

 Marco Geddes

Ricercando sui siti aziendali di varie regioni si ottengono alcune eclatanti e frammentarie informazioni: l'ortopedico con uno stipendio di 55.000 € che guadagna in intramoenia 890.000 €; l'urologo che dichiara 748.841 € di cui 658.000 grazie all'intramoenia; l'oculista con uno stipendio di 88.368 € e che incassa 1.039.863 € in intramoenia. Ma non si doveva mettere un tetto ai guadagni dei dipendenti pubblici? Non si doveva ricercare un *corretto equilibrio* fra attività istituzionali e attività in intramoenia?

“In sanità basta con la libera professione, fonte di diseguaglianza e di corruzione”, “bisogna fare una cosa davvero di sinistra: abolire la libera professione intramoenia”. Le recenti affermazioni del Presidente della Regione Toscana Enrico Rossi hanno avuto l'effetto di riportare l'attenzione su questa italica istituzione: l'attività libero professionale intramoenia (ALPI - attività libero professionale intramuraria).

La sua istituzione e regolamentazione risale a un quarto di secolo orsono, quando il D.leg. 517 del 1993 ha normato le caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari, stabilendo che questo **“comporta 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.”

A tale, perfino enfatica, affermazione, seguivano, nei commi successivi, le

necessarie indicazioni per sottrarsi alla totale disponibilità, consentendo il rapporto di lavoro non esclusivo. Per quello esclusivo si prevedeva invece una indennità premiante (con un onere complessivo per il Fondo nazionale di 1284 milioni annui secondo le ultime stime). Il rapporto esclusivo permette inoltre di accedere alle posizioni funzionali apicali ed effettuare la libera professione intramoenia, una attività da svolgere nell'ambito delle strutture della Azienda, in un *corretto equilibrio fra attività istituzionale e professionale*, con un volume di prestazioni non superiore a quello in attività istituzionale e *"al fine - recita la norma - di concorrere alla riduzione delle liste di attesa"*.

Per realizzare tali finalità e mettere in atto alcuni elementi introdotti con l'evoluzione tecnologica (inevitabile dato i decenni che trascorrevano...) quali le agende informatiche, si è continuato a legiferare, contrattare, definire e regolamentare l'ALPI nel corso di ben cinque lustri, con un lungo elenco normativo che, data la sua entità, richiamiamo - per rispetto del lettore - solo in nota![\[1\]](#)

Da tutto ciò si desume inevitabilmente **la difficoltà - o colposa incapacità - di organizzare da parte del Servizio Sanitario Nazionale questa particolare disposizione normativa** - o privilegio di una specifica categoria di dipendenti pubblici - con le finalità per le quali era stata stabilita.

L'intramoenia, come sbrigativamente si chiama, era finalizzata appunto, a ridurre le liste di attesa e a permettere, a chi intendeva avvalersene, di rivolgersi non alla équipe, ma al singolo professionista; tutto ciò in un regime di totale trasparenza, nell'ambito delle strutture aziendali a ciò deputate (e oggetto di ripetuti finanziamenti per la loro realizzazione) e in equilibrio con le attività istituzionali. **Il "tutto ciò" - invece - non si è realizzato compiutamente, come evidenzia un quarto di secolo di proclami normativi, sempre ultimativi, ma sempre "annacquati" da proroghe, eccezioni, elusioni,** invenzione dell'*intramoenia allargata* (!), applicazioni a macchia di leopardo che riproducono le consuete differenze fra le regioni italiane.

La Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria presentata al Parlamento il 29 settembre 2016 [\[2\]](#) riporta i dati del 2014 e, pur facendo la "cresta" alle risposte che Aziende e Regioni trasmettano (l'esperienza insegna che vi è un margine fra ciò che viene rilevato dalle schede ministeriali e "vita vissuta", generalmente meno adesa alle norme), rende conto dell'incompletezza di applicazione delle leggi e degli accordi.


Solo alcuni esempi:

1. Gli interventi di ristrutturazione edilizia finalizzati a dedicare strutture delle Aziende

all'ALPI, con fondi ripartiti nel 2001[3], sono giunti, dopo 14 anni, al complessivo collaudo (e quindi, forse, all'utilizzo) solo in 5 Regioni. Si tratta, si noti bene, non di realizzare ospedali o blocchi operatori, ma generalmente, ambulatori dedicati!

2. L'attività doveva essere definita da Linee guida regionali come stabilito dal Decreto legge del 2012. Le Regioni che non le hanno emanate sono otto (il 40%)
3. Al fine di un controllo dell'insorgenza di conflitti di interesse o concorrenza sleale e per definire le misure sanzionatorie Regioni e Governo avevano stabilito di creare organismi paritetici regionali con le organizzazioni sindacali[4], ma questi non sono presenti nel 50% delle Regioni! Non a caso la Relazione non fa menzione di conflitti di interesse e misure sanzionatorie.
4. La disponibilità di spazi idonei e sufficienti per l'ALPI nelle Aziende è un elemento essenziale per assicurare il monitoraggio (effettivo) e la trasparenza nei comportamenti professionali, organizzativi, economici etc... Tuttavia il quadro che la Relazione presenta non è confortante, come evidenzia la figura 1.

Figura 1. Disponibilità di spazi idonei e sufficienti all'ALPI nelle Regioni.


 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

5. La messa in rete dei sistemi di prenotazione è una modalità che dovrebbe assicurare la tracciabilità delle prenotazioni, delle prestazioni, e della corresponsione degli importi. Tuttavia solo 5 Regioni (Veneto, Valle d'Aosta, Umbria, P.A. Trento, Friuli Venezia Giulia) assicurano il collegamento di tutte le strutture in cui viene erogata l'ALPI ed in sei regioni non sono stati definiti neanche gli importi da corrispondere a cura

dell'assistito da parte di tutte le Aziende!

