

Il contratto non fa il medico

Dal volume «Il "ministero" della salute» di Giancarlo Cesana, con prefazione di Girolamo Sirchia (Società editrice fiorentina, 268 pp. 15 euro) pubblichiamo uno stralcio estratto dal capitolo "Il governo della salute".

DI GIANCARLO CESANA

Gli elementi di decadenza della sanità italiana non saranno verosimilmente eliminati dai provvedimenti, che si stanno realizzando, per "moralizzare" la classe medica. I medici che lavorano negli ospedali sono non raramente accusati di dedicarsi con maggiore attenzione alla loro attività privata, invece che al loro impegno pubblico. Di qui la volontà, espressa attraverso l'ultima legge di riforma sanitaria, di rendere il lavoro nell'ospedale pubblico incompatibile con attività private concorrenti. Tale volontà ha evidentemente le sue ragioni. Nessuna azienda manterrebbe l'assunzione di un proprio manager (tale infatti può essere considerato il medico, ospedaliero) che lavorasse per una ditta concorrente. È da considerare tuttavia che nessuna azienda riuscirebbe a far lavorare per sé un bravo manager pagato cinque o dieci volte meno della concorrenza. Tale è anche più elevato è il rapporto tra guadagni pubblici e privati dei medici affermati.

I moralisti, più o meno attrezzati, a questo punto si impennano nella condanna della medicina commerciale, dimenticando che i medici all'estero sono meglio pagati. Ma soprattutto dimenticano che l'imposizione di un unico salario, indipendentemente dalle responsabilità e dall'impegno, toglie ogni caratteristica professionale al lavoro del medico. La professione è per sua natura legata alle capacità personali, che vengono riconosciute, "onorate" appunto con cifre diverse. L'onorario d'altra parte è un fattore decisivo di incentivazione, stante la natura umana che non è per definizione santa o eroica, ma continuamente da spronare ed educare. La possibilità di concordare l'esercizio della professione privata all'interno dell'ospedale rimedia in qualche modo all'incongruenza del contratto di lavoro unico per tutti i medici pubblici. Tuttavia introduce una concorrenza tra attività svolta "per sé" e attività svolta per conto della Regione o

In Italia manca ancora un sistema assicurativo integrato e flessibile Ruolo minoritario dei privati accreditati

dello Stato, senza mutare la situazione attuale e anzi potendo peggiorare gli standard di "rendimento" degli ospedali. Inoltre le amministrazioni delle aziende sanitarie pubbliche, che già fanno fatica a governare se stesse, non sono certo entusiaste di governare l'attività privata dei propri dipendenti.

La soluzione più semplice e finora assolutamente non condivisa

dalle organizzazioni sindacali di categoria è la liberalizzazione del contratto dei medici, ai quali vengono attribuiti stipendi differenti a seconda della capacità e professionalità, come avviene del resto per tutti gli altri manager di Stato. Ma certamente una simile decisione richiederebbe di rivedere a fondo e in termini sostanziali l'attuale organizzazione del sistema sanitario,

che dovrebbe diventare veramente "aziendale", come la legge nominalisticamente afferma e di fatto non realizza.

Quanto detto vale non solo per i cosiddetti medici di famiglia o di medicina generale. Questi sono retribuiti a quota capitaria — come in Gran Bretagna e Danimarca, dove però il medico lavora in gruppo —, ovvero per numero di pazienti assistiti e non a notula, per prestazione — come in Germania e Francia, dove pure il medico lavora da solo. In Italia ci sono circa 60mila medici generali con una media di un medico per 900 pazienti. L'inefficienza di questo sistema sta diventando grave. Non solo questi medici non coprono più la totalità dell'assistenza ambulatoriale — per la notte e per giorni festivi funzionano servizi di guardia medica presso le Asl —, ma è stato stimato che il 20-40% del loro lavoro è rappresentato da contatti burocratici, con crescente insoddisfazione loro e dei pazienti.

Ciò che soprattutto manca al sistema sanitario italiano, e che ancora non si vede all'orizzonte dei programmi di riforma, è un sistema assicurativo più integrato e flessibile. In coerenza con una cultura rigidamente statalista, la sanità nazionale si regge su un sistema assicurativo centrale, unico, uguale per tutti e che a tutti deve provvedere. L'ultima riforma prevede sì assicurazioni integrative, ma da utilizzare solo con gli enti sanitari pubblici o accreditati. Le altre assicurazioni private, per quanto in aumento, sono considerate un'opzione non necessaria e tendenzialmente per ricchi, che vogliono garantirsi un accesso a servizi medici privati, di fatto non computati come risorse pubbliche.

In questo modo, seppur attraverso passaggi variamente complicati e distinti, lo Stato paga quel che produce e, siccome non riesce a pagare tutto, quel che manca lo fa pagare ai cittadini oltre che con le tasse, in contanti o attraverso assicurazioni. Non solo: lo Stato definisce quantità e modi di produzione, indipendentemente dalla valutazione più o meno soddisfatta del consumatore. La quota di sanità privata accreditata è irrisoria e, eccetto in Lombardia, ininfluente sulla massa delle prestazioni.