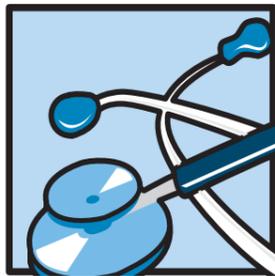


15-21 maggio 2012

Il punto su pleora, pensioni e riorganizzazione del lavoro dopo l'inchiesta del Sole-24 Ore Sanità

Medici, pianeta da rivisitare

Bianco (Fnom): «Tempi più brevi per la formazione, ma è già tardi»


Eliminare i "tempi morti" nella formazione recuperando subito professionisti e risorse per aumentare il numero dei contratti di specialità. Con l'obiettivo di tamponare l'emergenza immediata imposta da una gobba pensionistica che sembra essersi rapidamente modificata: rispetto all'allarme lanciato qualche mese fa sulla possibile carenza strutturale di professionisti nei prossimi anni, ora si profilano infatti un picco immediato di uscita e una

successiva stabilizzazione della pleora medica.

Dopo l'inchiesta su tempi e modi della programmazione del numero di medici e specialisti (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 17/18), a partire proprio dai dati Fnom, il presidente della Federazione **Amedeo Bianco** rilancia la sua ricetta. «Quando possibile, accorciare i corsi di specializzazione a quattro anni, prevedendo iter professionalizzanti in grado di immettere al più presto il giovane medi-

co nel mondo del lavoro, per "imparar facendo". Poi, rivedere il numero degli accessi a Medicina».

Più facile a dirsi che a farsi. Lo stesso Bianco ammette che «siamo già in ritardo», visto che il picco della "gobba" riveduta e corretta dovrebbe essere dietro l'angolo e che, con i tempi attuali della formazione, le matricole di oggi hanno davanti circa 12 anni di formazione. Proprio questo è il nodo: un sistema di programmazione che sconta lentezze im-

putabili sia a difficoltà oggettive (la variabilità regionale, i nuovi rapidi cambiamenti nell'assetto delle cure e nella gestione della stessa medicina) sia al dialogo storicamente difficile tra Università, ministeri, professionisti e Regioni. Con queste ultime che, per non sbagliarsi, alzano regolarmente il tiro delle richieste di fabbisogno rispetto ai soliti 5 mila contratti (di specialità) messi a bando. Senza mirare sulle professionalità più carenti, però. «E allora - conclu-

de Bianco - per poter affrontare il nodo della mancata coincidenza tra fabbisogno di specialisti e posti messi a bando, è su una revisione totale della formazione che bisogna intervenire».

Intanto, i diretti interessati (si vedano interventi in pagina) ci tengono a far sentire la loro voce. Togliendosi più di un sassolino dalla scarpa.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ANAAO ASSOMED

«A rischio la qualità del nostro Ssn»

I dati della Fnomceo non dicono niente di nuovo a chi, come l'Anaa, da tempo va segnalando inascoltato il fenomeno dello squilibrio prossimo venturo tra fabbisogno e disponibilità di risorse professionali per la Sanità italiana. L'esodo pensionistico dei medici rappresenta, ormai, non una semplice ipotesi ma una preoccupante realtà e i rischi di un decadimento qualitativo del Ssn, in mancanza di adeguate contromisure, appaiono certi.

La "riforma" del sistema previdenziale ha modificato non di molto l'andamento della gobba demografica, per cui dal 2012 al 2021 61.300 medici, nati tra il 1950 e il 1959, acquisiranno i requisiti per la quiescenza. A fronte di capacità formative dell'Università limitate, e non solo per ragioni economiche, a circa 5.000 specialisti per anno, di cui solo 2/3 sceglieranno di lavorare nel Ssn, lo stesso Piano sanitario nazionale 2011-2013 prospetta una riduzione di circa 22.000 medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018.

Ma non è solo per cause demografiche che si va accentuando l'uscita dal sistema con un trend negativo per tutte le specialità, destinato a crescere nel tempo, a invarianza di una programmazione effettuata con criteri incomprensibili ai più. Anche l'ultima distribuzione dei contratti di formazione specialistica penalizza alcune discipline come la medicina di urgenza, privilegiandone altre per motivi non dichiarati.

Sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, soprattutto dopo le manovre economiche 2010-2011. È evidente che un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale e minore gratificazione economica, all'età di 62-63 anni o prima se la sua situazione previdenziale lo consente, decide di abbandonare il posto di lavoro. Per di più, le aziende

sanitarie cercano di ridurre i costi di produzione attraverso la rottamazione, cui si è convertita di recente anche la Regione Emilia Romagna, che alimenta di elevate competenze professionali un mercato privato già forte di 30 miliardi.

Ma non è solo il fallimento della programmazione a destare preoccupazione quanto il rincorrersi di numeri senza un filo di coerenza. Le Regioni dichiarano un fabbisogno non soddisfatto molto variabile in rapporto al numero di abitanti e senza esplicitare i criteri di calcolo. Il Miur aumenta, senza verifica delle capacità formative dell'università, gli iscritti al corso di laurea, il che non risolve il problema e rischia di ricreare, nel lungo periodo, la pleora medica. Il

ministero della Salute, mentre lascia indisturbato il monopolio universitario della formazione post laurea, si dedica a tavoli tecnici che decretano la inutilità dei medici per trasferire parte delle loro competenze ad altre professioni sanitarie. Il fatto è che il percorso formativo è

troppo rigido e di lunghezza senza eguali per rispondere ai rapidi cambiamenti della Sanità moderna. La strozzatura, data dalla previsione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema, nega al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche e con la necessaria flessibilità.

Occorrerebbe nella crisi cogliere l'opportunità di modificare l'organizzazione del lavoro medico, anche in vista della nuova identità professionale di genere femminile, individuare nuovi modelli di governance e ridisegnare un sistema formativo coerente, centrato su un modello e un luogo che non può più essere quello tradizionale delle facoltà. Senza rinunciare ad agire per cambiare le condizioni di lavoro. Altrimenti continueremo a dare e commentare numeri senza trovare la soluzione.

Costantino Troise
Segretario nazionale Anaa Assomed

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CIMO ASMD

«Il fabbisogno si misuri sulla realtà»

Cimo-Asmd non è stato tra coloro che nei mesi scorsi hanno lanciato allarmi per il paventato pericolo di una crisi del numero di medici richiedendo un incremento degli stessi. Questo perché in Italia non vi è una carenza di camicie bianche in assoluto, ma di alcune specializzazioni e soprattutto un cattivo utilizzo dei professionisti. Inoltre, dal momento che per preparare un medico occorrono almeno 11 anni, esisteva il rischio che il problema si sarebbe risolto con un allungamento della vita lavorativa e un passaggio di competenze ad altre professioni sanitarie. E questo è proprio quello che è avvenuto.

Adesso che l'emergenza medici sembra non esserci più è giunto il momento di ragionare con una prospettiva più ampia: quale dovrà essere il futuro a partire dai compiti e dalle competenze dei medici, il fabbisogno dei quali non può essere correlato alle attuali dotazioni organiche di un Ssn che non ha ancora attuato il processo di riconversione e ristrutturazione della rete ospedaliera e territoriale.

È infatti evidente che una rete frammentata nella quale sono ancora presenti in misura eccessiva presidi di piccole dimensioni richiede un numero di medici eccessivo rispetto al reale fabbisogno, così come produce lo stesso effetto un modello organizzativo nel quale esistono illogiche duplicazioni di specialità, nate solo per produrre cattedre e direzioni di struttura soprannumerarie. L'apice della carriera di un professionista non può essere infatti il raggiungimento di un posto pseudo-dirigenziale che privilegia aspetti amministrativo-gestionali rispetto a capacità e competenze.

Un altro aspetto importante è il modello organizzativo interno: utilizzare medici con 30 anni di esperienza per effettuare i turni di guardia interna è uno spreco di risorse che non possiamo più permetterci. Questi colleghi dovrebbero dedicare tutta la loro attività lavorativa all'esplicazione delle loro competenze a tutto vantaggio dei

cittadini e della usufruibilità delle prestazioni: quanti interventi in più può effettuare un chirurgo trasferendo le 12 ore di una guardia notturna in attività operatoria?

Il discorso vale anche per le erogazioni di prestazioni assistenziali e diagnostiche. Un utilizzo più razionale delle risorse umane aumenterebbe l'efficienza del Ssn riducendo le liste di attesa. L'evoluzione verso i letti di area consente il superamento di vecchi schemi: le attuali strutture operative sono in molte realtà ancora le vecchie "divisioni". Occorrono modelli più agili e flessibili: équipe di specialisti con a capo un primario "professional" all'interno di dipartimenti al cui vertice c'è un primario "gestionale".

