IL FABBISOGNO DI PERSONALE MEDICO NEL SSN DAL 2016 AL 2030. LA RELAZIONE TRA PENSIONAMENTI, ACCESSI ALLE SCUOLE DI MEDICINA E CHIRURGIA E FORMAZIONE POST-LAUREA.

A cura di
Carlo Palermo (Vice Segretario Nazionale Vicario Anaao Assomed)
Fabio Ragazzo (Direttivo Nazionale Anaao Giovani)
Domenico Montemurro (Responsabile Nazionale Anaao Giovani)
Matteo D'Arienzo (Responsabile Regionale Anaao Giovani Emilia Romagna)

In precedenti lavori pubblicati nel gennaio 2011 e nel marzo 2014 abbiamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel nostro sistema sanitario nazionale (SSN) per il sopraggiungere di una "gobba pensionistica" e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi legato alla perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali, amplificata dai ritardi del sistema di formazione post-laurea.

Il nuovo studio sulla programmazione sanitaria di Anaao intende svilupparsi con una finalità di analisi nazionale complessiva, partendo dai precedenti lavori e tenendo presente le dinamiche nei vari settori di impiego dei medici specialisti.

Anaao intende utilizzare tutti i dati disponibili da varie fonti autenticate, per contribuire ad una programmazione sanitaria che consideri **curve di pensionamento, contratti specialistici MIUR, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia**.

ANALISI DESCRITTIVA DEL COMPARTO MEDICO (categorie, fasce di età e cessazioni):

I medici attivi in Italia al 2016, sino all'età di 70 anni, sono circa **354.000** (fonte: Ced FNOMCeO).

Medici a tempo indeterminato (operanti nelle ASL a gestione diretta, esclusi veterinari/odontoiatri): circa **102.204** unità.

Medici **a tempo determinato** (operanti nelle ASL a gestione diretta, esclusi veterinari/odontoiatri)**:** circa **7.750** unità.

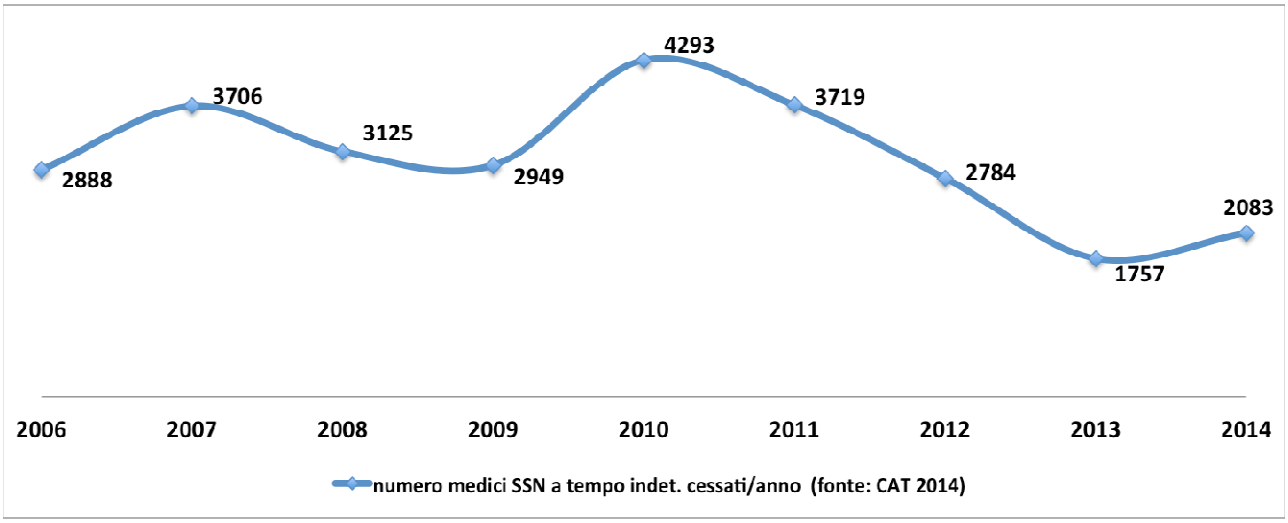
Medici con contratti atipici (borsisti; contratti libero-professionali) operanti nelle Aziende Sanitarie: circa **6.530** unità.

Medici Universitari (statali e non): circa **8.537** unità.

Medici Specialisti Ambulatoriali attivi (esclusi odontoiatri/veterinari): circa **8.469** unità impiegate nelle 3 aree funzionali (medica, chirurgica e dei servizi).

Medici cessati (escludendo i passaggi ad altre amministrazioni dello stesso comparto o di altro comparto, i licenziamenti, i passaggi per esternalizzazioni e le cessazioni non specificate): circa **2.083 unità per l'anno 2014** (**Figura 1**).

Figura 1. Numero di medici dipendenti del SSN a tempo indeterminato cessati, suddivisi per anno (fonte: CAT 2014)



La **figura 1** mostra una netta riduzione dei pensionamenti dopo il picco avuto nel 2010. E' il primo effetto dello "scalone" previdenziale creato con la riforma "Fornero" del 2011 che ha spostato in avanti di circa 3 anni la possibilità di pensionamento dei nati dopo il 31 dicembre 1951. Una ripresa dei pensionamenti si dovrebbe avere dal 2016/2017, quando i medici nati dal 1952 in poi acquisiranno i nuovi criteri di pensionamento: almeno 62 anni di età e 42 anni e 10 mesi di contributi versati per i maschi, 41 e 10 mesi per le donne, ovvero 66 anni e 7 mesi per la pensione di vecchiaia.

