Emergenza in corsia

Sos Italia, servono medici subito

Pochi giovani specializzandi, uscite accelerate con quota 100: è caos. Torino, boom di arrivi da fuori città E in Veneto le Asl colmano i vuoti in organico chiamando direttamente pensionati e liberi professionisti

VIVIANA **DALOISO**

Il caso del Polesine, in Veneto, illustrato dal direttore generale dell'Ulss 5 Antonio Compostella qualche giorno fa, è esemplificativo: sul territorio mancano 111 tra medici, tecnici e operatori sociosanitari. Nel 2018, su 70 medici per il quale il rapporto è cessato, la Regione ha autorizzato l'assunzione di 78 camici bianchi. Ma niente da fare: i medici non si sono trovati. Così il direttore ha deciso di procedere per conto suo, attivando contratti con pensionati o liberi professionisti. Risultato: 22 contratti (20 medici e due psicologi) l'anno scorso e altri 25 (17 medici) previsti per il 2019. Un problema risolto a metà, "artigianalmente" per così dire. Cioè prendendo atto della totale paralisi istituzionale sul tema della carenza dei medici, e su come risolverla.

L'espediente del Polesine è sempre più diffuso sul territorio nazionale. E sta facendo, in particolare, la fortuna delle cooperative, che smistano medici "trasfertisti" o rimettono in circolo i pensionati da Nord a Sud, senza sosta. A migliaia gli annunci, tranquillamente reperibili online: si cerca personale disposto a spostarsi anche per lunghe distanze, a coprire turni massacranti (concentrati in pochi giorni a settimana), e si promettono guadagni ingenti. Prima destinazione: Piemonte. Qui la prima Asl a entrare ufficialmente in emergenza è stata la 4 (in gestione gli ospedali di Chivasso, Ivrea, Cuorgné, Lenzo, Ciriè): proprio a Cuorgnè, tanto per toccare con mano il fenomeno, i medici sono ormai reclutati dalle cooperative per il 100 per cento del servizio del Pronto soccorso. Poi è toccato a Torino, che per il Pronto soccorso Martini – visto che i bandi andavano sistematicamente deserti – alla fine ha fatto arrivare dottori da fuori città. Infine Cuneo, che ha esternalizzato l'intero servizio di guardia anestesiologica notturna del Pronto soccorso di Bra.

Altro caso clamoroso quello dell'Alto Adige, l'unico ad essere finito per ora sul tavolo della ministra della Salute Giulia Grillo. Davanti alla carenza di medici – aggravata dall'obbligo del bilinguismo per i camici bianchi – negli ultimi mesi qui si è tentato di tutto: la via dei contrattisti (140 quelli assunti), delle agenzie interinali, dell'impiego massivo di pensionati (20 a Merano, anche per 40 ore a settimana; 17 a Bressanone; 8 a Brunico). Alla fine si è deciso di derogare anche al bilinguismo: 220 i contratti a tempo determinato di 3 anni concessi senza "patentino". Se poi si passerà l'esame, si verrà assunti. Decisioni che hanno spinto il ministero a chiedere, con una nota inviata nei giorni scorsi, chiarimenti su presunte irregolarità nell'uso dei camici bianchi, specie realtivamente alla somministrazione dei turni medici.

Il fenomeno dei camici bianchi "in affitto" d'altronde, come quello dell'assunzione dei pensionati, da tempo viene denunciato e contestato dai sindacati: «Queste dilaganti soluzioni "tampone" sono specchietti per le allodole piuttosto che reali manovre risolutive – è l'opinione di Mirko Schipilliti, della Commissione nazionale Emergenza-urgenza Anaao Assomed –, col rischio inevitabile di ricadere in problemi giuridici con responsabilità su più livelli, ma soprattutto senza offrire garanzie per un'effettiva copertura del rischio clinico in una struttura pubblica, anzi aggravandolo». Come dire, in gioco c'è la salute dei pazienti. E reclutare medici aggirando vincoli normativi è pericoloso, oltre che illegale. «D'altronde – ricorda ancora Schipilliti, norme alla mano – anche il conferimento a medici in pensione di incarichi retribuiti per attività ospedaliera nella pubblica amministrazione è illegittimo».

