

INTRAMOENIA: IL COMMENTO DEI MEDICI

Il sistema funziona ma...

Ecco come Riccardo Cassi (presidente Cimo Asmd), Massimo Cozza (segretario nazionale Fp Cgil Medici), Carmine Gigli (presidente Fesmed) e Carlo Lusenti (segretario nazionale Anaa Assomed) hanno commentato i risultati dell'indagine dell'Agenas. La libera professione è una risorsa per medici e cittadini e va salvaguardata. Per farlo è essenziale il coinvolgimento degli operatori

Quale è il peso e il ruolo dell'intramoenia che emerge dai risultati dell'Agenas?

Cassi. È un'indagine che assieme a conferme, mostra dati che inducono alcune riflessioni, sulle quali le Regioni dovrebbero confrontarsi con i sindacati. Vi è stata una continua crescita dell'Alpi, che ha attirato un numero sempre più alto di cittadini verso i medici pubblici. Questa tendenza sembra aver avuto uno stop nel 2009, che può essere legato alla crisi economica, ma può anche indicare una disaffezione verso le strutture del Ssn. Inoltre il 60% sceglie l'intramoenia per fiducia nei confronti del medico, rispetto ad un 20% (che si riduce all'11% in caso di ricovero) che lo sceglie per "urgenza", dato sempre molto alto, ma non tale da giustificare le campagne ideologiche contro l'Alpi che alcuni assessori hanno fatto in questi anni, e comunque tanta energia era più utile indirizzarla ad interventi mirati a ridurre le liste di attesa. I ricoveri in regime di libera professione sono stati nel 2007 solo 47.973, solo lo 0,39% dei ricoveri complessivi, non in grado di incidere su quella larga

scelta o per impossibilità legata alla specialità che esercitano o al tipo di ruolo che ricoprono.

Gigli. Il diritto a svolgere la libera professione è stato sempre riconosciuto ai medici del Servizio sanitario nazionale, anche se con modalità mutate di volta in volta nel corso degli anni. La legge attuale riconosce che l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Ssn è compatibile col rapporto unico d'impiego, purché espletato fuori dall'orario di lavoro ed affida, ai direttori generali delle aziende, il compito di attivare ed organizzare, d'intesa con le regioni, l'attività libero professionale intramuraria. Dal confronto fra i dati del 2001 e quelli del 2008, forniti dall'Agenas, si conferma quanto si sospettava da tempo. Molte Aziende continuano ad essere restie ad investire per mettere a disposizione, dei medici e dei cittadini utenti, dei locali qualitativamente adeguati all'attività libero professionale.

Nello stesso tempo, le Aziende sono pronte a lucrare una parte crescente dei ricavi dell'attività professionale, che i medici esercitano al di fuori dell'orario di servizio.

In pratica, le Aziende guadagnano due volte sulla libera-professione dei medici: con le percentuali che trattengono dagli incassi dei medici e risparmiando il costo delle prestazioni che avrebbero dovuto fornire ai cittadini, se questi non avessero scelto di pagarle di tasca propria.

Lusenti. Il trend in progressiva crescita dell'attività intramuraria parla da solo: dimostra che il sistema funziona. Ma un dato che ritengo sia particolarmente significativo è quello sull'attività ambulatoriale. I ricavi provenienti dall'attività specialistica fanno la parte del leone con un importante distacco rispetto all'attività di ricovero, dimostrando

quindi che le prestazioni più importanti rimangono nell'ambito dell'attività istituzionale. Si spazzano via in questo modo le illazioni di quanti sostengono che con l'attività in

intramoenia si costringano i pazienti a by passare le liste d'attesa. Inoltre, nell'ambito dell'attività libero professionale svolta in costanza di ricovero, ci sono alcune attività come il parto e gli interventi alla prostata in cui è evidente che sul cittadino influisca la scelta del professionista e il comfort alberghiero. Noto poi che le Regioni in cui si è creduto fortemente al sistema del-



l'esclusività di rapporto - e nelle quali il sistema pubblico funziona bene - sono anche quelle dove la libera professione raggiunge le migliori performance. Penso alla Toscana, all'Emilia Romagna dove il dato è in crescita.

