volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

I medici a gettone e la sanità pubblica

Autore: Chiara Rivetti

Sono stata assunta nel Servizio sanitario nazionale (SSN) come medico ospedaliero nel 2006. In fondo, non poi così tanti anni fa. Eppure, sembra passata un'era. Allora, era un traguardo vincere un concorso per un posto a tempo indeterminato, nel pubblico. Lavorare in ospedale era quello per cui avevamo studiato, e il posto fisso permetteva di pensare a far figli, a chiedere un mutuo, dava sicurezza e stabilità. Entravi a far parte della grande famiglia dell'ospedale che ti aveva assunto, con tutto l'amore e l'odio che c'è nelle grandi e vivaci famiglie. Ma, come fan presto, amore, ad appassir le rose. Così almeno è per noi: ora, il posto a tempo indeterminato interessa, ma fino a un certo punto. Perché c'è l'alternativa dei medici a gettone.

Come una piaga d'Egitto, l'esternalizzazione dei servizi medici ad agenzie di somministrazione lavoro, amichevolmente dette cooperative, si è diffusa, partendo dai pronto soccorso ed è andata via via espandendosi agli altri reparti, mortificando e desertificando i servizi. Il peccato originale va ricercato in una errata programmazione del fabbisogno di specialisti: per lavorare in ospedale non è sufficiente la laurea in medicina ma è necessaria anche una specialità, e negli anni scorsi sono stati formati meno specialisti del necessario. Così, i medici andavano in pensione e i concorsi per trovare specialisti da assumere per sostituirli erano puntualmente deserti. Soprattutto nelle specialità nuove e più usuranti, come la medicina d' emergenza-urgenza. Ecco che per tenere aperti i servizi, oltre 10 anni fa, iniziarono a spuntare i primi contratti di sub-appalto alle cooperative. Le cooperative i medici riuscivano a trovarli, perché la remunerazione oraria era (ed è) quasi il doppio di quella di un dipendente, perché i criteri di selezione sono molto meno stringenti, perché spesso erano medici di altre regioni o stranieri, che accumulavano una serie di turni ravvicinati dormendo magari in albergo, per poi tornare a casa. Le cooperative siglavano appalti prevalentemente negli ospedali meno appetibili della provincia, e prevalentemente nei Pronto Soccorso.

Rispetto a 10 anni fa, ora decidono di lavorare a gettone anche medici pensionati con esperienza, neolaureati e neospecialisti. Proprio perché la remunerazione è alta e la flessibilità oraria pure. Per il resto, la situazione negli anni è drammaticamente peggiorata: le cooperative sono ovunque, anche in città come Torino. Tantissimi reparti ne fanno uso, oltre al Pronto Soccorso: radiologia, rianimazione, pediatria, ortopedia, neurologia, nefrologia ecc. Secondo la SIMEU, vi fa ricorso il 50% degli ospedali in Piemonte, il 60% in Liguria, il 70% in Veneto. In Friuli-Venezia Giulia e nelle Marche tutte le strutture sanitarie ricorrono ai medici a gettone.

Ma scegliere di sub-appaltare i servizi ad agenzie di somministrazione lavoro non è a costo zero. È una scelta che il sistema paga, e caro. Perché rovina l'ambiente di lavoro: il senso di équipe e la possibilità di formare un gruppo affiatato vengono meno con le prestazioni occasionali di medici che oggi ci sono e domani non più. Perché i medici a

gettone non conoscono l'organizzazione della struttura, le procedure, il software di gestione delle cartelle dei pazienti e l'azienda non ha alcun interesse a investire nella loro formazione, essendo personale solo di passaggio. Perché gli ospedali delegano la valutazione delle competenze dei medici alle cooperative stesse: mentre i dipendenti devono avere la specialità e superare un concorso, ai medici delle cooperative spesso è solo richiesto di essere iscritti all'Ordine. Infine, perché demotiva il personale dipendente, che lavora gomito a gomito con colleghi che guadagno il doppio e hanno contemporaneamente molta più autonomia e flessibilità di orari.

