

La programmazione: cuore del problema sanità

Introduzione

Storicamente la L. 264 del 1999, rappresenta un primo vero tentativo di programmazione dei fabbisogni medici del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). E' così regolamentato l'accesso alle Facoltà italiane di Medicina e Chirurgia (adesso Scuole di Medicina), con un sistema a numero chiuso. L'effetto di tale programmazione ha iniziato a manifestarsi circa sette anni dopo (nel 2005), considerando la durata del Corso di Laurea (6 anni) e il trend di laureati (circa 80% iscritti/anno). La L. 122 del 2010, inserita in un piano di stabilizzazione finanziaria ed economica nazionale, ha ulteriormente influito sul numero di specialisti da inserire nel SSN (Figura 1), considerando che il tempo che intercorre tra la laurea e il conseguimento di una specialità è mediamente di sei anni.

L'attuale situazione del comparto medici può essere spiegata attraverso l'analisi di quella che è stata la sua programmazione nell'ultimo decennio; sulla base di questa osservazione, potrebbe essere ipotizzata una nuova strategia di pianificazione sanitaria che ottimizzi le risorse e fornisca maggiore qualità di cura in un'ottica di medio - lungo termine (5-10 anni).

Figura 1. Timeline della programmazione medici dal 1999 al 2013 (elaborazione ANAAO).



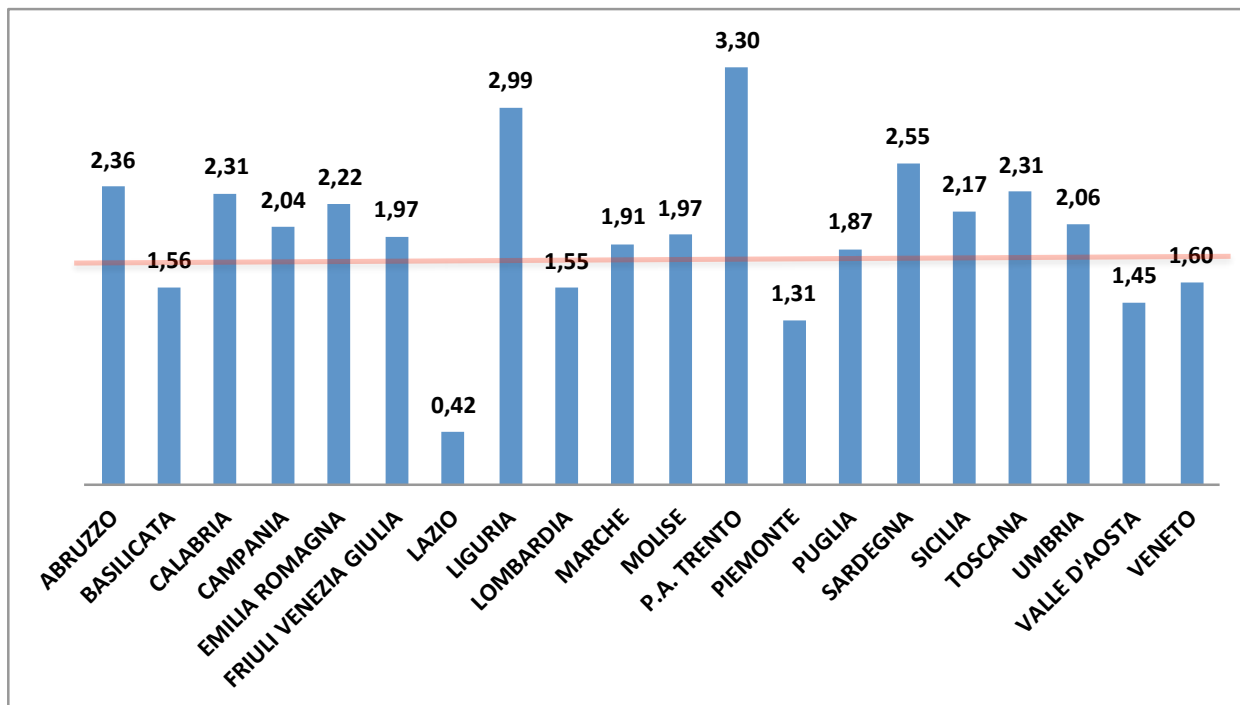
Una proiezione della sanità regionale futura, a dieci anni dall'attuale 2013, mostra come si accentueranno disomogeneità nei flussi di pensionamento e una mancanza di regolarità del fenomeno anno per anno tra le regioni. Da una corretta ricognizione dei trend pensionistici e da un loro raffronto con i contingenti regionali (fabbisogni) e il numero di medici, si possono identificare dei punti di forza-debolezza per una più razionale programmazione anche volta a garantire una sostenibilità previdenziale. Appare evidente come i giovani medici debbano essere considerati quindi una risorsa e un fattore modulante dell'intero sistema.

Le variabilità inter-regionali quali determinanti della programmazione

La nuova programmazione sanitaria (se così vogliamo interpretarla), il cui inizio può essere identificato nella *Spending review*, ha come obiettivo quello di uniformare le regioni a standard dettati più che da esigenze di sistema e di salute, da necessità economiche. Tale operazione è apparsa in diverse realtà regionali "dogmatica" e sbagliata perché inserita in una organizzazione dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR) che non ha considerato altre variabili (non solo posti letto, ma anche formazione, numero medici per unità di popolazione e sostenibilità previdenziale) altrettanto rilevanti e più o meno lontane da ipotetici standard.

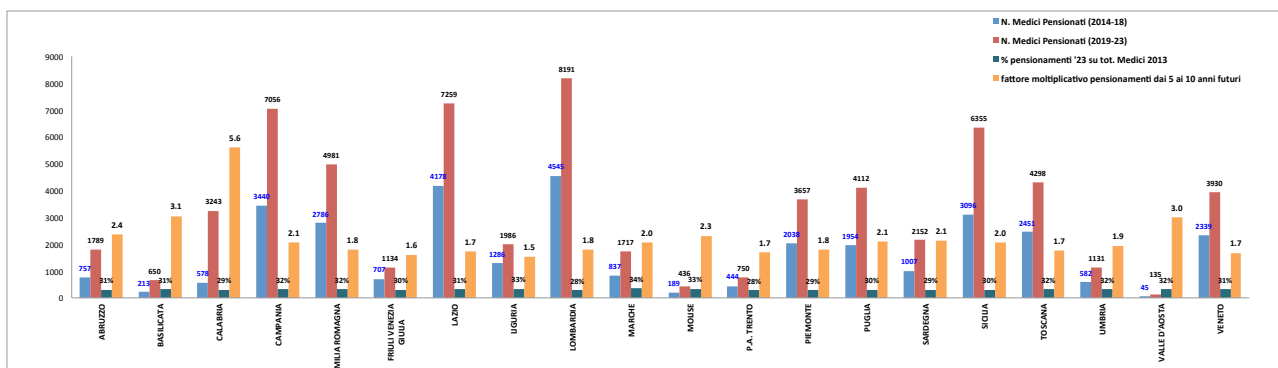
A dimostrazione di quanto lontani siano i SSR da standard comuni, la figura 2 mostra l'attuale diversità inter-regionale del rapporto tra contingenti medici specialisti dei SSR e unità di popolazione (medici x 1000 abitanti); l'obiettivo programmatico di standardizzare le regioni, in questo caso può essere anche solo ad esempio il rapporto medio nazionale esistente ad oggi (1,83 specialisti x 1000 abitanti, rappresentato graficamente dalla linea rossa).