Come spiega le differenze regionali tra i costi e guadagni?

Cassi. Il fatto che i maggiori ricavi siano nelle Regioni considerate le più virtuose, conferma che l'intramoenia non è in concorrenza con il servizio sanitario regionale, ma è una possibilità in più offerta ai cittadini.

Il dato sui costi va approfondito, appare subito evidente come in Toscana, dove l'intramoenia allargata non esiste più, i costi di gestione del servizio sono molto elevati e vanno ad incidere sul guadagno del professionista. Occorrerebbe verificare se le Aziende della Regione abbiano effettivamente tratto un beneficio da questa scelta della politica. Il dato inaspettatamente inferiore alla media nazionale sull'opzione dei medici toscani per il rapporto esclusivo, peraltro rimasto obbligatorio per i direttori di struttura, sembra dimostrare l'effetto negativo di una legislazione regionale che ostacola l'esercizio dell'Alpi.

Cozza. La difformità tra i costi deriva in parte da scelte di investimento delle aziende, ma anche in questo caso il problema sta nella regolamentazione e nella trasparenza. Circa un anno fa, un'indagine della guardia di finanza fece emergere gravi irregolarità, con truffe ai danni delle aziende. Tutto questo non accadrebbe se l'intramoenia fosse realmente gestita dalle aziende secondo le regole stabilite dalla legge. Cioè se fosse svolta dentro le mura, se il medico la esercitasse solo dopo aver assolto i suoi doveri contrattuali in maniera rigorosa, e se l'azienda gestisse le prenotazioni intramurarie e i pagamenti.

Se l'intramoenia fosse in una casa di vetro, vi sarebbero problemi di conti né di liste di attesa, e tanto meno dubbi sulla regolarità e professionalità dei medici. Non è un caso, del resto, se i ricavi maggiori si registrano in Regioni come l'Emilia Romagna, il cui sistema sanitario è da tutti riconosciuto tra i migliori d'I-

talia. Le differenze tra i corrispettivi riconosciuti ai medici, invece, dipendono dalla contrattazione aziendale. Ma è evidente che i costi salgono se un'azienda deve mettere a disposizione del medico una segreteria per le prenotazioni e personale vario per la manutenzione dei locali per l'intramoenia allargata.

Gigli. La legge 120 del 2007 affida alle Aziende il compito di determinare, in accordo con i professionisti, un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari.

Quindi, le Aziende dovrebbero preoccuparsi di coprire soltanto i costi che sopportano per organizzare l'attività libero professionale dei medici. Non si comprende perché alcune Aziende siano organizzate per ottenere un guadagno. Colpisce il fatto che la quota più alta di ricavi la facciano registrare le Aziende dell'Emilia Romagna e della Toscana, rispettivamente 142.040.000 e 127.065.000 euro.

Alle Aziende di queste Regioni viene riconosciuto che rispondono in maniera sufficiente ai bisogni dei cittadini, tuttavia dobbiamo prendere atto che queste stesse Regioni sono quelle che esercitano il controllo più stretto e vincolante sulla libera professione dei medici. Se i medici non fossero d'accordo sulle quote che la loro Azienda ha deciso di trattenere, come potrebbero fare per modificarle? La legge 120 non lo dice.

Lusenti. Vorrei ricordare che la libera professione intramoenia non è nata con l'obiettivo di creare guadagno per le Aziende. Il ragionamento alla base dell'intramoenia, e che ritengo tutt'ora valido, è un altro: si è voluto rafforzare la presenza dei medici all'interno delle strutture, anche nello svolgimento della loro attività libero professionale, per garantire maggior solidità all'organizzazione. Il patto fondante tra medici e Azienda è che ai primi veniva data la possibilità di utilizzare spazi e tecnologie ristorando le seconde di tutti i costi. Quindi, il fatto che rimangono nelle casse delle Aziende dei fondi è un effetto collaterale, un fatto incidentale. Il guadagno potrebbe anche non esserci affatto. Tant'è che anche la commissione parlamentare di inchiesta sull'intramoenia non ha mai posto l'ac-

cento sul mancato guadagno delle Aziende.

