

 Marta Tilli

Nello studente di medicina italiano è presente una paura ancora più grande di quella di non trovare lavoro. La paura di dover lavorare in condizioni di carenza cronica di risorse umane e materiali per svolgere bene il proprio compito. La paura di trovarsi un giorno a dover dire a qualcuno: “Mi dispiace, ma se non può pagare, per lei non possiamo fare nulla”.

Quando ho fatto il test di ammissione a medicina la promessa dello stato italiano era: superato questo difficile esame (entrava uno studente su otto, ora siamo a uno su sei) avrete:

- Una didattica migliore
- Un lavoro assicurato nella sanità italiana, perché il numero di studenti ammessi in ogni università è stato deciso in base al fabbisogno nazionale di medici previsto fra 6/10 anni

Ad oggi, 5 anni dopo, dal punto di vista della didattica c'è ancora da lavorare. Con le dovute differenze fra le varie realtà italiane, si nota in generale che mentre la formazione teorica è di alto livello quella pratica è carente in quantità e qualità. Almeno a Firenze, esiste una totale separazione fra territorio e ospedale universitario, che fa sì che lo studente abbia poche e vaghe idee su cosa sia l'Azienda sanitaria locale e su come sia organizzata l'assistenza al di fuori degli ospedali. Questa separazione è un limite anche perché i distretti sanitari potrebbero offrire allo studente notevoli occasioni di apprendimento (per esempio, noi studenti saremmo ben felici di poter passare qualche giorno in un centro prelievi).

Dal punto di vista lavorativo, l'idea “da medicina si trova subito lavoro” è molto sopravvalutata.

Innanzitutto è molto difficile completare gli studi da medico in Italia. **Quest'anno sono previsti 6.363 posti in specializzazione (fra ministeriali, regionali e privati) a fronte di 10.000/14.000 candidati stimati.** Dopo la specializzazione, il SSN non offre grandi prospettive: contratti bloccati fino a data da definirsi, possibilità di lavoro solo con contratti a tempo determinato (della durata media di 3 mesi) o a partita iva. Qualcuno lavorerà nella sanità privata, qualcun altro all'estero.

C'è chi comincia a preparare le valigie già al quarto/quinto anno di studi: Erasmus, per abituarsi a vivere in un altro paese, corsi di lingua, in prima fila il tedesco, poi il francese. Si parte per l'Inghilterra, la Germania, la Francia, la Svizzera, gli Stati Uniti; si parte per specializzarsi, perché le condizioni di lavoro sono migliori, con stipendi più alti e maggiore stabilità, si parte verso paesi in cui fare ricerca è più facile.

Non voglio entrare in questioni complesse come quella della programmazione del fabbisogno di medici in una nazione. Però o si sono sbagliati a programmare, e in tal caso non vedo perché dovremmo rimetterci noi. O ci hanno deliberatamente mentito. Oppure hanno deciso consapevolmente di diminuire il personale medico, e i costi di questa scelta si misureranno in reparti chiusi e pazienti mal curati.

Ho avuto l'occasione di partecipare a un viaggio/missione umanitaria in Etiopia con l'associazione "No al matrimonio precoce", che fornisce borse di studio a sostegno delle ragazze del villaggio di Maimekden (per evitare che si sposino precocemente). Uno degli amici del progetto, il professor Kabede di anni 33, mi ha accompagnata a visitare il suo luogo di lavoro, l'Ayder Referral Hospital di Macallè, Tigray. **E mi ha posto la seguente domanda: "Hai capito qual è la differenza tra fare il medico in Europa e farlo in Africa?"**.

La differenza è che voi medici africani sapete cosa si dovrebbe fare per curare quell'ammalato, ma il vostro ospedale non ha quella medicina, quella risorsa, e il vostro paziente non può pagarsela.

Ma ad oggi, con i continui tagli di risorse alla sanità pubblica, e i continui attacchi al sistema sanitario universalistico, è difficile essere certi che la differenza tra il medico europeo e africano continuerà a esistere. C'è il brutto presentimento, visto anche l'esempio della Grecia (in cui un terzo della popolazione è senza accesso al sistema sanitario nazionale e deve affidarsi al volontariato e alle associazioni caritatevoli), che un paese ad alto indice di sviluppo umano come il nostro possa ritrovarsi povero dal punto di vista delle cure fornite.

Il prof. Kabede mi raccontava che il laboratorio di anatomia patologica dell'Ayder Referral aveva in forze un solo anatomopatologo. In un pronto soccorso della Toscana, ci sono medici che hanno 3 giorni liberi al mese per carenza di personale. Il neoletto governatore Rossi ha promesso che ci saranno ulteriori tagli al personale medico, ricorrendo ai prepensionamenti. Ha anche detto che si possono sostituire gli infermieri con gli operatori socio sanitari, probabilmente perché questi costano meno.

Se da una parte si taglia, dall'altra si scarica sul paziente una parte dei costi della sanità, tramite i ticket, quando teoricamente il cittadino ha pagato tramite la fiscalità generale quello che doveva allo stato per il sistema sanitario. Il ticket è di fatto una tassa che paga chi si ammala.

Nello studente di medicina italiano è presente una paura ancora più grande di quella di non trovare lavoro. La paura di dover lavorare in condizioni di carenza cronica di risorse umane e materiali per svolgere bene il proprio compito. La paura di trovarsi un giorno a dover dire a qualcuno: "Mi dispiace, ma se non può pagare, per lei non possiamo fare nulla"

Marta Tilli, studentessa di Medicina. Università di Firenze