

Articoli/Articles

INTRA-MOENIA: UNA INDAGINE STORICO-ECONOMICA

GUIDO CITONI

Sapienza - Università di Roma, Roma, I

SUMMARY

INTRA-MOENIA: A HISTORICAL AND ECONOMICAL RESEARCH

The so called free practice intra-moenia or ALPI (to be performed inside the public premises) is very popular among Italian doctors (quite so among patients). Our work aims to shed light both on true motives of such a success and on the degree of accomplishment of stated targets at its institution. We believe that its success among doctors is due both to the increase in providers' autonomy and to its economic advantages. Freedom of choice for patients is also increased (though just a minority of patients says that they have made recourse to intra-moenia because they wanted to choose the doctor). The reduction of queues, one of the stated targets of ALPI, did not happen (as could be anticipated). Intra-moenia may cause, moreover, induction of demand and defensive medicine. A regression analysis shows that the main explanatory factor of the recourse to ALPI is urgent need for treatment. The work, finally, in noting that there is a lack of sufficient administrative controls on ALPI, concludes that intra-moenia is hopefully a viable institution provided that more checks are done.

Premessa

Nella storia del servizio sanitario italiano, pochi istituti normativi hanno avuto un così grande successo come l'istituzione dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) o *intra-moenia*¹.

Key words: Intra - Moenia - ALPI - Italian National Sanitary System

Istituita già nel 1992 dal Dlgs. 502, modificata successivamente nel 1993, 1996 e 1997, definitivamente codificata nel 1999 dal Dlgs 229 (la cosiddetta legge Bindi)², rivisitata una prima volta con la legge 128/2004, ancora rivista con la L. 120/2007, per essere infine oggetto del recente Decreto Balduzzi (D. Legge 158/2012 convertito con L. 189/2012), essa ha sperimentato, a tutt'oggi, una massiccia adesione da parte di quasi tutto il personale dei ruoli sanitari, in primis medici. Infatti al 2007 avevano optato, in media, per l'intra-moenia il 95,62% dei medici, pur se con variazioni tra regioni (con un minimo di 91,91 in Liguria ed un massimo di 98,94 in Calabria) e altrettante variazioni tra professionalità differenti (ad esempio, solo poco più del 70% degli odontoiatri aveva esercitato l'opzione).

È quindi lecito interrogarsi sui motivi di tale successo, che non possono soltanto essere ascritti alla proverbiale "flessibilità" con cui in Italia si affrontano tematiche organizzative (ancora parte della cosiddetta ALPI è a tutt'oggi - grazie a continue proroghe di cui l'ultima era destinata a scadere a fine 2012 ma, di fatto, è stata posticipata ed istituzionalizzata con il D.Legge 158/2012³ - esercitata effettivamente in ambulatori e strutture esterne, qualificandosi, di fatto, come attività extramuraria ALPE o intramuraria allargata).

Cercheremo, in questo lavoro, dapprima di chiarire quali siano a nostro avviso i motivi del successo, inquadrando tale riforma nella evoluzione del nostro sistema sanitario e successivamente, appoggiandoci a quelli che sono stati indicati come i motivi fondanti dell'ALPI⁴, e cioè:

1. Ridurre le code e le liste di attesa nel sistema sanitario pubblico;
2. Permettere al cittadino la libera scelta del professionista da cui farsi assistere;
3. Valorizzare le professionalità interne nel contempo promuovendo l'istituto di appartenenza.

di argomentare, anche empiricamente, se e come tali obiettivi siano stati o possano essere raggiunti, e quali rischi siano emersi o possano emergere in futuro⁵.

Concluderemo augurando lunga (ma ben sorvegliata) vita all'ALPI.

I motivi del successo

Un primo modo per comprendere la difesa del sistema da parte degli operatori sanitari è ragionare in termini di un approccio obiettivi-strumenti, spesso usato nello studio dei sistemi sanitari comparati.

Se utilizziamo la classificazione dell'OCSE dei sistemi sanitari (OECD 1992), risulta chiaro che l'Italia, pur appartenendo al gruppo dei cosiddetti sistemi assicurativi obbligatori di tipo integrato (SSN) o Beveridge, ha una storia che rende difficile l'interpretazione di quale realmente sia la volontà dei cittadini e dei decisori pubblici. Infatti, l'Italia ha dapprima radicalmente mutato il proprio sistema sanitario (1978) passando da un sistema mutualistico di tipo Bismark (o, in termini OCSE, sistema di assicurazione obbligatoria di tipo contratto) ad un primitivo, ortodosso, sistema integrato, ma ha poi, periodicamente, messo in cantiere riforme che hanno, poco a poco, portato ad un sistema ibrido, in cui permane ancora l'ossatura integrata, ma che progressivamente perde alcune delle caratteristiche fondanti dello stesso per dare spazio ad una inserzione di caratteristiche più simili a quelle di un sistema mutualistico.

Andando per ordine, infatti, le riforme del 1992 (Dlgs. 502) e 1993 (Dlgs. 517) hanno di nuovo incentivato la *separazione* tra produttore e fornitore, definendo una nuova contrattualizzazione tra pagatore pubblico e fornitore privato basata sul concetto di *accreditamento* e di *tariffazione*.

Successivamente, la legge Bindi del 1999 e la successiva introduzione del federalismo (modifica titolo V Costituzione, Dlgs. 56/2000), hanno - affidando alle regioni la titolarità delle entrate della fiscalità generale (pur in presenza di non piena appropriabi-

lità delle stesse a causa della presenza di un fondo perequativo tra regioni) - di fatto configurato l'abbandono dell'*assicuratore unico*, promuovendo le regioni dal ruolo di organizzatori/pagatori a quello di effettivi *assicuratori plurimi* senza conferire ai cittadini di una regione diritto di recesso o di adesione ad assicurazione di altra regione⁶.

È evidente che l'abbandono dell'assicuratore unico e la sostituzione di rapporti di produzione integrati con rapporti contrattuali, configurano un parziale ritorno verso il sistema mutualistico. L'importante è comprendere la *ratio* di tali riforme, se cioè essa obbedisca solo a logiche di tipo politico-ideologico, quali il prevalere del peso della Lega Nord (federalismo) o più in genere la maggiore propensione verso il privato tipica del centro-destra (che di fatto ha avuto un peso preponderante nella politica italiana degli ultimi 15 anni), oppure se possa esistere una lettura in termini di *adattamento evolutivo*, al fine di meglio conseguire obiettivi che un sistema integrato puro difficilmente riesce a garantire soddisfacentemente.

Si considerino ora gli obiettivi di politica sanitaria definiti sempre dall'OCSE:

- Adeguatezza ed equità nell'accesso ai servizi;
- Protezione dei redditi;
- Efficienza microeconomica (minimo costo a livello micro per ottenere un dato risultato, buona soddisfazione dei consumatori, riduzione dei tempi e costi per la fruizione, riduzione dei costi amministrativi e regolatori, incentivo all'innovazione tecnologica e alla produttività);
- Efficienza macroeconomica (contenimento dei costi affinché la quota del PIL assorbita dai servizi sanitari sia ragionevole, pur garantendo adeguata salute);
- Libertà di scelta dei consumatori;
- Autonomia dei fornitori/prestatori di servizi sanitari.

Un sistema sanitario integrato o SSN è in grado di raggiungere, con sufficiente disinvoltura, un buon livello in almeno tre di essi: equità, protezione dei redditi ed efficienza macroeconomica. L'averne, infatti un sistema nazionale, di natura universalistica e ad ampia copertura, che mira a non discriminare tra cittadini, finanziandosi con fiscalità generale generalmente correlata alla possibilità di pagare dei cittadini, garantisce il raggiungimento dei primi due, mentre la capacità di razionare risorse, fornendo assistenza generalmente priva di elevate componenti alberghiere, permette un buon raggiungimento del terzo. Il sistema, però, evidenzia già qualche carenza in termini di libertà di scelta dei consumatori: infatti, pur se nel sistema italiano la mobilità geografica dei pazienti al fine di utilizzare la struttura di fiducia è garantita, non è generalmente possibile la scelta del medico all'interno della struttura (né della terapia da ricevere); inoltre, non è ovviamente garantita la scelta dell'assicuratore (essendo unico e ad adesione obbligatoria). Tutte le indagini sulla soddisfazione dei pazienti a livello Europeo (Eurobarometer), mostrano poi che i sistemi integrati hanno spesso maggiori difficoltà a soddisfare i propri cittadini; inoltre, tali sistemi sono più frequentemente soggetti a code di attesa e gli incentivi all'efficienza, a causa della coincidenza di finanziatore e produttore⁷ ed alla presenza di decisori politici negli organismi direttivi delle strutture, sono carenti. Infine, il supporto degli operatori sanitari ai SSN è spesso basso, venendo lamentate oggettive violazioni nella autonomia organizzativa e clinica, ed essendo peraltro evidente che pur in presenza di *autonomia teorica*, il vincolo stringente delle risorse limita di fatto ogni *autonomia effettiva* dei fornitori stessi.

Con le riforme del 1992-1993 si è inteso migliorare, a nostro avviso, la performance del sistema prevalentemente riguardo all'obiettivo di efficienza microeconomica⁸: infatti, come la teorizzazione sui *mercati interni* o *quasi-mercati* aveva evidenziato già per il Regno

Unito, la separazione tra finanziatore ed erogatore dei servizi dovrebbe essere associata ad una maggiore efficienza (grazie al controllo esercitato dal finanziatore sull'erogatore e alla maggiore concorrenza tra erogatori).