La **figura 2 (a,b)** mostra la distribuzione dei medici specialisti ospedalieri e dei servizi a tempo indeterminato suddivisi per fasce d'età anagrafica, in attività nel SSN secondo la rilevazione del Conto annuale del tesoro (CAT) 2014.

Figura 2 (a). Distribuzione del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del SSN a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica (fonte: CAT 2014)

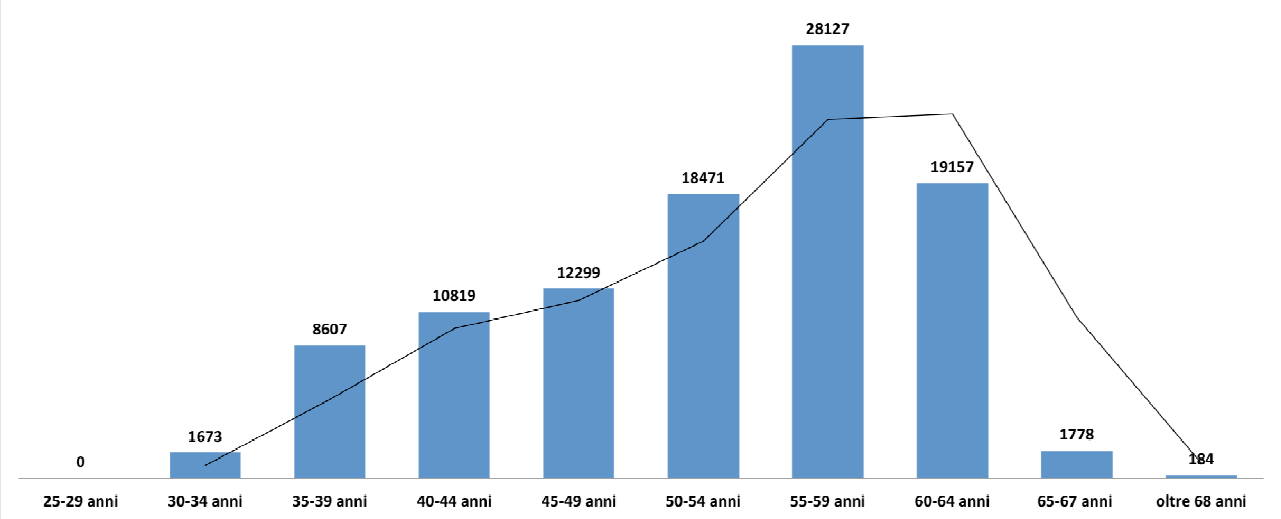
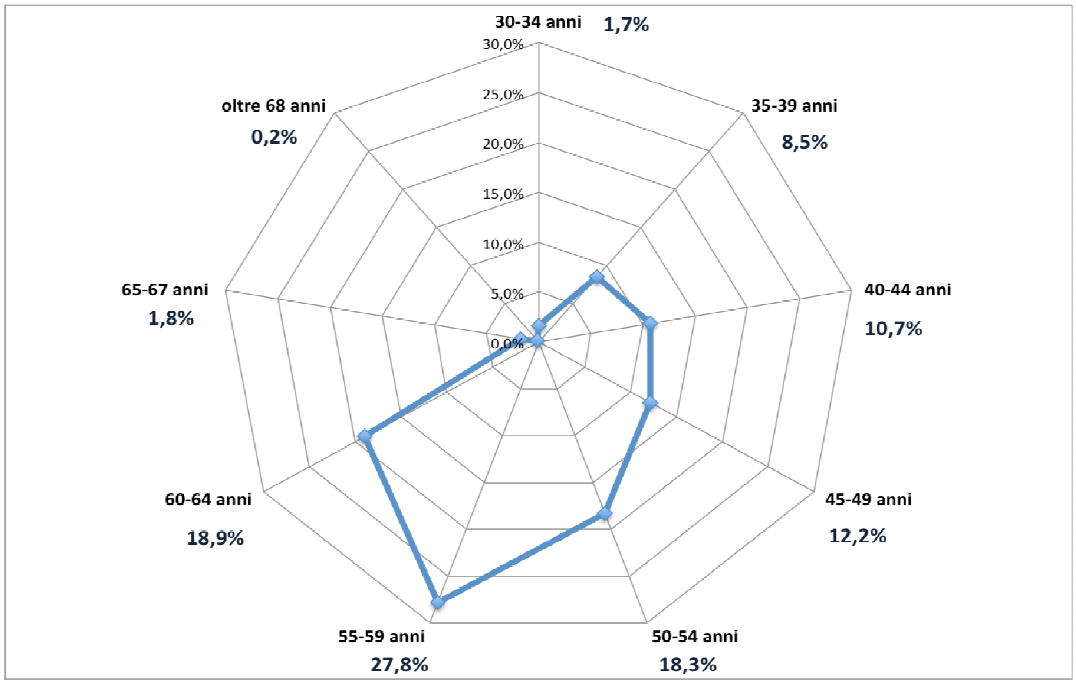