È evidente che per fare questo occorre modificare radicalmente l'attuale sistema: percorso formativo più breve, formazione specialistica all'interno degli ospedali, step progressivi di carriera all'acquisizione di maggiori capacità professionali. Stato giuridico e contratti da professionista non da gestionale; la "dirigenza" così come è intesa nella normativa pubblica è un cappello imposto da normative antiquate, che non tengono conto di un mondo del lavoro basato sull'elevata professionalità.

Infine, occorre definire con chiarezza le competenze dei medici rispetto alle professioni sanitarie: l'epoca del medico che fa tutto è superata, servono meno dottori ma questi devono operare a un livello più alto del passato. Molte attività possono oggi essere tranquillamente affidate ad altre figure professionali, ma questo non può avvenire normando solo una componente: a garanzia del cittadino deve essere indicato dalla legge che diagnosi e terapia sono competenze esclusive del medico e che, di conseguenza, su ogni atto a esse riconducibile solo a lui spetta la decisione finale.

Riccardo Cassi
Presidente Cimo-Asmd

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La crisi occasione di rinnovamento

L'ALLARME SIMEUP

I pediatri: «Accessi in pronto soccorso a +10%»

Il calo delle nascite non frenò gli accessi al pronto soccorso pediatrico, negli ultimi anni in aumento del 10%. La rilevazione - condotta dalla Società di medicina d'emergenza urgenza pediatrica (Simeup) e presentata la scorsa settimana al congresso Sip - in dieci ospedali pediatrici italiani parla di una crescita di ingressi dai 418mila del 2002 ai 457mila del 2010. Con casi limite come il Meyer di Firenze che ha registrato un +76% e l'ospedale Salesi di Ancona (+52%). Incrementi superiori alla media

(+25%) anche al Bambino Gesù di Roma.

Il 70% degli accessi riguarda bambini entro i sei anni, generalmente per disturbi lievi: solo l'1% è un codice rosso, il 23% codice bianco, il 67% verde e il 9% giallo. Dati - spiegano dalla Simeup - che evidenziano un uso improprio del pronto soccorso. E che riportano alla luce l'emergenza di un riordino dell'assistenza sul territorio, presentato dai vertici Sip in occasione del congresso (v.

Il Sole-24 Ore Sanità n. 17-18/2012). «La crescita degli accessi - spiega infatti il presidente Simeup **Gianni Messi** - ha varie cause. Alcune correlate all'organizzazione del territorio: il ps è un presidio aperto 24 ore su 24 che eroga prestazioni tempestive, mentre la pediatria sul territorio oggi è strutturata diversamente. Inoltre, le famiglie mirano a ottenere visite ed esami più tempestivamente. Infine, una larga quota degli accessi, in particolare

nelle ore serali, è rappresentata dai figli di genitori stranieri senza diritto all'assistenza del pediatra di famiglia. Contano, infine, fattori emotivi».

Un quadro complesso, che fa sì che le richieste di cure urgenti aumentino al ritmo del 2-3% l'anno, ma che rischia di distogliere risorse dalle prestazioni necessarie, imposte a esempio da nuove emergenze come incidenti anche gravi, «dovuti a negligenza o scarsa vigilanza delle famiglie o a pa-

tologie da alcol e assunzione di sostanze stupefacenti», sottolinea **Pasquale Di Pietro**, coordinatore del Dea dell'ospedale Gaslini di Genova.

La Simeup suggerisce quindi, oltre a un potenziamento delle cure pediatriche sul territorio, educazione sanitaria e la comunicazione alle famiglie sull'uso appropriato del Ps e del 118.

Non solo pronto soccorso: il congresso Sip è stato anche l'occasione per fare il punto

sull'uso delle medicine complementari, cui un pediatra su quattro (il 23%) dichiara di ricorrere. «L'impressione - commenta però il presidente Sip **Alberto Ugazio** - è che i colleghi che vi fanno ricorso siano molti di più ma che sia ancora diffusa una forte reticenza a dichiararlo». Le più prescritte? Fitoterapia, omeopatia e agopuntura. Nell'81% dei casi impiegate in associazione a farmaci allopatrici.

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA