

Sotto la lente di Anaaò e Cimo la situazione e l'utilizzo locale della libera professione

Gli errori dell'intramoenia

Sud: confusione con l'extramoenia - Niente interferenze con le liste d'attesa

Intramoenia diffusa nel Centro-Nord, spazi inclusi, mentre, nel Centro-Sud si confonde con l'extramoenia e mancano le strutture. Questo il quadro disegnato dall'Anaaò Assomed che ha eseguito una ricognizione della diffusione e delle condizioni di lavoro per la libera professione dei medici pubblici.

Nel Centro-Nord, secondo l'indagine del sindacato, la libera professione intramoenia (Lpi) è diffusamente applicata specie per le attività di visita e diagnostica strumentale, mentre lo è in modo meno uniforme per la degenza. Sono garantiti spazi e percorsi adeguati. L'attivazione della cosiddetta Lpi "allargata" e del convenzionamento con studi e strutture private interessa una minoranza di medici che hanno optato per il rapporto esclusivo (circa il 30%).

La scelta da parte dei medici del rapporto esclusivo è, sempre secondo l'Anaaò, percentualmente superiore al 95%, grazie a servizi sanitari regionali in grado di garantire sempre risposte immediate all'urgenza, di regolamentare i sistemi di prenotazione e di accesso garantendo trasparenza, equità ed efficienza. In questi ambiti la possibilità di utilizzare linee separate di prenotazione in regime libero-professionale all'interno delle strutture pubbliche garantisce la scelta del professionista e la continuità dei percorsi di cura, non costituendo per i cittadini motivo di scelta obbligata per accedere ai servizi che sono normalmente accessibili in tempi definiti e congrui.

Nel Centro-Sud, buona parte delle Regioni registra l'attività libero-

Radiologi: «Lavoriamo soprattutto per l'azienda»

I medici dell'area radiologica sono in esclusiva tra il 95 e il 100% nelle Regioni. L'utilizzo della libera professione però raggiunge per loro punte del 50% ma si attesta su una media del 30-35 per cento.

Se poi si separa l'intramoenia su richiesta del paziente da quella d'azienda, la percentuale scende al 3-5%. Questo accade perché «le strutture radiologiche sono sovraccaricate dalle richieste di esami e terapie e mancano le alte tecnologie per rispondere alla libera scelta dei cittadini», spiega Francesco Lucà (Snr). «Come possiamo pensare - aggiunge - di fare attività libero-professionale su apparecchi che già lavorano su doppio turno per l'istituzionale e se non lo fanno è solo per carenza di specialisti? Inoltre - prosegue - è cosa ben diversa svolgere la libera professione per lo specialista che non deve appoggiarsi a strutture in grado di fornirgli le "macchine

pesanti" necessarie alla radiologia. Vorrei che si rispondesse a questa domanda: che differenza c'è tra un esame eseguito in libera professione in clinica privata rispetto a uno fatto in intramoenia? Se leggiamo i volumi prestazionali anche delle aziende che fanno più libera professione, ci accorgiamo che questi non sono superiori al 3% della massa istituzionale.

Di contro, da anni per le carenze di strutture e organici i radiologi lavorano in intramoenia d'azienda per abbattere le liste di attesa. Queste sono un falso problema che non si combatte aumentando l'offerta ma controllandone l'appropriatezza». La proposta del Snr è di individuare percorsi virtuosi, pacchetti prestazionali obbligatori in azienda e, soprattutto, smettendo di chiedere solo Tc e Rm quando basterebbero una diretta dell'addome e una radiografia del torace.

professionale senza alcuna distinzione tra intra ed extramoenia e questa si inserisce nell'ambito di servizi sanitari regionali che spesso non riescono a garantire un accesso alle strutture pubbliche equo, trasparente e con tempi congrui alla gravità clinica.

«Ciò rende spesso una scelta obbligata - commenta il sindacato - il ricorso alla libera professione per poter usufruire di quello che, a tutti gli effetti, è un diritto costituzionalmente garantito». Secondo l'Anaaò «in tale contesto, non tanto la libera professione è ragione di giustificata critica, quanto piuttosto la mancanza di risposte pubbliche efficienti che rende il canale libero-professionale come l'unico disponibile». È

evidente, commenta il sindacato «come in situazioni in cui è insufficiente il livello organizzativo e di accessibilità delle strutture pubbliche, non sia facile attivare al loro interno percorsi libero-professionali adeguati. L'analisi dei dati regionali conferma puntualmente questo assunto, disegnando uno scenario in cui alle strutture pubbliche, e ai professionisti che vi lavorano, è spesso preclusa la possibilità di competere con le strutture private».