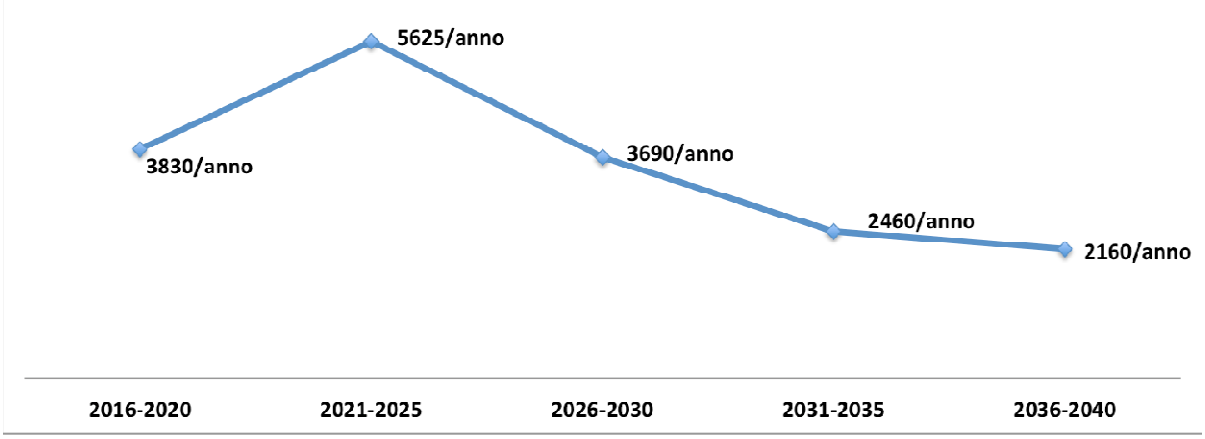
Figura 2 (b). **Distribuzione percentuale del numero di medici ospedalieri e dei servizi dipendenti del SSN a tempo indeterminato secondo le principali fasce d'età anagrafica (fonte: CAT 2014)**



<u>Focus su cessazioni complessive medici dipendenti del SSN/universitari/specialisti ambulatoriali</u>:

I medici nati tra il '51 e il '60, operanti nel SSN, hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici pre o post "Fornero" nell'arco dei prossimi 10 anni (2016÷2025) e costituiranno un numero di cessazioni stimabili in circa **47.284** unità (fasce d'età 55-59 e 60-64 anni, figura 2a), di cui circa **19.157** nel primo quinquennio (2016÷ 2020) e circa **28.127** nel secondo quinquennio (2021÷2025), con una media annuale di circa **4.720** unità. Stiamo parlando di fasce di età per le quali il riscatto previdenziale degli anni di università era facilitato da un versamento economico mensile sostenibile, inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di possedere il titolo di specializzazione per essere assunti nel SSN. Nel quinquennio 2026÷2030 i cessati saranno circa **18.471** unità, con una media annuale in lieve contrazione di circa **3.690** unità (-22% rispetto al decennio 2016÷2025). Solamente nel decennio 2031÷2040 si registrerà una contrazione importante del numero di cessazioni annuali, sostenute dalle fasce d'età 40-44 anni e 45-49 anni (CAT 2014) con media annuale di circa **2.311** unità (- 51% rispetto al decennio 2016÷2025), ritornando al livello in essere prima della riforma "Fornero" (dati riassunti in **Figura 3**).

Figura 3. **Numero medio annuo di medici dipendenti del SSN a tempo indeterminato cessati per quinquennio.**



La descrizione dello scenario del prossimo ventennio, per quanto riguarda le cessazioni del personale medico operante nelle ASL, pone l'attenzione sulla sua anzianità: l'età media secondo i dati CAT 2014 è di 52.7 anni. A fine 2016 supererà i 54 anni. Il blocco del turnover, con la contrazione dell'ingresso di medici più giovani nel sistema, sta determinando un progressivo incremento dell'età media della categoria.

Per i medici dipendenti del SSN il trend pensionistico dal 2016 è stato calcolato, su base previsionale, per fasce d'età quinquennali, piuttosto che attraverso una stima annuale resa poco affidabile dalla continua revisione del sistema previdenziale e dalla variabilità dei comportamenti individuali a fine carriera.
E' stato ipotizzato che i medici ospedalieri dopo la riforma "Fornero" possano raggiungere i nuovi criteri di quiescenza per anzianità entro il 65° anno di età.
E' ragionevole prospettare che nel decennio 2016÷2025 l'uscita media dal SSN interesserà circa il **47%** dell'attuale dotazione, considerato il trend anagrafico, con una media di uscite di circa 4.700 unità/anno.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la mancata applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee.

È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 65 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, anche accettando le penalizzazioni previste, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione. Inoltre, i medici dipendenti del SSN una volta raggiunto il massimo della contribuzione pensionistica non hanno alcuna convenienza economica nel rimanere in servizio.

In aggiunta alle cessazioni del personale medico ospedaliero dipendente, vanno considerate le **uscite relative al personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato.** Anche per queste altre 2 categorie si può stimare un prudenziale trend di cessazioni, nel corso del prossimo decennio (2016÷2025). Il diverso criterio di pensionamento (66 anni e 7 mesi per i ricercatori e 70 anni per i professori di 1ª e 2ª fascia) del personale medico universitario dovrebbe essere "riassorbito" dall'età media più elevata (59,3 anni per i professori ordinari che rappresentano il 20,8% della popolazione; 53,5 anni per i professori associati che rappresentano il 29%; 46,2 anni per i ricercatori che rappresentano il 50.2%) portando ad una percentuale di cessazioni sovrapponibile a quella dei medici ospedalieri **(47%).**

Per i medici specialisti ambulatoriali, nonostante la composizione anagrafica più anziana rispetto a quella dei medici ospedalieri (oltre il 65% ha un'età superiore a 50 anni), i nuovi criteri pensionistici (pensione di vecchiaia crescente da 66 a 68 anni) dovrebbero comportare una percentuale di pensionamenti non molto

distante e stimabile intorno al **50%**. In sintesi, le uscite del personale medico universitario nel decennio sono stimabili in circa 4.000 unità (400 unità per anno), quelle dei medici specialisti ambulatoriali in circa 4.200 unità (420 unità per anno).

Figura 4. Categorie di medici specialisti suddivisi per tipologia, numerosità ed età media (anni).

Tabella 1. Totale medici dipendenti del SSN suddivisi per Regione e per tipologia di contratto.

Regione	TOTALE MEDICI	Tempo indeterminato	Tempo determinato
Abruzzo	3022	2842	180
Basilicata	1241	1164	77
Calabria	4211	3848	363
Campania	9562	9252	310
Emilia-romagna	7273	6762	511
Friuli-venezia giulia	2630	2493	137
Lazio	9133	7813	1320
Liguria	2656	2461	195
Lombardia	14364	12996	1368
Marche	3075	2919	156
Molise	644	517	127
Piemonte	8974	8753	221
Puglia	7138	6508	630
Sardegna	4148	3790	358
Sicilia	9733	8763	970
Toscana	8910	8690	220
Trentino-alto adige (somma BOL -TN)	2011	1852	159
Umbria	2295	2090	205
Valle d'aosta	363	359	4
Veneto	8570	8332	238
DATO NAZIONALE	**109955**	**102204**	**7751**

La stima complessiva, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni **per tutte le categorie di specialisti** operanti nel SSN, come dipendenti o in regime di convenzione, risulta come sotto riportato (espressa anche su base media annuale):

- ***quinquennio 2016÷2020: circa 23.255 unità, pari a 4.651 unità per anno***
- ***quinquennio 2021÷2025: circa 32.225 unità, pari a 6.445 unità per anno***
- ***quinquennio 2026÷2030: circa 22.570 unità, pari a 4.514 unità per anno***

Nei prossimi 10 anni (2016÷2025) i cessati attesi complessivi sono stimabili in circa: **55.480** unità, somma di poco inferiore rispetto al numero complessivo di nuovi specialisti che completeranno l'iter formativo nel decennio considerato, **57.110** unità ad invarianza della programmazione in essere. Il dato è ricavato dalla media annuale dei contratti MIUR degli ultimi 3 anni: **5.711** contratti di formazione specialistica.

Il dato prospettico descritto è in linea con la stima di un trend di cessati (medici specialisti in uscita dal SSN) in incremento nel primo e secondo quinquennio e con l'aumento avvenuto negli ultimi 3 anni del numero di contratti specialistici MIUR.

I medici ospedalieri attivi nell'SSN **a tempo determinato (7.751 unità)** non subiranno verosimilmente cessazioni significative nei prossimi 15 anni, in forza dell'età media stimabile compresa tra 40-45 anni).

Operano inoltre nel SSN circa **6530** medici con contratti atipici, prevalentemente borsisti e contratti libero-professionali anch'essi con età media al di sotto dei 45 anni.

IL DOPPIO IMBUTO: FORMATIVO E LAVORATIVO

Una programmazione basata sull'evidenza non può prescindere dal tenere in considerazione gli errori del passato; un esempio tra tutti è l'annoso problema dell'imbuto formativo, ovvero il gap tra numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia e l'insufficiente numero di contratti specialistici, dilatato enormemente negli ultimi anni da ricorsi al TAR (**Figura 5**).

Nel quinquennio *2026÷2030* vi sarà un dato medio annuale di cessazioni minore dell'intero quindicennio 2016÷2030. All'opposto a partire dal 2019÷2020 si avrà un improvviso picco di nuovi laureati derivato dai ricorsi al TAR per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia degli anni 2013÷2015, fenomeno non sicuramente destinato ad estinguersi. I ricorsi aggraveranno l'imbuto oggi già presente generando negli anni seguenti un **fenomeno clone di "imbuto lavorativo".**

L' "imbuto lavorativo" in sostanza rappresenta la difficoltà di esaurire un'alta domanda occupazionale post laurea (secondaria ai ricorsi TAR e agli alti numeri attuali del numero chiuso delle scuole di Medicina) e post specialistica a fronte di un rallentamento del turnover pensionistico, non modificabile.

L'apparente equilibrio tra futuri cessati complessivi (Medici ospedalieri/Universitari/Specialisti ambulatoriali) e futuri neo-specialisti, non sarà risolutivo a fronte del doppio imbuto (formativo e lavorativo) che insisterà in epoche diverse ma con effetti sommati.

Nei futuri 10 anni i numeri previsti di contratti specialistici MIUR, considerando la media degli ultimi 3 anni, garantiranno un equilibrio per le categorie degli universitari e degli specialisti ambulatoriali, non per la categoria degli specialisti dipendenti del SSN, sia ospedalieri che territoriali. Questo si spiega perché la componente ospedaliera e dei servizi dipendente del SSN che andrà in quiescenza sarà preponderante sulla componente degli universitari e specialisti ambulatoriali (47.284 cessati SSN vs 8.196 cessati per le altre 2 categorie accorpate). Inoltre è da considerare come non esista una corrispondenza numerica tra le tipologie di specialisti in uscita, prevalentemente internisti, pediatri, chirurghi generali e ginecologi, e la programmazione effettuata dall'Università, che continua a rispondere più a interessi particolari ed autoreferenziali che di sistema.

