

IL FABBISOGNO DELLE PROFESSIONI SANITARIE: MEDICI E PROGRAMMAZIONE

L'accademia fornisce una piattaforma di competenze fondamentali, ma quante sono le unità necessarie al Servizio sanitario nazionale? Chi valuta i fabbisogni e con quali basi? Ecco un documento della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici



La programmazione sanitaria del nostro Paese non può prescindere da una valutazione appropriata e corretta del fabbisogno delle diverse figure presenti nella filiera della cura. Negli ultimi anni più volte è stata posta l'attenzione sulla possibile carenza di medici, in previsione dell'impatto che la "gobba" della pletera medica degli anni '80 avrebbe avuto sull'erogazione delle cure con il raggiungimento dell'età della quiescenza dei suoi componenti.

Il fenomeno è sicuramente di quel-

li che reclamano immediate decisioni nella consapevolezza che la formazione della figura professionale medica, dal momento dell'accesso agli studi di medicina e fino all'ingresso nella professione in piena autonomia, richiede non meno di dieci anni tra studi di base e formazione specialistica. Le problematiche che il fenomeno pone all'attenzione dei decisori, richiedono primariamente una chiara e consapevole conoscenza dei contesti in cui si andrà a collocare la storica figura professionale del medico. L'entrata in

crisi del modo di erogazione delle cure e dell'assistenza, che non fanno più perno sul singolo medico ma sempre più sono basate su una "divisione" del lavoro, in cui si intersecano competenze diverse, reclama modalità organizzative sempre più efficienti. Si tratta di un'organizzazione multiprofessionale, in cui aree di intervento tradizionalmente occupate dai medici, vengono gestite nel contesto di un "governo clinico" che richiede a sua volta regole virtuose di cooperazione nel rispetto delle competenze.

L'attuale professionista medico dovrà avere sempre maggiori capacità di modificare i propri comportamenti di lavoro adottando modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il variegato mondo delle professioni sanitarie, e inoltre pianificare il proprio futuro divenendo artefice del governo del proprio cambiamento in funzione dei nuovi processi operativi, per saper gestire un ambiente ad elevata intensità di lavoro e altissimo livello di scolarizzazione; dovrà altresì dotarsi di un bagaglio culturale nel quale non possono non essere presenti conoscenze di tecniche di gestione assai complesse, che non hanno eguali in altri settori. Un'attività, dunque, che travolta attualmente anche dalla nuova identità professionale di genere femminile, che impone urgenti risposte sia sul piano clinico sia organizzativo, deve, a sua volta, adeguarsi alla nuova cultura di servizio richiesta per la Sanità pubblica.

È bene sottolineare il fenomeno dei camici rosa perché gli orientamenti emergenti appaiono ancora sfumati nella programmazione sanitaria e sono completamente assenti nei progetti sindacali, che non hanno ancora assimilato il concetto di genere per superare l'ottica prevalentemente maschile presente nei

contratti di lavoro.

E allora: attività di gruppo, approccio multi professionale, *leadership* come capacità di ricomporre, in un quadro unitario, autonomie professionali forti. Sono queste le dinamiche che nel contesto offerto da un Servizio Sanitario pubblico che gestisce, in regime di quasi monopolio, l'assistenza medica ai cittadini, richiedono un continuo coordinamento della professione medica con i fini proposti dagli organi sanitari.

Si tratta pertanto di attuare un'analisi accurata e non frammentata, di mettere in campo una capacità di intervento su vari livelli oltre a un'elasticità nell'adozione di comportamenti che devono adeguarsi al sorgere anche imprevisto o atipico di interventi.

I criteri adottati nella determinazione dei posti tengono conto di esigenze composite: delle Regioni, sulla base del puro criterio anagrafico e calcolo delle presunte quiescenze nei diversi settori professionali, delle Università, sulla base delle disponibilità logistiche e formative legate alle figure dei docenti, del Ministero della salute sulla base degli obiettivi sanitari nazionali.

Il fabbisogno rilevato dalle Regioni negli ultimi anni è andato via via aumentando e per il 2012 è stato pari a 12.494, 1.928 unità in più rispetto al fabbisogno rilevato per l'anno 2011 (che era di 10.566), con un aumento percentuale pari a circa il 18%.

Parallelamente all'aumento del fabbisogno richiesto dalle Regioni, le decisioni poste in essere negli ultimi cinque anni hanno contemplato un incremento degli accessi formativi alle scuole di medicina universitarie che sono passati dai 7.788 dell'anno accademico 2008/2009 ai 10.173 programmati per il 2012/2013,

con un incremento pari al 30% circa.

Difettano le analisi di contesto in cui si collocheranno i nuovi medici formati e, non per ultima, la situazione creata dalla grave crisi economica con la stagnazione dei processi di accumulazione

della ricchezza specie nel nostro Paese: una crisi economica che mette in forte dubbio la sostenibilità del servizio sanitario e che ha un forte impatto sulle decisioni di vita professionale dei medici attualmente occupati.

