

# quotidianosanita.it

Venerdì 01 MARZO 2019

## Liste d'attesa. La proposta di Palermo (Anaa): "Usare incassi intramoenia di Stato e Regioni per finanziare nuove assunzioni"

***Continua il trend in diminuzione per l'attività intramoenia già iniziato dal 2010. Non è questa la causa delle liste d'attesa. Perché non utilizzare quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dalla Lpi, oltre 600 mln, e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019, 350 mln, per finanziare un ampio e duraturo programma di riduzione delle attese attraverso un incremento delle assunzioni e dell'utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie?***

I dati sulla libera professione intramoenia (LPI) dei medici dipendenti del Ssn, [recentemente pubblicati](#) (Relazione del Ministero della Salute al Parlamento, 2019) e riferiti al 2016, hanno il grande merito di fare piazza pulita delle tante leggende metropolitane messe artatamente in giro al solo scopo di impedire a medici dotati di elevate conoscenze professionali e sofisticate capacità tecniche di stare su un mercato, quello della spesa "out of pocket" in campo sanitario, che evidentemente qualcuno vuole riservare solo al privato, "puro" o "sociale" esso sia.

L'analisi della serie storica dei ricavi complessivi della LPI, conferma sostanzialmente il **trend in diminuzione a decorrere dal 2010**. I ricavi per questa tipologia di prestazioni passano da 1,264 miliardi di € del 2010 a 1,120 miliardi del 2016 (variazione 2016 su 2010 pari a - 12%) corrispondenti ad una spesa pro-capite, calcolata sulla popolazione residente, di 21 €/anno per il 2010 e di 18,5 nel 2016.

E' evidente come la crisi economica che ha attanagliato dal 2009 il nostro Paese abbia progressivamente eroso il mercato della LPI. Solo nel 2016, con il miglioramento delle condizioni economiche del Paese, si è avuta una lievissima inversione di tendenza (+ 2 milioni di introiti rispetto al 2015). Anche la gestione approssimativa del settore da parte delle aziende sanitarie con incrementi ingiustificati dei costi sostenuti, gli oneri aggiuntivi previsti dalla Legge Balduzzi, la tassazione Irpef elevata, l'Irap scaricata sul cittadino e perfino, come se tutto ciò non bastasse, la tassazione imposta da alcune regioni per recuperare quota parte del mancato gettito derivante dalla non reintroduzione dei ticket sulla specialistica, alla fine rappresentano un mix che rischia di portare fuori mercato la LPI rendendola non competitiva rispetto all'offerta del privato orientata sempre di più verso il low cost.

Eppure stiamo parlando di un settore che in tutta evidenza rappresenta un valore aggiunto per le aziende sanitarie. Queste, infatti, traggono dalla LPI una apprezzabile fonte di finanziamento in un'epoca di vacche magre. La quota incassata dalle aziende è passata da 164 milioni di € nel 2010 a 239 milioni nel 2016 (+32%). Sulla quota rimanente, 881 milioni di €, versata dalle aziende ai professionisti con ritardi che spesso superano i 6 mesi, lo Stato incassa per la tassazione Irpef circa 380 milioni di €.

In sintesi questo canale di entrate alimenta i flussi di cassa aziendali con denaro fresco, contribuisce all'ammortamento degli investimenti effettuati attraverso un maggiore utilizzo delle strutture e delle tecnologie, anche con orari prolungati serali, determina possibili utili aziendali e rappresenta un'attività a imposizione fiscale certa. Ci si aspetterebbe una agevolazione della LPI attraverso processi di sburocratizzazione, di riduzione dei costi generali e vantaggi fiscali come la flat tax concessa ai privati. Così non è, e così non sarà. E molti medici ospedalieri oggi incominciano a preferire il rapporto di lavoro non esclusivo per la ridotta imposizione fiscale sui proventi annuali fino a 65.000 € (15% invece del 43% di chi lavora in esclusiva per il SSN), che arriva a compensare ampiamente la rinuncia all'indennità di esclusività, oramai svilita nei suoi valori economici fermi all'anno 2000.

**Passiamo ora alla vexata questio del presunto rapporto negativo tra LPI e liste di attese.** I ricoveri in regime di libera professione sono stati nel 2016 circa 27.600 a fronte di 8.285.000 in regime ordinario o di day hospital. Pertanto, in libera professione è stato effettuato lo 0,33% di tutti i ricoveri in strutture pubbliche nel 2016. Per quanti sforzi mentali uno possa fare non si capisce come un numero così piccolo possa influenzare le importanti attese presenti nel nostro sistema sanitario, per esempio in tutta la chirurgia di bassa complessità o per l'impianto di protesi in campo ortopedico.