Questo complesso scenario, che vede come *primum movens* il protrarsi per anni di un turnover disatteso e mal programmato, unicamente affrontato a spot per situazioni organizzative di emergenza, ha

determinato grossi deficit nelle dotazioni organiche, aggravati dalla necessità di applicazione delle direttive Europee sull'orario di lavoro come previsto con la Legge n.161 del 30 ottobre 2014 . I processi di *Spending review* hanno ulteriormente appesantito l'affaticato processo di ricambio generazionale e hanno legittimato una ridefinizione degli standard ospedalieri, già presente in un documento bozza del 2012 (Documento LEA), anticipazione dell'attuale Decreto Ministeriale n. 70 del 2 febbraio 2015 *(Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)*. La crisi economica e sociale degli ultimi 7 anni, anziché essere occasione per una evoluzione positiva ed ottimizzata del SSN ha rappresentato un alibi per azioni politiche che in maniera esponenziale hanno ostacolato il rilancio del settore limitando le dotazioni organiche e precarizzando il lavoro.

LA PROSPETTIVA FUTURA DELLE DOTAZIONI ORGANICHE nel decennio 2016-2025: cessati SSN, contratti di formazione specialistica.

Nei prossimi 10 anni:

47.284 medici dipendenti SSN cessati **= 4.728/anno**

40.000 neo-specialisti = **4.000/anno***

*futuri medici specialisti disponibili per l'accesso alla dipendenza nel SSN calcolati a partire dall'anno accademico di iscrizione alle Scuole di Specialità 2011/2012 su una media previsionale degli ultimi 3 anni (5711 borse/anno per formazione post laurea) e considerando che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie di lavorare nel SSN come dipendente. Scelte diverse sono: convenzionamento con il SSN, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e no, industrie del settore, lavoro all'estero.

Confronto cessati e neo-specialisti SSN:

- *4.728- 4.000 = 728/anno pari a 7.280 medici mancanti nei dieci anni.*

Figura 5. Confronto tra numero chiuso Scuole di Medicina, contratti specialistici MIUR, Borse MMG e Laureati stimati per anno accademico (fonte: atti ministeriali MIUR, verbali conferenze Stato-Regione)

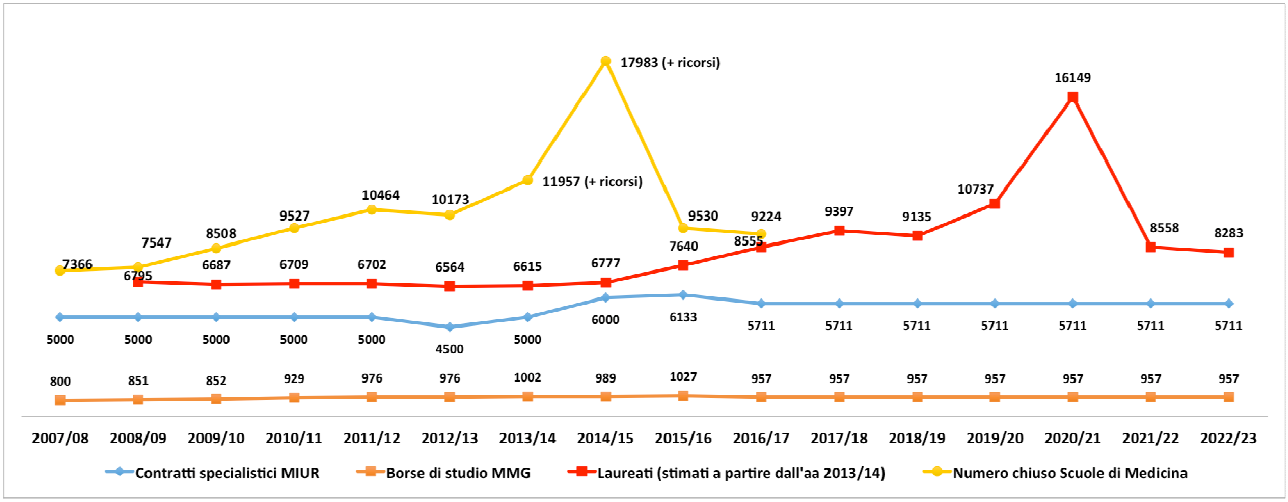
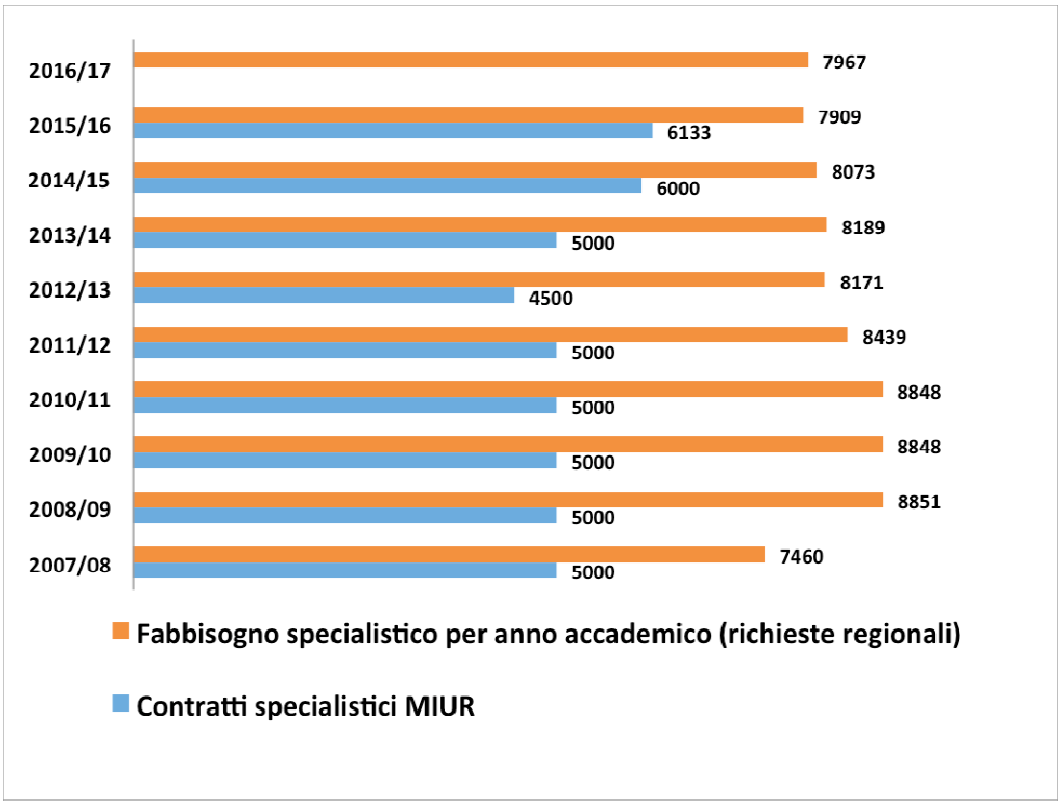