Che fare, dunque? La battaglia sulle soluzioni è aperta. Da una parte c'è la priorità del nuovo governo, più volte indicata proprio dalla ministra Grillo: abolire il numero chiuso a medicina. Dall'altra, le proposte più complesse e strutturare del mondo medico e delle università: aumentare il numero delle borse di specializzazione e aprire all'utilizzo degli stessi specialisti dal terzo anno in poi, in accordo con gli atenei. In mezzo, l'accetta di "quota 100", che – lontano dai tavoli di confronto e dibattito, nella carne dei pazienti in corsia – rischia di accelerare i pensionamenti al punto da svuotare gli ospedali. Quello che non può succedere.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SENZA CURE

Ospedali e ambulatori stanno lanciando strategie creative di sopravvivenza alla carenza cronica di professionisti della salute. In Alto Adige si prova anche con le agenzie interinali

L'ANALISI

Il dottore è in estinzione e i laureati non bastano più

ENRICO **NEGROTTI**

Chi ci curerà tra dieci anni? Avremo ancora un'assistenza specialistica adeguata nel Servizio sanitario nazionale? E la disponibilità di un medico di famiglia? Domande forse un po' allarmistiche ma tutt'altro che peregrine, alla luce dei dati che sindacati e istituzioni dei medici hanno elaborato, attraverso proiezioni sulla differenza tra chi andrà in pensione e quanti si diplomeranno dalle Scuole di specializzazione post-universitaria nei prossimi anni.

Uno studio dell'Anaao-Assomed (sindacato dei medici specialisti) ha recentemente stimato la futura carenza di personale: nel 2025 mancheranno circa 16.500 specialisti, soprattutto nella medicina d'emergenza-urgenza e nella pediatria. Addirittura la Federazione nazionale degli Ordini dei medici (Fnomceo), in una mozione del suo Consiglio nazionale nel novembre scorso, parla di 45mila medici mancanti (compresi i medici di famiglia) tra 5 anni e 80mila tra dieci.

«Nei prossimi anni mediamente si laureeranno circa 10mila medici ogni anno – segnala il documento Anaao – ma il numero di contratti di formazione *post lauream*, che solo nel 2018 è arrivato a circa settemila, è da tempo insufficiente a coprire la richiesta di specialisti e di percorsi formativi rispetto al numero di laureati».

Per la medicina territoriale, cioè i medici di famiglia, la situazione è forse peggiore: secondo le proiezioni della Fimmg (il sindacato di categoria più rappresentativo), andranno in pensione oltre 14mila medici entro il 2022 (anno con il picco di 3.500 uscite dal lavoro), che diventeranno più di 29mila per il 2028. Un deficit difficile da colmare, se la formazione di diploma solo mille medici di famiglia l'anno. Sottolinea Silvestro Scotti, segretario nazionale Fimmg: «Solo per il 2019 sono state stanziate risorse per duemila posti ai corsi di formazione in medicina generale, ma nel 2020 (a meno di nuovi fondi) torneranno a 1.200. E solo quest'anno per la prima volta sono stati suddivisi tra le Regioni in base ai residenti».

Tra le soluzioni, da tempo è stato suggerito di abolire il numero chiuso a Medicina e pochi giorni fa anche il ministro della Salute, Giulia Grillo, ha detto che «il problema della mancanza di organico non si risolve tenendo i medici per il colletto e facendoli lavorare fino a 70 anni. Dobbiamo far entrare i giovani, quindi bisogna rivedere questo benedetto numero chiuso che non è più adeguato ai tempi».

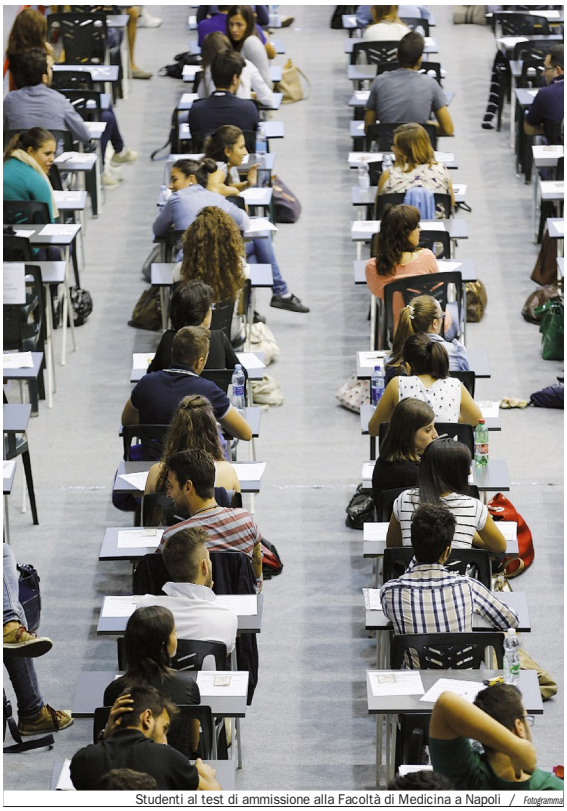
Ma la Fnomceo, in audizione la scorsa settimana alla commissione Cultura della Camera (che discute di riforma dell'accesso universitario), ha sottolineato che il problema è un altro: «L'abolizione *tout court* del numero programmato senza un congruo aumento delle borse di specializzazione sarebbe un boomerang». Si rischierebbe infatti di creare le condizioni perché un consistente numero di laureati in medicina – non potendo accedere alle specializzazioni – finisca in un limbo fatto di precariato e sostituzioni (senza specializzazione non si può accedere ai concorsi pubblici) o di emigrazione verso altri Paesi europei che da tempo "assorbono" giovani medici italiani.

> L'allarme dei sindacati e dell'ordine di categoria: in crisi soprattutto pronto soccorso, pediatria e professionisti di famiglia. I percorsi accademici non coprono le richieste del settore

Secondo la Fnomceo invece «è imprescindibile una programmazione efficace per cui a ogni laurea corrisponda una borsa di specializzazione o di formazione in medicina generale» per far sì che «tutti gli studenti che entrano nel percorso ne possano uscire con un diploma di formazione post laurea». In recenti dichiarazioni, il ministro Grillo ha segnalato la necessità di «rivedere la formazione post laurea», ma suggerendo di abbandonare «il concetto delle scuole di specializzazione. Facciamo entrare subito i medici nel mondo del lavoro».

Una ricetta che andrebbe precisata meglio nei suoi contorni, ma stando ai numeri dei medici in uscita (poco modificabili) un intervento sul percorso di entrata pare indispensabile per raddrizzare la rotta in un sistema dove i diversi attori non sembrano agire all'unisono. Stato e Regioni, che pagano i posti ("borse") della formazione specialistica, non hanno avuto finora la capacità di orientare l'offerta formativa delle università nel senso di garantire un adeguato ricambio di personale in base alle esigenze del Servizio sanitario. Ma il tempo per agire a salvaguardia del sistema sanitario pubblico, e dei pazienti, non è molto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Studenti al test di ammissione alla Facoltà di Medicina a Napoli / *Fotogramma*

Un deficit da mettere in terapia intensiva

16.500
I medici specialisti che mancheranno in Italia nel 2025, soprattutto nella medicina d'urgenza e tra i pediatri. In totale si parla di una carenza di 45mila camici bianchi (compresi i medici di famiglia)

29.000
I pensionamenti di medici di famiglia previsti entro il 2028 Si formano soltanto mille nuovi dottori ogni anno, per cui viene ipotizzato un deficit di quasi due terzi dei professionisti di fiducia

2.000
I posti di formazione in medicina generale finanziati per il 2019 Ma già l'anno prossimo, a meno di futuri interventi correttivi urgenti, le risorse stanziate basteranno solo a 1.200 neo-laureati

100 euro
Lo stanziamento pubblico medio messo a disposizione in Italia per ogni studente universitario, contro i 300 euro di Francia e Germania. Il nostro Paese investe il 20% in meno della media dei Paesi Ocse

4.500
Ore di frequenza necessarie per dare validità internazionale al nostro titolo di studio in Medicina Togliendo il numero chiuso c'è il pericolo di non riuscire a mantenere questo standard formativo