Qual è la sua opinione riguardo la normativa vigente sull'intramoenia?

Cassi. Cimo-Asmd considera la libera professione un diritto del medico e del cittadino, che deve essere esercitata nel rispetto delle regole, ma senza assurde imposizioni burocratiche che ne ostacolano lo sviluppo e ne riducono la concorrenzialità nei confronti del privato. Il nostro obiettivo a lungo termine è di una riforma radicale del ruolo del Medico del Ssn e, di conseguenza, anche della libera professione, ma nel frattempo chiediamo che, invece di continue proroghe, il Parlamento approvi una normativa che consenta ai Medici di continuare ad esercitare la libera professione allargata, in particolare nelle Regioni e nelle Aziende dove non si è in grado di garantire strutture adeguate a tale attività, né si può o si vuole distogliere risorse per garantirle. Infine la scelta per l'intramoenia deve essere libera ed adeguatamente incentivata, incrementando l'indennità di esclusività.

Nessuna equiparazione tra intra ed extra moenia

MASSIMO COZZA



Cozza. La legge 120/2007 è valida, ma purtroppo non applicata ovunque. Ritengo invece devastante quanto contenuto nel disegno di legge sul governo clinico, dove si arriva a prevedere che le aziende possano decidere di non attivare l'intramoenia lasciando che i medici svolgano la libera professione nel privato. Significa equiparare l'intramoenia con l'extramoenia, ed è inaccettabile.

Sono tre le condizioni fondamentali dell'intramoenia:

- il luogo dove si esercita, che deve essere all'interno dell'azienda o da essa direttamente gestito;
- il punto unico di prenotazioni, an-

Il sistema funziona. Non servono riforme

CARLO LUSENTI



ch'esso gestito dall'azienda allo scopo di monitorare le liste di attesa e il volume di attività svolta dal medico;

- il pagamento delle prestazioni, che deve essere effettuato direttamente all'azienda che poi provvederà a corrispondere il compenso al medico in busta paga.



Servono norme per garantire l'intramoenia allargata

RICCARDO CASSI

fetta della popolazione che continua a scegliere il privato.

Cozza. La libera professione intramoenia rappresenta un'opportunità per i medici e per i cittadini, permettendo lo smaltimento delle liste di attesa attraverso il lavoro straordinario e la valorizzazione dei professionisti. La crescita dei ricavi nel corso degli anni testimonia la positività di questo strumento. Tuttavia il rapporto dell'Agenas non rivela un dato fondamentale, cioè quanti medici esercitano la cosiddetta intramoenia allargata. Il problema, infatti, non è il ruolo dell'intramoenia nel Ssn, bensì la trasparenza e la regolamenta-



Non si comprende perchè le aziende ci debbano guadagnare

CARMINE GIGLI

zione del sistema, in mancanza dei quali si rischia di creare disuguaglianze nel diritto alla salute, discriminazioni tra i professionisti e truffe a danno del Ssn. Va inoltre ricordato che optare per il rapporto di esclusività con il Ssn non significa necessariamente esercitare la libera professione. Secondo le nostre stime, circa la metà dei medici in esclusiva non svolge l'intramoenia, vuoi per

INTRAMOENIA: COSA NE PENSANO LE AZIENDE SANITARIE

I dati Agenas non sorprendono

Questa la prima reazione dei rappresentanti delle due associazioni di riferimento dei direttori generali di Asl e ospedali. Non stupisce neanche la difformità di esiti, in termini di ricavi aziendali, tra una regione e l'altra. Ma una cosa è certa: alcune regole vanno riviste

segue da pagina 5

Questo è già tutto previsto nella legge vigente. Il problema non è l'intramoenia, ma le Regioni inadempienti.

Gigli. La legge 120 del 2007 affida alle Aziende il compito di determinare, in accordo con i professionisti, un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari. Quindi, le Aziende dovrebbero preoccuparsi di coprire soltanto i costi che sopportano per organizzare l'attività libero professionale dei medici. Non si comprende perché alcune Aziende si siano organizzate per ottenere un guadagno. Colpisce il fatto che la quota più alta di ricavi la facciano registrare le Aziende dell'Emilia Romagna e della Toscana, rispettivamente 142.040.000 e 127.065.000 euro. Alle Aziende di queste Regioni viene riconosciuto che rispondono in maniera sufficiente ai bisogni dei cittadini, tuttavia dobbiamo prendere atto che queste stesse Regioni sono quelle che esercitano il controllo più stretto e vincolante sulla libera professione dei medici. Se i medici non fossero d'accordo sulle quote che la loro Azienda ha deciso di trattenere, come potrebbero fare per modificarle? La legge 120 non lo dice.

Lusenti. L'equilibrio raggiunto dalle Regioni - ognuna con la propria formula ed anche grazie all'opportunità dell'intramoenia allargata - dimostra che il sistema regge e anche molto bene, e questo nonostante le leggi relative alla materia pecchino di incompletezza. Non abbiamo bisogno di nuovi provvedimenti, ma servirebbero ritocchi e piccoli aggiustamenti per farla funzionare meglio. Invece, ci sono interrogativi cui andrebbero date delle risposte una volta per tutte, considerando che rispetto al 1999 lo spazio di autonomia delle Regioni è cambiato radicalmente e si è molto accresciuto. La regolamentazione della libera professione dei medici ospedalieri è di competenza centrale o ricade nella legislazione concorrente? E se è di competenza regionale, perché fare una legge nazionale? Cerchiamo piuttosto di capire chi ha il bandolo della matassa, per arrivare a una soluzione condivisa senza stravolgimenti.

L'Agenas ha analizzato i dati relativi alla libera professione intramoenia e ne ha disegnato un quadro. Qual è la sua valutazione?

Del Favero. I risultati non presentano una particolare sorpresa, in qualche modo erano attesi. Siamo in presenza di un aumento esponenziale della domanda di prestazioni sia per quanto riguarda le visite specialistiche che le visite di diagnostica strumentale, e questo concerne tanto l'attività istituzionale che l'attività intramoenia. C'è poi da considerare come l'aumento della domanda della popolazione abbia fatto da volano.

Mi ha invece positivamente colpito il dato relativo alle motivazioni della scelta. È confortante vedere come sia le visite specialistiche che gli accertamenti diagnostici abbiano quasi un 60% di utenti che operano una scelta in base alla fiducia che nutrono nel medico, che è una delle caratteristiche proprie dell'attività

sempre contrario all'attività libero professionale, perché crea difficoltà di rapporto tra noi e gli utenti essendo difficile spiegare ai cittadini che in alcuni orari per essere visitati devono pagare, mentre in altri, per la stessa visita, no. In più, quello che non trovo utile è che ciò avvenga in nome dell'amministrazione però mi rendo conto che è difficile cambiare un istituto come la libera professione che funziona da decenni. La mia idea è che se fosse tutta attività extramoenia la cosa sarebbe più limpida, più trasparente. A quel punto il responsabile del servizio non è più l'azienda sanitaria ma è il singolo medico che a casa sua, ovvero nelle strutture convenzionate, fa la libera professione perché la legge glielo consente. Per come è organizzata ora invece l'intramoenia crea solo incomprensioni con gli utenti. Le cose potrebbero migliorare soltanto se il medico svolgesse l'attività a nome suo gestendo in prima persona la parte economica. Ma mi rendo conto che sono solo su questa posizione che può essere vista anche come eretica. Non sto dicendo che i medici sfruttano il nome dell'azienda. Il problema non è il comporta-

mento dei medici che operano nel rispetto delle legge che gli consente è di incassare soldi svolgendo un'attività usando il nome dell'azienda. È questo che mi sembra una grave contraddizione.

Dall'analisi emerge che l'intramoenia costa molto all'azienda, e in alcuni casi non è economicamente vantaggiosa.

