

nov
7
2018

Intraoemia, Quici (Cimo): libera professione medici è nei diritti del paziente

TAGS: INTRAOEMIA, CIMO, LIBERA PROFESSIONE, REGIONE TOSCANA, ENRICO ROSSI, GUIDO QUICI



Per combattere le liste d'attesa bisogna assumere medici, non spremere quelli in servizio, in organici risicati, togliendogli ore di libera professione. Non è solo un problema economico, una regione non può far saltare istituti di un contratto nazionale senza esporsi a contenziosi. È la replica a freddo di **Guido Quici**, presidente Cimo, all'idea del governatore toscano **Enrico Rossi** di destinare metà delle ore di intraoemia concesse agli ospedalieri locali all'abbattimento delle liste d'attesa, acquistandole. Quici avverte: libera professione e liste d'attesa sono scollegate, la prima chance la chiede lo stesso paziente, e per di più le esternazioni di Rossi dimostrano come sia giunto il tempo per rinegoziare l'indennità di esclusività nel contratto nazionale, in quanto si vuol ridurre ulteriormente una forma di libera professione già attenuata, per irreggimentare la quale il servizio sanitario compensa l'ospedaliero con l'indennità di esclusività. «Stiamo alle parole di Rossi, non conosco ancora il testo del nuovo provvedimento e gli inquadramenti anche fiscali e previdenziali delle 5 ore di attività istituzionale che verrebbero tolte alle 10 settimanali concesse di libera professione intraoemia. La Toscana già sta pagando ore aggiuntive ai medici ospedalieri per aumentare l'offerta. Ricordo che la libera professione è spesso l'unica gratificazione del medico; per me è un "plus" poiché consente al paziente di essere preso in carico da un medico che ha scelto lui, cosa diversa dallo scegliere l'ospedale». (Rossi aveva parlato di "libera scelta dell'ospedale", in luogo di quella del medico ndr).

Quante possibilità ci sono che un'ora di attività istituzionale in più sia remunerata come un'ora di libera professione e non di meno, dato che un'ora extra in media è una sessantina di euro?

«Anche il profilo retributivo è tutto da verificare. La domanda a monte è: una regione, per di più a statuto ordinario, può intervenire su un contratto nazionale dove si dice che la libera professione si concorda con i sindacati medici? A mio avviso no, si espone a un'impugnazione. Tra l'altro, la libera professione è un istituto volontario, alcuni colleghi non hanno tempo per farla: se tutti i medici se ne astenessero, per assurdo, Asl e ospedali imporrebbero attività istituzionale in più? Inoltre è organizzata dal medico, non dall'ospedale. Nelle dieci ore concesse, il collega toscano può scegliere se visitare o fare un esame. Se tutto fosse organizzato dalla regione non sarebbe una libera professione, ma una "incentivazione", e il paziente non avrebbe nemmeno la certezza di essere preso in carico dal medico che ha scelto. In quanto pagata dalla regione, si tratterebbe di piena attività istituzionale, legata a un tetto orario fissato dalla direttiva europea, e la regione si esporrebbe ad ulteriori motivi di impugnazione».

Se una regione può modificare la libera professione, i sindacati a loro volta possono chiederle di rinegoziare l'esclusività?

«È un aspetto da considerare. Dirò di più, a livello nazionale è il momento di rinegoziare l'indennità di esclusività ferma da 20 anni che tra l'altro il Ministero dell'Economia non mette nella massa salariale anche se si tratta in tutto di 40 milioni. Per noi è pian piano diventata una somma residuale, ma riguarda temi sostanziali. Come Cimo direi che andrebbe rivista nel senso di una maggiore apertura e meno vincoli per i medici».

Se un governatore vuole offrire più prestazioni e meno attese ai cittadini quali alternative ha?

«I cittadini sentono intanto il bisogno di essere visitati e controllati dal chirurgo che li ha operati, non da un sostituto scelto sulla base di esigenze organizzative. E per le visite perché non ampliare le ore di specialistica ambulatoriale convenzionata? A me sembra che gli specialisti Asl si siano utilizzati sì negli ospedali, ma non per queste attività, e comunque le ore fatte in alcune realtà sono diminuite. Ma soprattutto, perché non assumere?»

...non ci sono risorse, dicono le regioni, o non da spendere per liste d'attesa che si ritengono allungate ad arte dai sanitari per alimentare l'intraoemia...

«Non è difficile capire che la lista d'attesa nasce dove ci sono problemi di organico ed è scollegata dall'intraoemia. Almeno nel 90% dei casi il tema è questo: i medici non sono sufficienti ad assicurare in un servizio una copertura H24, l'ospedale lo apre meno, si crea la fila. Stop. Se poi il paziente che ha diritto al controllo, ha la possibilità di pagarlo e il medico che lo ha in cura finito l'orario può visitarlo, che problema c'è? Piuttosto si chieda alle regioni come destinino i proventi dell'intraoemia e perché non assumano, o non considerino quante cose risolverebbero assumendo anziché vincolando i medici in servizio».

Mauro Miserendino