Per questo, spesso, esco fuori argomento, per così dire. Tuttavia, non riesco a non collegare l'esclusività con il problema della libera attività *intra moenia*: le due cose sono necessariamente collegate. Mi auguro ancora che ci sarà — come l'ex ministro Veronesi pretende nel suo istituto dei tumori di Milano — un rapporto esclusivo e una compartecipazione agli utili. Secondo me, questo resta il sistema più logico e più democratico — con tutti i rischi di questo termine — se lo si vorrà applicare veramente. Solo in questo modo, infatti, ci sarebbe una totale dedizione alla azienda nella quale si lavora, con una compartecipazione agli utili, fermo restando che, fuori, si possa avere il proprio studio professionale. Lo ripeto: altro è lo studio, tutt'altro è il laboratorio di analisi o la clinica non convenzionata. È lì che scatta, veramente, il conflitto di interessi.

PRESIDENTE. Mi sembra di aver capito che si potrebbe eliminare il doppio ambulatorio, quello ufficiale, istituzionale e la libera professione *intra moenia*, prevedendo un solo tipo di attività — come fa il professor Veronesi — e di ambulatorio senza tetto massimo, in modo tale che tutti partecipino. È necessaria l'esclusività, perché è giusto che sia così, per tutti, lasciando la possibilità di esercitare la libera professione al di fuori. Questo è il concetto contenuto nell'emendamento presentato da noi, come maggioranza, che non è stato approvato. Tuttavia, esso non prevedeva quella parte che lei ricordava, molto interessante, relativa all'eliminazione del cosiddetto doppio canale. Un

solo tipo di ambulatorio mi sembra, anche nella mia qualità di medico, più opportuno.

CLEMENTE CRISCI, *Delegato nazionale CIPUR medicina*. Ritengo che le osservazioni espresse dal collega della UIL siano, sotto alcuni punti di vista, condivisibili. Noi, in Italia, siamo estremamente critici nei confronti di tutto ciò che abbiamo e di tutto ciò che la nostra società ci offre. Dal momento che si afferma che questo doppio canale costituisce un aspetto negativo, vorrei farvi riflettere su un aspetto molto rilevante. La possibilità di regolamentare, sotto certi punti di vista, l'attività libero-professionale, riguardo sia ai costi, sia all'eliminazione del lavoro nero sia, infine, alla disponibilità del personale sanitario, ha rappresentato un elemento estremamente importante sul quale non ho ascoltato alcuna considerazione.

Un altro profilo, a mio avviso, significativo è che nella società italiana, pur in presenza di una crisi economica e finanziaria molto rilevante, di fronte ad un problema di salute un individuo si può permettere di spendere 100, 150 o anche 200 mila lire, senza sconvolgere il bilancio familiare. Questa circostanza deve essere tenuta nella giusta considerazione perché la libertà di rivolgersi a una persona di fiducia deve essere tutelata. La possibilità di richiedere una consulenza ad una persona qualificata che svolge un'attività libero-professionale nell'ambito di una struttura è certamente una salvaguardia anche per il cittadino.

Indubbiamente, è necessario risolvere il problema del doppio canale, anche se non lo vedrei in maniera così nefasta e negativa. A mio avviso, si deve rivalutare la qualità della prestazione e l'impegno del medico anche nell'ambito della sua attività libero-professionale. Vivo in una regione che, pur essendo di sinistra, ha visto di buon occhio l'attività libero-professionale.

Quanto alle liste di attesa, bisogna parlarsi chiaro: possono anche dipendere, in parte, dalla disponibilità del personale medico ma molte volte derivano dalla carenza di strutture o di personale infer-

mieristico, non tanto per quanto riguarda l'attività ambulatoriale quanto nell'ambito della diagnostica, che è molto più rilevante. Quel concetto che, in una prima fase, ha creato una certa contrazione, in senso negativo, vale a dire far partecipare anche gli infermieri al rapporto di lavoro esclusivo oppure incentivare, in qualche modo, un maggiore impegno anche da parte del personale di sostegno infermieristico, a mio avviso, potrebbe rappresentare una delle soluzioni più valide per risolvere il problema.