Secondo il sindacato, quindi, dove la libera professione è governata nel rispetto delle regole, non interferisce negativamente con le liste d'attesa e crea un valore aggiunto per le aziende sanitarie, diversificando l'offerta di servizi sul "mercato". «Solo

in presenza di un esercizio truffaldino e mercantile dell'attività professionale medica - commenta l'Anaaò - la relazione negativa tra tempi d'attesa e libera professione può emergere, ma si tratta di casi isolati che prosperano su un terreno omissivo dei direttori generali che non esercitano adeguati controlli e non attivano gli spazi dedicati previsti dalla legge. Non contestiamo che la percezione dei cittadini in lista d'attesa nelle realtà più arretrate possa essere quella di un diritto alla salute negato, ma si tratta di analizzare e rimuovere i fattori determinanti le attese e non di combattere la Lpi».

Secondo la Cimo, la Lpi allargata ha svolto fino a oggi «in maniera egregia la propria funzione, soppe-

rendo, a spese dei singoli medici interessati le croniche indisponibilità di spazi, strutture, personale dei presidi pubblici, ove si sarebbe dovuto esercitare il diritto dei dirigenti medici a rapporto esclusivo alla libera professione intramoenia, tra l'altro consentendo alle singole aziende di incassare la quota sull'onorario pattiziamente convenuta».

Il sindacato critica con forza l'intervento legislativo che ha fissato il limite al 31 luglio 2007 per la possibilità di questo tipo di attività. Soprattutto è perché il termine si basa sul presupposto che entro quella data siano completati dalle aziende sanitarie gli interventi strutturali necessari per assicurare l'esercizio della Lpi in tutte le forme permesse dalla legge (Dlgs 229/1999) in locali separati e distinti attivati ad hoc presso le singole aziende.

Inoltre, aggiunge la Cimo, la legge «pone a carico dell'ente regionale la certificazione dell'avvenuto completamento delle attività. Da più parti - afferma il sindacato - sono corse voci secondo le quali vi sarebbero minori difficoltà al rilascio di tale certificazione, utilizzando spazi sovrapponibili a quelli utilizzati per attività d'istituto, da utilizzare per l'attività Lpi, in giorni e ore non coincidenti con l'attività istituzionale».

Secondo la Cimo, però, oltre alla nota carenza di spazi, di strumentazione e personale, «questo modo di ragionare non rispetta lo spirito della legge, sempre ritenendo che l'esercizio della Lpi sia un diritto e non una gentile concessione».

P.D.B.

Liste d'attesa: le proposte Anaaò

- 1 Il fenomeno va governato in ambiti territoriali adeguati, provinciali o di Area vasta, con il modello delle reti integrate tra ospedali e tra ospedale e territorio, sviluppando strumenti informativi capaci di rilevare la domanda reale e il suo monitoraggio nel tempo. L'obiettivo è affrontare il problema complessivamente, impostando su questa base le possibili azioni correttive sfruttando in modo coordinato e non competitivo le risorse a disposizione: attività istituzionale, attività in regime libero-professionale, convenzionamento con il privato
- 2 Occorre differenziare tra attesa clinicamente significativa e attesa priva di ricadute cliniche, tra attesa di una prestazione efficace e attesa di un esame inappropriato. Non poche prestazioni di diagnostica strumentale, per le quali più lunghi sono i tempi di attesa, sono negative nell'80% dei casi e in ogni caso gravate da un tasso di inappropriata ex ante vicino al 50%. La domanda quindi dovrebbe essere suddivisa in categorie di priorità clinica; dall'urgenza a cui dare una risposta entro 24 ore agli esami di routine e controllo con attese che possono superare i 30 giorni senza conseguenze cliniche negative, passando per le priorità diagnostiche e terapeutiche da risolvere entro 7 giorni
- 3 Il distretto deve svolgere un'adeguata funzione di committenza verificando e legittimando linee guida di comportamento e appropriatezza condivise da prescrittori ed erogatori. L'attuazione degli esami ad alto costo e l'utilizzo di tecnologia diagnostica sofisticata dovrebbero essere regolamentate da protocolli di appropriatezza che chiariscano motivi della richiesta e quesito diagnostico
- 4 Le aziende devono migliorare la metodologia di budget per definire su basi concordate e condivise con i medici gli obiettivi prestazionali da garantire nel lavoro istituzionale, in base alle risorse umane, tecnologiche e finanziarie disponibili. Oggi questa metodologia, a 14 anni dall'avvio dell'aziendalizzazione, è applicata solo nel 50% delle realtà. Il nuovo Cncl ha demandato al confronto regionale e alla trattativa aziendale l'individuazione di un sistema di standard per l'individuazione dei volumi prestazionali riferiti anche all'impegno temporale richiesto. L'analisi dei primi protocolli regionali (Emilia Romagna, Veneto, Puglia, Piemonte, Marche, Abruzzo, Sardegna) evidenzia il tentativo delle amministrazioni e dei sindacati di area medica di costruire una metodologia condivisa in materia, che certamente contribuirà a una razionalizzazione dell'offerta
- 5 Il nuovo Cncl conferma la possibilità di attivare la libera professione in favore dell'azienda per ridurre le liste d'attesa. È prevista la retribuzione dei medici a quote orarie (60 € per ora) che determina un costo molto calmierato per la singola prestazione diagnostica. A esempio, rispetto al costo nel privato segnalato dal Tdm di 100-160 € per l'ecocolor Doppler cardiaco o vascolare, in libera professione d'azienda il costo si aggirerebbe sui 30 €, senza contare la compartecipazione alla spesa incassata che in genere interessa un cittadino su tre. È auspicabile che questo strumento che introduce flessibilità nell'organizzazione delle attività sia utilizzato per risposte puntuali alle criticità delle liste d'attesa

Libera professione: le considerazioni Cimo

- 1 La libera professione (Lp) per la maggior parte dei medici è un'attività marginale ma importante, che permette di incrementare stipendi bassi per le responsabilità e le fatiche del ruolo, per l'usura delle guardie notturne e festive, per lo stress secondario alle responsabilità medico-legali. Lo stipendio di un responsabile di Unità operativa è minore della remunerazione di un medico di famiglia
- 2 La Lp permette al medico di mantenere una mentalità da professionista e non da semplice impiegato come la mancanza di prospettive economiche e l'appiattimento delle carriere sta rapidamente comportando
- 3 La Lp non allunga ma anzi diminuisce le liste d'attesa, perché permette ai cittadini la libertà di scelta del professionista, con una parcella controllata e contenuta e che non grava sul Sistema sanitario nazionale. L'attività dei dirigenti medici negli ospedali è sottoposta a un puntuale controllo di gestione e risponde a un budget concordato. Chi utilizza la Lp per dirottare i pazienti o strumentalizzare le liste di attesa è facilmente individuabile e deve essere perseguito. Dove la struttura pubblica funziona lo spazio per il privato si assottiglia, non vi è necessità di ricorrervi se non per libera scelta
- 4 Rinchiudere i medici negli ospedali, negando in molti casi l'esercizio della Lp, favorisce il privato, che vede aprirsi insperatamente una fetta di mercato, che il pubblico con la Lp gli aveva man mano eroso. Sintomatico è il plauso dato da alcuni organi di informazione, alle proposte e alle indicazioni che in alcuni casi arrivano a richiedere che anche la Lp dentro gli ospedali venga abolita
- 5 Rischio di dequalificazione negli ospedali pubblici: l'eliminazione dell'intramoenia allargata favorirà la diaspora di numerosi medici che preferiranno andare in pensione, ricollocandosi nel privato e depauperando di professionalità il pubblico. Peraltro anche i medici più giovani preferiranno il lavoro in extramoenia per continuare a esercitare la libera professione dato il rilevante decremento dello stipendio (circa il 30% a parità di ore lavorate) e la maggior difficoltà alla progressione di carriera e dedicheranno le loro maggiori energie più all'esterno che all'interno dell'ospedale
- 6 Vista l'ampiezza territoriale delle Asl e delle aziende ospedaliere, anche in assenza di strutture adeguate all'interno dei presidi pubblici, chi ha una libera professione legata al territorio (geriatra, fisiatra, pediatra, ginecologo, ortopedico ecc.) si vedrà di fatto negato l'esercizio alla libera professione vista la distanza dall'utenza
- 7 Non vanno invocate le patologie: dirottamento di pazienti, allungamento delle liste di attesa strumentali, mancata emissione delle fatture, che vanno perseguite attuando facili e doverosi controlli