

CARENZA DI MEDICI: UNA SANITÀ OSPEDALIERA NON PIÙ SOSTENIBILE



I pediatri ospedalieri sono in numero molto inferiore alla media europea e la Pediatria risulta essere tra le discipline più colpite dalle carenze di medici specialisti. A tal punto che le strutture ospedaliere sono a rischio di chiusura e di interruzione dell'attività assistenziale anche in previsione della prossima ondata di pensionamenti.

La carenza dei medici è nota, se ne parla di diversi anni, troppi per non avere pensato alle possibili conseguenze che sono agli occhi di tutti. Ma ora vengono fuori dei numeri precisi che rendono in prospettiva la situazione già grave, evidentemente drammatica e probabilmente senza possibili immediati (o a breve termine) rimedi. A vincere nella categoria degli introvabili sono i medici del Pronto Soccorso e poi a breve distanza i pediatri e gli internisti. È questo il trio dei professionisti (il podio) che già manca e mancherà ancora di più nei prossimi anni. In pratica i tre settori su cui si regge l'assistenza ospedaliera. Se le cose in Italia resteranno quelle che sono tra sei anni (nel 2025) mancheranno in dettaglio: 4180 medici dell'emergenza-urgenza, 3323 pediatri, 1828 internisti, 1395 anestesisti e 1274 chirurghi generali (Figura 1).

Sono queste le stime riportate in un recente documento dall'ANAAO-ASSOMED¹, il principale sindacato dei medici ospedalieri. Nel documento del sindacato si riportano ulteriori cifre che non lasciano intravedere nessuna prospettiva di miglioramento a breve termine se si considera che ogni anno si laureano 10mila medici ma i contratti per la formazione specialistica (con Scuole di Specializzazione che vanno dai 4 ai 5 anni) nel 2018 sono state circa 7mila. Si è determinato, così, un "imbutto formativo" che nel tempo ha ingabbiato in un limbo circa 10.000 giovani medici, che aumenteranno nei prossimi 5 anni fino a oltre 20.000 senza un forte incremento dei contratti di formazione (Figura 2). Questi giovani medici, posti tra "color che son sospesi", tentano i concorsi per le Scuole di Specializzazione negli anni successivi o cercano esperienze all'estero (in

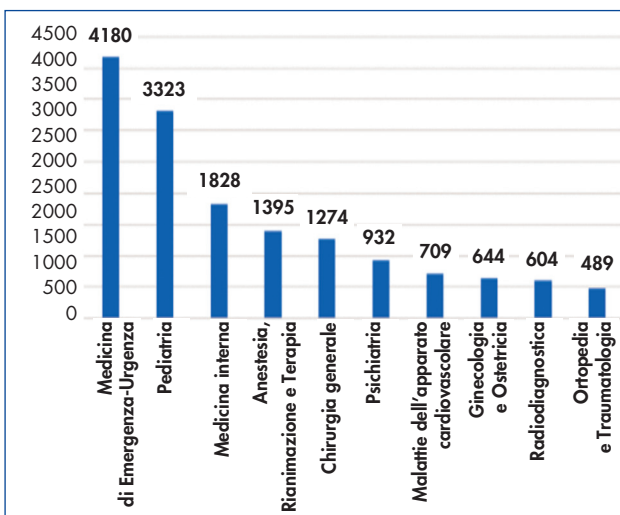


Figura 1. Le dieci specialità mediche più carenti a livello nazionale nel 2025 con pensionamenti attesi in base alla legge Fornero del 2011. Il numero di pediatri mancante include anche i pediatri di famiglia. Fonte ANAAO 2018.

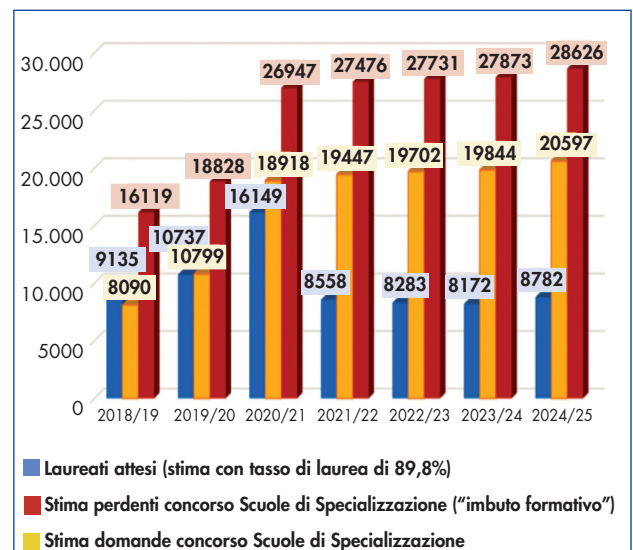


Figura 2. Stima dei laureati attesi, domande per il concorso di Specializzazione e imbutto formativo. Studio ANAAO 2018.



particolare, numeri alla mano, Regno Unito, Germania, Svizzera e Francia). Un danno anche economico per se si considera che per la formazione scolastica e universitaria il costo è di circa 150-200mila euro per medico.

Ritornando alle gravi carenze di organico nelle tre discipline specialistiche indicate (e nello specifico in quello della Pediatria ospedaliera) è noto che già da diversi anni i concorsi che vengono continuamente espletati vanno deserti o quasi, con larghe possibilità di scelta della sede di lavoro da parte dei professionisti che si indirizzano verso quelle più comode (per diverse ragioni non sempre qualificanti), depauperando ancora di più proprio alcuni ospedali che hanno i maggiori bisogni, a volte anche con importanti carichi assistenziali, con il danno enorme di chiudere attività ambulatoriali, rinunciare a una qualificata gestione del bambino cronico e con bisogni speciali.

