

Rischio strumentalizzazioni per la cosiddetta "emergenza" da gobba pensionistica

# Medici, la carenza che non c'è

Nel 2018 il numero di dottori per paziente sarà superiore alla media Ue

**N**ei prossimi anni vedremo calare la disponibilità di medici nel nostro Paese. Tale previsione è anche riportata nel nuovo Piano sanitario nazionale 2011-2013, il cui iter di approvazione è in corso. A partire dal 2012 è previsto un saldo negativo fra entrate e uscite con tendenza al progressivo allargamento della forbice negli anni a seguire; la stima parla di una carenza di 18.000-22.000 medici entro il 2018, passando da 3,7 medici attivi per 1.000 ab. a 3,5 (la media europea è di 3,1 medici attivi per 1.000 ab.).

In realtà, alcuni segnali li possiamo già vedere, soprattutto se ci riferiamo a specifiche specializzazioni, in particolare quelle che comportano maggiori rischi professionali e sacrifici personali. Sovente appaiono sulla stampa articoli di chiusure di reparti per carenza di medici, riduzioni delle attività, allungamento delle liste d'attesa, esternalizzazioni a privati di attività sanitarie e quant'altro. Spesso le direzioni delle aziende sanitarie o ospedaliere devono ricorrere ad accordi onerosi per assicurare le guardie, mantenere le attività o consentire la fruizione delle ferie al personale.

Per prevenire o attutire l'emergenza medici che si profila all'orizzonte il ministero della Salute ha richiesto un ampliamento dell'offerta formativa, ossia del numero delle immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e chirurgia, già a partire dall'anno accademico 2008/2009, con l'auspicio di assicurare un ricambio generazionale che garantisca l'opportuno e indispensabile trasferimento di competenze e abilità che solo la pratica clinica può assicurare.

La situazione, però, va esaminata con attenzione perché fioriera di facili strumentalizzazioni. Già esultano gli avvocati che hanno sostenuto la tesi delle erronee istruttorie sul numero degli ammissibili ai corsi di laurea prima e specializzazione poi e che contrastano la regola del numero chiuso introdotta nel 1999. Sono sul piede di guerra i sindacati medici del Servizio sanitario nazionale che paventano il rischio di scardinamento del sistema dei compensi nel caso in

cui l'azienda ricorra all'appalto di turni di guardia o all'esternalizzazione di alcune attività a organizzazioni private. Protesteranno ancor più le cittadine quando l'effettiva carenza aggraverà la situazione delle liste d'atte-

## Il punto è l'eccesso di medicalizzazione

sa o peggio ancora determinerà la chiusura di alcuni servizi.

Ciò che appare strano, però, è che pochi si soffermano a comprendere l'essenza del problema. Perché in Italia stiamo parlando di emergenza se il rischio è che entro il 2018 avremo 3,5 medici ogni 1.000 ab., quando la media europea è di 3,1? Quella che si prospetta all'orizzonte è una reale carenza? O è dovuta al fatto che la nostra organizzazione odierna deriva da quella imposta quando il problema era inverso, cioè soffrivamo della pleora di medici? Non è che abbiamo medicalizzato troppo e fatto fare ai medici ciò che nel resto d'Europa svolgono altri professionisti della salute? Siamo così certi che l'apporto dei medici in determinate attività porti un reale valore aggiunto?

Alcuni esempi possono aiutare a sostanziare la questione. Per partorire per via naturale oggi è richiesta la presenza del medico; forse potrebbe bastare l'ostetrica.

Per certificare l'abitabilità di un edificio o la sicurezza di un'impresa serve il medico; forse è sufficiente un tecnico della prevenzione. Per fare le vaccinazioni deve esserci il medico; forse basta l'assistente sanitaria.

La gestione dei controlli routinari della cronicità è affidata a medici specialisti in svariate discipline; forse potrebbe essere svolta da infermieri op-

## Ruoli da cedere a infermieri&Co

portunamente formati che riferiscono al medico i soli casi di scostamento dalla normalità. Analogamente la cronicità psichiatrica potrebbe essere gestita valorizzando i contenuti professionali degli psicologi. In sala operatoria, in diverse discipline, spesso è presente il secondo e a volte il terzo chirurgo; forse gli infermieri di sala potrebbero essere coinvolti in funzioni superiori.

La presenza di guardie notturne negli ospedali varia da ospedale a ospedale, senza un reale

motivo; forse il sistema delle guardie notturne andrebbe studiato con maggiore attenzione.

Si potrebbe continuare a lungo con esempi di questo tipo che, invece che essere accettati come modalità immutabili di erogazione delle attività, andrebbero visti come situazioni sulle quali varrebbe la pena fare degli approfondimenti con le diverse componenti professionali. La realtà è che la carenza medica non può essere affrontata se non intervenendo sull'organizzazione, alla luce dei livelli di istruzione e formazione raggiunti dalle altre professioni sanitarie. Teniamo anche conto che i costi formativi fra medici e altri professionisti della salute sono molto diversi, e non solo per la questione delle borse di studio legate alla specializzazione.

All'orizzonte si prospetta un cambiamento epocale che deve essere opportunamente accompagnato, anche per poter superare prassi esistenti e vincoli normativi che oggi obbligano ad avvalersi dei medici anche per attività che potrebbero essere gestite da altre figure professionali. Mai e poi mai dovremo rischiare di far incorrere il nostro personale appartenente alle altre professioni sanitarie in situazioni di abuso della professione medica.

Per partire con il piede giusto, sarebbe utile aggiungere, alla fine del capitolo del Piano sanitario nazionale 2011-2013 relativo alle risorse umane, un ulteriore punto per la ridefinizione delle funzioni del personale sanitario alla luce delle nuove competenze e abilità acquisite dalle diverse professioni sanitarie. Così, oltre che del problema, inizieremo a parlare anche della soluzione.

**Giuseppe Tonutti**  
Direttore generale  
dell'Ass 6 "Friuli Occidentale"