Figura 2. Numero medici specialisti SSN per 1000 abitanti, calcolati mediante standardizzazione su base media nazionale dei dati CED FNOMCeO 2013 (media nazionale 1,83 medici x 1000 abitanti, fonte: Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN 2010); *medici specialisti*: i medici delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV (circa 107.000 unità).



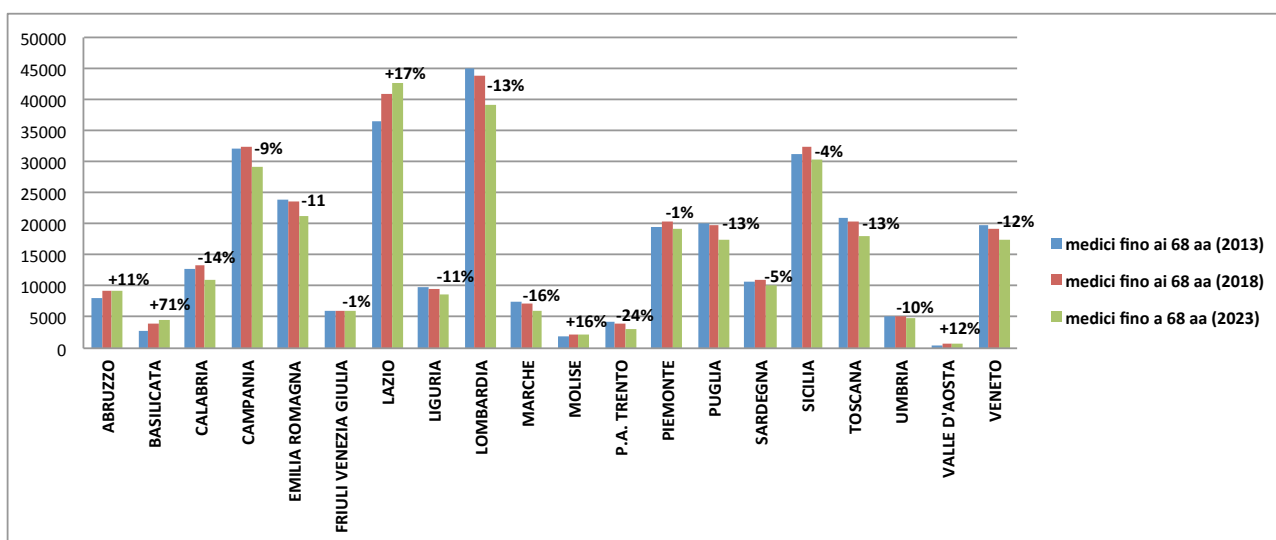
Altri aspetti di diversificazione delle regioni sono i particolari trend pensionistici e il trend del numero di medici, analizzati nei prossimi 5 e 10 anni; la figura 3 mostra come ciascuna regione abbia un trend pensionistico non lineare ma secondo un fattore moltiplicativo rappresentato dalla colonna in arancio, stima seppur indiretta del peso previdenziale che ciascuna regione dovrà sostenere (i pensionamenti nella media italiana si raddoppiano dai 5 ai 10 anni futuri, 2013→'18=33.472; 2019→'23=64.962); la colonna in verde scuro mostra invece le percentuali regionali dei medici attuali (nel 2013) che rientreranno nella fascia pensionabile nei prossimi 10 anni (dal 28% al 34%, fonte CED FNOMCeO 2013).

Figura 3. Pensionamenti dal 2013 nei 5 e 10 anni futuri e loro rapporto; percentuale pensionamenti sino al 2023/n. medici 2013 divisi per regione (CED FNOMCeO 2013)



La figura 4 mostra inoltre come il numero dei medici sia destinato ad una prevalente contrazione, estrapolando a 10 anni i fabbisogni medi regionali degli ultimi 5 anni uniti al calcolo dei pensionamenti (Fig. 4, totale medici italiani '13 FNOMCeO: 324.953, medici '23: 301.607); in questa analisi è importante ricordare che il rapporto medio tra il numero complessivo di medici e la parte di essi impiegata all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche risulti ad oggi di 1 a 3. Le regioni che sperimenteranno un aumento complessivo del numero di medici saranno 5 su 20 (Abruzzo, Basilicata, Lazio, Molise e Valle D'Aosta). Questa tendenza è attribuibile allo scostamento tra pensionamenti e nuovi specialisti, a vantaggio di questi ultimi.

Figura 4. Numero di medici regionali complessivi (non solo dipendenti SSN) nel 2013, 2018 e 2023; trend percentuale 2013→2023 (elaborazione ANAAO su base dati CED FNOMCeO 2013)



Anche il trend di invecchiamento della popolazione medica concorre a distinguere ulteriormente tra loro le regioni assieme ai fattori sopra analizzati; la figura 5 in particolare mette in evidenza un fenomeno di rapido e significativo aumento della percentuale di medici over 55 anni nei soli tre anni passati (2010-13); ben 6 regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise e Sicilia) hanno registrato un aumento dei medici "senior" di oltre il 10%; la figura 6 mostra come la metà delle regioni italiane registri un'età anagrafica media del contingente medici complessivo sopra i 50 anni (centro e sud Italia in prevalenza, prime fra tutte Molise e Liguria).

L'invecchiamento della popolazione medica regionale e la sua sostenibilità previdenziale devono essere analizzate attraverso un modello prospettico. La figura 7 mostra il "trend invecchiamento" dei contingenti medici fino al 2023, estrapolando i fabbisogni medi regionali espressi negli ultimi 5 anni (2007-2013: 8531, FONTE: verbali conferenza stato-regione). Appare evidente come nei prossimi 10 anni il trend dell'età media risulterà in aumento in ben 15 regioni su 20, e come questo rappresenti un indice di scarso turnover generazionale.

Figura 5. Trend 2010→2013 numero medici over 55 anni espresso in aumento percentuale (dati CED FNOMCeO 2013)

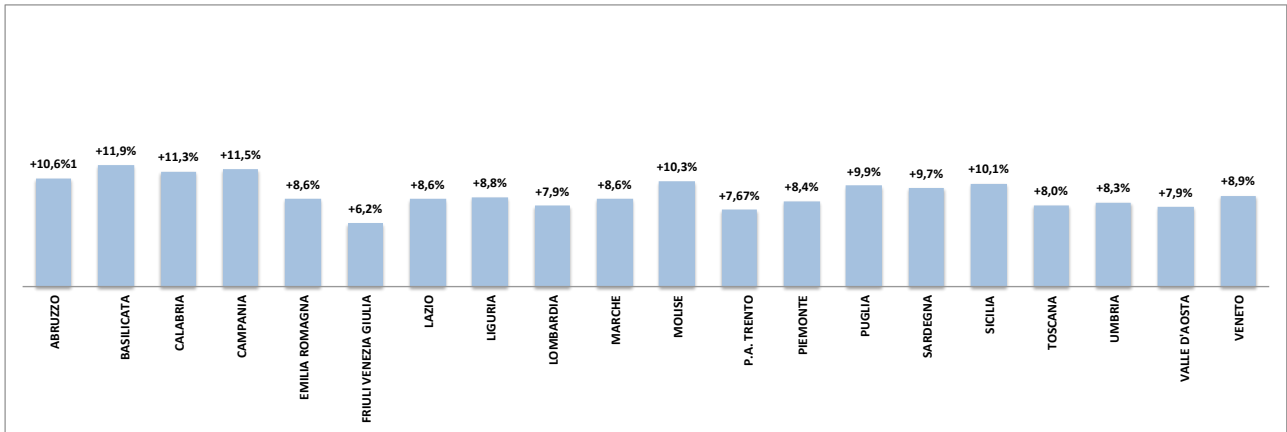


Figura 6. Età media medici 2013 regionale; delta età media medici 2010-13 (dati CED FNOMCeO 2013)

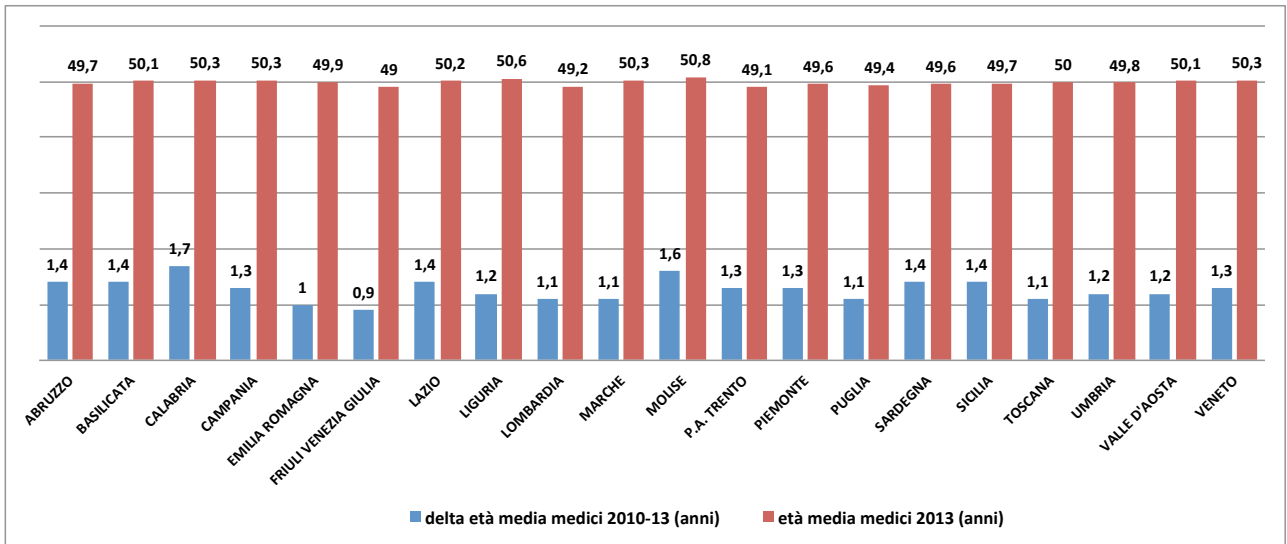
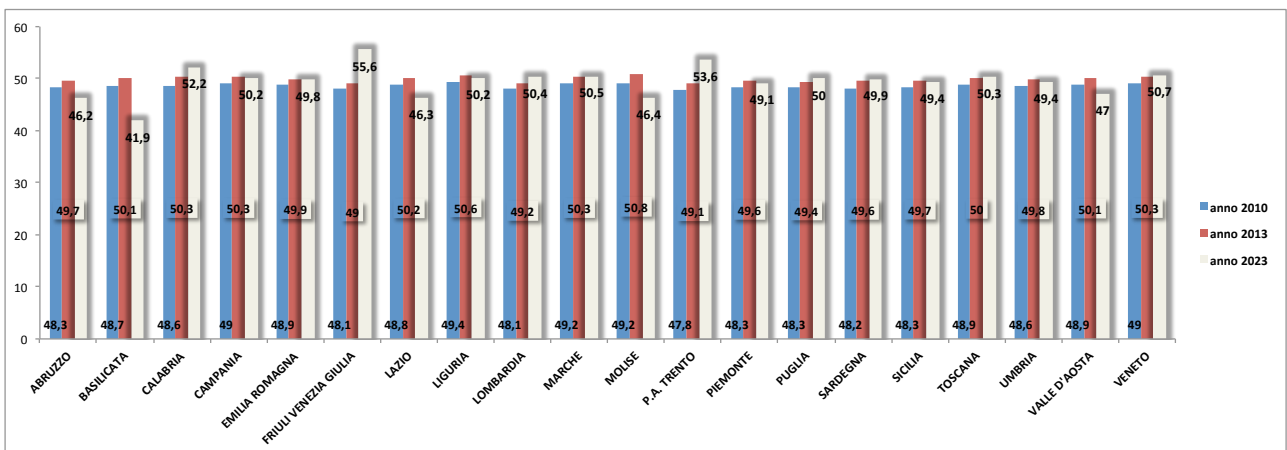


Figura 7. Età anagrafica media dei contingenti medici regionali nel 2010-13 e 2023 (elaborazione ANAAO su dati CED FNOMCeO 2013)



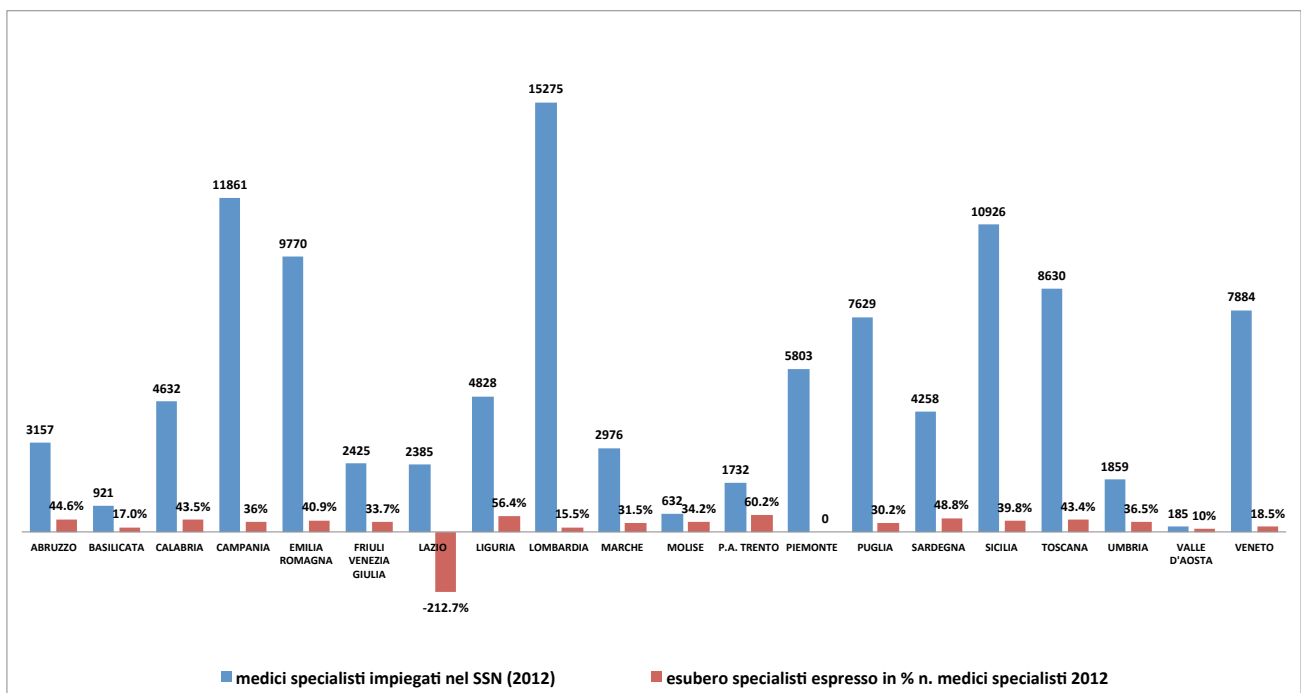
In considerazione delle proiezioni future sopra esposte, si evince come numero di medici, età media anagrafica e trend pensionistico annuale, configurino i fattori di analisi chiave della sostenibilità previdenziale. Il trend dei pensionamenti nel corso dei futuri dieci anni è un fattore su cui la programmazione sanitaria non può incidere in quanto già determinato, ma risulta esso stesso un suo forte determinante.

I maggiori fattori di analisi della programmazione sanitaria quali: fabbisogni regionali di nuovi specialisti, numero medici impiegati nel settore pubblico/convenzionato ed età media, rapporto medici/abitante, rapporto medici/posti letto e posti letto/abitante, fabbisogni di medici di medicina generale e numero chiuso, rappresentano validi parametri di confronto regionali e potenziali modulatori nell'ottica della sostenibilità sanitaria e previdenziale.

L'inizio della nuova programmazione sanitaria (*Spending review*) si è basato, come è stato in precedenza descritto, sul ridimensionamento dei posti letto (PL) attraverso una loro riduzione (si è passati infatti dai 251.023 PL del 2009 ai 230.338 PL del 2012 [-8.3%]; standard quantitativo 3.7 PL x 1000 ab [3.0 PL per acuti, 0.7 PL per lungo degenti]); è opportuno notare come l'esubero del personale medico specialista impiegato nel SSN, risulti fattore di disomogeneità tra le regioni.

Il calcolo di tale esubero potrebbe essere ipotizzato considerando come standard di riferimento il rapporto numero specialisti x posti letto, post *Spending review*, espresso dalla regione Piemonte nel 2013 (regione qui considerata benchmark per rapporto PL /specialisti più alto, pari a 2.84 PL x specialista). La figura 8 mostra la percentuale di specialisti in esubero, secondo lo standard scelto.

Figura 8. Medici specialisti impiegati nel SSN (2013) e ipotetica percentuale di essi in esubero considerando come standard (target) il rapporto posti letto/specialisti più alto tra le regioni italiane (regione benchmark Piemonte: 2.84 PL x specialista; elaborazione ANAAO su base dati CED FNOMCeO 2013)



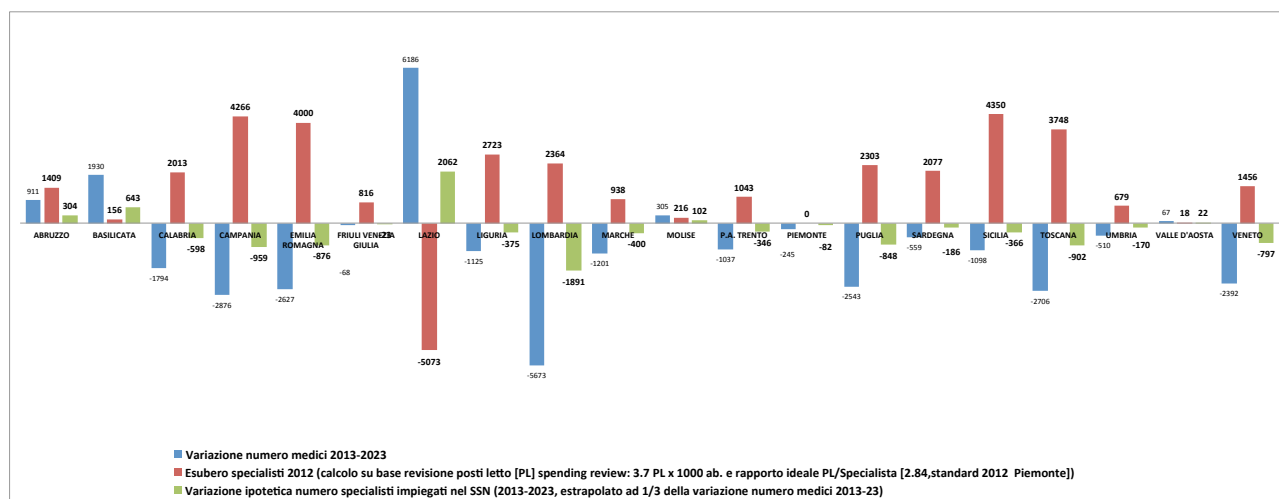
Nel 2013 circa 1/3 del totale dei medici risulta impiegato nel SSN; estrapolando tale rapporto, possiamo quindi ipotizzare il numero di specialisti impiegati nel SSN al 2023 e raffrontarlo

con gli ipotetici esuberanti di specialisti del SSN calcolati al 2013 (post *Spending review*). Da questo confronto si può notare come Abruzzo, Basilicata, Molise, Valle D'Aosta mostrino una difficoltà ad ammortizzare gli esuberanti anche nel lungo periodo (10 anni), a fronte di una insufficiente pianificazione (Figura 9).

Un'osservazione particolare merita l'analisi della regione Lazio, per la quale secondo la proiezione futura, il numero di medici sarà destinato ad aumentare rispetto al 2013, quasi a pareggiare nel 2023 la carenza di specialisti calcolabile al 2012. In realtà la carenza di specialisti che si calcola oggi in Lazio è virtuale, infatti essa è indice del blocco delle assunzioni nel SSN e non ad un reale debito di medici specialisti; ciò è dimostrato anche dal fatto che l'età anagrafica media dei medici sarà tra le più basse attese nel 2023 (Figura 7).

Altre regioni mostrano, diversamente, una tendenza volta se non all'abbattimento completo di potenziali esuberanti, al contenimento del fenomeno che purtroppo non sembrerebbe comunque esaurirsi nei prossimi 10 anni, qualora si mantenga immutata l'attuale condotta programmatica delle regioni.

Figura 9. Variazione 2013→'23 del numero complessivo medici e medici specialisti impiegati nel SSN, confrontati con gli esuberanti potenziali nel 2013 post *Spending review* e su base regione benchmark (Piemonte); (elaborazione ANAAO su base dati CED FNOMCeO 2013).



Da questa estesa analisi risulta chiaro come sia indispensabile strutturare la programmazione sanitaria secondo obiettivi standard, identificando i modulatori più efficaci.

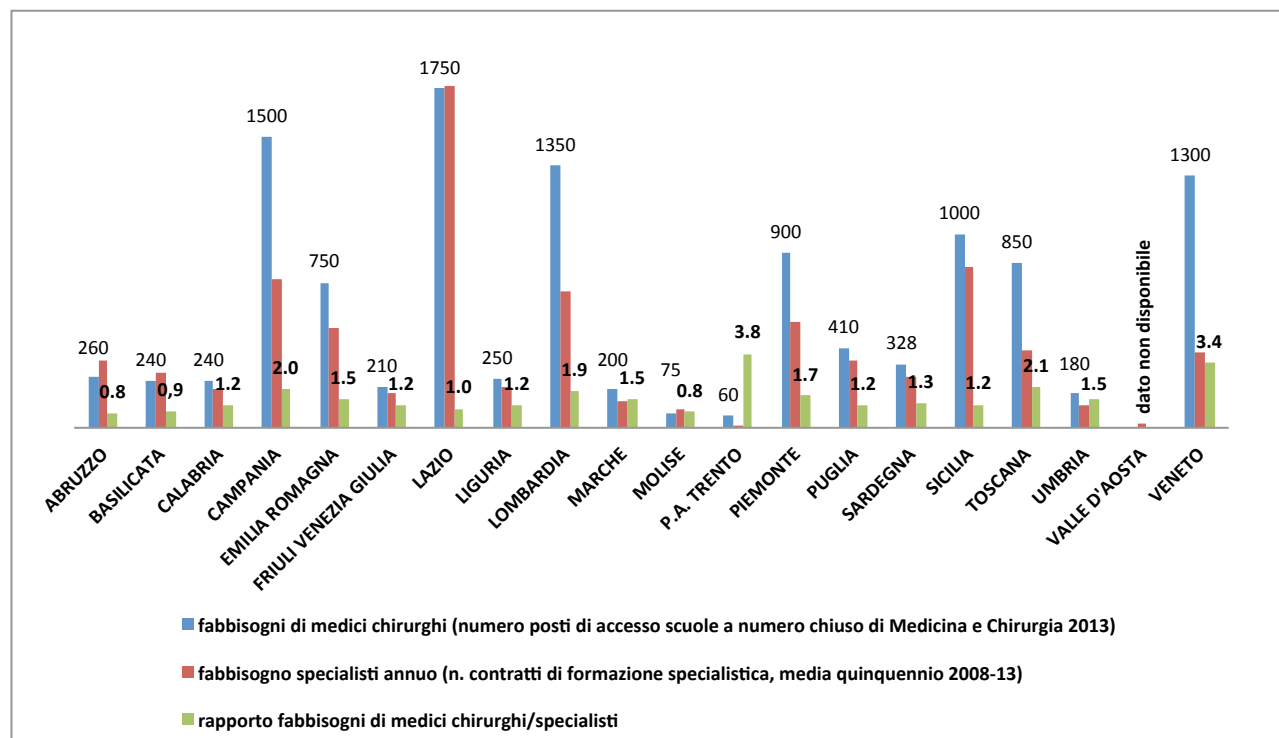
Il modulatore della programmazione sanitaria

Il forte modulatore nel processo di programmazione sanitaria è la corretta formulazione dei fabbisogni di specialisti in ottica prospettica. Oggi essa è espressa dalle regioni su base annuale e in concertazione con il Ministero dell'Università e della Ricerca (MIUR); attualmente i fabbisogni non sono corretti e sproporzionati alle diverse realtà sanitarie. L'obiettivo primario del computo dei fabbisogni deve essere il raggiungimento di una standardizzazione, seppur nel lungo periodo, dei contingenti regionali (es: numero medici specialisti/1000 abitanti), dell'età anagrafica media dei medici e, non per ultimo, della necessità di garantire una sostenibilità previdenziale.

I fabbisogni regionali calcolati sulla base di una programmazione sanitaria reale, devono costituire la base del calcolo annuale dei posti di accesso alle scuole di Medicina e Chirurgia. L'obiettivo deve essere quello di diminuire il gap esistente tra il numero di nuovi medici che si formano in sei anni di laurea e l'offerta di contratti di formazione specialistica. Quindi, ne deriva la necessità di garantire continuità nella formazione del giovane medico, non generare precariato, e ridisegnare la cornice del sistema sanitario nazionale in cui inserire il rapporto ideale di specialisti x 1000 abitanti e gli esuberi.

La figura 10 evidenzia il divario tra fabbisogno di medici specialisti e numero chiuso, che ad oggi (2013) non sembra in controtendenza rispetto agli anni passati. La colonna verde esprime il rapporto tra queste due variabili; nove regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Sicilia, Puglia) mostrano una convergenza dei due indicatori e in particolare Abruzzo, Basilicata e Molise realizzano un rapporto inferiore ad uno, a prescindere dalla loro appropriatezza numerica.

Figura 10. Fabbisogni di medici chirurghi (Fonte: Dipartimento Programmazione e Risorse Umane SSN, 2013-14) e specialisti (Fonte: verbali Conferenza Stato-Regioni) per anno e loro rapporto.



Conclusioni

L'analisi finora condotta ha permesso di identificare le componenti del modulatore "programmazione fabbisogno regionale medici specialisti" e quindi avanzare delle riflessioni guida regione per regione (figura 11).

Figura 11. Schema riassuntivo analitico delle varie componenti del modulatore fondamentale della programmazione dei Medici (FABBISOGNO MEDICI SPECIALISTI) regione per regione. *, dati di non immediata interpretazione; ##, abbattimento esuberi del 100% in quanto regione benchmark.
 FONTE: ELABORAZIONE ANAAO SU BASE DATI MINISTERO DELLA SANITA', CED FNOMCeO

MODULATORE	ELEMENTI CHE COMPONGONO IL MODULATORE	ABRUZZO	BASILICATA	CALABRIA	CAMPANIA	EMILIA ROMAGNA	F. VENEZIA GIULIA	LAZIO	LIIGURIA	LOMBARDIA	MARCHE	MOLISE	P.A. TRENTO	PIEMONTE	PUGLIA	SARDEGNA	SICILIA	TOSCANA	UMBRIA	VALLE D'AOSTA	VENETO	
FABBISOGNI REGIONALI DI MEDICI SPECIALISTI (contratti di formazione specialistica*)	INDICE DI SOFFERENZA PREVIDENZIALE REGIONALE 2013→2023 fattore moltiplicativo pensionamenti dai 5 ai 10 anni futuri (↑↑: >1.7; ↑: 1-fattore<1.7)	↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑	
	NUMERO COMPLESSIVO DI MEDICI SPECIALISTI 2013→2023 (ENTRATE-USCITE) aumento/decreto: ↑ > r.f. 5%; ↑ < r.f. 5%; ↓ > 15%; ↓ < 15%; (trend nazionale -5%)	↑	↑↑	↓	↓	↓	↓	↑↑	↓	↓	↓	↑↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓
	TREND ETA' MEDIA ANAGRAFICA MEDICI SPECIALISTI COMPLESSIVI 2013→2023 ↑: trend >+/-0,5 anni; ↑↑: >+3 aa; ↓: <-3 aa; ↓↓: <-+0,5 aa; ↓↓: <-3 aa (trend nazionale -0,5 aa)	↓	↓	↑	↓	↓	↑↑	↓	↓	↓	↑	↑	↑↑	↓	↑	↑	↓	↑	↑	↓	↓	↑
	RAPPORTO NUMERO SPECIALISTI (impiegati SSN)/1000 ABITANTI (2013) ↑: entro r.f. 0,28 rispetto a 1,83 med. X 1000 ab (media nazionale); ↑↑: rapporto > 2,2; ↓: rapporto < 1,55	↑↑	↓	↑↑	↑	↑	↑	↓	↑↑	↑	↑	↑	↑↑	↓	↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↓	↓
POTENZIALE AUMENTO/RIDUZIONE ESUBERI DI SPECIALISTI 2013 (impiegati nel SSN) nel 2023 ↓: riduzione < 30%; ↓↓: aumento esuberi (↑↑: >100%); ↓: riduzione esuberi compresa tra il 30% e il 80%	↑	↑↑	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓	##	↓	↓	↓	↓	↓	↑↑	↓	

ABRUZZO

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** alta sofferenza previdenziale (trend pensionistico), aumento (+11%) complessivo dei medici specialisti (fabbisogni elevati rispetto a pensionamenti) con alto indice di rinnovo anagrafico della popolazione medica, a scapito di un aumento futuro degli esuberi (+22%, 2023) e un allontanamento dallo standard di rapporto specialisti x 1000 abitanti (2,36 attuale, vs 1,83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna riduzione dei fabbisogni di specialisti considerando dei determinanti secondari, quali: specialità carenti/in eccesso, mobilità sanitaria attiva/passiva (riferita agli utenti del SSN), geografia e demografia territoriale, prevalenza e incidenza di patologie croniche e disabilità.

BASILICATA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** altissima sofferenza previdenziale, aumento importante (+71%) complessivo dei medici specialisti con conseguente altissimo indice di rinnovo anagrafico, ma aumento altissimo degli esuberi (+412%, 2023) e perdita dell'attuale buon rapporto specialisti x 1000 abitanti (1,56 attuale, vs 1,83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna forte riduzione dei fabbisogni di specialisti, anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

CALABRIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** altissima sofferenza previdenziale, significativo calo complessivo dei medici specialisti (-14%) con discreto aumento dell'età media anagrafica, ma con una riduzione moderata degli esuberi (-30%, 2023) e difficile miglioramento del rapporto specialisti x 1000 abitanti (2,31 attuale, vs 1,83 nazionale)

- **Modulatore:** opportuna minima contrazione dei fabbisogni di specialisti, anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

CAMPANIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** alta sofferenza previdenziale, calo complessivo significativo dei medici specialistici (-9%) con irrisorio calo dell'età media anagrafica (-0.1 anni), ma con una riduzione moderata degli esuberi (-22%, 2023) e verosimile mantenimento dell'attuale buon rapporto specialisti x 1000 abitanti (2.04 attuale, vs 1.83 nazionale)
- **Modulatore:** opportuna minima contrazione dei fabbisogni di specialisti, anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

EMILIA ROMAGNA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** alta sofferenza previdenziale, calo complessivo significativo dei medici specialistici (-11%) con irrisorio calo dell'età media anagrafica (-0.1 anni), ma con una riduzione moderata degli esuberi (-22%, 2023) e verosimile mantenimento dell'attuale buon rapporto specialisti x 1000 abitanti (2.22 attuale, vs 1.83 nazionale)
- **Modulatore:** opportuna minima contrazione dei fabbisogni di specialisti, anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

FRIULI VENEZIA GIULIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** sofferenza previdenziale sostenibile, minimo calo complessivo dei medici specialistici (-1%) con importante aumento dell'età media anagrafica (+6,6 anni), con una riduzione irrisoria degli esuberi (-3%, al 2023) e difficile miglioramento del rapporto specialisti x 1000 abitanti, attualmente buono (1.97 attuale, vs 1.83 nazionale)
- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni di specialisti, modulata anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).
- **Osservazioni:** la sostenibilità previdenziale risulta da un corposo blocco di medici nelle fasce di età centrali 50-60, che rallentano il rinnovo anagrafico e mantengono alti gli esuberi.

LAZIO (*, figura 11)

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** discreta sofferenza previdenziale, significativo aumento dei medici specialistici (+17%) con buon indice di rinnovo anagrafico (-3.9 anni).
- **Peculiarità:** secondo la proiezione futura, il numero di medici sarà destinato ad aumentare rispetto al 2013, quasi a pareggiare nel 2023 la carenza di specialisti calcolabile al 2012. In realtà la carenza di specialisti che si calcola oggi in Lazio è virtuale, infatti essa è dovuta al blocco delle assunzioni nel SSN e non ad un reale debito di medici specialisti; ciò è dimostrato anche dal fatto che l'età anagrafica media dei medici sarà tra le più basse attese nel 2023 (46.3 anni), Figura 7.

- **Modulatore:** non opportuno incremento dei fabbisogni di specialisti e necessaria attuazione di manovre per l'abbattimento del precariato a vantaggio di una normalizzazione del rapporto specialisti x 1000 abitanti, oggi troppo basso (0.42 attuale, vs 1.83 nazionale)

LIGURIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** sofferenza previdenziale sostenibile, significativo calo complessivo dei medici specialistici (-11%) con minimo rinnovo anagrafico (-0.4 anni), con una lieve riduzione degli esuberi (-14%, al 2023) e difficile miglioramento del rapporto specialisti x 1000 abitanti, attualmente tra i peggiori (2.99 attuale, vs 1.83 nazionale)
- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni di specialisti, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).
- **Osservazioni:** la sostenibilità previdenziale è mantenuta da un corposo blocco di medici nelle fasce di età centrali 50-60, che rallentano il rinnovo anagrafico, mantengono alti gli esuberi e il rapporto specialisti/abitanti, generando precariato.

LOMBARDIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** moderata sofferenza previdenziale, calo complessivo significativo dei medici specialistici (-13%) con discreto aumento dell'età media anagrafica (+1.2 anni), ma con una riduzione importante degli esuberi (-80%, al 2023) e ulteriore miglioramento dell'attuale ottimo rapporto specialisti x 1000 abitanti (1.55 attuale, vs 1.83 nazionale)
- **Modulatore:** possibile incremento dei fabbisogni, modulato anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).
- **Osservazioni:** questo aumento deve essere anche volto a garantire la copertura formativa e occupazionale dei medici chirurghi ad oggi in numero quasi doppio come richieste (numero chiuso).

MARCHE

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** rilevante sofferenza previdenziale, calo complessivo significativo dei medici specialistici (-16%) con minimo aumento dell'età media anagrafica (+0.2 anni), ma con una buona riduzione degli esuberi (-43%, al 2023) e ulteriore potenziale miglioramento dell'attuale buon rapporto specialisti x 1000 abitanti (1.91 attuale, vs 1.83 nazionale)
- **Modulatore:** opportuna minima contrazione dei fabbisogni di specialisti, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).

MOLISE

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** rilevante sofferenza previdenziale, aumento complessivo significativo dei medici specialistici (+16%) con buon indice di rinnovo anagrafico (-4.4 anni), ma con un aumento rilevante degli esuberi (+47%, al 2023) e peggioramento dell'attuale buono rapporto specialisti x 1000 abitanti (1.97 attuale, vs 1.83 nazionale)

- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni di specialisti, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).
- **Osservazioni:** la sofferenza previdenziale, risulta da un comparto medici numeroso e in via di pensionamento nei prossimi 10 anni (33% della popolazione medica attuale), che verrà rimpiazzato da eccessive entrate che non consentono l'abbattimento degli esuberi.

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** discreta sofferenza previdenziale, importante calo del numero complessivo dei medici specialistici (-24%) con rilevante aumento dell'età media anagrafica (+4.5 anni); discreta riduzione degli esuberi (-33%, al 2023) ma insufficiente miglioramento dell'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti, ad oggi il peggiore tra le regioni italiane (3.3 attuale, vs 1.83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).
- **Osservazioni:** questa regione, nonostante presenti una contrazione significativa del numero complessivo di medici nel 2023, dovrà proseguire nella contrazione al fine di migliorare il rapporto medici specialisti SSN per 1000 ab e non generare precariato.

PIEMONTE (potenziale regione benchmark per rapporto posti letto/specialisti SSN; ##, figura 11)

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** discreta sofferenza previdenziale, insignificante calo del numero complessivo dei medici specialistici (-1%) e dell'età media anagrafica (-0.5 anni); ottimale abbattimento degli esuberi (-100% al 2023) e ulteriore decremento dell'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti, ad oggi tra i più bassi (1.31 attuale, vs 1.83 nazionale).
- **Modulatore:** possibile contenuto incremento dei fabbisogni specialistici, modulato anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

PUGLIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** discreta sofferenza previdenziale, discreto calo del numero complessivo dei medici specialistici (-13%) e minimo aumento dell'età media anagrafica (+0.6 anni); discreto abbattimento degli esuberi (-37%, al 2023) e possibile decremento dell'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti, ad oggi già buono (1.87 attuale, vs 1.83 nazionale).
- **Modulatore:** possibile contenuto incremento dei fabbisogni specialistici, modulato anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

SARDEGNA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** discreta sofferenza previdenziale, lieve calo del numero complessivo dei medici specialistici (-5%) e minimo aumento dell'età media anagrafica (+0.3 anni); scarso abbattimento degli esuberi (-9%, al 2023) e minimo impatto sull'attuale alto rapporto specialisti x 1000 abitanti (2.55 attuale, vs 1.83 nazionale).

- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).

SICILIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** discreta sofferenza previdenziale, lieve calo del numero complessivo dei medici specialistici (-4%) e minimo calo dell'età media anagrafica (-0.3 anni); scarso abbattimento degli esuberanti (-8%, al 2023) e conseguente minimo impatto sull'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti (2.06 attuale, vs 1.83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).

TOSCANA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** sofferenza previdenziale discreta, discreto calo del numero complessivo dei medici specialistici (-13%) con minimo incremento dell'età media anagrafica (+0.3 anni); discreto abbattimento degli esuberanti (-24%, al 2023) e conseguente minimo impatto sull'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti (2.31 attuale, vs 1.83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna contrazione significativa dei fabbisogni sempre considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).

UMBRIA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** sofferenza previdenziale discreta, discreto calo del numero complessivo dei medici specialistici (-10%) con minimo calo dell'età media anagrafica (-0.4 anni); discreto abbattimento degli esuberanti (-25%, al 2023) e conseguente miglioramento dell'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti (2.06 attuale, vs 1.83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna discreta contrazione dei fabbisogni sempre considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).

VALLE D'AOSTA

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** altissima sofferenza previdenziale, aumento complessivo significativo dei medici specialistici (+12%) con buon indice di rinnovo anagrafico (3.1 anni), ma aumento importante degli esuberanti (+123%, 2023) e perdita dell'attuale buon rapporto specialisti x 1000 abitanti (1,45 attuale, vs 1,83 nazionale).
- **Modulatore:** opportuna forte riduzione dei fabbisogni, considerando anche i determinanti secondari (vedi sopra).

VENETO

- **Scenario futuro, senza manovre correttive:** sofferenza previdenziale discreta, discreto calo del numero complessivo dei medici specialistici (-12%) con minimo incremento dell'età media anagrafica (+0.4 anni); sub-ottimale abbattimento degli esuberanti (-55%, al 2023) e conseguente rilevante calo dell'attuale rapporto specialisti x 1000 abitanti (1.60 attuale, vs 1.83 nazionale).

- **Modulatore:** possibile incremento dei fabbisogni, sempre modulato anche in base ai determinanti secondari (vedi sopra).

CONSIDERAZIONI FINALI

- Dall'analisi dei dati, emerge chiaramente come solo 3 regioni su 20 (Lombardia, Puglia e Veneto) mantengano margini di aumento futuro dei fabbisogni di medici specialisti; queste tre regioni riusciranno nel 2023 a ottenere un accettabile abbattimento degli esuberi. Le restanti regioni, pur con le loro peculiarità di geografia-demografia territoriale, mobilità sanitaria attiva e passiva, specialità carenti/in eccesso, prevalenza e incidenza di patologie croniche, dovranno al contrario contrarre in modo più o meno rilevante i fabbisogni di medici specialisti.
- Dalla rilevazione delle richieste formative di accesso alle scuole di medicina e chirurgia (numero chiuso, Fonte: Dipartimento Programmazione e Risorse Umane SSN, 2013-14), appare evidente come queste siano eccessive, non in linea con la previsione futura e ad alto rischio di precariato. Oggi accade che lo squilibrio tra numero chiuso e fabbisogni specialistici imponga la scelta di doppi percorsi come surrogato occupazionale (doppie specialità, dottorati di ricerca, frequenza delle scuole di formazione in medicina generale dopo aver già conseguito una specialità). Le risorse economiche ridotte rafforzano ulteriormente l'esigenza programmatica di ridurre i fabbisogni specialistici nazionali, rendendo perciò anacronistica l'espansione del numero chiuso cui oggi si assiste.
- Il perpetuo ritardo di una programmazione sanitaria, e in particolare lo scollamento tra il numero chiuso e i fabbisogni (intesi sia come contratti di formazione specialistica che come borse di studio per la Medicina Generale), giustifica l'allarme lanciato dai giovani medici neo-laureati. Il taglio operato sui fabbisogni e sulle borse di studio per la Medicina Generale (contratti di formazione specialistica: 4500 per il 2012-13, anziché 5000 per la quota MIUR; borse MG: 981 nel 2012 vs 924 nel 2013), è frutto di una scorretta pianificazione; la soluzione oggi di questo imbuto formativo non può che essere una nuova programmazione sanitaria per alcuni versi impopolare ma basata sull'evidenza.
- Dall'analisi dei dati emerge chiaramente come la maggior parte delle regioni manifesti un problema di sostenibilità previdenziale. Lo scarso ringiovanimento della popolazione medica complessiva nazionale (-0.5 anni, al 2023) è rappresentato da un core di previdenti "senior" (fascia d'età 50-60 anni) che ritarda il rinnovo anagrafico, contribuisce al precariato (come risultato di mancata programmazione passata) unitamente a inappropriati fabbisogni annuali a fronte di vincoli di turnover, senza consentire l'abbattimento degli esuberi. Questo "core" rappresenta una falsa risorsa previdenziale, perché graverà sulla previdenza nel ventennio futuro, e non sarà sostenuto dal precariato di oggi, che come tale non costituisce risorsa odierna e futura ma un grave dramma. Di fronte a questa verosimile prospettiva, è davvero strategico o semplicemente necessario ideare altre forme di contribuzione, al di fuori dell'ambito occupazionale, investendo sugli studenti di medicina e chirurgia agli ultimi anni di corso? E da qui l'interesse al loro indiscriminato aumento? Ai posteri l'ardua sentenza.

Dott. Domenico Montemurro (consigliere nazionale ANAAO GIOVANI)

Dott. Fabio Ragazzo (ANAAO GIOVANI)

Figura 11. Schema riassuntivo analitico delle varie componenti del modulatore e fondamentale della programmazione dei Medici (FABBISOGNO MEDICI SPECIALISTI) regione per regione. *, dati di non immediata interpretazione; ##, abbattimento esuberanti del 100% in quanto regione benchmark.
 FONTE: ELABORAZIONE ANAASO SU BASE DATI MINISTERO DELLA SANITA', CED FNOmCco

MODULATORE	ELEMENTI CHE COMPONGONO IL MODULATORE	ABRUZZO	BASILICATA	CALABRIA	CAMPANIA	EMILIA ROMAGNA	F. VENEZIA GIULIA	LAZIO	LIGURIA	LOMBARDIA	MARCHE	MOLISE	P.A. TRENTO	PIEMONTE	PUGLIA	SARDEGNA	SICILIA	TOSCANA	UMBRIA	VALLE D'AOSTA	VENETO		
FABBISOGNI REGIONALI DI MEDICI SPECIALISTI (contratti di formazione specialistica*) * MTR e CONTRATTI CON COPERTURA ECONOMICA REGIONALE	INDICE DI SOFFERENZA PREVIDENZIALE REGIONALE 2013 → 2023 fattore moltiplicativo pensionamenti (da 5 ai 10 anni futuri) (## ≥ 3; ↑: > 1.7; ↑: 1-1.5; ↓: 1.7)	↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑		
	NUMERO COMPLESSIVO DI MEDICI SPECIALISTI 2013 → 2023 (ENTRATE-USCITE) aumento/decremento: ↑: > +/ 5%; ↑↑: ≤ +/ 5%; ↓: > -/ 5%; ↓↓: ≤ -/ 5%; ##: ≥ 15%; ##↓: ≤ -15%; (trend nazionale -5%)	↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑	↑
	TREND ETA' MEDIA ANAGRAFICA MEDICI SPECIALISTI COMPLESSIVI 2013 → 2023 ↑: trend > +/ 0.5 anni; ↑↑: > +3 aa; ↓: < -3 aa; ↓↓: < -3 aa; 0: 0; ↓: < -0.5 aa; 0: < -0.5 aa; ↑: < -3 aa (trend nazionale -0.5 aa)	↑↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑↓	↑	↑	↑	↑↓	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑↓	↑	↑
	RAPPORTO NUMERO SPECIALISTI (impiegati SSN)/1000 ABITANTI (2013) ↑: entro +/ 0.28 rispetto a 1.83 med. X.1000 ab (media nazionale); ↑↑: rapporto ≥ 2.3; ↓↓: rapporto ≤ 1.55	↑↑	↓	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑↓*	↑↑	↑↓	↑	↑	↑↑	↑↓	↑	↑↑	↑	↑	↑	↑↓	↑	↑
POTENZIALE AUMENTO/RIDUZIONE ESUBERI DI SPECIALISTI 2013 (impiegati nel SSN) nel 2023 ↓: riduzione < 30%; ↓: aumento esuberanti compresa tra il 30% e il 80%	↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑*	↑	↑	↑	↑	↑	##	↑	↑	↑	↑	↑	↑↑	↑	↑	