I dati Eurostat 2016 evidenziano per i pediatri italiani un tasso di 28,34 per 100.000 abitanti. Il dato è del tutto simile a quello medio europeo, la differenza sta nel fatto che solo in Italia siano previsti i pediatri di famiglia, fatto che riduce notevolmente il numero di specialisti che si dedichino all'attività ospedaliera. I pediatri ospedalieri sono, quindi, in numero molto inferiore alla media europea.

In alcune realtà si sta ricorrendo a dei contrattasti ("i gettonisti"), in nome di un'emergenza irrisolvibile. A denunciare il fenomeno è il sindacato degli anestesisti, che scrivendo al Ministro della Salute sottolinea che il ricorso da parte delle Aziende sanitarie alle Cooperative e ai "medici a cottimo" è diventata una prassi frequente (si sta verificando anche in Pediatria), al punto da non scandalizzare più, in nome di un'emergenza alla quale non si riesce a far fronte, seppure da tempo annunciata. Per il sindacato la drammatica carenza di medici non può avallare soluzioni rischiose per gli operatori sanitari e per i pazienti. Il rischio è appunto quello di aggiungere alla precarietà nuove forme di precarietà mascherate.

Commento

La situazione descritta è nota da tempo, appunto, ma nella sua drammaticità rischia, già da ora e non nel 2025, di fare saltare il banco. La legge su quota 100 si prevede che possa peggiorare ulteriormente la situazione. I problemi sono per la Pediatria, in primis quelli dell'assistenza ospedaliera, ma cominciano a riguardare anche i servizi vaccinali, le Pediatrie di comunità (dove ancora esistono). Le condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri stanno rapidamente degradando. I piani di lavoro, i turni di guardia e di reperibilità vengono coperti con crescenti difficoltà e "fatti i turni" si spera che nessuno si ammali buttando all'aria il complicato puzzle che bisogna comporre ogni mese. Numero di turni notturni e festivi in crescita, fine settimana occupati tra guardie e reperibilità, difficoltà a poter godere delle ferie maturate rappresentano gli elementi su cui si fonda oggi la sostenibilità organizzativa ed economica degli ospedali italiani.

Le soluzioni per fare fronte a questa situazione sono discusse da anni ma evidentemente in modo fragile e non sufficientemente consapevole. Sono state denunciate dalle categorie ospedaliere sindacali appunto, da alcune Società Scientifiche, ma senza una forza dirompente, collegiale, una voce unica che sia in grado di favorire dei rimedi fatti in primis di una programmazione organica e non per singoli spot che prospettano soluzioni interessanti ma "del momento" e senza decisioni chiare e definitive (ad

esempio aumentare il numero degli specializzandi, farli lavorare gli ultimi due anni di formazione in ospedale). Decisioni a volte che sembrano basarsi sulle esperienze positive di alcune realtà locali che sono nate quasi su base volontaria.

In altre parole si rende necessario prospettare dei rimedi di valenza decisionale nazionale (e non di singolo ospedale o di AUSL o di Regione o di categoria).

Non è questa la rubrica per provare a enunciare i possibili rimedi anche perché non sono semplici (arrivati a questo punto) e richiederebbero un grande sforzo (doveroso) di riflessione, numeri alla mano, situazioni assistenziali Regione per Regione, ma con una visione appunto non di parrocchia ma di globale ri-programmazione dell'assistenza sanitaria pediatrica di cui si parla, poco e male, da diversi anni. Abbiamo già scritto che, anche in ambito pediatrico, nonostante si viva in un mondo dominato dalle patologie croniche, nei luoghi di cura si pratica una Medicina quasi esclusivamente per acuti e la crisi ospedaliera sta già depauperando in modo drammatico (per le ragioni dette) la possibilità di favorire un'assistenza sempre più qualificata dei bambini e degli adolescenti con bisogni speciali, in un modello assistenziale auspicabile che non abbia più barriere tra il territorio e l'ospedale².

Sta al Governo e alle Regioni stabilire gli obiettivi e assumere le relative decisioni, ma sotto una guida attenta e ragionata di professionisti che siano in grado di definire e programmare le possibili soluzioni. Non basta proclamare lo sbocco delle assunzioni se i professionisti non si trovano.

Il dato certo è che non governare questa crisi farà arretrare l'assistenza pediatrica italiana a fronte di tutti i risultati lusinghieri ottenuti. Le scelte non possono più essere affidate alle singole AUSL, che spesso o sempre sono in mano a decisioni politiche, vivendo un continuo ricatto politico-elettorale ad esempio sul non chiudere Punti nascita e piccole Pediatrie, aspetto imprescindibile da cui partire per una seria razionalizzazione e di cui l'intera popolazione troverebbe unicamente vantaggio, evitando tra l'altro inutili rischi. Si continua invece a fare finta di non capirlo per pochezza culturale, per ricatti, per una finta attrattiva di consensi che stanno generando al contrario unicamente profondi dissensi.

Una task force decisionale (non l'ennesimo inutile Tavolo di lavoro!) che metta da parte gli interessi particolari e guardi a quelli di salute e produca una proposta condivisa entro pochi mesi è il primo indispensabile passo da programmare con la massima urgenza. Noi, come pediatri, cosa stiamo attendendo nel richiederela con forza e determinazione, magari tutti insieme e non per singole categorie di appartenenza, che in questi momenti non avrebbero quasi più ragione di esistere?

Bibliografia

1. D'Arienzo M, Rossi A, Rivetti C, et al. La programmazione del fabbisogno di personale medico, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici. Associazione medici e dirigenti del SSN. 2018.
2. Marchetti F. La magia di vivere il presente, scommettendo sul futuro. *Medico e Bambino* 2019;38(1):6-7.

Federico Marchetti