La riforma federalista, invece, sempre a nostro avviso, si è tradotta, nella migliore delle ipotesi, in un gioco a somma zero⁹. Infatti, i postulati effetti di maggiore efficienza macroeconomica e microeconomica sono spesso in contrasto tra loro: incrementi della qualità (alberghiera) dei servizi in regioni ricche sono spesso associati ad incrementi di spesa, mentre la disciplina finanziaria, che il federalismo avrebbe dovuto garantire, migliorando l'efficienza macro¹⁰, è - a giudicare dalla dinamica della spesa nel nuovo millennio - venuta a mancare. Invece cominciano ad essere evidenti le crepe apportate dalla parcellizzazione del sistema assicurativo regionale, sia all'equità, con l'emergere di sistemi di serie A, B e C, sia alla protezione dei redditi, con i cittadini delle regioni in deficit strutturale di bilancio costretti a carichi impositivi/compartecipativi aggiuntivi imposti da piani di rientro onerosi.

In questa evoluzione, alla fine del secolo scorso, si situa l'innovazione della libera professione intramuraria. Essa si proponeva sostanzialmente di migliorare la performance del sistema proprio riguardo ai due obiettivi precedentemente trascurati (libertà di scelta dei pazienti, autonomia dei fornitori) anche se l'enfasi propositiva è stata ancora una volta incentrata sul recupero di efficienza micro, garantito dalla riduzione delle code di attesa¹¹.

Il sistema della sanità italiana, includendo al suo interno una quota di spesa di circa il 25% sostenuta privatamente dalle famiglie, con modalità prevalente di spesa di tasca propria, ha già, in tale componente, una discreta quota in cui la libertà di scelta dei pazienti e l'autonomia dei fornitori è eccellente. Si trattava, dunque, di iniettare più libertà ed autonomia nella componente pubblica della spesa sanitaria: consentire ai pazienti la scelta (a pagamento) del profes-

sionista operante all'interno del SSN, avviava ad una delle libertà precedentemente negate, mentre consentire ai professionisti, in cambio di una dichiarazione di lealtà al sistema pubblico (rapporto di esclusività), di avere uno spazio paritario¹² in cui, con un minimo di vincoli, si è liberi di esercitare la professione privatamente, consentiva un forte progresso nell'autonomia degli stessi.

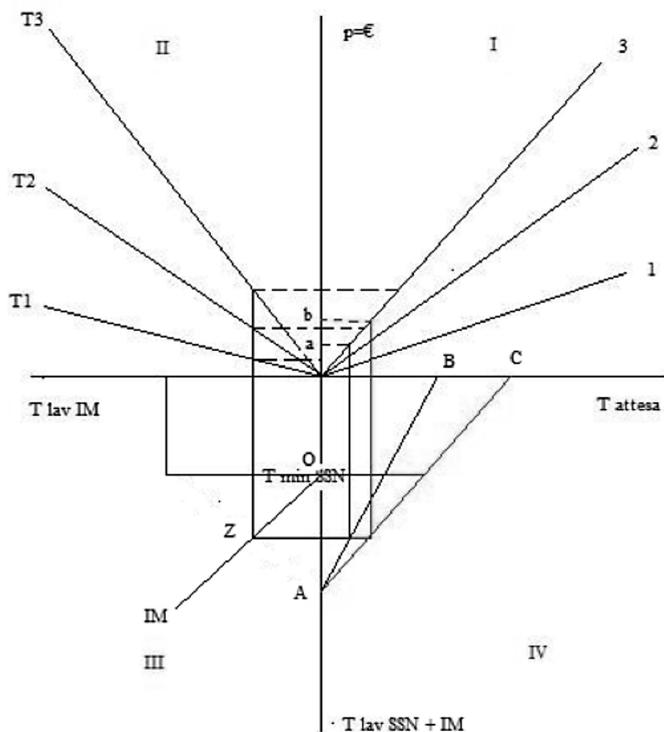
La riduzione delle code di attesa, invece, ha solo avuto la funzione di specchio per le allodole.

Riduzione delle code di attesa

Supponiamo che l'attività intramuraria, essendo comunque tempo dedicato alla cura di pazienti, sia comunque benefica per i tempi di attesa all'interno del SSN: maggior tempo dedicato a tale attività dai medici, equivale a minori code per coloro che sono fruitori dei servizi gratuiti (o compartecipati) del SSN. È comunque, dal legislatore, fissata la clausola che l'attività istituzionale non può essere compresa al di sotto di un certo limite, e quindi l'attività intra-moenia non può essere estesa oltre un certo impegno orario. Supponiamo, inoltre, che esistano 3 differenti individui, chiamati 1, 2 e 3, progressivamente più ricchi e quindi maggiormente disposti a fruire di assistenza intramuraria. Per concludere, ipotizziamo che i medici siano liberi di fissare una tariffa unitaria per la loro attività, definiremo T1 la tariffa più bassa, seguita da T2 e T3 progressivamente più alte.

Nel grafico seguente è sintetizzato il problema teorico:

Nel quadrante IV del grafico è evidenziata, in nero con il tratto AB, la relazione inversa tra tempo di lavoro complessivo, sia nel SSN che intramurario, e tempo di attesa in coda. Nel quadrante III, invece, è rappresentata la relazione tra tempo di lavoro intra-moenia e tempo complessivo: il tratto IM rappresenta proprio l'aggiunta al tempo contrattuale di lavoro nel SSN costituita dall'attività intramuraria. Nel quadrante II, sono rappresentate tre differenti ta-



rifazioni che possono essere richieste dal medico per le proprie visite: l'inclinazione crescente da T1 a T3 mostra proprio come $T3 > T2 > T1$. Infine, nel quadrante I, sono rappresentati tre differenti individui: il più povero 1, ha minore disponibilità a pagare per intra-moenia (inclinazione minore), poi vi è l'individuo medio 2 ed il ricco 3¹³. Supponiamo che il medico decida di offrire la quantità OZ di lavoro intra-moenia: riportando dal quadrante III al IV e all'I vediamo che il più ricco degli individui sarebbe disposto a pagare un massimo di a, mentre la disponibilità degli altri due sarebbe inferiore. Analogamente, riportando dal quadrante III al II, vediamo che le tariffe T3 e T2 sono fuori mercato, perché $> a$, cioè maggiori

di quanto persino l'individuo 3 sarebbe disposto a pagare: solo la tariffa T1, bassa, può essere accettabile per l'individuo 3 (gli altri due continuerebbero ad accedere ai servizi pubblici del SSN).

Se però il medico *rallentasse* il ritmo della propria attività quando lavora nel settore pubblico, si potrebbe verificare la situazione descritta in rosso. Nel quadrante IV vi sarebbe una relazione più blanda tra tempo di lavoro globale e diminuzione delle code (a parità di tempo di lavoro vi sarebbero maggiori tempi di attesa), rappresentabile con la retta AC. Ripetendo allora il ragionamento già fatto, e ipotizzando lo stesso tempo di lavoro in intra-moenia, l'individuo 3, monetizzando il costo del maggior tempo di attesa sarebbe disposto a pagare una maggiore tariffa in intra-moenia, cioè l'ammontare b. Il medico, allora, potrebbe avere due alternative: o alzare la tariffa a T2, perché tale tariffa sarebbe tollerabile per l'individuo 3, oppure, tenendo bassa la tariffa a T1, sarebbe in grado di acquisire come ulteriore cliente anche l'individuo 2.

A livello teorico appare quindi comprensibile che, ipotizzando comportamenti medici non fraudolenti ma solo di scarso impegno lavorativo nel SSN, l'auspicabile diminuzione di code di attesa grazie all'attività intra-moenia, diviene difficile da realizzare. Solo costosi e francamente molto difficili controlli sui ritmi lavorativi all'interno del SSN permetterebbero di tenere sotto controllo il fenomeno.

È possibile, però, ipotizzare un incentivo tariffario affinché tale impegno venga aumentato: si fissi la tariffa base, obbligatoria, dell'attività intra-moenia a T1. Tale tariffa potrà essere aumentata dal medico solo se si verificano diminuzioni delle code di attesa, grazie al suo maggiore impegno nel SSN¹⁴; naturalmente, al diminuire delle code diminuisce anche la disponibilità a pagare degli individui, ma è comunque possibile ipotizzare che vi sia una platea di potenziali utenti dei servizi del medico *non indotti dalla presenza di code*, cioè attirati dalla sua competenza. Veniamo così al secondo motivo della introduzione dell'intra-moenia.

Libertà di scelta del medico da parte del paziente

I servizi sanitari hanno natura di beni reputazionali, cioè di beni la cui domanda è relativamente rigida e basata sulla reputazione vuoi della struttura di cura che dello specifico professionista che vi opera. Inoltre, il paziente è costantemente portato ad instaurare una relazione di agenzia col medico, cioè un rapporto fiduciario, che da un lato garantisca il non dovere ripetere la fase anamnestica con differenti medici e dall'altro "fidelizzi" il medico nei suoi confronti, evitando la possibilità degli inconvenienti previsti dalla letteratura e cioè discriminazioni tariffarie ed induzione di domanda.

Essendo, per scelta politica, preclusa la possibilità di optare per un rapporto esclusivo con un medico specialista e/o ospedaliero nell'ambito dell'attività istituzionale del SSN¹⁵, è allora interessante esaminare quanto, nel caso italiano, la relazione tra medico e paziente sia salda e soprattutto quanto la scelta di richiedere prestazioni intra-moenia possa essere dovuta al desiderio di costituire un rapporto duraturo e preferenziale con il medico specialista di propria scelta. A questo riguardo utilizzeremo dapprima i dati della European Social Survey, che in una delle sue tornate (2002) ha effettuato una indagine approfondita sul rapporto medico-paziente. L'indagine studia tale rapporto in 24 paesi, noi ci limiteremo a comparare tra loro cinque grandi paesi europei: Germania, Francia, Spagna, Regno Unito e Italia.

La prima domanda rilevante è la seguente: Alcune persone preferiscono consultare lo stesso medico per tutti i loro problemi sanitari di ogni giorno. Altri preferiscono consultare differenti medici per differenti problemi sanitari di ogni giorno. E voi – preferite consultare..... Le risposte vengono codificate come 1 se preferiscono lo stesso medico, come 2 se preferiscono medici differenti, come 3 se non hanno preferenze. La preferenza è ovviamente per il codice 1, ma anche il due è ben presente e vi è un discreto numero di 3. Eliminando

quest'ultimo codice che confonde l'analisi¹⁶, si ottengono le seguenti medie:

Germania	1.114665
Spagna	1.220793
Francia	1.105697
Regno Unito	1.147377
Italia	1.344175
Tutti i paesi	1.29849

Come si vede, l'Italia ha un valore sopra la media di tutti i paesi e superiore a quello di tutti gli altri 4 grandi paesi, segno di una sostanziale "infedeltà" del paziente¹⁷.

Inoltre, se si guarda ad un altro tipo di infedeltà, cioè quello della possibile mancata aderenza alla terapia proposta dal medico, l'Italia appare ancora una volta con valori sopra alla media, seppure sia in posizione mediana tra i cinque paesi. La domanda questa volta è: Quanto siete d'accordo con questa affermazione: "È meglio seguire gli ordini del medico"? e valori bassi indicano forte accordo, valori alti forte disaccordo. Abbiamo:

Germania	1.93306
Spagna	1.79406
Francia	1.42302
Regno Unito	1.94882
Italia	1.91665
Tutti i paesi	1.89415

L'impressione che se ne trae è che comunque il grado di fiducia nel rapporto di agenzia medico-paziente non sia ottimale.

Venendo poi al punto di interesse, ovvero se la specifica prestazione intra-moenia sia sostanzialmente motivata da un rapporto fiduciario tra medico e paziente, ricorreremo ai dati dell'Indagine sulle condizioni di salute dell'Istat per il 2004-2005.

Innanzitutto si osserva che, a seconda della definizione di intra-moenia adottata¹⁸, 1,79% oppure 1,93% degli individui del campione ha effettuato almeno una visita in intra-moenia.

In essa, inoltre, si chiedono specificamente le motivazioni per le quali, relativamente all'ultima visita effettuata, si è deciso di effettuare una visita specialistica, in strutture pubbliche, a pagamento intero (intra-moenia). Le possibili motivazioni e le rispettive frequenze percentuali sono¹⁹:

1. <i>Ha scelto la struttura più vicina</i>	26,3
2. <i>Per motivi economici</i>	9
3. <i>Fiducia nella struttura scelta</i>	29,7
4. <i>Ha provato a prenotare in un'altra struttura ma avrebbe dovuto aspettare troppo tempo</i>	6
5. <i>Sapeva che in un'altra struttura avrebbe dovuto aspettare troppo tempo</i>	6,1
6. <i>Ha scelto uno specialista che lavora in questa struttura</i>	25,1
7. <i>Non esistono altre strutture nella zona di residenza</i>	2,4
8. <i>In questa struttura è possibile fissare l'ora dell'appuntamento</i>	3,7
9. <i>Ha scelto questa struttura perché è più accogliente</i>	2,3
10. <i>Le è stata consigliata da un medico di fiducia o persona di fiducia</i>	17,6
11. <i>Altro</i>	1,3

Soltanto la motivazione 6 è coerente con un rapporto fiduciario con il singolo specialista, sebbene anche la 10 configuri un rapporto fiduciario con terzi, e sia tipica di un bene reputazionale²⁰. In ogni caso, solo il 25% di coloro che fanno visite in intra-moenia motiva la scelta con la fiducia nello specifico medico. Diremo di più sull'argomento quando sarà effettuata l'analisi multivariata.

Valorizzazione della professionalità del medico e promozione dell'istituto di appartenenza

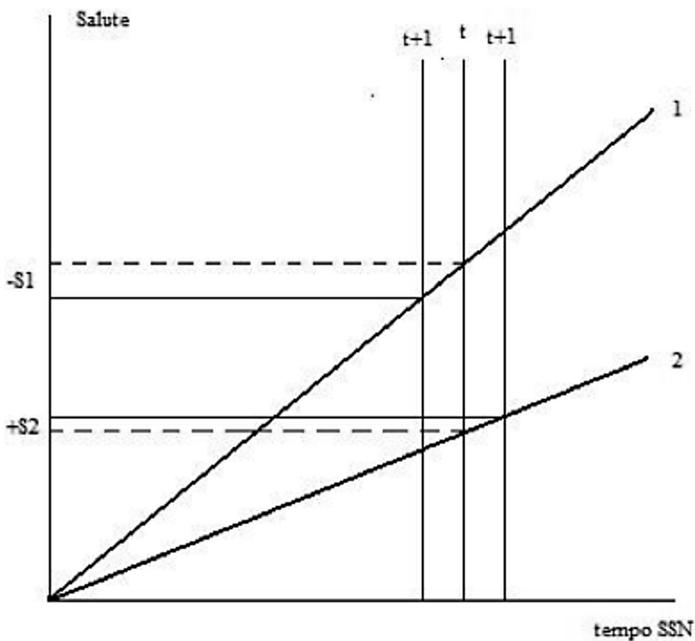
È questo, certamente, tra tutti gli obiettivi dichiarati come fondanti dell'ALPI, il più difficile da argomentare nella sua validità concettuale e da monitorare nel suo raggiungimento. In linea di principio,

si potrebbe affermare che la valorizzazione della professionalità del medico dovrebbe essere resa possibile maggiormente dalla attività istituzionale del medico più che dalla sua attività intra-moenia, in primo luogo perché all'attività istituzionale dedica il maggior tempo e in secondo luogo perché nell'attività istituzionale ha probabilmente a che fare con i casi più complessi ed urgenti²¹. È allora possibile la direzione di causazione inversa: le abilità acquisite nel corso dell'attività istituzionale si concretizzano in monetizzazione aggiuntiva grazie al canale dell'intra-moenia.

Per porla in altri termini, si è appena visto che la fiducia nella struttura, in quasi il 30% dei casi, motiva la scelta di effettuare ulteriori prestazioni intra-moenia; quasi 1 paziente su tre viene fidelizzato se la struttura ha un nome rinomato e tale da ispirare fiducia, cioè si decide di effettuare prestazioni anche se spesso non vi è alcuno specifico medico di fiducia. Per meglio comprendere le dimensioni del fenomeno, quando si ha fiducia nella struttura, solo nel 12,3% dei casi si ha anche fiducia nel singolo medico, mentre quando la struttura è stata consigliata da un medico od altra persona di fiducia, solo nel 15,8% dei casi si ha anche fiducia nel singolo medico che offre la prestazione. Ma come fa una struttura a costruirsi una immagine positiva e ad acquisire una reputazione che la fa consigliare da medici ed altre persone influenti per l'individuo?

Il dilemma è lo stesso ben noto a chi studia il fenomeno dell'*impact factor* nella valutazione della bontà della ricerca. È l'individuo che riesce a pubblicarvi a trarre il maggior vantaggio dalla rivista prestigiosa o è la rivista che diviene prestigiosa perché gli autori la fanno divenire tale? Se fosse possibile argomentare che tutti gli articoli pubblicati sulla rivista "outstanding" sono anch'essi outstanding, la relazione sarebbe biunivoca, ma raramente ciò avviene, così come è difficile argomentare che tutti i medici di una struttura siano egualmente capaci. E allora, a trarre beneficio dalla struttura prestigiosa è il medico scarso, mentre è il medico bravo a costruire il nome della struttura.

In questa luce a costruire la reputazione della struttura provvederebbero i medici apicali nella attività istituzionale, mentre a poterne beneficiare sarebbero i medici meno importanti in attività intra-moenia: l'aneddotica però sembra indicare che a cogliere i frutti dell'intra-moenia siano piuttosto i medici in posizioni apicali, che via via diminuiscono il loro impegno nell'attività istituzionale, la cui carretta viene trainata dai medici di seconda linea. Se questo venisse verificato, si porrebbe un ulteriore problema per la valutazione dell'intera ALPI: può la libera professione intramuraria condurre ad una diminuita qualità dei servizi nell'attività a copertura pubblica e contemporaneamente ad un aumento della qualità e prestigio nell'attività privatistica? È avvenuto nel corso del tempo questo dualismo, con degrado qualitativo dei servizi delle attività istituzionali rivolte al "popolo" e la creazione di punte di eccellenza nell'ALPI destinata ai "ricchi"? Visivamente:



Al tempo t , entrambe i medici, quello a più elevata produttività²² e posizione apicale (1), e quello meno produttivo e subordinato (2) lavorano lo stesso tempo nel SSN. Al tempo $t+1$ il medico 1 riduce lo sforzo istituzionale per dedicarsi maggiormente all'intra-moenia, gravando di tempo di lavoro aggiuntivo di tipo istituzionale il medico subordinato 2: il risultato è che, pur essendo il globale tempo lavorato rimasto stabile nel SSN, la perdita di salute derivante dalla flessione dell'impegno del medico 1 ($-S1$) è maggiore del guadagno di salute derivante dall'impegno aggiuntivo del medico 2 ($+S2$), cioè $S2-S1 < 0$, e quindi la produttività/qualità del SSN intesa come efficacia terapeutica (salute guadagnata) decresce²³.

Quali sono, allora, le reali convenienze economiche?

Se dunque i tre motivi fondanti dell'ALPI non fossero altro che alibi? Infatti:

- La diminuzione delle code potrebbe non esserci perché i medici, al fine di mantenere tariffe elevate nell'ALPI, fletterebbero l'impegno lavorativo nell'attività istituzionale, rallentando le visite;
- La sbandierata possibilità di scelta del medico da parte del paziente nell'ALPI, non sembra essere il motivo prevalente per cui si ricorre all'ALPI;
- La valorizzazione delle professionalità mediche e la promozione dell'istituto di appartenenza, potrebbe essere accompagnata da un incrementato dualismo qualitativo tra attività a carico del SSN e attività libero professionali, con problemi di equità.

Bisogna allora andare ad indagare quali siano i reali motivi fondanti e quali siano i fattori che continuano ad assicurare all'ALPI tanta popolarità tra i medici²⁴.

Per chi dubitasse di tale popolarità, si considerino le ultime parole pubblicate sul Sole 24 Ore Sanità del 24/1/2012, da Troise e

Palermo, rispettivamente segretario nazionale e coordinatore dei segretari regionali dell'Anaa-Assomed: "...Chi vuole impedire ai medici e ai dirigenti sanitari del SSN l'esercizio della libera professione vuole in realtà regalare questa attività al privato...", o si ricordi quanto ribatteva al Ministro Fazio, in occasione dei fatti di Messina del 2010²⁵, sempre l'Anaa²⁶:

Se come ha affermato Fazio "quello che è avvenuto a Messina è la punta di un iceberg", segnaliamo al ministro che la base è costituita da un traffico, non regolato e nei fatti legittimato, di figure professionali universitarie che si auto attribuiscono indistintamente tutte le attività assistenziali. E da un clima, quello di un policlinico che, secondo il sen. Marino, da 5 anni non presenta bilanci, e di un mondo universitario che gode di una sorta di extraterritorialità da leggi e contratti, che il Ministro si guarda bene dal nominare e dal toccare. Cosa c'entra in questo contesto la libera professione intramoenia dei medici dipendenti, disciplinata da norme rigorose, legislative e regolamentari, che, correttamente applicate, costituiscono una matrice organizzativa nella quale le distorsioni e le speculazioni non sono possibili? È dove i controlli e il monitoraggio delle attività sono deboli o assenti che residuano sacche di opportunismo che sono non solo fuori legge, ma offensive di tutti i professionisti che quelle norme rispettano. L'Anaa Assomed è disponibile ad ogni confronto affinché l'istituto della libera professione intramoenia sia efficiente e rispettoso dei principi deontologici e di criteri di trasparenza nell'interesse dei medici e dei cittadini che ad essi si rivolgono. Se il Ministro vuole parlare di libera professione intramoenia convochi le organizzazioni sindacali che da sempre sono a favore di "una limpida governance pubblica".

Si consideri, inoltre, che l'unico moto di opposizione all'intra-moenia, era in realtà opposizione alla esclusività del rapporto di lavoro, intesa come impossibilità, prevista dalla legge Bindi, di potere accedere a posizioni apicali all'interno di strutture pubbliche se non si optava "definitivamente" per la possibilità di svolgere libera professione solo all'interno del settore pubblico (ALPI). Quando la L. 128/2004 ha rimosso questo vincolo, postulando che l'accesso alle

posizioni apicali era libero e che il medico aveva l'opportunità di scegliere, anno per anno, se effettuare libera professione all'interno o all'esterno, tutte le opposizioni si sono placate. La scelta veniva sostanzialmente ricondotta ad una di questo tipo:

Tipo di scelta	Vantaggi	Svantaggi
Libera professione intra muraria	Indennità di esclusività ²⁷ Comodo bacino di utenza Costi studio contenuti Possibilità di intra-moenia "straordinaria" ²⁸ Copertura assicurativa Possibile "occhio di riguardo" nella progressione di carriera	Ritenuta fiscale e impossibilità evasione
Libera professione esterna	Possibilità evasione fiscale	Costi studio elevati (inclusa copertura assicurativa) Rischio clientela Perdita Indennità di esclusività Impossibilità di intra-moenia "straordinaria" Nessun "occhio di riguardo" nella carriera

Si noti, come la sola indennità di esclusiva sia spesso sufficiente a compensare i costi dell'emersione dei redditi, spostando l'ago della bilancia: per un medico con più di 15 anni di servizio e con aliquota IRPEF massima del 43%, l'indennità netta di oltre 7000 Euro è conveniente rispetto ad una situazione in cui il medico, privatamente, guadagni meno di 16000 Euro in nero in aggiunta a quanto egli comunque guadagnerebbe in intra-moenia²⁹.

Vi è poi il minor costo, per il medico, dell'intramoenia rispetto allo studio privato³⁰. Si consideri, infatti, il ben noto scarso ritorno globale per le imprese sanitarie. Per l'anno 2008, secondo l'AGENAS³¹, di tutti i ricavi per intramoenia, l'88% era destinato al personale e il 13% era destinato all'azienda³². Tale margine è però molto differenziato sul territorio, evidenziando un andamento molto scadente nel Sud e addirittura globalmente passivo in alcune regioni, quali la Basilicata e, soprattutto, la Campania.

I rischi dell'intra-moenia

Un primo rischio è quello dell'induzione di domanda. Essendo la remunerazione dell'attività a notula-tariffa, la teoria economica postula che il singolo medico, sfruttando a suo vantaggio l'asimmetria informativa nella relazione di agenzia con il paziente, laddove vi sia una densità di medici elevata, può essere indotto a sovra fornire prestazioni, o, come variante, a fornire prestazioni di tipologia diversa e più costosa, al fine di guadagnare maggiormente.

Proprio quest'ultimo assunto può essere sottoposto ad istantanea verifica. Si considerino i parti cesarei che, secondo i dati Osservasalute 2010, nel 2007, costituivano, tra primari e ripetuti, il 39,29% di tutti i parti in Italia³³. Si consideri, adesso, lo stesso fenomeno, relativo però ai DRG effettuati in intramoenia, sempre nel 2007: abbiamo che i parti cesarei senza cc (DRG 371) hanno contato 4796 casi e quelli vaginali senza cc (DRG 373) 2768 casi, e che il loro peso percentuale sul totale è pari al 63,4%. Vi è dunque un chiaro indizio di induzione di domanda, in quanto la percentuale dei ben più remunerativi parti cesarei è, in intramoenia, ben superiore³⁴ a quello che avviene nel SSN su tutto il territorio nazionale.

Un secondo rischio, connesso al tipico rapporto libero-professionale che il medico instaura con il paziente, è quello di una maggiore litigiosità dei pazienti stessi, qualora ritengano di non avere ricevuto prestazioni adeguate al pagamento o addirittura dannose per la

salute³⁵. Potrebbe infatti essere rilevata dai dati, una concomitanza tra incremento delle richieste di rimborso³⁶ e crescita dell'ALPI. Riportiamo, allo scopo, una tavola ripresa dalla pubblicazione dell'ANIA "L'assicurazione Italiana 2010-2011"³⁷

da cui è evidente la crescita dei sinistri denunciati, almeno per quanto riguarda l'R.C. professionale dei medici, soprattutto a partire dal 1999 (DLgs.229), a cui si accoppia un costo per sinistro in continuo aumento. Analogamente, l'attività intra-moenia movimentata un giro d'affari sempre maggiore³⁸, come risulta dalla tavola dell'AGENAS proposta:

Strettamente collegato al problema della litigiosità dei pazienti è quello della Medicina Difensiva, cioè della propensione dei medici che temano di essere oggetto di denuncia od esposto, a sovrapprescrivere esami ed accertamenti, onde diminuire il possibile rischio di imputazione. Uno studio commissionato dall'Ordine provinciale dei medici ed odontoiatri di Roma (Piperno 2008, 2010), mostra quale sia la portata del fenomeno e i costi connessi per il SSN:

È evidente, quindi, che l'ALPI potrebbe avere una ricaduta non solo sulla qualità dei servizi forniti all'interno dell'attività istituzionale del SSN, di cui si è già argomentato, ma anche sui costi indotti dalla medicina difensiva che, almeno in parte, ricadranno direttamente sul servizio pubblico.

Volendo andare più nel dettaglio, pur essendo l'ALPI ancora prevalentemente concentrata (circa 57% nel 2008) nell'area delle prestazioni specialistiche, è presente una considerevole attività ospedaliera (29% con ampie variazioni geografiche) che è maggiormente concentrata in alcune specialità sanitarie, quali, in primis l'ostetricia-ginecologia, seguita dalla chirurgia generale, l'ortopedia e traumatologia e l'urologia, che da sole assorbono circa il 50% del valore delle prestazioni ospedaliere. Non è un caso che proprio gli specialisti di ostetricia e ginecologia ospedalieri, per il tramite della loro organizzazione di categoria AOGOI, abbiano contratto nel 2007 una assi-

TAVOLA 1 - NUMERO DEI SINISTRI DENUNCIATI*

Anno di protocollazione	R.C. Strutture Sanitarie	Δ%	R.C. Professionale Medici	Δ%	Totale R.C. Medica	Δ%
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	6.345		3.222		9.567	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%	17.303	80,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%	17.057	-1,4%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%	23.501	37,8%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%	27.714	17,9%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%	32.334	16,7%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%	33.327	3,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%	33.149	-0,5%
2002	19.028	-13,2%	11.443	1,8%	30.471	-8,1%
2003	16.566	-12,9%	10.374	-5,0%	27.440	-9,9%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%	28.344	3,3%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%	28.633	1,0%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%	28.383	-0,9%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%	29.543	4,1%
2008	17.746	10,0%	11.851	-11,7%	29.597	0,2%
2009	21.476	21,0%	12.559	6,0%	34.035	15,0%

(*) Si tratta di una stima dell'ANIA del volume dei premi per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2009) pari al 33% del ramo r.c. generale

Tabella 1) Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime intramoenia 2001 – 2009

Descrizione	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	88.462	100.829	107.847	114.751	120.318	126.045	130.582	128.500	125.995
V. Aosta	1.845	1.930	2.308	2.570	3.091	3.577	4.326	4.175	3.600
Lombardia	128.504	144.977	174.141	191.403	228.966	246.848	262.975	262.699	256.537
Trento	6.596	7.251	8.117	8.674	8.813	9.158	9.371	9.753	10.050
Veneto	85.930	95.314	101.732	108.165	100.708	106.201	125.896	121.073	118.821
F.V. Giulia	16.296	17.115	17.882	23.048	22.769	21.892	28.403	28.979	28.516
Liguria	30.781	33.908	34.775	41.953	36.421	40.270	41.644	40.226	37.642
Emilia Romagna	88.685	96.254	100.040	107.259	123.049	131.227	138.507	142.040	140.135
Toscana	63.288	76.575	90.507	97.631	103.964	115.805	122.702	127.065	129.611
Umbria	9.457	11.013	11.658	12.055	12.563	12.916	16.046	14.507	14.055
Marche	25.456	27.701	27.558	30.781	30.734	33.889	36.657	37.204	36.935
Lazio	46.337	66.103	79.527	88.462	112.495	119.802	127.209	137.404	128.070
Abruzzo	11.746	13.397	14.627	15.858	16.003	17.632	18.063	18.254	14.331
Molise	1.467	1.520	1.807	2.036	2.428	2.831	3.301	3.582	3.242
Campania	23.926	25.861	30.631	33.910	48.602	50.899	52.978	53.240	53.340
Puglia	29.999	34.648	39.746	41.897	37.759	41.055	45.150	50.926	49.407
Basilicata	3.234	3.991	4.846	5.048	3.303	3.513	3.881	4.075	4.155
Calabria	4.344	5.545	5.676	5.893	5.882	6.809	7.620	9.201	8.802
Sicilia	26.000	28.434	29.294	32.247	39.400	43.495	50.779	51.212	50.867
Sardegna	7.924	9.722	10.735	12.242	11.361	14.307	14.804	14.048	14.279
Italia	700.277	802.088	893.454	975.883	1.068.629	1.148.171	1.240.894	1.258.163	1.228.390

I valori sono espressi in migliaia di €, sono desunti dal Consuntivo Mod. CE per gli anni 2001-2008; per il 2009 invece si riferiscono al Mod. CE IV Trimestre. Per problemi di rilevanza non è stata considerata la P.A. di Bolzano.

curazione di gruppo contro la malpractice con la prestigiosa compagnia inglese dei Lloyds.

Il terzo rischio è che l'ALPI venga strategicamente usata dalle regioni per pervenire ad una surrettizia e forzata privatizzazione strisciante dei servizi sanitari regionali.

I controlli

È notizia recente dei controlli effettuati dai Nas nel 2011, nell'ambito dell'operazione chiamate "Tra le mura"³⁹, nel quale su 704 medici valutati, la metà esatta 356 sono stati denunciati per irregolarità varie⁴⁰, il cui costo stimato per l'erario è stato di circa 4 milioni di euro. Si andava dai compensi in nero per visite effettuate in ospedale a induzione a cure a pagamento fornite da strutture private, a visite ALPI in orario istituzionale a falsificazione degli atti per godere dell'indennità di esclusiva, a, infine, indebiti profitti ai danni del SSN.

Il quadro, apparentemente agghiacciante, pone il problema: sono utili questi episodici blitz, oppure i controlli andrebbero svolti routinariamente? I controlli routinari sarebbero efficaci o c'è un vizio di fondo nell'intra-moenia, che ne consiglia l'abolizione?

Partiamo dapprima da quest'ultima posizione, ben espressa da Ivan Cavicchi⁴¹:

Ciò non avviene, secondo me, perché la categoria dei medici è disonesta, tutt'altro, ma perché non è mai stato sciolto un vecchio nodo giuridico-contrattuale. Prima dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, quindi negli anni 70, la natura contrattuale del lavoro medico era privatistica. Questa natura contrattuale viene mantenuta in parte anche quando i medici diventano dipendenti pubblici, dando luogo al famoso tempo pieno/tempo definito di cui l'intra-moenia è semplicemente una reinterpretazione. Il "potenziale di abuso" primario è in questa promiscuità perché essa nel momento di essere agita da luogo a quei fenomeni di cui oggi ci parlano i Nas e purtroppo non solo a quelli. Ma in cosa consiste la promiscuità tra pubblica dipendenza e libera professione? Consiste nel far coesistere due

Tabella 32 - Incidenza economica della medicina difensiva sulla spesa del SSN

Prestazioni	Medici che praticano medicina difensiva				Medici che NON praticano medicina difensiva				Totale medici			Volume prestazioni di medicina difensiva	Incidenza spesa dei beni e servizi sul totale spesa del SSN	Incidenza della spesa dovuta a medicina difensiva sul totale della spesa del SSN
	Numero medici	% medici	Media di prescrizioni	Numero medici	% medici	Media di prescrizioni	Numero medici	% medici	Media di prescrizioni					
Farmaci	145.319	53,8	24,6	124.965	46,2	0,0	270.284	100,0	13,2	13,2	14,0	1,9		
Visite	201.299	74,5	29,0	68.985	25,5	0,0	270.284	100,0	21,6	21,6	8,0	1,7		
Laboratorio	193.536	71,6	30,7	76.848	28,4	0,0	270.383	100,0	22,0	22,0	3,1	0,7		
Esami	208.583	77,2	30,1	61.701	22,8	0,0	270.284	100,0	23,2	23,2	3,4	0,8		
Ricoveri*	138.622	51,3	22,1	131.761	48,7	0,0	270.383	100,0	11,3	11,3	40,4	4,6		
Totale													10,5	

Nota: la spesa dovuta alla medicina difensiva è ricavata ponderando l'incidenza sul totale della spesa SSN della spesa delle singole voci, ponderata per la quota di prescrizioni dovute alla medicina difensiva

Sono considerati tutti i medici, sia dipendenti che convenzionati e liberi professionisti. Si assume che i medici pubblici convenzionati prescrivano a prevalente carico del SSN e un quota minoritaria a carico di pazienti che pagano, in toto o in parte, il prezzo della prescrizione e assumono che i liberi professionisti prescrivano in prevalenza prescrizioni che i pazienti pagano e una quota minoritaria prescrizioni di cui poi i pazienti richiedono una ricetta a carico del SSN. Ai fini della stima dell'incidenza della valore economico della medicina difensiva si considera in questa tabella la spesa del SSN. La spesa per ricoveri si riferisce ai soli ricoveri ordinari per acuti e DH.

Fonte: Ordine provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Cuneo Sassi

filosofie in contraddizione: una che considera la professione medica come redditizia e una che la considera come lucrativa.