Del Favero. Esatto. È un elemento che vorrei sottolineare, ma anche in questo caso non c'è alcuna sorpresa. È risa-

puto, infatti, quanto sia modesto il saldo tra i costi e i ricavi per l'azienda sanitaria. Un andamento che è ancora più ridotto se si considera che all'interno di queste voci non sono compresi i costi di ammortamento delle apparecchiature e i costi generali di struttura. Se noi dovessimo considerare anche questi elementi di spesa, il saldo si ridurrebbe ulteriormente.

È evidente quindi che per l'azienda l'intramoenia non è un affare economico quanto un'opportunità che viene offerta al cittadino. Ho visto che ha un certo peso anche la scelta di farsi ricoverare in regime di libera professione, ma per fortuna in questo caso l'urgenza pesa poco e si pensa soprattutto alla fiducia nei confronti del medico e ad una serie di comodità personali. Tutto il sistema dovrebbe lavorare perché l'attività extramoenia o l'attività intramoenia sia un'attività e una scelta obbligata per ovvi motivi, ma che piuttosto rientri nella scelta di rapporto fiduciario e di comfort personale.

Monchiero. Io vedo due soluzioni possibili: o paghiamo di più i medici e pretendiamo una vera esclusività; oppure non potendo pagarli di più lasciamo che loro continuino ad arrotondare gli stipendi facendo libera professione, ma che almeno la facciano a nome proprio. Non usando il nome dell'azienda. È chiaro che in questo contesto economico attuale la seconda strada è la più percorribile poiché com'è noto i soldi per pagarli di più, come avviene in altri Paesi, non ci sono e quindi non possiamo pretendere che lavorino per noi.

Come dovrebbe regolamentata, dunque, l'intramoenia?

Del Favero. Dobbiamo pretendere che i medici facciano il numero di ore previsto dal contratto e facciamo i volumi di attività previsti, così come che abbiano un rapporto unico e ben regolamentato con la struttura sanitaria. È evidente che dove l'azienda non è in gra-

Sarebbe meglio che esistesse solo l'extramoenia

GIOVANNI MONCHIERO



do di offrire la possibilità di esercitare l'attività intramoenia all'interno dell'ospedale, questa, come avviene oggi, può essere fatta in strutture esterne. Insomma l'intramoenia va normata in maniera più corretta e completa, regolamentando anche i volumi e i flussi di attività.

Monchiero. Ce n'è una terza soluzione, rispetto a quelle che ho citato prima, che potrebbe essere mista. Ovvero: i medici svolgono la libera professione a "favore" dell'azienda la quale però non fa pagare gli utenti. È evidente che anche in questo caso abbiamo bisogno di più risorse economiche per pagare i medici. Quest'ultima soluzione ha il difetto di richiedere sempre e comunque risorse aggiuntive da parte dell'amministrazione pubblica mentre la libera professione era stata pensata proprio per consentire ai medici di avere un guadagno aggiuntivo che non pesasse sulle casse dello Stato.

È insomma evidente che non potendo ignorare i dati della realtà, quelli presentati dall'Agenas, allora tanto vale rivedere le regole lasciando che i medici facciano libera professione fuori, in totale autonomia, a nome proprio senza nessun tipo di rapporto con l'Azienda.



Per le aziende l'intramoenia non è un affare economico

LINO DEL FAVERO

intramoenia. Poi, come è evidente, c'è una percentuale legata all'urgenza della visita, all'impossibilità di aspettare. Questo è l'aspetto negativo legato al fenomeno delle liste d'attesa, che dobbiamo impegnarci a contenere attraverso strumenti che governino la domanda.

Monchiero. Il quadro tracciato dall'Agenas non mi sorprende. Sostanzialmente i dati sull'intramoenia me li immaginavo così, in particolare quelli relativi all'utile netto per l'azienda che è molto vicino allo zero. Io sono da

maco autorizzato dall'Aifa (l'unico ente demandato a tale compito regolatorio) e inserito nella fascia H del prontuario nell'ambito dei Lea, è assolutamente esigibile dal medico e dal paziente in tutto il territorio nazionale (con buona pace di chi volesse rilanciare lo slogan leghista "mai nei nostri ospedali").