In sintesi, quel poco che abbiamo è criticabile ma, secondo me, è sempre meglio che buttare tutto all'aria e rifarlo daccapo.

PASQUALE AVITTO, *Delegato CIPUR medicina per l'università di Roma La Sapienza*. Per correttezza, mi ero mantenuto nei limiti tematici di questa audizione: esprimere la nostra sensazione, la nostra opinione, certamente non personale, perché ognuno di noi, in questa sede, reca il contributo dei colleghi con i quali condivide il lavoro quotidiano. Il percorso dell'attività *intra moenia*, per il mancato investimento da parte dell'azienda e per le ragioni fiscali punitive che poc'anzi ho ricordato, non è decollata. A mio parere, è stato un fallimento politico (essendo stato chiamato in causa, mi spingo oltre, allargando il discorso sul piano politico). La classe medica ha subito, in una certa fase, la riforma Bindi. Ovviamente, quando si è recata a votare, ha espresso la propria volontà politica, espressa e condivisa dalle altre forze politiche, di cui ne ha beneficiato. Ancora oggi vediamo che non c'è corrispondenza. Nel gioco dell'alternanza, che tanto piace all'amico Crisci, di fronte a questo fallimento del *post* riforma Bindi, noi ci prepariamo a vedere quali siano le soluzioni alternative. Conosco personalmente il rappresentante nazionale della UIL e tutto il sindacato, presso il quale sono ben conosciuto. Tutti sanno quanto io sia terribile all'università La Sapienza: è sufficiente chiedere chi sia Pasquale Avitto. Caro collega, se la riforma Bindi fosse stata la tua soluzione,

vale a dire un rapporto esclusivo per tutti, lasciando al medico di andare sul territorio a prendere il cliente e portarlo presso la sua azienda, ancora oggi la avallerei.

Purtroppo non è stato così: ci è stato dato il *fringe benefit* dell'*intra moenia* ma quale azienda ha investito nell'istituto? Mi dispiace per il collega del Veneto, ma vorrei che ci rivedessimo tra un mese con la possibilità di produrre della documentazione (io potrei portare i documenti relativi a quella regione e altrettanto potrebbe egli fare per il Lazio). Il collega del Veneto dice che in quella regione le aziende non hanno investito i 120 miliardi che lo Stato aveva concesso per migliorare le strutture. Orbene, neanche nel Lazio ciò si è verificato. Vogliamo confrontare la situazione della libera professione nel Lazio e nel Veneto? Orbene, caro collega, tu lavori nel Veneto e nell'Alto Adige (di cui ammiro moltissimo le qualità del vino, pur essendo un pugliese), io invece nel Lazio e devo competere con le strutture religiose (e voi ben conoscete i vantaggi di cui godono a livello politico). C'è il Gemelli, esistono le case di cura cattocomuniste, quelle cattofasciste; nel Lazio c'è di tutto e perciò l'*intra moenia* non deve funzionare. Se poi veramente funziona, si va a fare una verifica del mercato della libera professione.

Non vorrei sollevare un vespaio a livello politico e dico soltanto che c'è un Governo di centrodestra e la classe medica (che io rappresento specificatamente a livello universitario, ma penso di interpretare anche il pensiero di parte di quella ospedaliera) si aspetta da queste forze politiche un cambiamento migliorativo. Sta tutto qui! Ci siamo visti in audizione per l'*intra moenia* ed abbiamo espresso varie opinioni; possiamo farne un'altra a livello politico sulla reversibilità. Su tale aspetto è stato assunto con la classe medica l'impegno politico a concederla, fermo restando il rispetto delle esigenze di chi voglia intrattenere un rapporto esclusivo, ma senza penalizzare chi tale rapporto non lo voglia instaurare. Dicevo prima al collega Crisci che non è vero che io sono il libero professionista e lui quello che

svolge l'*intra moenia*, perché anch'io sono in regime di *intra moenia*, ma non mi permetto di fare una visita in *intra moenia* al policlinico per paura di doverla fare gratis (andrei a subire tante di quelle detrazioni e penalizzazioni in cambio di nessun beneficio). Infatti, aggiungerei al mio stipendio da universitario un carico fiscale negativo. Collega Masucci, quanto posso produrre al policlinico in regime di libera professione, facendolo onestamente, senza incutere nel malcapitato il preventivo timore circa la sussistenza di un cancro, per poi poterlo visitare e tranquillizzare? Venti, cinquanta milioni l'anno. Devo però farlo nel mio studio, con il mio telefono, con la mia segretaria, impegnando un mio locale o pagando un affitto. Ci vado a rimettere. Ecco perché il professore Avitto, legalmente in *intra moenia*, non fa l'*intra moenia*. Quando qualcuno me la chiede, la faccio gratis. Quando faremo un'audizione sulla reversibilità del rapporto con i medici, potremo parlarne meglio.

CLAUDIO BRUNELLI, *Rappresentante Commissione medicina del Comitato nazionale universitario (CNU)*. Non sono ovviamente qui per sciogliere il nodo gordiano, come lei ci chiedeva. Però una riflessione si potrebbe fare in chiusura di questa discussione. All'interno di una legge generale che poneva i problemi di economia sanitaria al centro dei suoi interessi (o perlomeno come questione rilevante), il problema specifico della libera professione intramuraria è stato affrontato senza dedicare molto tempo (né da parte delle aziende ospedaliere né, forse, da parte delle regioni) ad un'analisi volta a verificare se la struttura — così variegata, come risulta dalla descrizione delle diverse regioni italiane — fosse in grado di rispondere a questi criteri, in modo tale che i vari attori della vicenda (medici, amministratori e, soprattutto, i pazienti) potessero effettivamente trarre giovamento dalla situazione. Quindi io credo che una revisione attenta del problema alla luce di questioni di economia sanitaria potrebbe permetterci di scio-

gliere alcuni dei nodi che sono stati oggi qui rappresentati.

PRESIDENTE. Accettiamo l'invito pervenuto dal professore Avitto a migliorare le cose. Sono legato all'università La Sapienza, essendomi lì laureato nel lontano 1959. Come lui facevo il primario a tempo pieno e, quindi, mi rendo conto bene del problema. Il professore Crisci ha parlato della carenza del personale infermieristico ed è giusto in quanto, a volte le cose non funzionano perché c'è carenza di tale personale. Egli ha anche fatto un appello in favore della libera possibilità di scelta da parte del paziente. Mi sembra che si tratti di un'esigenza da rispettare. Faccio un esempio: se qualcuno va a teatro come componente della *claque* non si diverte ma, se paga il biglietto, sì. Ho fatto il medico e so che i nostri pazienti vogliono poter avere la possibilità di fare delle verifiche, scegliendo liberamente un altro professionista. È normale che glielo dobbiamo consentire. Mi sembra che su questo siamo tutti d'accordo: va rispettata la libertà dell'individuo di curarsi come e dove vuole. È un'esigenza avvertita anche da chi — purtroppo — non sempre ha una grande disponibilità economica, ma vuole comunque — anche a costo di sacrifici — tutelare la propria salute.

In conclusione, ringrazio tutti gli intervenuti. L'apporto fornitoci rimarrà agli atti e sicuramente sarà utile. Il Governo o chiunque li leggerà potrà trarre utili spunti per individuare le soluzioni migliori in funzione della salute dei cittadini. Tutti lavoriamo a tale fine. L'obiettivo deve essere questo e ritengo che la disponibilità sia massima da parte nostra e, come credo, vostra.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16,50.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

Licenziato per la stampa
il 3 dicembre 2002.