Tale scenario sta già ridisegnando il futuro previdenziale nei diversi settori del mondo della dipendenza medica e del convenzionamento, con la riduzione in prospettiva della consistenza delle pensioni a seguito dell'entrata in vigore delle norme previste dai nuovi regolamenti dei fondi pensionistici sia **Enpam** che **Inps**.

È pertanto ipotizzabile che l'esodo massiccio previsto a partire dal 2015 dei medici costituenti la gobba della pletora medica degli anni Ottanta possa subire una diversa distribuzione: un'accelerazione, che possiamo prevedere per l'anno in corso e l'inizio del prossimo, alla corsa al pensionamento di una coorte di circa 50.000 medici afferenti alle classi dei medici nati tra il 1947 e il 1952 e, successivamente, un forte rallentamento nell'uscita pensionistica per le classi a seguire nei prossimi anni e probabilmente fino alla metà degli anni '20. L'aumento previsto del fabbisogno di medici andrebbe pertanto rivisto alla luce di questa novità.

I dati FNOMCeO mettono in evidenza un dato costante di mortalità universitaria intorno al 9% nella formazione pre laurea del medico, per cui appare eccessiva qualsiasi programmazione che ecceda oltre 10.000 studenti annui da immettere nella formazione medica, anche se pren-

diamo in considerazione questo dato.

È stata segnalata più volte, invece, la mancanza di medici specialisti; fenomeno presente in alcune zone d'Italia, particolarmente al Nord dove vanno deserti alcuni concorsi pubblici. Il fenomeno recentemente portato all'attenzione da parte dei sindacati della dipendenza merita alcune considerazioni. Innanzitutto deve essere chiaro che l'accesso alle scuole di specializzazione va calcolato sul fabbisogno reale del sistema sanitario. Si rischia altrimenti di formare specialisti che non servono o che non andranno ad esercitare la specializzazione per cui hanno conseguito il titolo per mancanza di effettivi sbocchi.

Già ora nei concorsi di accesso alla medicina interna, per esempio, il 50% dei medici non posseggono la relativa specialità, ma specializzazioni in discipline equipollenti.

È necessario poi rivedere, nel suo complesso, il sistema formativo specialistico alla luce del numero dei contratti di formazione medica specialistica che ammontano a 5.500 tra offerta pubblica nazionale e regionale.

Rivisitare l'intero impianto significa,

da un lato riprogrammare nel numero i settori in cui sono già presenti carenze, sottraendo contratti a settori in cui l'offerta formativa appare eccessiva, dall'altro rivedere il sistema formativo nel suo impianto generale attraverso l'integrazione della formazione accademica con quella sul campo, nel servizio sanitario nel cui ambito i futuri specialisti andranno per la maggior parte a collocarsi.

Si otterrebbe un alleggerimento dell'onere richiesto alle Università sia per quanto concerne le risorse umane per l'attività tutoriale che per quelle economiche, con il risultato di un risparmio

virtuoso per nuovi contratti di formazione specialistica nei settori dove ora si colloca la carenza.

Nella rilevazione del fabbisogno, secondo i criteri previsti dal D.lgs. n. 502 del 1992 (art. 6), va tenuto conto dell'**offerta/domanda di lavoro** considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

Per quanto riguarda l'offerta occupazionale per il personale medico già formato, è del tutto evidente che già esistono notevoli difficoltà per l'ingresso nell'attività lavorativa nell'ambito del Ssn, sia nell'area della dipendenza che in quella del convenzionamento.

Alcuni dati dell'Igop (Ispettorato generale per gli ordinamenti del personale e l'analisi dei costi del lavoro pubblico - Ministero della Giustizia), rilevano l'aumento del numero dei medici con rapporto di lavoro flessibile per contratti a tempo determinato che ha raggiunto nel 2010 la cifra di 7.192 con un aumento del

9% rispetto al dato dell'anno precedente (6.586); anche la percentuale dei medici con rapporto di lavoro flessibile a tempo indeterminato è abbastanza elevata ed è pari al 6,5%.

In conclusione urge una nuova e diversa valorizzazione delle risorse del sistema formativo, ripensando criticamente la questione della formazione dei medici in termini di progettualità, contenuti, obbiettivi, strumenti.

Occorre conseguentemente un progetto strategico che rimoduli e adegui fabbisogni, conoscenze e competenze professionali ai cambiamenti di contesto che caratterizzano il nostro Servizio Sanitario.

Alla luce delle predette considerazioni la FNOMCeO ritiene che un numero di accessi programmato pari a circa 9.000 sia adeguato a coprire il *turn-over* dei medici e scongiurare il rischio della carenza ipotizzata per il futuro mentre una programmazione che ecceda questi numeri appare eccessiva e rischierebbe di provocare una futura nuova area di disoccupazione/sottoccupazione medica. ▲