

La fine della irreversibilità di esclusiva

Ragioni e torti

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave Servizio Sanitario Nazionale. Rapporto di lavoro esclusivo. *Intra-moenia*. *Extramoenia*

Dunque dopo molti rinvii e tentennamenti è caduta l'irreversibilità della scelta di esclusività di rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, introdotta nella legislazione sanitaria dai governi di centro-sinistra e sostenuta specialmente dalla On. Bindi.

Con la pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* della legge 138/2004 il discusso provvedimento bindiano va in pensione. Ogni anno, il 30 novembre, i medici potranno cambiare idea sulla opzione per la esclusiva. Il cambiamento di rapporto entrerà in vigore l'anno successivo o anche prima se la singola regione lo vorrà. La misura con ogni probabilità interesserà pochi operatori sanitari e il "reddito elettorale" previsto sarà modesto. I medici dipendenti sono circa 103.000; quelli in esclusiva sono 93.000 (oltre il 90%), i veterinari sono 5.700, quelli in esclusiva sono 5.500 (97%). Una decina di migliaia di professionisti che attualmente è in esclusiva passerà probabilmente alla non esclusiva. Queste sono le previsioni del Ministero. "L'Italia è debindizzata"; così è stato detto da alcuni sindacati come la CIMO, la CISL, l'ANPO che avevano fondato la loro battaglia su questo risultato.

L'altra innovazione portata dalla 138/2004 è che i non esclusivisti potranno dirigere Unità Operative (UO) semplici o complesse e, contemporaneamente, svolgere attività professionale ovunque lo vogliano, mentre con la legge precedente non lo potevano fare. Solo chi era in esclusiva poteva essere dirigente di UO.

È stato scritto altre volte, su questa rivista, che la scelta definitiva (cioè l'irreversibilità) dell'esclusiva sembrava tinta di pregiudiziali ideologiche troppo nette per essere ragionevoli. Abbiamo l'impressione che la stessa Bindi, nel tempo,

se ne sia resa conto. Francamente non dispiace che l'irreversibilità sia stata cancellata. Non aveva molto senso sul piano dell'etica e del diritto; neppure il matrimonio è più irreversibile, figuriamoci una scelta professionale garantita da un contratto di lavoro! L'irreversibilità del rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, se la si sente, è "dentro"; non può essere una scelta burocratica. Se non la si sente, non c'è burocrazia di direzione generale, aperto o ottuso, che possa inserirla.

Pochissimo accettabile è, invece, l'essere andati al di là; chi va al di là di solito sbaglia. E così si è fatta la concessione ai non esclusivisti di dirigere Unità Operative semplici e complesse. È molto difficile pensare che un chirurgo possa contemporaneamente lavorare nel privato, cioè abbia fatto la scelta di lavorare in extramoenia, e contemporaneamente si senta di dirigere una UO specialmente se complessa. Forse si può scommettere che non accadrà diffusamente neanche dopo questa innovazione legislativa; o che accadrà solo in casi del tutto particolari perché la complessità delle strutture implica, oggi, una dedizione pressoché completa sul piano temporale, mentale e spaziale da parte dei dirigenti. Questo lavoro di direzione strategica comporta oggi per i professionisti la necessità di essere dentro la formazione per il training clinico e di giocare contemporaneamente un ruolo decisivo nella gestione economica della UO o del dipartimento rispetto a quanto è stato fino a ieri. Si veda, a questo proposito, l'articolo di Chris Ham sul numero scorso (*Quaderni acp 2004; 4: 148*). La leadership clinica insomma non basta più per dirigere una UO; essa deve essere supportata dalla conoscenza e sviluppo di culture organizzative e da capacità di gestione di risorse economiche e umane che portino a migliorare il rendimento del sistema che non possono che interessare marginalmente chi sceglie la non esclusività

del rapporto perché ha deciso di lavorare al di fuori del sistema. La gestione di una UO fa essere talmente e "completamente dentro il sistema" da escludere mentalmente chi si sente capace di andarne fuori. Difficile quindi essere contemporaneamente dentro e fuori. La complessità della prova del "governo clinico", con tutte le varie oscillazioni che il ministro (un giorno estremamente rigoroso, l'altro giorno largamente compassionevole nei riguardi dei dirigenti) ha percorso nei suoi tentativi finora vani di definirlo, è tale da richiedere un impegno di studio e di lavoro defaticante.

Semmai il problema è la entità della indennità di esclusiva che viene congelata ai livelli del 2000, dimostrando una scarsa considerazione dell'istituto nella mente (e nel cuore) della parte pubblica. Che sembra non credere affatto alla necessità che il settore pubblico includa elementi di modernizzazione clinica e organizzativa senza i quali è destinato a soccombere.

La concessione della direzione delle UO ai non esclusivisti assume quindi il sapore di un liberalismo di facciata pressoché inutile. Se poi accadesse che, contrariamente alle attese, molti non esclusivisti scegliessero di guidare dipartimenti o UO complesse, la possibilità loro concessa di optare ogni anno per la reversibilità impedirebbe alle aziende di programmare attività e darsi obiettivi pluriennali ragionevoli.

La nuova legge quindi introduce elementi di instabilità dei quali non si sente proprio il bisogno.

La proposta, fatta in parlamento, e fatta propria anche dall'ANAAO, di introdurre la reversibilità solo ogni 3 anni sembrava del tutto ragionevole. Un periodo di 3 anni potrebbe essere uno spazio ancora molto ristretto, ma forse sufficiente, ai fini della programmazione sanitaria. La sanità sarebbe stata egualmente debindizzata, ma l'operatività delle strutture poteva essere meno compromessa. ♦

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale