La programmazione del fabbisogno di personale medico nel decennio 2014/2023: curve di pensionamento, fabbisogni specialistici e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia

Domenico Montemurro, Fabio Ragazzo, Carlo Palermo

Introduzione

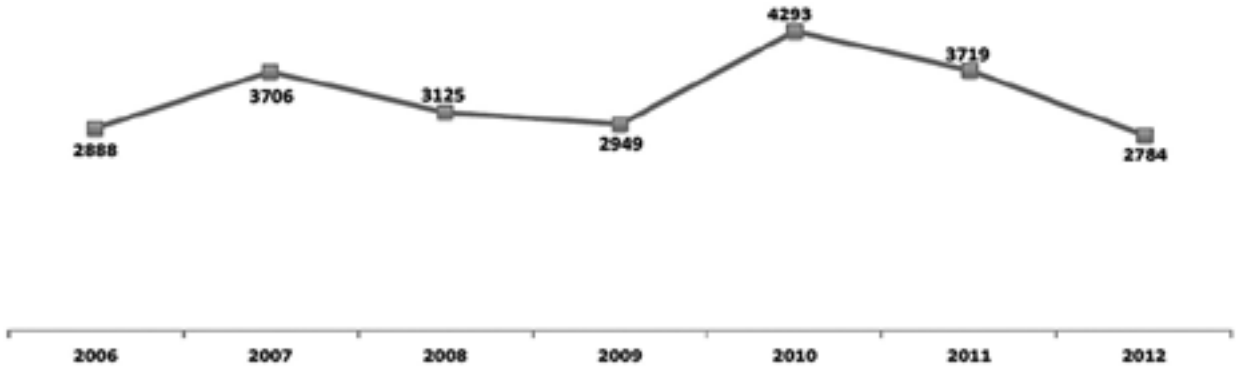
Una vivace polemica si è sviluppata recentemente riguardo la consistente riduzione dei contratti di specialità per i laureati in Medicina e Chirurgia disposta dal Miur. Ancora una volta l'Università tenta di liquidare il problema della riduzione dei contratti di formazione post laurea ed insieme degli accessi alle scuole di Medicina e Chirurgia, come responsabilità della sola politica. Lo studio realizzato elabora le fonti informative presenti nei seguenti registri: Banca dati Miur, Undicesimo rapporto sullo stato del Sistema Universitario Miur 2011, Annuario Statistico Enpam 2012, Conto Annuale del Tesoro 2010 e 2012 (da adesso in poi Cat), Ced FNOMCeO 2012 e 2013, verbali Conferenza Stato Regioni, documento della Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Ssn 2012, allo scopo di definire una cornice entro la quale realizzare una programmazione sanitaria che consideri curve di pensionamento, borse di studio Miur, fabbisogni specialistici richiesti dalle Regioni e numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia.

Analisi per macro-aggregati

I medici attivi in Italia al 2013, sino all'età di 70 anni, sono circa 327.900 (fonte: Ced FNOMCeO 2013). Il personale medico dipendente del Ssn che opera nelle Asl, nelle Aziende Ospedaliere, negli Istituti di ricovero e cura pubblici a carattere scientifico e nelle Ares, ammonta a circa 116.000 unità, di cui a tempo indeterminato 109.000 unità e con rapporto flessibile 7.000 unità; il personale medico universitario che opera nei Policlinici e nelle Aziende ospedaliero-universitarie è pari a circa 11.000 unità; i medici specialistici ambulatoriali convenzionati (con esclusione degli odontoiatri) insieme ad altri settori specialistici rappresentano circa 15.000 unità. I calcoli ai fini della programmazione dei fabbisogni sono stati effettuati su questi 3 macro aggregati di medici specialisti. Secondo il Cat del 2012, i medici dipendenti del Ssn 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) sono risultati pari a 2784 unità. La figura 1 mostra una netta riduzione dei pensionamenti nel 2011 e nel 2012 dopo il picco avuto nel 2010. È il primo effetto dello "scalone" previdenziale creato con la riforma "Fornero" che ha spostato in avanti di circa 3-4 anni la possibilità di pensionamento dei nati dopo il 31 dicembre 1951. La riduzione dei pensionamenti dovrebbe continuare fino al 2015/2016, quando i medici nati dal 1952 in poi incominceranno ad acquisire i nuovi criteri di pensionamento: almeno 62 anni di età e 42 anni e 6 mesi di contributi versati ovvero 66 anni e 3 mesi per la pensione di vecchiaia. Per i medici dipendenti del Ssn il trend pensionistico dal 2014 è stato calcolato, su base previsionale, per fasce d'età quinquennali, piuttosto che attraverso una stima annuale, resa poco affidabile dalla revisione del sistema previdenziale e dalla variabilità dei comportamenti individuali a fine carriera. È stato ipotizzato che i medici ospedalieri dopo la riforma "Fornero" possano raggiungere i nuovi criteri di quiescenza per anzianità (42 anni e 6 mesi di contributi versati) entro il 65° anno di età. È ragionevole prospettare che nel decennio 2014÷2023 l'uscita media dal Ssn interesserà circa il 40-45% dell'attuale dotazione, di cui risulta che circa il 64% dei medici dipendenti del Ssn ha più di 50 anni. 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 il 9% 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.

Figura 1 - Numero di medici specialisti cessati dal Ssn, suddivisi per anno (fonte: Cat 2012)



Le carenze specialistiche del Ssn
Le osservazioni sopra esposte, consentono di mettere a confronto, per le principali Specialità, i flussi pensionistici nel Ssn nei prossimi 10 anni (fonte: Cat 2010, Ced FNOMCeO 2012 e Ministero della Salute 2012), con le capacità formative post laurea (contratti di formazione specialistica Miur, ad invarianza di programmazione) nello stesso decennio (Tabella 1). Quasi tutte le specialità analizzate subiranno un deficit che rischia di impoverire la qualità dei servizi offerti dal Ssn.

Le cessazioni per macro-aggregati
I medici nati tra il ’49 e il ’58, dipendenti del Ssn, hanno già maturato o matureranno i criteri pensionistici pre o post “Fornero” nell’arco dei prossimi 10 anni (2014-2023) e costituiranno un numero di cessazioni stimabili in circa 47.200 unità (fasce d’età 55-59, 60-64 anni e oltre), di cui circa 14.150 nel primo quinquennio e circa 33.050 nel secondo quinquennio. Nel quinquennio 2024-2028 i medici in possesso dei criteri di quiescenza dovrebbero essere circa 25.500, con una media annuale di 5100 unità. Solamente nel decennio 2029-2038 si registrerà una contrazione del numero di cessazioni annuali, sostenute dalle fasce d’età 40-44 anni e 45-49 anni del Cat 2012, con media annuale di circa 2.800 unità, ritornando al livello in essere prima della riforma “Fornero”. In aggiunta alle cessazioni del personale medico dipendente, vanno considerate le uscite relative al personale medico universitario e specialista ambulatoriale convenzionato. Anche per queste altre 2 categorie si può stimare un trend prudenziale di cessazioni, nel corso del prossimo decennio (2014-2023). A nostro parere il diverso criterio di pensionamento (65 anni 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 (61 anni per i professori ordinari che rappresentano il 21% della popolazione; 55 anni per i professori associati che rappresentano il 29%; 45 anni per i ricercatori che rappresentano il 50%) portando ad una percentuale di cessazioni sovrapponibile a quella dei dipendenti del Ssn (40-45%). Per i medici specialisti ambulatoriali, nonostante la composizione anagrafica più anziana rispetto a quella dei medici dipendenti (oltre il 70% ha un’età superiore a 50 anni), i nuovi criteri pensionistici (pensione di vecchiaia crescente da 66 a 68 anni nei prossimi anni) dovrebbero comportare una percentuale di pensionamenti intorno al 40%. In sintesi, le uscite del personale medico universitario nel decennio sono stimabili in circa 5.000 unità (500 unità per anno), quelle dei medici specialisti ambulatoriali in circa 6000 unità (600 unità per anno). La stima

complessiva, espressa anche su base media annuale, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di specialisti, operanti nel SSN, risulta come sotto riportato:

- quinquennio 2014÷2018: circa 19.650 unità, pari a 3930 unità per anno;
- quinquennio 2019÷2023: circa 38.550 unità, pari a 7710 unità per anno;
- quinquennio 2024÷2028: circa 31.000 unità, pari a 6200 unità per anno.

Pertanto nei prossimi 10 anni (2014-2023) le cessazioni complessive (personale medico Ssn, personale medico universitario, medici specialisti ambulatoriali) saranno stimabili in circa 58.200 unità, ben al di sopra del numero di contratti di formazione specialistica previsti dall'attuale programmazione (42.700 unità nel decennio, considerando la media degli ultimi 3 anni).

Tabella 1 - Specialità principali del Ssn: pensionamenti dei medici specialisti operanti nel Ssn confrontati con i contratti di formazione Miur ad invarianza di programmazione (proiezione decennale, 2014÷2023)

Specialità	Numero di Medici Specialisti dipendenti carenti del SSN che con approssimazione acquisiranno nel periodo 2014÷2023 i criteri di pensionamento (fonte: CAT 2010, Minist. della Salute 2012 e Ced FNOMCeO 2012)	Contratti di formazione estrapolabili nel periodo 2014-2023 (fonte MIUR: media ultimi 3 anni accademici 2010-2013)	Differenza a invarianza di programmazione
Pediatria (inclusi PLS*)	6001	2900	-3101
Medicina Interna	4119	2280	-1839
Chirurgia Generale	3621	2710	-911
Cardiologia	2904	2480	-424
Ortopedia	2109	1900	-209
Ginecologia	2647	2160	-487
Anestesiologia	5481	5140	-341
Urologia	963	820	-143
Geriatria	1422	1280	-142
Psichiatria	2653	1820	-833
Igiene e sanità pubblica	1982	1400	-582
Radiologia	2943	3420	477

*PLS: Pediatri di libera scelta

Criticità e sviluppo di una nuova programmazione

Queste criticità impongono una nuova programmazione sanitaria. Le urgenze da risolvere, per le implicazioni che hanno su qualità e sostenibilità del Ssn sono l'imbuto formativo, risultato dal gap tra numero chiuso , ma in crescita costante negli ultimi anni, per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia e l'offerta formativa post-laurea, sofferente di una variabilità tra contratti di formazione specialistica Miur, vincolati a risorse economiche in contrazione, e richieste regionali. Senza dimenticare il precariato medico generato sia dal blocco del turnover che da riforme pensionistiche sempre in itinere che spostano in avanti l'uscita dal sistema. Entrambi i fenomeni spingono le Regioni, a torto o a ragione, ad un errato calcolo programmatico dei fabbisogni di personale. Va considerato che i fabbisogni specialistici espressi dalle Regioni, rappresentando verosimilmente una stima più aderente alla realtà e nonostante le disomogeneità programmatiche, costituiscono il fattore modulabile della programmazione, e quindi l'obiettivo di ogni intervento. La sostenibilità previdenziale, il precariato e la continuità formativa devono essere quindi la base per una revisione

del numero dei posti di accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia, dei fabbisogni specialistici (richieste regionali), secondo una vision prospettica che tenga conto delle cessazioni previsionali dei medici specialisti nei prossimi 10-15 anni, pur scontando la incertezza derivante da diversi modelli di organizzazione del lavoro. Le cessazioni attese dal 2018/19 al 2027/28 risultano 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 2007/8÷09/10, e 2011/12÷2013/14, rispettivamente. I fabbisogni, sempre intesi come richieste regionali, calcolati per gli anni accademici 2018/19÷2022/23 concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia dal 2014; il calcolo ha previsto una maggiorazione stimata del 25% del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea in 6 anni (circa 80-85% degli iscritti), del tasso di abbandono del Corso di Laurea (circa 3-5%), della quota di studenti fuori corso e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%).
La strategia di contenimento della spesa formativa, fino ad oggi applicata, non appare fonte di equilibrio e di risparmio reale, soprattutto se la distribuzione di pochi contratti di formazione Miur viene indirizzata verso Atenei capofila con grandi reti formative, talvolta anche inter-regionali. Risulta quindi necessario identificare e adottare misure correttive, soprattutto per le branche specialistiche evidenziate in tabella 1, che agiscano in controtendenza alla contrazione complessiva dei contratti proposta oggi dal Ministero.

Nuovo numero chiuso e nuovi fabbisogni specialistici
I fabbisogni specialistici (richieste regionali) e il numero chiuso, calcolati attraverso la metodologia sopra descritta, sono stati riportati nelle tabelle 2 e 3 come nuovi previsionali regione per regione. I risultati su scala nazionale sono:

- 7750 posti annuali complessivi nazionali (numero chiuso) per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14÷2017/18;
- 7710 fabbisogni specialistici annuali complessivi nazionali, calcolati per il 1° quinquennio accademico 2013/14÷2017/18;
- 6200 fabbisogni specialistici annuali complessivi nazionali, calcolati per il 2° quinquennio accademico 2018/19÷2022/23.

Considerazioni e proposte
L'imbuto che si è creato tra numero annuo di laureati in medicina, crescente grazie a miopia delle politiche di accesso ed invasioni del Tar, e posti nelle scuole di specializzazione, in progressiva riduzione a causa della esiguità delle risorse economiche rese disponibili dalla legge di stabilità, ha già creato ampie e preoccupanti sacche di disoccupazione e sottoccupazione medica. È evidente che "togliendo" e "tagliando" il futuro alle nuove generazioni di medici, e impedendo loro un accesso al Ssn, di fatto si vuole costringerle a cambiare Paese facendo morire lo stesso sistema sanitario. A nostro parere, oltre a denunciare l'imbuto formativo, per onestà intellettuale, si dovrebbe pensare criticamente ai decreti del Miur che hanno aumentato la durata dei percorsi formativi, introdotto il bonus per chi partecipava al concorso per l'ammissione alle scuole di Medicina e Chirurgia, per poi toglierlo e reintrodurlo, modificando di fatto le graduatorie e spingendo chi non era entrato a ricorrere alle vie legali. La programmazione non è da intendersi come uno sterile ed insignificante vocabolo, spesso utilizzato e abusato dai politici e dai funzionari ministeriali e regionali come scorciatoia per sfuggire ad una doverosa e corretta allocazione delle risorse che garantisca al contempo una puntuale definizione dei fabbisogni ed una buona qualità della formazione. Se il precariato medico è diventato un'emergenza sociale, si deve anche rivedere la formazione, oggi affidata solo alle Università, ripensando gli Ospedali Italiani come occasione professionalizzante per i medici neo-laureati e di sviluppo di expertise per i medici a fine specialità. Occorre quindi mettere in discussione le caratteristiche di un sistema autoreferenziale che si interpreta e si

comporta come privo di limiti e di obblighi sociali, rendendo sempre più evidente come l'attuale sistema formativo medico post-laurea, che di fatto esclude le competenze e le prerogative del Servizio Sanitario, necessiti di un profondo ripensamento e di un vero e proprio cambio di paradigma. Va in questa direzione la discussione in merito all'istituzione o meno di una graduatoria nazionale non solo per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia ma anche per le Scuole di Specialità, e l'incontro facilitato di formazione universitaria e mondo del lavoro. A questo proposito un ipotetico "scenario" di incontro potrebbe essere sintetizzato come segue:

- 50% della durata della specialità con contratto di formazione specialistica in ambito universitario;
- 50% in ambiente extra-universitario (scelta personale di almeno una sede ospedaliera extra universitaria, ma della rete formativa, in cui turnare, con eventuale possibilità di assunzione con contratto di formazione specialistica a carico dei bilanci regionali o aziendali, anche per l'aspetto contributivo) senza l'obbligo di aver già conseguito il titolo di specialista. Questo permetterebbe anche di liberare risorse per colmare il gap fabbisogni/contratti Miur;
- frequenza finale di 6 mesi nella sede ospedaliera di preferenza, tra le massimo 3 frequentate (praticantato valutato ai fini di una possibile assunzione post specialità), oppure facoltà di svolgere il praticantato presso la stessa sede universitaria, qualora lo specializzando decidesse di concorrere per una borsa di dottorato di ricerca;
- abolizione dei dottorati di ricerca senza borsa.

In conclusione, 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 non risolva il problema della prossima mancanza 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.

La strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema. 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.

Imbuto formativo e il fenomeno "fuga all'estero"

La programmazione del numero chiuso per l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia 2014/2015 comporterà circa 8000 nuovi laureati (9.500 – un 15% di ritardi); i contratti di formazione specialistica si stimano essere circa 3.300 previsionali, a cui aggiungere circa 1000 borse per la formazione di Medicina Generale. I neo-laureati che rimarranno senza la possibilità di proseguire l'iter specialistico saranno quindi molti più di 3.500 (considerando gli esclusi negli anni passati e i laureati in più di 6 anni) costituendo un chiaro "imbuto formativo", che determinerà negli anni futuri un aggravio delle sacche di precariato. Preparare un medico è un processo molto costoso, sia in termini economici che di impegno. I costi per la collettività sono rilevanti, per la maggior parte legati alla gestione delle Facoltà di Medicina e delle Scuole di Specialità. Il peso economico è notevole anche per lo studente, pronto a sostenere un ciclo di studi di almeno sei anni per giungere alla laurea, un periodo di "purgatorio" che può durare anche diversi anni, prima dell'ingresso in

scuola di specialità. La spesa media sostenuta da uno studente per l'intero corso di laurea (6 anni) è di circa 8150 euro e di circa 9.860 euro per specializzarsi, tra costi medi di: test di ammissione, tasse universitarie corrette per merito e reddito, tassa iscrizione ordine provinciale, tassa esame di abilitazione professionale (fonte: FNOMCeO, portali atenei, IV rapporto costi atenei italiani 2013 di Federconsumatori). La spesa dello Stato per i 6 anni di laurea come Fondo di finanziamento ordinario (Ffo) e per "specializzare" un singolo giovane medico ammonta a circa 24.800 euro e circa 128.000 euro rispettivamente, ovvero circa 152.800 euro per l'intero iter (11 anni, fonte: statistica MIUR e portali atenei). L'Italia, nell'anno accademico 2014/2015, ha aperto l'accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia per circa 9.500 nuovi studenti (sulla base del numero chiuso), e finanzierà quindi una spesa complessiva per la loro completa formazione di circa 1.45 miliardi di euro.
Il nostro Paese spende molto per formare i propri medici e non pone ancora una volta rimedi strutturali solidi per evitare fughe in altri Paesi Europei ed extra Europei (esempio Francia, Germania, Svezia, Regno Unito, Australia) oggi più che mai alla ricerca di medici a cui offrire varie e interessanti soluzioni lavorative.
Da una rilevazione (2009- 2013) del Ced FNOMCeO è emerso che circa il 2% dei laureati emigra, e che tale fenomeno è in continua espansione con un dispendio di risorse economiche per lo Stato Italia, considerando che l'età di fuga è prevalentemente per la fascia d'età dai 30 ai 44 anni, quantificabile in circa 18,4 milioni di euro/anno.
L'inerzia al cambiamento significherebbe voltare le spalle ad una idea già in essere, la cui realizzazione non dovrebbe prescindere da una nuova programmazione basata sull'evidenza.
La risoluzione parziale del problema "imbuto formativo" è sotto gli occhi di tutti; infatti è attraverso una Spending Review virtuosa applicata al recupero della spesa per le unità eccedenti (1750) il numero chiuso da noi proposto (43,5 milioni di euro/anno), e per la fuga all'estero (18,4 milioni di euro/anno), che si otterrebbe un risparmio complessivo di circa 61,9 milioni di euro/anno, sufficiente a coprire oltre 400 contratti di formazione specialistica/anno, senza dover ricorrere al Fse (Fondo sociale europeo) che appare solo mera cosmesi.
Le risorse economiche da reperire per coprire i restanti circa 4000 contratti annuali, ammontano a circa 513 milioni di euro/anno; in virtù di queste considerazioni appare chiaro come una revisione della spesa sia necessaria ma non sufficiente e quindi subordinata ad una riforma sistematica della formazione che veda come stakeholder le Regioni, coinvolte con i propri Ospedali di insegnamento.