Veniamo infine alla questione essenziale: il Governo può imporre alle Regioni la modalità di somministrazione di un farmaco? Il Governo no, ma l'autorità competente, cioè l'Aifa, già lo fa, nel momento in cui stabilisce che quel tal medicinale sia somministrato in ambito ospedaliero o autogestito dal paziente sotto prescrizione medica. Ma il Governo o l'Aifa possono obbligare una Regione e conseguentemente una Asl e quindi il singolo medico ospedaliero a seguire posologia e modalità prescrittive e quant'altro scavalcando l'autonomia professionale e la re-

sponsabilità clinica del medico? Evidentemente no. Governo e autorità competenti possono, questo sì, "consigliare" i percorsi terapeutici che ritengono più idonei e tali percorsi possono essere anche sanciti con intese Stato Regioni per avvalorarne ancor più la condivisione. Ma sempre "consigli" restano. Alla fine sarà sempre il medico il responsabile ultimo, anche davanti al magistrato, della terapia prescritta e delle modalità entro le quali essa sarà svolta.

Del resto nessuna legge e tantomeno una linea guida potranno mai impedire al paziente di svincolarsi dal trattamento e, nel caso della Ru, di rifiutare il ricovero ordinario, come già accaduto in Puglia in occasione del primo aborto farmacologico post registrazione avvenuto pochi giorni fa. L'abbiamo già scritto e i fatti sembrano purtroppo darci ragione. Sulla base di quanto sta accadendo pensiamo

che andrà a finire così: le Regioni che hanno già deciso e confermato la via del day hospital continueranno a perseguirla, come ha già ribadito l'assessore alla Sanità dell'Emilia Romagna Giovanni Bissoni il 31 marzo scorso. Negli altri casi, dove sarà scelta l'opzione del ricovero ordinario con la condivisione piena di Asl e medici, non ci vuole molto a capire che le ragioni e la convenienza, anche psicologica, dell'aborto farmacologico alternativo all'intervento chirurgico (oggi gestito con ricovero in day hospital) verrebbero sostanzialmente a mancare.

Laddove, invece, come ha ad esempio già detto il neo presidente della Toscana Enrico Rossi, si è stabilita la linea del ricovero ordinario, ferma restando però la salvaguardia dell'autonomia professionale dei medici, tutto lascia presupporre che si attuerà nei fatti l'opzione day hospital, "suggerendo" le dimissioni volontarie da parte della don-

na già dopo l'assunzione della RU (il primo giorno), con l'accordo implicito di far ritornare la paziente in ospedale due giorni dopo, al momento dell'assunzione della prostaglandina che provoca l'espulsione del feto entro poche ore.

Resta da capire se una tale ipotesi (che avevamo definito "all'italiana" per la sua indiscutibile caratteristica di compromesso) sia o meno perseguibile da parte della magistratura, come ventilato da qualche esponente politico che ha minacciato di denuncia chiunque non si attenga alla prassi del ricovero ordinario. A nostro avviso no. Perché nessun magistrato potrà mai perseguire una donna che ha firmato il suo consenso ad essere dimessa, né un medico che ne chiede il ricovero due giorni dopo per aborto in corso. Questa è la legge, questa è l'autonomia professionale del medico. Piaccia o non piaccia.

C.F.

segue dalla prima

RU 486: i fatti oltre le polemiche

sistenza il cui godimento è assicurato a tutti in condizioni di eguaglianza sul territorio nazionale, operando in un ambito di esclusiva competenza statale". Inoltre, prosegue la Corte, "la Regione non può derogare né alle procedure, né alle forme prescritte dal legislatore nazionale". L'unico ambito di autonomia in materia di farmaci e assistenza farmaceutica che i giudici costituzionali hanno ribadito essere invece di competenza regionale è quello volto a ridurre "totalmente o parzialmente la rimborsabilità". E infatti, da anni, le Regioni possono mettere ticket o prevedere diverse forme di compartecipazione alla spesa per l'acquisto dei farmaci.

Nel caso della RU, quindi, si può concludere che essa, essendo ormai un far-