

DIBATTITO APERTO SULLA «PLETORA»

Nessuna scorciatoia per far fronte al calo atteso dei medici Ssn

COSTANTINO TROISE* E CARLO PALERMO**

L'articolo di Giuseppe Tonutti pubblicato su Il Sole-24 Ore Sanità 14/2011, teso a negare, o minimizzare, l'impatto negativo sul sistema sanitario della annunciata carenza di medici sollecita alcune riflessioni.

Recentemente l'Anao Assomed ha richiamato l'attenzione sulla dimensione dell'esodo pensionistico dei dirigenti medici e veterinari dipendenti dei Ssn nei prossimi 10 anni. Partendo dai dati Cps-Inpdap che mostrano per i medici una età media alla quiescenza di 61-62 anni e una anzianità contributiva di 37-38 anni, incrociati con le frequenze numeriche per anno di nascita dei medici e veterinari dipendenti nel 2008, si evidenzia come dal 2011 al 2015 acquisiranno i requisiti per il pensionamento circa 31.000 dirigenti medici (nati dal 1950 al 1954) e circa 32.000 dal 2016 al 2020 (nati dal 1955 al 1959). Solo nel 2027-2028 (nati nel 1966-1967) torneremo a un numero annuale di pensionamenti considerato fisiologico (circa 2.500-3.000 per anno).

D'altro canto, ogni anno i medici iscritti alle scuole di specializzazione post laurea sono circa 5mila, ma solo il 60-70% di loro sceglie poi di lavorare per il Ssn (dati FnomCeo). Pertanto, nei prossimi 10 anni, a invarianza di fattori, la possibilità di sostituzione dei medici che andranno in pensione non sarà superiore al 50% e si prospetta un'importante riduzione (intorno al 30%) delle attuali dotazioni organiche (circa 110mila medici e veterinari dipendenti).

A parte alcuni spunti condivisibili, quali la denuncia di un eccesso di medicalizzazione, non tutto riconducibile alla pleora medica degli anni '80, il nocciolo del ragionamento di Tonutti si muove nell'orbita dell'eterna e illusoria attrazione verso una Sanità low cost, che poggia soprattutto su diverse modalità di tank shifting, di trasferimento cioè, di settori e segmenti di attività da fattori produttivi ad alto costo, i medici, a fattori a basso costo. La "pensata" è quella di realizzare un cambio di paradigma organizzativo dei luoghi della salute che porti con sé una redistribuzione delle competenze tra professionisti, in una situazione in cui già appaiono incerti i confini tra le professioni e conflittuali i rapporti. Ma un modello che voglia ridisegnare i meccanismi organizzativi, non può sottrarsi all'obbligo di esplicitare le ricadute sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure nonché di definire in maniera chiara i profili di responsabilità, anche per l'aspetto medico-legale, assicurando la necessaria trasparenza nei confronti degli utenti.

In un'epoca di identità confuse il rischio è di precipitare in una sorta di manicomio babilonense dove linee professionali e gestionali, in nome della reciproca autonomia, funzionino a canna d'organo. I processi di cura, e anche quelli di gestione, hanno bisogno di una conduzione unitaria che, per il ruolo

SEGUE DA PAGINA 28

DIBATTITO APERTO SULLA «PLETORA»

No alle scorciatoie contro il calo di medici

► lo e la responsabilità nella diagnosi e terapia, non può essere costruita che intorno al medico, mediatore unico tra malato e malattia, in grado di garantire l'efficacia senza la quale non c'è efficienza, titolare esclusivo, e non surrogabile, di una duplice posizione di garanzia verso lo Stato e verso il paziente.

Questo non vuol dire rifiutare di accettare che in futuro i medici potranno ritirarsi da quelle attività a basso know how e contenuto tecnologico per presidiare aree più avanzate. Ma certo risparmiare lavoro medico non può avvenire a scapito di qualità e sicurezza delle cure, traslazione della ricerca e della innovazione tecnologica, approfondimento diagnostico e tempi di attesa.

La qualità anche in Sanità ha un prezzo, ma quanto costa la non qualità?

E fino a che punto i cittadini sono disposti ad accettare minori livelli di sicurezza? E si può veramente pensare, come suggerisce Tonutti, di trasferire competenze psichiatriche a psicologi o procedere ad attività ancorché non svolte direttamente al medico in assenza assoluta di medici? E fare a meno di funzioni di guardia o utilizzare, come si sta facendo, l'istituto della reperibilità per coprire contemporaneamente presidi ospedalieri distanti tra loro 60 km, comporta di certo un aumento di costi assicurativi e legati al contenzioso.

L'analisi dei flussi pensionistici nel mondo della Sanità pubblica dovrebbe tener conto non tanto del numero di medici per ogni 1.000 abitanti, ma piuttosto

dei numeri assoluti di medici in uscita dal Ssn e della concreta possibilità di sostituirli. Anche in una prospettiva in cui le uscite non venissero coperte al 100 per cento appare necessario programmare con una visione strategica del futuro del Ssn e dei nuovi bisogni assistenziali.

La questione riguarda, quindi, la rigidità e la lunghezza del processo formativo, che Tonutti si guarda bene dal mettere in discussione limitandosi ad auspicare un inutile aumento degli iscritti al corso di laurea. Curioso che i teorici dell'innovazione non pensino a modificare sostanziali di un sistema formativo, chiuso nelle logiche proprietarie della facoltà di Medicina, palesemente insufficiente per quantità e qualità rispetto alle esigenze presenti e future.

O non si chiedano se la politica oggi sia in grado di realizzare una reale riorganizzazione della rete ospedaliera e il management di eliminare ridondanze organizzative e inefficienze gestionali.

I medici non intendono sfuggire alle sfide capaci di produrre miglioramenti di efficacia e sicurezza del sistema, anche per cercare un riposizionamento della professione nel core dei processi decisionali dai quali risulta sempre più emarginata né rinunciare a esercitare un ruolo nella politica di contenimento dei costi che, come l'esperienza dimostra, non può essere affidata a puri meccanismi di efficienza gestionale richie-

dendo conoscenze e valori di diretta derivazione clinica.

Non vorremmo arrivare a una Sanità moribonda proprio quando ha imparato a fare a meno dei medici.

E, comunque, trattare la salute solo come un costo è una totale mancanza di rispetto verso chi si adopera, tutti i giorni e tutte le notti, per tutelare un bene costituzionalmente protetto.

Ci deve pur essere un limite a misurare tutto con il denaro. Altrimenti, qualcuno potrebbe suggerire che per gestire un bilancio di un'azienda sanitaria possono andare bene anche i ragionieri. Che costano poco!

* Segretario nazionale Anao Assomed
** Coordinatore segretari regionali Anao Assomed