

Intramoenia



Libera Professione intramuraria: è causa dell'allungamento delle liste d'attesa o capro espiatorio?

Con il termine di libera professione intramuraria, detta anche "intramoenia", si fa riferimento a prestazioni di natura professionale erogate al di fuori del normale orario di lavoro, dei turni di pronta disponibilità e di guardia medica, nonché di ogni altra attività che debba essere istituzionalmente assicurata. I professionisti che scelgono di prestare la propria opera in tale regime utilizzeranno le strutture ambulatoriali e diagnostiche del Sistema sanitario nazionale (Ssn) stesso, a fronte del pagamento all'Amministrazione pubblica, da parte del paziente, di una tariffa della quale, una determinata percentuale, verrà poi percepita dal professionista stesso.



SILVIA PORRECA
Responsabile
Anaao Giovani
Puglia



VINCENZO COSENTINI
Responsabile
Anaao Giovani
Veneto

L'esercizio dell'attività professionale intramuraria non deve, per definizione, essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e lo svolgimento di tale attività è subordinato alla garanzia di integrale assolvimento dei compiti di istituto e di piena funzionalità dei servizi.

Pertanto, l'attività libero professionale intramuraria non può globalmente comportare, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni od un volume orario superiore a quello fornito per i compiti istituzionali.

La sua istituzione e regolamentazione risale ad un quarto di secolo fa, quando con il D.lgs. 517 del 1993 furono normate le caratteristiche del rapporto di lavoro cosiddetto "esclusivo" dei dirigenti sanitari, stabilendo che questo comportasse la "totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'Azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito".

La salvaguardia del diritto alla salute,

costituzionalmente riconosciuta, trova infatti la sua espressione qualificante nel diritto da parte del cittadino alla libera scelta delle cure, del medico da cui farsi assistere e nella garanzia della continuità delle cure, nel rispetto dei reali bisogni assistenziali e del rapporto di fiducia caratteristica ineludibile e propria del rapporto medico-paziente.

La regolamentazione del complesso fenomeno della libera professione intramuraria trova fondamento in una svariata produzione normativa, stratificata nel tempo, ed è per definizione basata sui principi di trasparenza, correttezza e liceità. La delicata questione ha indotto il Legislatore ad intervenire reiteratamente con l'obiettivo prioritario di garantire, attraverso l'individuazione di idonee misure ed adeguati strumenti, il corretto esercizio della libera professione stessa, in conformità alle finalità proprie che la caratterizzano, riconducibili essenzialmente alla necessità di assicurare la scelta fiduciaria del medico e di valorizzare le professionalità.

Sono molteplici gli emendamenti di Legge che fanno riferimento alla questione: dalla legge n. 120 del 3 agosto 2007, "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" all'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 18 novembre 2010 concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale (rep. atti n. 198/Csr); fino al decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute".

Tale decreto rappresenta, poi, l'ultimo importante intervento del legislatore in materia di riforme, con l'obiettivo di adeguare i diversi sistemi regionali e aziendali alle mutate disposizioni di carattere organizzativo e gestionale, mediante l'adozione di nuovi impegni e grazie allo sforzo comune degli attori istituzionali coinvolti.

L'attività di verifica della produttività intramoenia prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 decreta una responsabilità dunque diretta delle Regioni oltre che delle singole amministrazioni nel controllo dello svolgimento della libera professione e sancisce nello specifico, che:

- Le Regioni stabiliscano le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero-pro-

fessionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.

- Le Regioni istituiscano appositi organismi paritetici di verifica con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Dunque la normativa in vigore da tempo è in grado di tutelare da più parti il diritto alla salute del cittadino ed alla libertà di cura espressa di cui si è detto. In questo contesto legislativo che potremmo definire "garantista" non trovano spazio, a nostro avviso, i continui attacchi che, da più parti e da diversi fronti, vengono ciclicamente fatti alla "libertà del cittadino" di scelta del medico, che nella libera professione trova una delle sue massime espressioni.

Negli ultimi tempi, in particolare, è sempre più evidente una tendenza alla delazione gratuita del lavoro svolto in libera professione intramuraria da parte di Istituzioni e mass media, utilizzando questo come capro espiatorio per coprire defianze della programmazione sanitaria e che si traducono nell'annosa questione delle liste d'attesa della pubblica amministrazione. Sovente, appunto, la libera professione intramuraria è stata additata come principale causa dell'allungamento delle liste d'attesa stesse, sottintendendo dunque una sorta di "malafede" nel ricorso a tale attività da parte dei professionisti che, dunque, agirebbero nel proprio interesse a scapito del cittadino.

Da quanto sopra detto, tali accuse sono evidentemente del tutto infondate, volendo attribuire al professionista un tale potenziale ruolo sull'abbattimento delle liste d'attesa pubbliche che egli stesso non può possedere, essendo le stesse determinate da ben altri elementi nei confronti dei quali si cerca di distogliere evidentemente l'attenzione mediatica.

Ci riferiamo alle ben note questioni che questo sindacato ha denunciato più volte quali la carenza di medici specialisti, frutto di una programmazione inadeguata del numero di borse di specializzazione, al gap generazionale ormai attuale legato alla fuoriuscita dal sistema sanitario pubblico di migliaia di medici ospedalieri che si pensionano per raggiungimento d'età o per quota 100, blocco del turn-over, blocco decennale dei contratti collettivi di lavoro, etc.

Tutte queste questioni che ribadiamo motivano nella quasi totalità dei casi l'incapacità di abbattimento delle succitate liste d'attesa, appaiono evidente-

mente meno "attraenti" dal punto di vista mediatico del puntare il dito su di una categoria quale quella medica, "colpevole" a livello sociale di non poter garantire il servizio stesso.

Non più tardi di giugno 2018 eravamo intervenuti come sindacato Anaao in risposta alla proposta della Ministra della salute, Giulia Grillo, che proponeva di mettere un freno al doppio lavoro degli operatori sanitari, sottolineando che ciò avrebbe comportato un impedimento alla libera scelta di cura dei pazienti ed un danno economico agli operatori sanitari. Sempre recenti dichiarazioni in merito alla libera professione intramoenia hanno fatto scalpore, come quelle del Presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi: *"In sanità basta con la libera professione, fonte di disuguaglianza e di corruzione", "bisogna fare una cosa davvero di sinistra: abolire la libera professione intramoenia"*. Il Presidente, basandosi sulla libertà decisionale data alle Regioni dallo Stato, proponeva dunque di modificare le norme contenute in leggi statali e in contratti collettivi nazionali di lavoro attraverso una legge a valenza regionale, prevedendo una sorta di acquisto, da parte della Regione, di almeno metà del tempo che il professionista dedicava settimanalmente alla libera professione (ovvero 5 ore), per utilizzarlo come attività aggiuntiva del medico ed evitare che i cittadini dovessero pagare per una prestazione privata. Ciò, come affermato dal Segretario nazionale dell'Anaao, Carlo Palermo, avrebbe comportato importanti elementi di criticità politica oltre che di illegittimità giuridica. Inoltre, alla luce di quello che in questi giorni sta avvenendo nelle Marche, dove la mancanza di fondi per remunerare tali prestazioni aggiuntive sta comportando la disdetta delle prenotazioni da parte della Azienda sanitaria per rinuncia alla disponibilità extra oraria da parte dei professionisti, dimostra come, evidentemente, la pratica sia stata purtroppo fallimentare.

I numeri della libera professione sono stati snocciolati più volte dal nostro sindacato e dimostrano che la demonizzazione attuata dai politici di turno nei confronti di questa istituzione è sterile ed infondata: i ricoveri ospedalieri in regime di libera professione rappresentano lo 0,3% dei ricoveri totali, mentre le prestazioni ambulatoriali in intramoenia ne rappresentano il 7% del totale». Inoltre spesso si tende a non "ricordare" che la libera professione intramuraria rappresenta comunque un ricavo per il Ssn: nell'ambito della singola prestazione specialistica, il 35% circa viene lasciato in Azienda dove la prestazione viene erogata andando a costituire un fondo dal quale potrebbe-

ro essere pagate tra le altre cose, le prestazioni in orario aggiuntivo per l'abbattimento delle liste stesse. L'istituzione dell'intramoenia permette, come detto in passato anche dal Presidente dell'Anaao, Costantino Troise, di intercettare e mantenere all'interno delle strutture una fetta consistente di spesa, con un ricavo per le aziende sanitarie che non è da disdegnare, tentando di ridurre la fetta di spesa privata per prestazioni sanitarie che negli anni ha subito un aumento rilevante e preoccupante fino a raggiungere ormai un 25% della spesa totale. Da una relazione dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero professionale nel 2009, ad esempio, vi erano stati utili per il Ssn per 160 milioni di euro, fino ai circa 300 milioni del 2018. Il resto è soggetto poi a tassazione ordinaria.

Come principale sindacato di categoria dunque, riteniamo che sarebbe opportuno, da parte delle Istituzioni e delle singole amministrazioni, focalizzare l'attenzione sui veri problemi del sistema sanitario pubblico italiano, sulle vere cause dell'allungamento delle liste d'attesa, che richiedono investimenti urgenti e ristrutturazioni programmatiche decise. L'istituzione della libera professione intramuraria, così come è, merita sicuramente un restyling, va, ad esempio, rafforzata di molto l'azione di controllo e verifica da parte delle Regioni sull'attività intramoenia, a partire dall'immediata istituzione in tutte le Regioni dell'Organismo Paritetico di verifica (in atto al momento solo in 11 Regioni) con la garanzia della partecipazione dei Rappresentanti delle Organizzazioni civiche e dei pazienti.

Andrebbero inoltre migliorati e creati degli spazi idonei e sufficienti all'interno delle Aziende, anche per assicurare il monitoraggio (effettivo) e la trasparenza nei comportamenti professionali, organizzativi, economici. La carenza di queste infrastrutture, numeri alla mano, non può concretamente essere un alibi per il Governo.

In conclusione, ciò che resta auspicabile è che non faccia più "scalpore" il lavoro che un professionista, peraltro già ampiamente sovraccarico di ore non pagate, fornisce al di fuori del proprio orario di lavoro, quanto piuttosto ci si aspetta una maggiore attenzione delle Istituzioni ai reali problemi che sottendono alla questione, tra le quali la mancanza di 25000 medici specialisti, e che tali condizioni si inizino a denunciare con forza anche a livello mediatico. Fare dunque una corretta programmazione delle risorse perché si possa intervenire al più presto per risolvere la problematica alla radice, nell'interesse primario della salute del cittadino.

“

I numeri della libera professione sono stati snocciolati più volte dal nostro sindacato e dimostrano che la demonizzazione attuata dai politici di turno nei confronti di questa istituzione è sterile ed infondata: i ricoveri ospedalieri in regime di libera professione rappresentano lo 0,3% dei ricoveri totali, mentre le prestazioni ambulatoriali in intramoenia ne rappresentano il 7% del totale

Ricoveri ospedalieri in regime di libera professione

0,3%

dei ricoveri totali

Prestazioni ambulatoriali in intramoenia ne rappresentano

7,0%

del totale