Pertanto, secondo Cavicchi è necessario ridefinire i contratti medici nel SSN, rendendoli più redditizi, e basati sulla specifica “operatività” del medico: ciò evidentemente, permetterebbe di abolire l’intra-moenia. A questa posizione fa eco quella dell’Anaa- Assomed, per bocca del suo segretario nazionale Troise⁴²:

Al di là di quanto crede qualcuno, tra cui il mio amico Cavicchi, la attività libero professionale non può ridursi solo ad un nodo contrattuale, essendo anche un problema di gratificazione professionale per chi all’interno delle aziende in cui lavora non riesce ad esprimere e a valorizzare le proprie capacità perché fortemente limitato nella sua autonomia e responsabilità. I medici cercano e trovano in questa attività non solo risvolti economici ma anche autonomia e gratificazione professionale che le aziende oggi mettono in discussione. Questi due aspetti rappresentano motivazioni forti per la richiesta di esercitare quello che la legge definisce come “diritto”. È possibile che se risposte a tali motivazioni fossero trovate nell’ambito del lavoro istituzionale, parte dei medici potrebbe rinunciare all’esercizio libero professionale. Ma occorrerebbe una rivoluzione in sanità di cui oggi non c’è nessuna avvisaglia. Inoltre, esistono ambiti ultra specialistici in cui credo che questo non sarebbe neanche immaginabile, anche perché nessuna azienda sarebbe in grado di sostenerne i costi. Con il risultato di spingere le competenze e le capacità maggiori fuori dal sistema pubblico in un settore privato pronto ad accoglierle a braccia aperte per utilizzarle in un sistema di mercato.

Le conseguenze di una possibile abolizione dell’ALPI, ventilate dall’Anaa, sono dunque soprattutto finanziarie (mancati introiti per il SSN) e di insoddisfazione dei medici: l’associazione, pertanto, richiede controlli, istituzionalizzati, ficcanti, ma non la testa dell’ALPI per gli abusi che possono manifestarsi nella sua applicazione. È emblematico come la vera ragione della introduzione dell’ALPI, come abbiamo argomentato all’inizio, e cioè l’autonomia dei fornitori, emerga chiaramente in queste parole poste a baluardo dell’istituzione ALPI stessa.

Senza la presunzione di entrare nella tematica della “natura” della prestazione medica e della sua remunerazione, sia nella storia della professione che nel presente, è evidente che la presenza dell’intra-moenia, accanto al lavoro istituzionale, configura una sorta di remunerazione “ibrida”, parzialmente a stipendio e parzialmente a “notula o tariffa”. Condivide quindi pregi e difetti delle due metodiche pure, facendoli interagire tra loro: l’ibridazione, quindi, può attenuare o ingigantire difetti e pregi. Ad esempio, lo scarso sforzo lavorativo del medico stipendiato può essere compensato dall’elevato sforzo indotto dalla remunerazione a tariffa, mentre il vantaggio dell’assenza d’incentivo all’induzione di domanda dello stipendio viene ad essere compensato dal forte incentivo alla stessa della remunerazione a notula.

A noi interessa, in questa sede, rispondere alla domanda: è possibile un controllo sistematico dell’attività intra-moenia, così da preservarne i pregi e mitigarne i difetti?

Un tentativo di pervenire ad un apparato di controllo stabile, pur se con molte lacune, è quello compiuto, ai sensi della legge n. 120/07, istituendo l’Osservatorio Nazionale per l’attività libero professionale, che è ormai giunto al suo terzo rapporto (Dati Anno 2010). Nel rapporto ci si propone di illustrare soprattutto come le regioni e le ASL, accanto al progresso nell’adeguamento strutturale e organizzativo (interventi realizzati, acquisizione di ambulatori esterni, rapporti sindacali) abbiano affrontato alcuni temi importanti connessi all’ALPI, quali il controllo delle liste di attesa, il controllo dei conflitti d’interesse, il governo aziendale della libera-professione, lo spazio dell’ALPI nei piani aziendali, l’esercizio di poteri sostitutivi e destituzioni, gli strumenti di controllo previsti, la libera professione dei dirigenti veterinari.

Purtroppo il rapporto evidenzia luci ed ombre, con forti divaricazioni tra regioni sia nelle performances che nella semplice risposta ai quesiti proposti: è emblematico il caso del Lazio, cui si addice lo

status di “non classificato” perché alcune delle sue ASL non hanno risposto alle semplici domande proposte (volendo classificare i non rispondenti come inadempienti, cioè come risposte negative, la posizione del Lazio sarebbe ancora peggiore). C’è un chiaro gradiente geografico nelle performances, e soprattutto non c’è alcun tentativo apparente, da parte dell’Osservatorio, di andare più in profondità, verificando se quanto detto dalla regioni o ASL è affidabile o veritiero. Volendo dare un dato di sintesi a livello regionale, soltanto una regione, l’Umbria, ha performance buona in tutti e 11 gli indicatori proposti, 7 regioni soddisfano 9-10 indicatori, 11 da 5 a 8, 1 regione meno di 5, e come si è detto il Lazio è non classificato.

Proprio nelle dimensioni più delicate, cioè quelle che dovrebbero giustificare teoricamente l’introduzione dell’ALPI, la performance è però generalmente scadente: nelle conclusioni è infatti riportato che

L’ambito più problematico della sezione risulta essere quello riguardante lo svolgimento di attività di controllo relative al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale, ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione. Soltanto in 10 Regioni/P.A. più del 90% delle Aziende effettuano tale attività e che La sezione che mostra, viceversa, le maggiori criticità è quella relativa al “Conflitto di interessi – Concorrenza sleale”. 12 Regioni/P.A. hanno dichiarato di aver adottato misure atte a prevenire l’insorgenza di conflitti di interesse o di forme di concorrenza sleale e in solo in 9 Regioni/P.A. più del 90% delle Aziende hanno adottato tali misure.

Infine, il rapporto sembra indicare linee di tendenza non sempre univoche: se in alcune dimensioni, quali i tempi di attesa ed il governo aziendale della libera professione, c’è stato un progresso rispetto al primo rapporto del 2008, in altre, quali la prenotazione ed il tariffario centralizzati ci sono stati arretramenti rispetto al passato.

La risposta se sia possibile monitorare stabilmente è quindi positiva, anche se molto resta ancora da fare.

Da che dipende l'Intra-moenia? Un'analisi di regressione

Abbiamo condotto, sempre utilizzando l'indagine ISTAT, una serie di stime, al fine di individuare quali siano alcuni dei fattori, demografici, economici, sanitari, strutturali, associati sia alla scelta tout-court di rivolgersi all'ALPI, sia, per quanto riguarda le sole visite mediche, alle singole motivazioni che spingono a rivolgersi all'intra-moenia. Essendo le variabili dipendenti di natura binaria abbiamo utilizzato semplici equazioni probit. Le variabili esplicative sono state divise in più gruppi:

1. Variabili socio-demografiche: sesso, età anziana, basso livello istruzione, benestante
2. Variabili sanitarie: malattie acute, disabilità, malattie croniche, urgenza visita
3. Variabili strutturali: regione, tasso posti letto ospedalieri, day hospital, assistenza residenziale, numero assistiti per medico.

Riporteremo soltanto i risultati salienti⁴³, per maggiori dettagli le stime sono disponibili a richiesta dall'autore.

Per quanto riguarda la probabilità di rivolgersi all'intra-moenia per visite specialistiche⁴⁴:

- tra i fattori ad impatto positivo di tipo sanitario abbiamo: 1) la presenza di una malattia acuta di tipo medio-grave, 2) la presenza di cronicità quali: allergie, infarto, altre malattie del cuore, malattie della tiroide, della pelle, altre malattie croniche, mentre è associato negativamente all'intra-moenia l'essere cirrotici. Comunque, la variabile più importante di questo gruppo, sia per l'ampiezza del coefficiente che per l'estrema significatività della stima è l'urgenza della visita.
- la sola variabile socio demografica ad impatto positivo è l'essere benestante, mentre ad impatto negativo sono: 1)

l'essere uomo, 2) l'essere di basso livello di istruzione, 3) l'essere vecchio.

- le variabili dummy regionali, la cui interpretazione è comparativa rispetto alla regione di riferimento, che consideriamo essere la Lombardia, sono sempre negative e significative per tutto il sud, con punta massima in Sicilia, ma vi è anche il Piemonte, la Liguria, l'Umbria e il Lazio. Tra le variabili strutturali alternative il tasso posti letto ospedalieri, e il tasso posti letto residenziali ha impatto positivo, indicando complementarità (o induzione), mentre il coefficiente positivo del numero di assistiti per medico e quello negativo del tasso posti day-hospital indicano piuttosto relazioni di sostituibilità.

Per quanto riguarda, invece, gli accertamenti diagnostici effettuati intra-moenia abbiamo che:

- tra i fattori ad impatto positivo di tipo sanitario abbiamo la presenza di una malattia acuta di tipo medio-grave, mentre compaiono con segno negativo la disabilità, la presenza di tumore e di cirrosi. Anche in questo caso variabile importante è l'urgenza dell'accertamento.
- La sola variabile socio demografica ad impatto positivo è l'essere benestante, mentre ad impatto negativo sono: 1) l'essere uomo, 2) l'essere di basso livello di istruzione.
- le variabili dummy regionali, con riferimento sempre la Lombardia, sono negative e significative per il sud (Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna), ma vi è anche il Piemonte e l'Abruzzo, mentre maggiori utilizzatrici sembrano invece le Marche. Tra le variabili strutturali significativo e positivo è il solo tasso di posti letto residenziali.

Infine, per i ricoveri in regime di intra-moenia⁴⁵, non sembrano esservi all'opera fattori sanitari significativi, ad eccezione dell'urgenza

del ricovero. Ne usufruiscono maggiormente i benestanti, più letti in day-hospital e più assistiti per medico sono associati a maggiori ricoveri, mentre a livello regionale, sempre comparativamente rispetto alla Lombardia, Bolzano e la Sicilia utilizzano maggiormente i ricoveri, mentre la Calabria di meno.