Figura 6. **Confronto tra Fabbisogni specialistici Regionali e contratti di Specialità MIUR**



Fabbisogni Specialistici primo quinquennio (2016/17÷2020/21) Tabella 2:

- N. di cessazioni tra tutte le categorie mediche 2021-25: 6.445/anno
- N. di neo-specialisti mancanti per il SSN: 728/anno

TOTALE: 7.173 fabbisogni specialistici/anno

Fabbisogni Specialistici secondo quinquennio (2021/2022÷2025/26) Tabella 2:

- N. di cessazioni tra tutte le categorie mediche (2026-2030): 4.514/anno
- N. di neo-specialisti mancanti per il SSN: 728/anno
- N. di contratti aggiuntivi eventualmente da prevedere per ammortamento ricorsisti TAR: 1.960/anno

TOTALE: 7.202 fabbisogni specialistici/anno

Numero Chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina quinquennio accademico 2017/18÷2021/2022 calcolati in base ai fabbisogni del secondo quinquennio, al netto della quota TAR e aumentati del 23% secondo tasso di laurea/borse MMG/tasso di abbandono (Tabella 3):

TOTALE: 6.447/anno

Tabella 2. Calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi 2 quinquenni (2016/17÷2025/26), distribuiti in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso per i trienni accademici 2010/11÷2012/13 e 2014/15÷2016/17 rispettivamente.

REGIONE	n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia (triennio accademico 2010/11÷12/13)	nuovi fabbisogni annui, per il 1° quinquennio (2016/17÷2020/21), calcolati secondo il n.di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 2° quinquennio 2021÷2025 distribuiti in base ai posti a numero chiuso (media triennio accademico 2010/11÷12/13)	nuovi fabbisogni annui, per 2° quinquennio (2021/22÷2025/26), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2026÷2030) distribuiti in base ai posti a numero chiuso (triennio accademico 2014/15÷2016/17)
ABRUZZO	354	253	234
BASILICATA	0	0	0
CALABRIA	171	122	175
CAMPANIA	1008	719	770
EMILIA ROMAGNA	978	698	656
FRIULI VENEZIA GIULIA	232	166	167
LAZIO	1260	899	913
LIGURIA	274	195	186
LOMBARDIA	1624	1159	1247
MARCHE	150	107	107
MOLISE	80	57	55
P.A. BOLZANO	0	0	0
P.A. TRENTO	0	0	0
PIEMONTE	587	419	439
PUGLIA	429	306	277
SARDEGNA	319	228	228
SICILIA	958	684	599
TOSCANA	793	566	590
UMBRIA	251	179	149
VALLE D'AOSTA	0	0	0
VENETO	585	417	411
totale	10055	**7173**	****7202**

** numero incrementato di 1960 unità (ovvero ammortamento ricorsisti TAR)

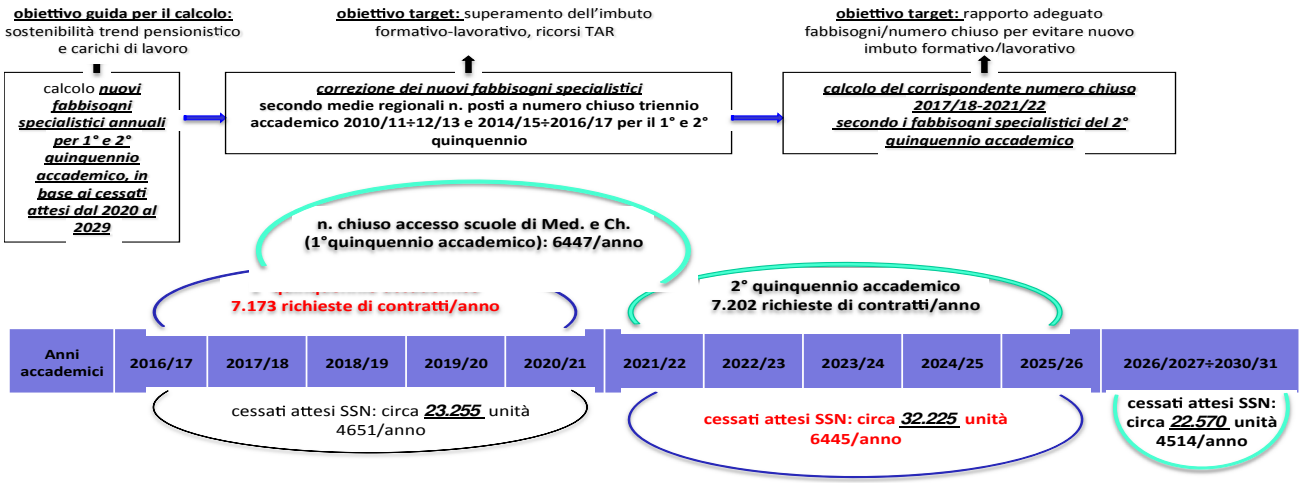
Tabella 3. Calcolo e distribuzione regionale dei posti a numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia sulla base dei nuovi fabbisogni calcolati per il 2° quinquennio accademico (il calcolo dei posti a numero chiuso ha previsto una maggiorazione stimata del 23% del numero complessivo dei fabbisogni ridotti della quota TAR, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni (circa 90%), del tasso di abbandono del CdL (3%) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (10%).

REGIONE	**n. medio posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia, comprensivo ricorsi TAR** (triennio accademico 2014/15÷2016/17)	**nuovi fabbisogni annui, per 2° quinquennio (2021/22÷2025/26), calcolati secondo il n. di specialisti impiegati nel SSN in cessazione nel 3° quinquennio 2026÷2030; corretti per ammortamento ricorsisti TAR)** distribuiti in base ai posti a numero chiuso (triennio accademico 2014/15÷2016/17)	**posti a numero chiuso annuali per accesso scuole di Medicina e Chirurgia (quinquennio accademico 2017/18÷2021/22), calcolati sulla base dei fabbisogni espressi per il 2° quinquennio 2021/22÷2025/26, eliminata la quota di ammortamento ricorsi TAR (1960 posti anno)**
ABRUZZO	418	234	209
BASILICATA	0	0	0
CALABRIA	313	175	157
CAMPANIA	1377	770	690
EMILIA ROMAGNA	1173	656	587
FRIULI VENEZIA GIULIA	298	167	149
LAZIO	1632	913	817
LIGURIA	332	186	166
LOMBARDIA	2229	1247	1116
MARCHE	192	107	96
MOLISE	99	55	50
P.A. BOLZANO	0	0	0
P.A. TRENTO	0	0	0
PIEMONTE	784	439	393
PUGLIA	496	277	248
SARDEGNA	407	228	204
SICILIA	1071	599	536
TOSCANA	1054	590	528
UMBRIA	267	149	133
VALLE D'AOSTA	0	0	0
VENETO	735	411	368
totale	**12879**	**7202**	***6447**

*correzione di circa +23% rispetto i fabbisogni di riferimento, in considerazione di: tasso di laurea in 6 anni (circa 90%), tasso di abbandono del CdL (3-5%) e borse per la scuola di Medicina Generale (10%)

La figura 7 mostra come le cessazioni attese dal 2021/25 al 2026/30 siano determinanti per il calcolo dei nuovi fabbisogni specialistici per i prossimi futuri 2 quinquenni (considerando che la durata media delle specialità è di 5 anni). Nel calcolo proposto, la distribuzione regionale dei nuovi fabbisogni è stata corretta in base alle medie regionali dei posti a numero chiuso allora stabiliti per i trienni accademici 2010/11÷2012/13 e 2014/15÷2016/17 rispettivamente. I fabbisogni specialistici, calcolati per gli anni accademici 2021/22÷2025/26 concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia a partire dall'anno accademico 2017/18; il calcolo ha previsto **una maggiorazione stimata del 23%** del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni degli studenti (circa 90% degli iscritti, fonte Mastrillo), del tasso di abbandono del Corso di Laurea (circa 3%) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%), (**Tabelle 2** e **3**).
Si precisa che il calcolo proposto non considera l'eventuale incremento delle borse per la Scuola di Medicina Generale che potrebbe rendersi necessario per compensare i pensionamenti dei medici del settore, previsti dall'Enpam in circa 21.700 entro il 2023 (circa 3.000 ogni anno a fronte di circa 1000 borse/anno della programmazione attuale).

Figura 7. Schema e *timeline* della nuova programmazione sanitaria per gli anni accademici 2016/17÷2025/26



Conclusioni

Gli imbuti formativi e lavorativi descritti stanno inducendo di anno in anno una importante emigrazione di medici italiani verso altri paesi europei, Francia, Germania, Svezia, Danimarca, Regno Unito e Svizzera in particolare, oltre che verso gli Stati Uniti. Secondo dati Istat, i professionisti del settore sanitario che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero sono passati da 396 nel 2009 a 2363 nel 2014 (+ 596%). Nel 2015 per i soli laureati in Medicina e Chirurgia, il Ministero della Salute ha rilasciato 1112 attestati di conformità e 1724 attestati di *good standing*. Nel Regno Unito, secondo i dati del *General Medical Council*, i medici italiani che prestano servizio sono più di 3000, rappresentando l'1,1% degli iscritti nel 2014. Tra il 2014 e il 2015 sono aumentati di circa 200 unità. Oramai siamo a circa 1000 laureati o specialisti che emigrano ogni anno. Per l'Italia il costo della formazione per singolo medico si aggira intorno a 150.000 €. In termini economici, è come se regalassimo mille Ferrari all'anno agli altri paesi europei ed extra europei. Ovviamente il danno non è solo economico. Noi perdiamo talenti, intelligenze, saperi professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro SSN e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese.

