

Libera professione e liste di attesa



Marco Geddes

La connessione libera professione intramoenia-liste d'attesa è assai complessa e, obiettivamente, non è possibile sostenere che causa primaria della lunghezza delle liste sia da imputare alla libera professione. D'altronde è vero che il ricorso alla libera professione intramoenia da parte dei cittadini avviene, nella grande maggioranza dei casi (66,4%) a causa proprio della lunghezza di tali liste.

Il presidente della Regione Toscana, Enrico Rossi ha, nelle scorse settimane, risollevato il problema della Libera Professione Intramoenia (ALPI)[1], su cui era già intervenuto nel 2016. La sua abolizione - così è stata interpretato l'intervento (e, in parte, le prime esternalizzazioni orientavano in tal senso) - porterebbe un sostanziale contributo alla riduzione delle liste di attesa.

La risposta, da parte dei sindacati medici, alle ipotesi avanzate dal presidente della Regione Toscana, è stata - come era da attendersi - di sostanziale indisponibilità, facendo presente, fra l'altro come tale proposta sia "...difficilmente adattabile ad un mondo professionale che vive con disagio crescente le proprie condizioni di lavoro, al punto da aspettare con ansia la via di fuga della pensione o, addirittura, anticiparla volontariamente"[2]. Meno comprensibile appare invece la netta presa di posizione della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici - entità di cui non risulta rintracciabile alcuna iniziativa o richiamo per l'abbattimento delle liste di attesa - che "... dichiara la propria ferma opposizione all'ipotesi di revisione dell'attività intramoenia così come ipotizzata dal Presidente Rossi, dal quale ci attendiamo maggiore rispetto per i Medici" (10/11/2018).

La connessione ALPI - Liste d'attesa è assai complessa e, obiettivamente, non è possibile sostenere che causa primaria della lunghezza delle liste sia da imputare alla libera professione e, tanto meno, che la riduzione di questa annosa questione sia affidabile a tale provvedimento abrogativo. Credo sia tuttavia doveroso riconoscere che il presidente Rossi ha sollevato un problema su cui ricerche e valutazioni sono scarse e frammentarie e che meriterebbe una maggiore attenzione critica anche da parte di sindacati, quali l'ANAAO, che ha più volte dimostrato l'impegno alla difesa del Servizio sanitario nazionale e contrasto ai - palesi e occulti - tentativi di privatizzazione.

Se la relazione abolizione/riduzione della libera professione = riduzione/azzeramento delle liste di attesa resta debole e aleatoria, **è pur vero che il ricorso alla Libera professione intramoenia da parte dei cittadini avviene, nella grande maggioranza dei casi (66,4%)[3] a causa proprio della lunghezza di tali liste**, così che questa problematica è la principale ragione di disaffezione al nostro servizio sanitario e rappresenta una criticità che viene ampiamente utilizzata e richiamata al fine di convincere le persone a sottoscrivere le offerte di "prodotti assicurativi sanitari"[4].

Vi sono strategie sperimentate con esiti positivi per un abbattimento duraturo delle liste di attesa, che necessitano però di una azione continuativa e non di sporadiche azioni, spesso limitate ad incrementi dell'offerta (con conseguente incremento della domanda) in momenti di crisi accentuata o in relazione all'attenzione dei mass media o anche in concomitanza di scadenze elettorali. Si tratta di azioni di lungo periodo, con aggiustamenti continui in situazioni di emergenza (assenze di personale, ferie, sostituzioni o riparazioni di attrezzature diagnostiche etc.) o in conseguenza di incrementi della domanda per specifiche prestazioni in relazione all'evoluzione diagnostica.

AZIONI ADEGUATE AL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

- 1. Separare le richieste di primo accertamento, da parte dei medici di base, dalle richieste di controlli e monitoraggio. Le prime devono avere una risposta rapida (open access) nei giorni successivi; le seconde devono avere una data programmata e prenotata dallo stesso specialista in base ai tempi necessari a un corretto percorso diagnostico.*
- 2. Attuare un lavoro prevalentemente conoscitivo e organizzativo al fine*

- del progressivo allineamento fra domanda e offerta, con adeguamenti periodici.*
- 3. Realizzare una distribuzione di risorse, in primo luogo di personale, finalizzata ad un equilibrio fra i diversi settori con acquisizione di nuove risorse là dove necessario.*
 - 4. Adeguare le tecnologie attraverso un piano di investimenti quinquennale, poiché il nostro “parco macchine” è eccessivo e obsoleto, con frequenti interruzioni per riparazioni e tempi di esecuzione degli esami eccessivamente elevati.*
 - 5. Adeguare i sistemi informatici affinché le prenotazioni, anche da parte degli specialisti per visite di controllo, sia semplice e senza perdite di tempo.*
 - 6. Inserire la riduzione delle liste di attesa quale obiettivo primario nella valutazioni dei Direttori generali e, a cascata, dei direttori di dipartimento e di struttura.*

È bene ricordare che la possibilità di effettuare attività privata rappresenta un’eccezione nello stato giuridico del pubblico dipendente, consentito ai medici in relazione non solo alle caratteristiche della professione, ma finalizzato a “... un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa” cosicché l’entità delle attività libero professionali è condizionata al fatto che “...comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali e i tempi di attesa concordati con le équipe” (Art. 15-quinquies, comma 3 D.Lgs 502/1992). Tali intendimenti, di un quarto di secolo fa, normati in occasione della istituzione dell’ALPI, sono stati via via ribaditi, ma di fatto non attuati, anche nell’Accordo Stato Regioni del 18 Novembre 2010 che specifica che finalità dell’accordo è il “... progressivo conseguimento degli obiettivi di allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramoenia”.

Il Decreto Balduzzi del 2012, ponendo l’obbligo non più prorogabile di cessare le attività libero professionali allargate (vale a dire in studi privati), largamente disatteso da varie Regioni (ma non dalla Regione Toscana) **riconosceva esplicitamente il fatto che il ricorso all’ALPI avvenisse per**

motivi di liste di attesa e prescriveva il “... progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest’ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi resi nell’ambito dell’attività istituzionale”. (Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158).

Anche l’Autorità Nazionale Anticorruzione fa presente che la Libera professione intramoenia si configura come un evento rischioso e richiama l’attenzione sia sulla connessione fra ALPI e le liste di attesa, sia sul tema della trasparenza dell’attività istituzionale e sollecita “... interventi mirati in tema di liste di attesa per le prestazioni rese in attività istituzionale”[5].

I dati di confronto per l’ALPI a livello nazionale sono aggiornati al 2015 e la lettura di queste informazioni integrate con un’attenzione ai dati di cronaca nonché a rilevazioni aziendali e alla ricerca (limitata) sui siti rileva un quadro non certo rassicurante.

- 1. L’attività libero professionale allargata permane in varie regioni per la incapacità e la non volontà di trovare spazi adeguati** (o accettare da parte del professionista una organizzazione negli spazi disponibili?) all’interno delle Aziende. Tutto ciò dopo che da due decenni siano stati resi disponibili finanziamenti a ciò finalizzati.

Figura 1. Aziende che dispongono di spazi interni idonei e sufficienti per l’ALPI (2015)[1].

Figura 1: Aziende che dispongono di spazi interni idonei e sufficienti per l’ALPI (2015)¹



Cliccare sull’immagine per ingrandirla

2. **Il controllo dell'attività libero professionale dovrebbe trovare un livello di pianificazione e verifica negli organismi paritetici previsti**, con la partecipazione sia dei sindacati che delle organizzazioni rappresentative degli utenti. Tali organismi sono inesistenti in molte regioni e là dove istituiti ci si è limitati alla nomina e insediamento, senza fargli svolgessero alcuna attività [6].

Figura 2. Istituzione dell'organismo paritetico regionale al 2015 (in verde)

Figura 2: Istituzione dell'organismo paritetico regionale al 2015 (in verde)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

3. **Il contributo dell'ALPI alla riduzione delle liste di attesa non si è in alcun modo verificato e non si è ricercato alcun allineamento fra i due percorsi**, per restituire così all'ALPI il significato di un rapporto fiduciario e scelta personalizzata, ma non di aggiramento delle inefficienze del servizio pubblico. Questa è sia esperienza comune che quanto evidenziano numero rilevazioni.

Figura 3. Differenza dei tempi di attesa fra pubblico e ALPI

Figura 3: Differenza dei tempi di attesa fra pubblico e ALPI. FONTE: Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, Crea Salute 2018

PRESTAZIONE	LOMBARDIA		VENETO		LAZIO		CAMPANIA	
	SSN	intramoenia	SSN	intramoenia	SSN	intramoenia	SSN	intramoenia
VISITA OCULISTICA	96,8	8,9	58,8	12,9	86,2	6,8	101,1	5,7
VISITA ORTOPEDICA	59,5	8,9	26,1	7,7	84,3	6,2	55,3	6,2
RX ARTICOLARE	25,9	3,1	32	-	42,9	7,4	7,9	2,3
SPIROMETRIA	54,9	5,7	34,8	-	69,4	5,8	32,5	3,5
ECCOCARDIOGRAFIA	83,7	3,4	95,4	7,1	117,9	6,6	36,2	4,4

Cliccare sull'immagine per

ingrandirla

Fonte: Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, Crea Sanità 2018

4. **L'attività libero professionale si è proporzionalmente incrementata rispetto a quella istituzionale.** Sulle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio in nessun caso l'attività istituzionale ha avuto un incremento rispetto all'ALPI (2015 vs 2014), mentre per 9 prestazioni (visita cardiologica, visita chirurgica, visita neurologica, visita dermatologica, eco collo, ecodoppler cardiaca, sigmo-retto scopia, elettrocardiografia, ecg da sforzo) l'attività in libera professione si è incrementata.
5. **I guadagni medi in ALPI risultano contenuti** (17.136 € annuo) con differenze notevoli fra regioni (Emilia-Romagna = 23.705; Lombardia = 21.906; Toscana = 20.442 vs. Calabria = 5.914; Puglia = 8.469; Sicilia 9.975). **Tale dato non ci dice molto tuttavia rispetto alla distribuzione di tale reddito fra professionisti**, che vede punte altissimi con livelli a Bologna di 877.000 (ortopedico) o in Toscana di d 1.039.8893 (oculista), 890.000 (ortopedico), 650.000 (urologo). Gli esempi potrebbero seguire studiando più diffusamente il fenomeno, che pone certamente alcuni quesiti:
 - La rilevanza economica dell'attività svolta in libera professione non colloca in alcuni casi il professionista in un oggettivo "conflitto di interessi" (conflitto non solo economico, ma di empatia, di attenzione, etc.) con l'attività istituzionale, il cui reddito è 10 - 20 volte inferiore?
 - **Tale potenziale conflitto di interessi risulta più eclatante qualora il professionista sia Direttore di Struttura o di Dipartimento**, vale a dire colui che oltre alle specifiche funzioni professionali svolge funzioni di organizzazione della struttura mediante direttive a tutto il personale ed è responsabile dell'efficacia e della efficienza, la cui finalità è anche quella di contenere le liste di attesa?
6. **Le tariffe praticate in ALPI**, quando raggiungono cifre elevate, come nella Azienda ospedaliera di Careggi dove arrivano a 248€ o a 310€ euro per una semplice visita (monodisciplinare)[7] non sono **in contraddizione** con le funzioni svolte, seppure privatamente, da parte di

un pubblico dipendente (ma non è stato introdotto un limite economico ai pubblici dipendenti, anche per manager di rilevanti imprese pubbliche?) nell'ambito di un Servizio sanitario pubblico che ha **principi di universalità ed equità**? Non si dovrebbe ricercare, essendo tariffe concordate a livello aziendale, criteri di quantificazione che siano equi per il professionista ma non così altamente selettivi per reddito?

Il tema su cui ha richiamato l'attenzione il presidente Rossi è certo meritevole di attenzione, anche da parte dei sindacati, poiché ormai la maggior parte dei medici (il 56,2%) non esercita l'ALPI, la larghissima maggioranza di quelli che vi hanno optato la esercitano marginalmente o, se mi si consente il termine, con "moderazione", e un maggiore impegno in ambito istituzionale sarebbe certo un contributo alla riduzione di un annoso problema - le liste di attesa - che rischia di contribuire all'indebolimento del nostro sistema sanitario universalistico.

Bibliografia

1. [Intervista a Enrico Rossi](#). Quotidiano sanità, 05.11.2018.
2. Carlo Palermo. [La proposta di Rossi è un regalo alla sanità privata](#). Quotidiano sanità, 05.11.2018.
3. Censis - Rbm Assicurazioni salute. Roma VI Welfare Day 08.06.2016
4. La RBM Assicurazioni Salute richiama tale problematica "Finalmente un Servizio sanitario tutto per te e senza LISTE D'ATTESA" nel suo dépliant: L'assicurazione salute che mette la persona al centro, pp. 16- 19
5. Piano nazionale Anticorruzione 2016, Delibera n. 831 del 3 agosto 2016
6. Tonino Aceti. Intramoenia fuori controllo, solo 11 regioni hanno attivato l'organismo di verifica. Sole 24 Ore sanità, 07.03.2018
7. La Repubblica, Cronaca di Firenze, 25.10.2018