Veniamo ora alle determinanti delle singole motivazioni del ricorso a visite intra-moenia.

La scelta di effettuare visita intra-moenia per bypassare code reali o presunte, ha come determinante cardine positiva la sola urgenza della visita, anche se specifiche cronicità vi sono associate positivamente (ipertensione) e negativamente (diabete, allergie, angina, tumore, Parkinson, altre cronicità).

Si va invece maggiormente nella struttura più vicina se si è maschi, mentre la vicinanza è una motivazione minoritaria se si è benestanti, se si abita in val D'Aosta, se si ha un tumore o una depressione.

Veniamo adesso alle tre scelte: fiducia nella struttura, fiducia nel medico, fiducia perché consigliati.

Nel primo caso ha un effetto positivo il benessere economico, il basso livello di istruzione, l'aver allergie, infarto o tumore, mentre l'impatto negativo è presente per il sesso maschile⁴⁶, per l'asma allergica e per la residenza nelle Marche.

Nel secondo mentre permane positivo l'effetto se benestanti, diviene negativo quello del basso livello di istruzione⁴⁷. Non vi sono effetti malattia rilevanti, mentre, a livello strutturale vi è una relazione negativa con il tasso di posti letto in day-hospital e con la residenza in Bozen, in Umbria o in Sicilia.

Infine, la scelta perché consigliati sembra essere sostanzialmente impermeabile a variabili socio-economiche e sanitarie, mentre è negativamente correlata con il tasso di posti letto in day-hospital e con la residenza a Trento, in Friuli e Basilicata⁴⁸.

Abbiamo, per ultimo, messo in relazione i ricoveri in intra-moenia e il tipo di ricovero stesso, ovvero il problema di salute che ha

giustificato il ricovero stesso. Riferendoci ai soli 4 tipi di ricovero principali: incidente, parto, accertamenti, intervento chirurgico, vediamo che:

- I ricoveri per incidenti sono meno probabili se si hanno patologie acute gravi o medio-gravi, se si è poco istruiti, mentre sono più probabili se si è maschi e se il ricovero è urgente;
- I ricoveri per parto sono improbabili se si hanno malattie acute gravi o medio gravi e se si risiede a Trento e nelle regioni: Veneto, Lazio, Calabria, Sardegna. Sono invece più frequenti se si è di bassa istruzione, benestanti e con urgenza;
- I ricoveri per accertamenti sono più probabili se si hanno malattie acute, gravi o medio-gravi, se si è disabili, se si è vecchi, se si ha urgenza e se si risiede nelle regioni Abruzzo, Molise e Puglia, mentre fattore di rischio negativo è il vivere in Toscana;
- I ricoveri per intervento chirurgico, infine, sono positivamente correlati alle malattie acute, ad esser maschi, benestanti, vecchi e con urgenza. La probabilità è inoltre maggiore in Piemonte, Veneto, Liguria e Toscana. I disabili hanno meno probabilità di effettuare interventi.

Conclusioni

Il lavoro si è proposto di analizzare retorica e verità sulle motivazioni della “resistibile ascesa” dell’ALPI. Tra tutte le motivazioni proposte per la sua introduzione, a nostro avviso fanno acqua quella delle riduzioni delle liste di attesa, della promozione dell’istituto di appartenenza del medico e parzialmente anche quella della maggiore libertà di scelta dei pazienti. Sembra invece che il vero sottostante motivo sia quello definibile, più che come “valorizzazione della professionalità del medico”, come “maggiore autonomia del medico”, autonomia sacrificata all’interno di ogni SSN dove i medici sono dipendenti sti-

pendiati. Inoltre, abbiamo cercato di chiarire come l'ALPI sia un "business" molto redditizio, per il medico, soprattutto perché associato alla indennità di esclusività e molto meno per le strutture sanitarie di appartenenza. D'altra parte, ci siamo soffermati su alcuni rischi, che crediamo connessi alla scelta dell'ALPI come asse parallelo ad un SSN, quale quello dell'induzione di domanda, quello della medicina difensiva, quello del crescere delle spese assicurative contro la "cattiva pratica", quello dello scadimento qualitativo della attività istituzionale. Si è argomentato che è necessario e fondante, al fine della prosecuzione della attività legittima dell'ALPI, un apparato di controlli sistematici e bene organizzati. Si è infine presentata un'analisi statistica mediante stime probit, per evidenziare quali siano i fattori maggiormente associati alla scelta di ricorrere all'ALPI, confermando che per le prestazioni specialistiche il principale driver è l'urgenza della visita (associata sia a malattie acute medio gravi che a probabili episodi acuti di cronicità), e che ad usufruirne sono soprattutto i benestanti e i cittadini del centro-nord (simile quadro emerge anche per gli accertamenti e parzialmente per i ricoveri). Si sono poi analizzate singolarmente le motivazioni che hanno spinto al ricorso all'ALPI, evidenziando, ad esempio, barriere culturali nella motivazione di ricorrere al medico perché ci si fida di lui (i meno istruiti forniscono raramente questa motivazione). Emergono, infine forti differenziazioni geografiche nella scelta del tipo di ricovero ALPI.

Non crediamo che gli inconvenienti dell'ALPI siano al momento così forti da giustificare una sua soppressione, ma raccomandiamo caldamente di non sottovalutarli, controllandoli e cercando di minimizzarne l'impatto: medici più soddisfatti nel SSN potrebbero lavorare meglio, e a questo bisogna puntare.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

- CAMBINI C., TURCHETTI G., *Organizzazione Economica ed Incentivi in Sanità: Il caso dell'attività intramoenia*. Economia Pubblica 2001; 1: 71-102.
- CITONI G., SOLIPACA A., *Federalismo e costi standard*. Nel Merito, 2010.
- CITONI G., SOLIPACA A., *Federalismo, costi standard e bisogni: sarà un'allocazione giusta?* In: CICCHETTI A. (a cura di), *Efficacia ed Equità nell'assetto federale del Servizio sanitario nazionale*. Vita e Pensiero, Milano, 2013.
- CITONI G., SOLIPACA A., *Bisogni standard, costi standard ed allocazione delle risorse tra regioni: uno spunto di discussione*. Politiche Sanitarie, 2013;14(1).
- Clerico G., *L'attività di intramoenia: aspetti economici e istituzionali*. In: FIORENTINI G. (a cura di), *I Servizi Sanitari in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2002 p. 277-298.
- DE PIETRO C., *Libera professione intramuraria: due esperienze a confronto*. In: ANESSI PESSINA E. CANTÙ E. (a cura di), *Rapporto OASI 2002*. Milano, Egea, 2002.
- DI VIRGILIO E., *Dati di sintesi sulla libera professione intramoenia, anni 2001-2009*. Roma, AGENAS, 2010.
- LEPRE A., *La responsabilità civile delle strutture sanitarie. Ospedali pubblici, case di cura private e attività intramuraria*. Milano, Giuffrè, 2011
- OECD *The reform of health care in seven OECD countries*. Health Policy Studies n. 2, Paris, 1992.
- Osservatorio Nazionale per l'attività libero professionale *Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero - professionale intramuraria secondo quanto disposto dalla L. n. 120/07*, 2012.
- PIPERNO A. (a cura di), *La medicina difensiva in Italia in un quadro comparato: problemi, evidenze e conseguenze*. Rapporto Ordine provinciale dei medici-chirurghi ed odontoiatri di Roma, 2008, 2010.
- TURCHETTI G., *The Interaction of Public and Private Systems in Health Care Provision: the Italian Two-faced Janus in Towards a New Welfare*, *European Papers on the New Welfare n. II*. Milano, The Risk Institute, 2009.
- Università Cattolica del Sacro Cuore () *Rapporto Osservasalute*, Milano. Prex, 2010.

1. Altri studi non concordano con questa visione. Si veda ad es. Turchetti (2009).
2. Art. 15 quater e quinquies.
3. I requisiti per il riconoscimento dell'attività esterna sono sostanzialmente quelli della "tracciabilità" delle prestazioni effettuate, grazie al collegamento in rete degli studi professionali privati.