Anche il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN. Il ricambio generazionale è bloccato e con esso quel trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse. Nel 2017, se non cambiano le politiche sull'assunzione in servizio, l'età media dei medici ospedalieri sarà superiore a 55 anni, la più alta nel panorama europeo e la seconda al mondo dopo Israele (Dati Oecd 2015).

La responsabilità di questo spreco di risorse umane ed economiche ha precise connotazioni.

La crisi economica del 2008 si è portato dietro un importante de-finanziamento del SSN che solo recentemente sembra rallentare. Il controllo della spesa per il personale è diventata la leva principale di intervento per raggiungere l'equilibrio economico nelle regioni in piano di rientro. L'assunzione del personale è bloccata dalla Legge 191/2009, che vieta, per questo settore, una spesa superiore a quella del 2004 ridotta dell'1.4%. Il turnover di fatto è limitato al 25-50% delle uscite. Dal 2009 al 2014 il numero dei medici dipendenti a tempo indeterminato si è ridotto di 7.000 unità. Nelle Aziende sono così dilagate le assunzioni di specialisti convenzionati o con contratti atipici o libero professionali. Lo scenario che si prospetta nei prossimi 10 anni nel SSN è drammatico. Da un lato l'uscita dal sistema per pensionamento di circa 47.300 medici specialisti del SSN, a cui aggiungere circa 8.200 tra medici universitari e specialisti ambulatoriali, e dall'altro circa 14.300 precari tra tempi determinati e contrattisti alla ricerca di una stabilizzazione definitiva del loro rapporto di lavoro. L'esodo diventa biblico se aggiungiamo anche i circa 30.000 medici di medicina generale che raggiungeranno i criteri di quiescenza nei prossimi 10 anni (Dati Enpam 2016). L'impoverimento delle dotazioni organiche, in un settore dove il lavoro umano e il saper fare sono fondamentali per erogare buone cure, è un rischio non trascurabile. Lo sblocco del turnover e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro SSN nonché la qualità dei servizi.

In tutta evidenza il futuro del SSN è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università. Fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il SSN non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvii motivi di dotazione di posti letto e casistiche operatorie, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacin*o* d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il SSN può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, al di fuori da seri studi di programmazione che tengano insieme aspetti demografici, dinamiche pensionistiche, esigenze del sistema in termini di formazione, qualità e quantità del personale, non risolva il problema della prossima carenza di medici specialisti perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pletora medica. Noi proponiamo in base ai dati illustrati che il numero dei posti per la Scuola di Medicina e Chirurgia debba essere limitato a circa 6.500 ogni anno, mentre le

borse di studio per la formazione post laurea dovrebbero aumentare fino a circa 7.200, magari anche con finanziamenti europei considerata l'emigrazione dei nostri laureati e specialisti verso altri paesi della Comunità.

Una strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al lavoro nel SSN. Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o manifeste e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche. La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale. Recuperare il ruolo professionalizzante degli Ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

La tabella 4 riassume i numeri della programmazione.

Tabella 4. Box riassuntivo programmazione

ANALISI DESCRITTIVA NUMERO MEDICI PER CATEGORIA (2014-15)		cessazioni (percentuale) attese nel decennio 2016-2025
Medici dipendenti a tempo Indeterminato	102.204	circa 47%
Medici dipendenti a tempo determinato	7.750	% non significativa
Medici Universitari (Prof. O-A/ricercatori)	8.537	circa 47%
Medici con contratti atipici	6.500	% non stimabile
Medici Specialisti Ambulatoriali	8.469	circa 50%

ANALISI DESCRITTIVA DELLE VARIABILI CHE INSISTONO OLTRE LE CESSAZIONI SULLA PROGRAMMAZIONE

Numero di medici specialisti ospedalieri mancanti nel decennio2016-2025 dal rapporto cessati/neo-specialisti: **circa 730/anno**
Studenti ricorsisti TAR riammessi alle scuole di Medicina e Chirurgia: **circa 9800 per il biennio acc. 2013/14 e 14/15**

I NUMERI DELLA PROGRAMMAZIONE PER QUINQUENNI ACCADEMICI E PER CATEGORIA

Numero programmato di accessi alle scuole di Medicina e Chirurgia per il quinquennio acc. 2017/18 - 2021/22: **circa 6450/anno**
Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc.2016/17 - 2020/21: **circa 7170/anno**
Numero programmato di contratti di formazione specialistica per il quinquennio acc. 2021/22 - 2025/26: **circa 7200/anno**

Lo studio realizzato elabora le fonti informative presenti nei vari registri sotto elencati:

- *MIUR, rapporto ufficio statistica (statistica.miur.it)*
- *MIUR, report osservatorio professioni sanitarie*
- *ANVUR, personale docente universitario*
- *Conto Annuale del Tesoro (CAT) 2013 e 2014 e anticipazione dati 2015.*
- *Ced FNOMCeO, dati disponibili su personale medico attivo in Italia*
- *ENPAM, ufficio statistico*
- *Istat 2015*
- *Annuario Statistico del Ministero della Salute 2013 su dati pubblicati nel 2016*
- *Il personale del Sistema Sanitario Nazionale italiano, Ministero della Salute anno 2012*