La presenza delle cooperative, in aggiunta ai carichi di lavoro insostenibili e alla scarsa valorizzazione delle professionalità, porta al fenomeno delle grandi dimissioni: in Italia sette medici al giorno abbandonano gli ospedali pubblici, con un incremento del fenomeno del 39% nel 2021 rispetto all'anno precedente. I medici si dimettono dal SSN e decidono di aprire partita Iva, andare nel privato, sul territorio o nelle cooperative. Appunto. E ciò crea un circolo vizioso perverso, per cui chi rimane avrà sempre più lavoro e sempre più sarà necessario far ricorso alle esternalizzazioni per coprire i turni.

Allora perché le aziende decidono di reclutare il personale medico con questi contratti piuttosto che assumere? La motivazione ufficiale è che non si hanno alternative, e senza i medici delle cooperative alcuni servizi sanitari dovrebbero chiudere. In parte, è vero. Ma solo in parte. Da un lato, ancora adesso non è facile trovare gli specialisti da assumere, che aumenteranno in maniera rilevante solo tra 2-3 anni. La legge finanziaria del 2010, però, ha fissato un tetto di spesa per il personale sanitario, che non deve superare il livello della spesa del 2004 ridotto dell'1,4%. Questo tetto è nettamente inferiore alle esigenze attuali, così si procede con i contratti a prestazione, il cui costo cade su un capitolo di spesa che si chiama «beni e servizi» e non su quello del «personale», che è gravato appunto dal limite imposto per legge. Ma la vera, sincera risposta, dall'altro lato, al perché le ASL si appoggino alle cooperative è che, di fatto, la sanità non è una priorità. Né lo è stata nel recente passato. I governi regionali e nazionali in questi anni hanno lasciato che le cose lentamente peggiorassero, fregandosene, mentre i gruppi privati arrivavano come avvoltoi su un banchetto ancora palpitante di vita. Le soluzioni c'erano e ci sono, ma ignorale è più comodo, forse più conveniente. Il nostro grido di allarme di 10 anni fa, quando da subito denunciammo il pericolosissimo fenomeno delle cooperative, fu colpevolmente ignorato. Allora, sarebbe stato necessario formare nuovi specialisti che adesso sarebbero in numero sufficiente per coprire tutte le carenze di organico. Invece, l'aumento, a livello nazionale avvenne in misura modesta nel 2019 (da 6.200 a 8.000) e considerevolmente solo dal 2020 (da 13.400 fino a 17.400 nel 2021).

Ma nell'immediato, oltre a formare nuovi medici, qualcosa si potrebbe fare per arginare il fenomeno delle esternalizzazioni. Per esempio, il tetto di spesa al personale andrebbe tolto, subito. Infatti, anche dove gli specialisti ci sono, le ASL sono frenante dall'assumere da questo limite di spesa. Poi, le remunerazioni dei dipendenti dovrebbero essere competitive con quelle dei medici delle cooperative, in modo che il lavoro nel pubblico sia

attrattivo. Sarebbe necessario, in questa fase critica, poter contare sull'aiuto degli specializzandi anche nei reparti ospedalieri: non è un caso che le aziende universitarie debbano esternalizzare i servizi in misura nettamente inferiore. Infine, sarebbe indispensabile la revisione della rete ospedaliera, riorganizzando i servizi e riconvertendo gli ospedali che non garantiscono la qualità e la sicurezza delle cure perché troppo piccoli.

Quando le cooperative entrano in un ospedale, è l'inizio della fine. Ma nessuno sembra esserne realmente consapevole. Sarebbe necessario fotografare i rientri in Pronto Soccorso dei pazienti appena dimessi, i tempi di degenza, l'appropriatezza nell'esecuzione degli esami diagnostici e nella prescrizione delle cure. E quanti medici, nell'arco di poco tempo dopo questa scelta, decidono di chiedere trasferimento o di licenziarsi. Sarebbe necessario, in sintesi, avere a cuore il destino del servizio sanitario nazionale pubblico e considerarlo un bene comune prezioso, da difendere e in cui investire. Ma non sembra che sia così .