4. A livello aziendale, l'ALPI può avere obiettivi anche molto diversi da quelli politicamente dichiarati. Si veda, al proposito De Pietro, 2002.
5. Essendo ormai trascorso un discreto lasso di tempo dall'introduzione della normativa, è possibile tracciare un bilancio più accurato del raggiungimento degli obiettivi, compito sostanzialmente precluso ai primi studi teorici sulla materia: Cambini-Turchetti, 2001, Clerico, 2002.
6. Se non mediante un' improponibile strategia di "exit" cioè di migrazione permanente in altra regione.
7. In pratica le strutture sanitarie sono le finanziatrici di se stesse.
8. Anche se, secondariamente, l'aver ampliato la platea dei possibili erogatori dei servizi, includendovi i privati, può avere al contempo migliorato la libertà di scelta dei pazienti.
9. Non è nostra pretesa in questa sede esaurire un discorso tanto complesso in poche righe. Si rimanda a precedenti lavori Citoni-Solipaca 2010, Citoni-Solipaca 2013a, Citoni-Solipaca 2013b.
10. Peraltro già buona in Italia, come mostrato dalla quota di spesa sul Pil a tutt'oggi inferiore a quella media dei paesi OCSE, ed associata ad una vita attesa tra le migliori al mondo (tanto da permettere, all'Italia, di conseguire il 2° posto , peraltro molto criticato, nella graduatoria dei performance dei sistemi sanitari stilata dall'WHO 2000).
11. A nostro avviso, come si argomenterà tra breve, tale risultato è sempre stato considerato subordinato e di minore importanza, oltre che palesemente, a tutt'oggi, lontano dall'essere raggiunto.
12. Nella normativa era infatti inclusa la condizione che l'attività intramuraria non potesse essere superiore a quella svolta istituzionalmente e tale da non generare conflitti di orari e sovrapposizioni.
13. In questa rappresentazione grafica, l'inclinazione può rappresentare il prezzo ombra del tempo perso, cioè il salario; si è infatti ipotizzato che la coda corrisponda a tempo perso. Qualora si ipotizzasse, invece, che la coda costituisca solo un differimento della visita, senza tempo perso, la disponibilità a pagare potrebbe essere correlata al minore o maggiore rischio di peggioramento derivante dall'attesa: anch'esso, però, pur essendo correlato al tipo di patologia, vedrebbe il ricco maggiormente disposto a pagare perché per lui la perdita derivante dal peggioramento di salute sarebbe maggiore che per il povero.
14. Incidentalmente, si fa notare come nel citato Decreto Legge 158/2012, sia prevista la devoluzione di una quota del 5% degli introiti per intra-moenia ai fini di riduzione delle liste di attesa: *"Nell'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina*

contrattuale, una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista viene trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa..."

15. Tale possibilità è invece presente per quanto riguarda il medico di base.
16. Curiosamente esso è molto presente nel Regno Unito.
17. È interessante notare (effetto meglio visibile considerando pure gli incerti) che sembra emergere un valore più alto proprio nei paesi in cui il medico di base funge da "gatekeeper", cioè nei tre paesi con sistema di tipo Beveridge (Spagna, UK e Italia) a riprova che questa figura professionale, ai tempi nostri, richiederebbe un serio ripensamento.
18. La più restrittiva include solo le prestazioni, effettuate all'interno di strutture pubbliche o private accreditate, a pagamento intero ed il cui peso è gravato interamente sul paziente, la meno restrittiva include anche, tra le visite a pagamento intero, anche quelle che sono poi state parzialmente o interamente rimborsate dall'assicurazione individuale o di gruppo del paziente. La differenza, ovviamente, risiede nella diversa "necessarietà" delle prestazioni, essendo presente una probabile componente di azzardo morale in tutti quei casi in cui vi è rimborso parziale o totale da parte dell'assicurazione stessa.
19. Il totale delle frequenze somma a più di 100, in quanto per costruzione è possibile dare risposte multiple, cioè indicare due o più motivazioni per la propria scelta.
20. Anche il codice 3 è molto importante, ma ne parleremo nel paragrafo seguente, perché rappresenta l'effetto di retroazione che medici a professionalità elevata, ampliando la platea di estimatori delle professionalità della struttura, hanno sulla promozione della attività di altri specialisti della struttura stessa, e quindi di ulteriore aumento delle visite intra-moenia.
21. Come si vedrà nell'analisi multivariata, e come è logico anticipare, i casi urgenti non transitano prevalentemente in intra-moenia ma hanno spazio nei canali istituzionali.
22. La produttività viene intesa come rapporto tra salute ottenuta e tempo lavorato, ovvero dall'angolo formato dalle due rette con l'asse delle ascisse
23. Senza con questo andare a verificare cosa succede ai costi, che in linea di principio, ove tutto avvenga alla luce del sole, dovrebbero anch'essi diminuire (essendo il valore del tempo del medico 1 maggiore di quello del medico 2)
24. Ovviamente in aggiunta a quelli già visti nel primo paragrafo, ovvero la soddisfazione del bisogno di autonomia dei medici e di libera scelta dei pazienti (minoritario).

25. Ci fu un litigio in sala parto tra il ginecologo personale della donna e il medico di turno della struttura che si concretizzò in danni per la donna (asportazione dell'utero) e per il neonato (due ischemie cerebrali).
26. Si veda: <http://anaaopisa.wordpress.com/2010/09/21/il-ministro-fazio-sullintra-moenia/>
27. Tale indennità, per un dirigente con oltre 15 anni di servizio è pari ad oltre 12000 euro lordi. Secondo i dati Agenas, nel 2007, essa era in media 10525 Euro per anno per i Dirigenti, con un aumento del 5% rispetto al 2005.
28. Intendiamo con straordinaria quella tipologia di intra-moenia richiesta dagli Istituti ai medici per fronteggiare carenze di personale, fronteggiare liste di attesa: essa si configura come lavoro straordinario, non pagato secondo contratto da lavoro dipendente, ma mediante tariffe individualizzate, ed è generalmente in perdita per gli Istituti, che hanno come entrata, da essa, non la tariffa di una visita privata ma il solo ticket pubblico.
29. Il calcolo è più complesso se si tiene conto delle addizionali regionali e comunali e di altri inconvenienti correlati all'emersione dei redditi.
30. A scopo esemplificativo, si consideri lo Studio di Settore per l'anno 2008, relativo alle attività professionali sanitarie: tra le dichiarazioni ritenute congrue, i ricavi o compensi medi dichiarati ammontavano a 204900 Euro, mentre il reddito medio, d'impresa o lavoro autonomo, ammontava a 78100 Euro. La differenza, pari a 126800, rappresenta i costi: messa a rapporto con i ricavi dà un valore di 61,88%. Quindi, nella sanità privata, vengono ritenuti congrui costi dell'ordine del 50-60%.
31. Che lo deduce dall'analisi dei conti economici delle ASL.
32. Il dato è ovviamente un saldo di tre differenti tipologie di intramoenia, e cioè quella classica, quella allargata (svolta all'esterno) e quella straordinaria e quindi rappresenta differenti margini operativi per l'azienda: si ritiene che per la classica il margine per l'azienda sia sufficiente (intorno al 25-30%), mentre per l'allargata esso si abbassa a meno del 10% (essendo i costi a carico dei medici) e per la straordinaria, come si è detto è negativo. Può essere interessante, comunque, andare ad analizzare specifici regolamenti regionali: in quello della Regione Veneto (Asl Rovigo), ad esempio, all'art. 9, relativo ai costi aziendali, si afferma: "Alla tariffa individuata dallo specialista vengono detratti i seguenti costi:
 - a) personale di supporto diretto: costo orario dello stesso come previsto dall'art. 52 dell'A.C.N.23/03/2005
 - b) trattenuta del 5% per costi generali
 - c) trattenuta del 5% per il fondo del personale di collaborazione

d) eventuale trattenuta per l'utilizzo di materiale e/o strumentazione aziendale da aggiornare ogni 2 anni.

33. Con punte quali quella della Campania, pari al 61,93%.
34. Quasi 25 punti percentuali.
35. Gli orientamenti giurisprudenziali, in tema di responsabilità contrattuale od extra-contrattuale del medico non sono univoci. Si veda anche Lepre (2011). Su tale terreno si è recentemente inserito il citato D.Legge 158/2012, che all'articolo 3 recita: *“L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile”*.
36. È in grande crescita un nuovo mercato di compagnie private for profit che propongono, a pazienti colpiti da errori medici, assistenza nel contenzioso con medici e strutture sanitarie.
37. Disponibile su: http://www.ania.it/export/sites/default/documenti/2468cd0c-a7b2-11e0-a7f1-f3c446ddba06__Assicurazione_ITA_2010-2011.pdf
38. Anche in questo caso gli appetiti delle compagnie di assicurazione, corroborati dal dettato della norma 229/1999 che prevedeva la costituzione di Fondi sanitari integrativi che assicurassero, tra gli altri, i rischi connessi all'utilizzo di ALPI, sono forti. Il mancato sviluppo dei fondi integrativi si deve, al momento, al mix di un carente incentivo fiscale, di una diffidenza dei pazienti e alla perdurante crisi economica.
39. Audizione Commissione Sanità del Senato, 13 marzo 2012
40. I reati ipotizzati sono peculato, concussione, abuso di ufficio, falsità materiale e truffa aggravata.
41. Quotidiano Sanità, 15/3/2012.
42. Quotidiano Sanità, 19/3/2012.
43. Indichiamo come impatto rilevante quello con livello di significatività del 5%.
44. Utilizziamo la definizione restrittiva, escludendo le visite poi rimborsate, interamente o parzialmente, da assicurazioni private.
45. Questa volta, per aumentare la casistica e per evidenti vincoli di bilancio, includiamo tra le prestazioni in intra-moenia anche quelle parzialmente o totalmente rimborsate dall'assicurazione privata degli individui.
46. I maschi sembrano quindi più guidati dal vincolo di tempo (non perderlo andando in strutture vicine) che dal nome della struttura (smaliziati).
47. Anche questo effetto è sostanzialmente atteso, date le maggiori difficoltà ben note per i non istruiti ad instaurare relazioni di agenzia valide. Per costoro

Intra-moenia: una indagine storico-economica

soprattutto la rinomanza della struttura surroga la specifica conoscenza del medico.

48. Sembra all'opera un puro fattore dimensionale: regione piccola, consigli poco importanti.

Correspondence should be addressed to:

Guido Citoni, Email guido.citoni@uniroma1.it