L'INTERVISTA

Il rettore: «Numero chiuso? Abolirlo si può, ma dateci risorse»

PAOLO **FERRARIO**

Eugenio Gaudio

Eugenio Gaudio guida la Sapienza ed è vicepresidente della Crui: chi chiede un'apertura dei corsi deve pensare anche ad adeguare le strutture degli atenei. Occorre un miliardo in più, dobbiamo incrementare aule e laboratori

«Se l'obiettivo è dare la possibilità a più persone di studiare, noi siamo assolutamente favorevoli. Ma per farlo servono un piano organico e investimenti adeguati. Con le scorciatoie si rischia di fare ancora più danni».

Il problema della mancanza di medici in Italia non si risolve abolendo il numero chiuso a Medicina, ma mettendo più risorse a disposizione delle università. Ne è fermamente convinto Eugenio Gaudio, rettore della Sapienza di Roma e vicepresidente della Crui, la Conferenza dei rettori italiani: «Prima di pensare di immatricolare più persone, dobbiamo adeguare le strutture», sottolinea ribaltando la prospettiva da cui si guarda il problema.

Che cosa serve innanzitutto?

Almeno un miliardo in più del Fondo di finanziamento ordinario delle università, oggi fermo a 7 miliardi annui. Se vogliamo aumentare il numero dei laureati, non soltanto in Medicina ma in generale – cosa di cui l'Italia ha estremo bisogno – dobbiamo far crescere il numero di professori, aule e laboratori. Come Crui abbiamo dato la disponibilità a far crescere i posti a Medicina, ma dietro finanziamenti adeguati. Non dimentichiamo che il nostro Paese investe in formazione mediamente il 20% in meno (con punte del 40%) rispetto alla media dei Paesi Ocse. Per la formazione superiore mettiamo risorse per circa 100 euro a studente, contro i 300 di Francia e Germania e i 600 della Corea del Sud. Credo che questi numeri parlino da soli.

Però il governo sembra favorevole all'abolizione del numero chiuso a Medicina. Se avvenisse, quali sarebbero le conseguenze per le università?

Se abbiamo posti per diecimila matricole e ne facciamo entrare di colpo 60mila, compromettiamo la capacità di formare queste persone con il rischio di veder crollare anche la validità internazionale del titolo di studio, dato che sono necessarie almeno 4.500 ore di frequenza e, con questi numeri, sarebbe davvero complicato raggiungerle. Ai tempi in cui studiavo io, a Medicina non c'era il numero chiuso; con il risultato che tanti studenti vedevano il primo paziente il primo giorno di servizio in ospedale... Vogliamo tornare qui? Non credo proprio.

Intanto l'università di Ferrara ha intenzione di togliere il numero chiuso, facendo selezione sulla base dei voti conseguiti agli esami. È una strada praticabile, secondo lei?

Bisogna vedere se questo percorso è praticabile dal punto di vista tecnico e giuridico. E comunque non credo che sposti di molto i termini del problema. Ripeto: prima dobbiamo stabilire quanti medici vogliamo formare e poi agire di conseguenza. Da questo punto di vista, prima di intervenire sul numero chiuso, dobbiamo mettere mano anche alla carenza di medici specializzati. Oggi, infatti, abbiamo più laureati rispetto ai posti disponibili nelle scuole di specializzazione. C'è bisogno di aumentare il numero di borse, ma per farlo è necessario investire di più, per creare le figure che servono al sistema sanitario.

Insomma, alla fine si torna sempre lì, al nodo delle risorse…

Come Paese dobbiamo decidere dove vogliamo andare. Servono scelte politiche ben definite. Serve un piano organico con i soldi necessari a realizzarlo. Come Crui siamo al tavolo tecnico attivato dal governo e abbiamo già dato la disponibilità ad aumentare del 20% dal prossimo anno gli iscritti a Medicina. Ma aprire indiscriminatamente significherebbe riversare sulle università un numero di studenti non gestibile. Con ricadute importanti sulla qualità della didattica.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxOS0wMi0xNFQxMTowNjo1OSMjI1ZFUg==