6. In sintesi, dei vari indicatori selezionati dalla Relazione per verificare l'applicazione delle norme, degli accordi, la emanazione delle Linee guida, la realizzazione di strutture ambulatoriali dedicate, la messa in rete dell'ALPI etc., ancora nessuna Regione raggiunge il 100% di applicazione!

Figura 2. Percentuale di adempienza su tutti gli indicatori previsti dalla rilevazione.

 Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Ci possiamo consolare solo dal fatto che negli anni precedenti i dati erano peggiori? Può darsi, ma, a distanza di venticinque anni dalla istituzione e di quindici dal finanziamento degli interventi edilizi, è legittimo attendersi che tutte le Aziende siano adempienti sotto i vari profili, e che la Relazione si orienti pertanto a dare informazioni su altri aspetti, che sono invece trascurati o scarsamente documentati: **l'entità dei compensi dei professionisti, la spesa per i pazienti per Regione e per specialità, l'andamento delle liste di attesa per Azienda nella intramoenia e nella corrispondente attività istituzionale, i controlli effettuati da parte delle Aziende etc.**

Abolendo la libera professione d'incanto spariranno le liste di attesa? Io ne dubito. Le liste di attesa hanno, anche, altre motivazioni, di carattere organizzativo nell'offerta, di obsolescenza delle attrezzature (troppe e vecchie), di indirizzo della domanda. Vi sono tuttavia alcuni elementi evidenti e documentati:

1. Il ricorso alle prestazioni in ALPI è motivato prevalentemente dalle Liste di attesa, che sono considerate, dal 75.5% degli italiani, il disagio più rilevante del Servizio sanitario[5]. Di conseguenza il motivo di opzione per l'intramoenia non è tanto la scelta del professionista ma, per il 66.4% dei pazienti, l'evitare le liste di attesa[6].
2. A distanza di 10 anni dal D.leg. 120 del 3/8/2007 che prevedeva l'allineamento dei tempi di erogazione fra attività istituzionale e ALPI, ciò non è avvenuto e nessun provvedimento nei confronti di dirigenti né di interruzione della ALPI è mai stato messo in atto.
3. Il 94% dei medici dipendenti ha un rapporto esclusivo, percependo per tale motivo un'indennità media di 10.798 pro capite. Di questi il 44% (53.000) svolge l'ALPI con un compenso medio di 17.500. Purtroppo poco si dice della distribuzione dei compensi (curva di distribuzione, mediana etc.) su cui il Rapporto non indaga o forse stende un velo pietoso.
4. Ricercando sui siti aziendali (Emilia Romagna, Toscana, Lombardia) si ottengono alcune eclatanti e frammentarie informazioni da cui si apprende dell'ortopedico con uno stipendio di 55.000 € che guadagna in ALPI 890.000 €; dell'urologo che dichiara 748.841 € di cui 658.000 grazie all'ALPI; dell'oculista con uno stipendio di 88.368 € e che incassa 1.039.863 € in ALPI etc. etc. Ma non si doveva mettere un tetto ai guadagni dei dipendenti pubblici? Non si doveva ricercare un *corretto equilibrio* fra attività istituzionali e attività in intramoenia e questo equilibrio non è anche economico? Non vi è un *conflitto di interessi*, o di *attenzione*, da parte di un direttore di struttura che ricava da altra attività un reddito superiore al 500% o al 1.000% dello stipendio?
5. Queste differenze retributive non introducono una diseguaglianza anche fra professionisti, che non sono basate tanto o solo sul merito, ma sul "settore di mercato" (ginecologo, ortopedico, oculista, dermatologo etc.), mentre medici che si dedicano ad attività che non hanno un mercato privato (direttore del pronto soccorso, rianimatore, chirurgo dei trapianti etc.) ne sono penalizzati?
6. Un ultimo esempio dal reddito di un professionista nel 2013: stipendio = 100.000 €; ricavato ALPI = 222.961 €; premio di risultato = **620** €. Il risultato, che dovrebbe premiare il merito e coinvolgere negli obiettivi aziendali, assomma quindi allo 0,27% del guadagno in intramoenia! Che incentivo può rappresentare per raggiungere le finalità di quanto contrattato con l'Azienda?

Forse l'abolizione progressiva dell'intramoenia non risolverà di per sé il problema delle liste di attesa, ma un immediato e drastico riordino appare indispensabile.

Bibliografia

1. D.lgs .30/12/1992, N. 502: Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; D.lgs. 7/12/1993, N. 517: Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; L. 23/12 1996, N. 662: Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; Decreto del Ministro della Sanità 28/2/1997: Attività libero professionale intramuraria e incompatibilità; D. L. 20/6/1997, N.175: Disposizioni urgenti in materi di attività libero professionale intramuraria; Decreto del Ministro della Sanità 31 luglio 1997: Linee guida di organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria; L. 23/12/1998, N. 448: Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; D.leg. 19/6/1999, N. 229: Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; L. 23/12/1999, N. 488: Riqualficazione dell'assistenza sanitaria e attività libero professionale; DPCM 27/3/2000: Atto di indirizzo in materia di attività libero professionale intramuraria; CCNL 1998 - 2001 (8 giugno 2000): Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; D.leg. 3/8/2007, N. 120: Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria; Decreto legge 13/9/2012 (Decreto Balduzzi) n. 158.
2. [Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria](#) [PDF: 4 Mb]. Salute.gov.it. Anno 2014
3. D.leg n. 254/2000, Decreto Ministeriale 8 giugno 2001.
4. Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 - rep. Atti n. 198/CSR
5. Eurispes, Rapporto Italia 2017
6. Censis - Rbm Assicurazioni salute. Roma VI Welfare Day 8/6/2016