Siamo sicuri che il rilevante taglio delle risorse destinate al finanziamento del SSN dal 2009 al 2016, oltre 30 miliardi secondo le Regioni e sostanzialmente confermati dalla Corte dei Conti, non incidano sui diritti dei cittadini? Il taglio del personale (- 8.000 medici e - 50.000 infermieri dal 2009 al 2016, senza contare gravidanze e malattie di lunga durata non sostituite) non degrada l'organizzazione dei servizi e non prolunga le liste d'attesa? La non corrispondenza tra bisogni crescenti dei cittadini e flussi finanziari centrali si traduce nelle singole aziende sanitarie in fatti molto concreti: oltre al blocco del turn over, abbiamo le limitazioni degli acquisti di beni e servizi (farmaci, protesi, device, kit diagnostici, kit chirurgici...), l'obsolescenza delle tecnologie mediche, il degrado delle strutture, i ridotti investimenti in formazione del personale. Nessuno ha mai sentito parlare di taglio delle sedute operatorie a fine anno per mantenere in equilibrio i bilanci aziendali riducendo le spese? E la calcidia dei posti letto (-71.000 negli ultimi 15 anni)? Quanto pesa tutto ciò sui tempi d'attesa? Meno del diritto a effettuare la libera professione?

**Se passiamo all'analisi dei DRG più richiesti,** ai primi posti troviamo il parto cesareo (3268 ricoveri in LPI) e il parto per via vaginale (1352 ricoveri in LPI) e ancora una volta mi riesce arduo comprendere come si possano determinare attese con queste particolari prestazioni. L'unica attesa percepibile in tali contesti è quella dei genitori, fratellini e nonni per il nuovo arrivo. Sul versante delle attività ambulatoriali, il rapporto tra regime libero professionale e istituzionale è dell'8 % con oltre 60 milioni di prestazioni in regime istituzionale a fronte di circa 5 milioni in libera professione per le 34 tipologie oggetto di monitoraggio, tra visite e indagini diagnostiche.

La visita LPI più richiesta è quella ginecologica con 541.369 prestazioni. Anche in questo caso è la scelta della donna per un professionista di fiducia che porta a preferire il regime libero professionale con percentuali superiori alla media (27% del totale delle prestazioni). Seguono la visita cardiologica (15%) e la visita ortopedica (12%). Le leggi vigenti garantiscono il diritto dei medici a esercitare una professione liberale e il diritto del cittadino a scegliersi un medico di propria fiducia in un periodo critico della propria vita. Il SSN offre i servizi, la singola prestazione chirurgica o diagnostica, ma non può sempre garantire quale medico la eseguirà, per ovvi motivi organizzativi, resi ancora più critici dal sistematico de-finanziamento del SSN che ha caratterizzato questi anni di crisi economica. La libera professione permette questa scelta e sono le donne che in particolare accedono a questo canale.

Questi diritti soggettivi sono sanciti da leggi, contratti, regolamenti e sentenze della Corte costituzionale (sentenza n. 371 del 2008) e non possono essere stracciati con una semplice "intesa" Stato/Regione come è stato fatto con il recente Piano nazionale per il governo delle liste d'attesa 2019/2021. Senza nemmeno preoccuparsi di rapportare l'eventuale prolungamento dei tempi istituzionali massimi alla dotazione organica in essere, riferendosi in modo assolutamente aspecifico e volutamente ambiguo a volumi di attività.

I dati illustrati dimostrano ancora una volta come l'attività istituzionale sia ampiamente prevalente su quella libero-professionale con rapporti molto lontani dai limiti massimi (LPI =100% dei volumi prestazionali istituzionali di équipe) indicati dalle leggi e dai contratti. La LPI, piuttosto, contribuisce a contenere il fenomeno delle liste d'attesa permettendo l'accesso a un canale sostenuto dal lavoro aggiuntivo dei professionisti, spesso a costi calmierati e a imposizione fiscale certa. Non solo, la LPI rappresenta per le aziende sanitarie una delle possibilità per acquisire con il proprio personale prestazioni aggiuntive a quelle istituzionali, anche in regime di ricovero, intercettando e introitando denaro che altrimenti andrebbe ad alimentare il settore privato e offrendo agli utenti la possibilità di accedere a prestazioni diagnostiche e terapeutiche sicure e di qualità, poiché garantite dal SSN.

Non contesto che la percezione dei cittadini che attendono mesi, se non anni, per accedere ad una prestazione sanitaria, in diverse realtà del nostro Paese, possa essere quella di un diritto negato, ma occorre rimuovere i fattori determinanti le attese e non spingere per l'abolizione della LPI. Rimango convinto che i determinanti maggiori dei tempi d'attesa vadano ricercati nel pesante sotto finanziamento del SSN, nei ritardi del sistema di organizzazione ed erogazione delle prestazioni in regime istituzionale e nei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociologici dei nostri tempi che spingono la domanda di prestazioni sanitarie.

**Infine una proposta concreta.** Perché non utilizzare quanto Stato e Regioni incassano ogni anno dalla LPI, oltre 600 milioni di €, e quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2019, 350 milioni di €, per finanziare un ampio e duraturo programma di riduzione delle attese attraverso un incremento delle assunzioni e dell'utilizzo orario degli ambulatori specialistici, delle attrezzature tecnologiche e delle sale operatorie? Lo strumento contrattuale è quello della libera professione in favore dell'azienda. La defiscalizzazione della remunerazione dei professionisti, come già fatto per il settore privato, incentiverebbe questa forma di produttività aggiuntiva portando, oltre che alla riduzione dei tempi di attesa, ad un recupero della fuga di pazienti e risorse economiche verso il privato.

**Carlo Palermo**

*Segretario Nazionale Anaa Assomed*