

Anticipata al 30 giugno 2012 la scadenza per l'intramoenia

■ Con due emendamenti al decreto "Milleproroghe" del 23 dicembre 2011 un gruppo di deputati del Partito democratico ha anticipato di 6 mesi la scadenza della proroga per la libera professione intramuraria allargata agli studi medici. Scadrà il 30 giugno 2012, invece del 31 dicembre 2012 previsto nel testo originario. È stato modificato anche il termine assegnato alle Regioni per costruire all'interno delle aziende degli spazi da dedicare alla libera professione. Passa anch'esso al 30 giugno 2012

di Carmine Gigli
Presidente FESMED

Il termine del 30 giugno 2012 per costruire all'interno delle aziende degli spazi da dedicare alla libera professione dei medici è irrealistico e lascia spazio al sospetto che qualcuno stia approfittando della situazione che attraversa il paese per mettere in di-

scussione il diritto alla libera professione dei medici del Ssn. Ci sono diversi indizi a sostegno di questa ipotesi. Il settimanale *Sole24Ore Sanità* del 10 gennaio u.s. titolava: "Intramoenia, briciole al SSN". Nel testo dell'articolo l'autore si rammaricava perché: "poco è rimasto ad Asl e ospedali dopo che 1,056 miliardi sono subito stati girati a chi ha eseguito le



prestazioni". Non si comprende per quale motivo le aziende dovrebbero guadagnare sulla libera professione dei medici.

Forse si dimentica che la legge 120/2007, i contratti di lavoro e lo stesso accordo Governo-Regioni del 2010, stabiliscono che

le tariffe della libera professione intramoenia devono essere remunerative dei costi sostenuti dalle aziende e nessuno ha mai ipotizzato che debbano comportare dei guadagni per le stesse Aziende.

Dopo che la legge 111/2011 ha reintrodotta il ticket di 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, la Toscana e altre regioni hanno approvato una tassa sulle visite mediche in libera professione, contrabbandandola come una misura di "partecipazione ai costi fissi sostenuti dal Ssr per la funzionalità della libera professione in regime intramoenia, in proporzione alle tariffe già applicate".

A questi signori la FESMED ricorda che in tutte le sedi istituzionali i medici si sono dimostrati compatti nella difesa del diritto ad esercitare la libera professione, che oltre ad essere una loro fonte di guadagno è anche un servizio per i cittadini.

Meditazioni

di Giuseppe Gragnaniello



Dove ci portano le linee guida?

Dall'enfasi del titolo (una scelta appropriata e consapevole) mi sarei aspettato di più. Sono, come tutte le altre, "raccomandazioni di comportamento" tendenti a correggere comportamenti clinico-assistenziali non appropriati, legati essenzialmente a due motivi: insufficiente preparazione (ed in effetti si parla di scarsa competenza, e così ritorna il discorso dell'adeguatezza delle scuole) e superficialità (considerare, come si legge, il taglio cesareo una modalità elettiva di parto), esasperati, non dobbiamo dimenticarci, dalla paura delle conseguenze medicolegali. Ma crediamo davvero che l'offerta attiva di informazioni possa invertire la tendenza? È uno degli scopi dei corsi di accompagnamento alla nascita, ormai attivati un po' dappertutto, che comunque hanno seppellito il training autogeno, unica possibilità non farmacologica per

fronteggiare il dolore, ovviamente per chi riesce ad applicarlo bene. Eppure nello stesso documento si riconosce che anche una buona esposizione della problematica, tale da giungere ad una vera decisione condivisa, non porti ad una riduzione della percentuale di tagli cesarei! Tralasciando il consenso informato, che dovrebbe essere ormai ben entrato così nella mentalità come nell'uso, quali le cose più interessanti della prima parte? Viene fuori la novità, del secondo parere: a) nel rifiuto della donna verso la proposta di un taglio cesareo elettivo (stabilendo la necessità di parlarne per tempo) e b) nel rifiuto del medico verso il taglio cesareo su richiesta. Ma è interessante sapere che, secondo la "buona pratica clinica", la richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione valida. E ancora che, in assenza di un'appropriata indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare



Alla fine son arrivate le tanto attese linee guida ministeriali sul taglio cesareo. Dopo più di un anno è da poco uscita la seconda parte, necessariamente traboccante di riferimenti alle prove scientifiche...

detta richiesta. Opinabile, invece, che, in caso di rifiuto della donna all'intervento, possibile anche in caso di emergenza, il medico "può assecondarne la volontà e assistere il parto per via vaginale".

Li entrerebbe in gioco il concetto del "coraggio" a darsi da fare in sala parto, che è poi quello per esercitare tutta l'arte medica, al di là di ogni ipotetico rischio medico-legale. L'epidemiologia evidenzia che i tagli cesarei sono più numerosi nei punti nascita che hanno un più basso numero di parti in totale. Ciò conferma che più grandi sono i punti nascita migliore è l'assistenza che si riesce ad offrire. Quindi, oltre che essere antieconomico tenere in piedi punti nascita che fanno meno di 1000 parti/anno, probabilmente si guadagnerebbero 14,4 punti sulla percentuale dei tagli cesarei. E non è poco. Certo fare più tagli cesarei non migliora gli esiti, dato che nel Meridione vi è un tasso maggiore sia di essi che della mortalità perinatale. Dopo più di un anno è da poco uscita la seconda parte, necessariamente traboccante di riferimenti alle prove scientifiche, con l'intento di migliorare la comunicazione efficace, al fine di orientare le donne verso decisioni informate e consapevoli. Informazioni che dovrebbero già far parte del bagaglio di ogni professionista con buona preparazione e sufficiente esperienza, ma che a ben vedere molto spesso non garantiscono

condotte consoni alle circostanze. Vengono infatti ribadite in gran parte cose arcinote (ad esempio la non ineluttabilità del taglio cesareo nella gravidanza gemellare e nella donna precesarizzata) sebbene poco applicate nella pratica. Serve a giustificare che tutto ciò sia possibile solo in presenza di una buona organizzazione assistenziale (appropriate capacità e esperienza degli operatori, adeguati strumenti di diagnosi e monitoraggio, immediata disponibilità di ambienti operatori idonei)? Comunque, chi si aspettava assoluizioni a invasi comportamenti di grande comodità ma di dubbia utilità sarà rimasto profondamente deluso. Ma non poteva essere altrimenti. In molte delle raccomandazioni, mancando prove certe, si fa riferimento alla buona pratica clinica, ma nello specifico - così come riportato - formulate sulle opinioni degli estensori, quindi scontatamente personali, per cui alla fine la decisione ultima è in realtà demandata all'esperienza e alla competenza del singolo. Ancora una volta ritorna quindi l'importanza della qualificazione professionale di ogni ginecologo. Un auspicio e un impegno per il domani.