

32 MILA MEDICI LAUREATI IN PIÙ DEI PENSIONAMENTI NEL 2030.

Perchè il numero chiuso a medicina è un falso problema. *Lo studio integrale Anaa Assomed*

Emergono periodicamente all'interno dei partiti politici, senza distinzione di fede, idee stravaganti relative alla questione del numero chiuso a Medicina, come se i grossolani errori di programmazione nel settore della formazione *post-lauream* in epoca *spending review* e le limitazioni alla assunzione del personale sanitario decise prima dal governo Berlusconi nel 2004, poi dal governo Prodi nel 2006 e confermate da tutti i successivi, fossero superabili oggi allargando a dismisura le maglie del numero programmato per l'accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, giunto nel 2022 a 14.740 accessi. Senza contare la porta di servizio costituita dalle iscrizioni all'estero. Peccato che ogni modifica al tempo zero in merito alla formazione medica, avrà le sue ricadute solo dopo 9/11 anni e cioè dopo i sei anni del corso di laurea e i 3/5 anni di formazione *post-lauream*. In pratica, i primi effetti di una modifica effettuata nel 2024 si vedrebbero solo tra il 2033 e il 2035, peraltro in un contesto del mercato del lavoro in sanità totalmente modificato (vedi Figura 1).

A leggere le ultime dichiarazioni del Ministro delle Salute e di quello della Università e Ricerca emerge un grado preoccupante di genericità e di propositi di stampo populistico per quanto attiene la programmazione del numero di futuri medici in Italia, il numero degli specialisti da formare e le cause della scarsa attrattività del nostro SSN.

Infatti, la Ministra dell'Università e Ricerca ha dichiarato che per far fronte alla strutturale carenza di medici nel SSN sarà previsto un ampliamento dei posti disponibili per la laurea in Medicina tra il 20% e il 30% rispetto allo scorso anno. Quanto al possibile incremento dei posti di specializzazione: *"Non è una questione di posti ma di attrattività - spiega Bernini -. "Oggi registriamo una domanda eccessiva per alcune specializzazioni, mentre altre sono quasi deserte. Così rischiamo di avere alcune qualifiche del tutto inflazionate e, ad esempio, non avere personale per la medicina d'urgenza"*. Il Ministro della salute ha, giustamente, mostrato preoccupazione per l'emigrazione dei medici italiani verso l'estero (vedi Tabella 1) *"un esodo di capitale umano che non possiamo più permetterci"*, senza avanzare proposte per portare a soluzione il problema se non una generica volontà di migliorare le retribuzioni economiche priva, al momento, di indicazioni sul *quantum* e sul quando.

A nostro parere le questioni andrebbero affrontate con meno dichiarazioni roboanti, maggiore considerazione dei dati disponibili e più proposte concrete, partendo da una valutazione di fondo: non si risolve la carenza attuale di personale medico specialistico negli Ospedali né si rallenta la fuga dei neolaureati verso l'estero e degli specialisti verso il settore privato mediante l'incremento delle iscrizioni al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

Cosa rivelano i dati a disposizione?

Se valutiamo i dati OCSE, riferiti al 2020 (Health at a Glance: Europe 2022), in Italia abbiamo un tasso di medici attivi del 4‰ abitanti, perfettamente sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che in Italia non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia, ma piuttosto di specialisti.

In linea con questi dati, una recente pubblicazione del Ministero della Salute indica il numero dei medici attivi in Italia al 31/12/2020 intorno a **241mila**. La criticità che emerge, sempre dai dati OCSE, è l'età media di questa popolazione, la più alta tra tutti i Paesi OCSE: ben il 56% ha più di 55 anni. Pertanto, in una prospettiva decennale (dal 2021 al 2030) si può stimare, analizzando i database a disposizione – Conto Annuale dello Stato, Onaosi, Enpam –, che circa **113 mila** medici saranno collocati in pensione (vedi Tabella 3 per la metodologia adottata nella stima) con un picco di pensionamenti al 2026/2027 e un successivo calo

progressivo (Figura 1). Se consideriamo i medici dipendenti del SSN (vedi Figura 1), dopo il 2027 i pensionamenti scenderanno progressivamente, fino a raggiungere un nadir di circa 2mila nel 2037 a fronte dei 4/5mila professionisti ogni anno della fase attuale (al netto delle uscite per il cosiddetto fenomeno delle “dimissioni volontarie”; Figura 2).

Nel periodo 2021/2030 i nuovi iscritti a Medicina, ad invarianza di programmazione, saranno circa **145 mila** (media degli accessi programmati per il 2021/2022/2023 proiettata a 10 anni, dei quali solo il 94% completerà con successo il percorso: circa **136 mila**), mentre il numero dei contratti per la formazione specialistica sarà nello stesso periodo di circa **125.000**, considerando i contratti finanziati dal 2017 al 2026 (in realtà il titolo di specialista sarà effettivamente conseguito da circa **103.000** medici se permane la percentuale di non assegnazione dei contratti del 18% ; Tabella 2) , a cui aggiungere circa **21.000** borse per la formazione in Medicina Generale (media delle borse finanziate negli anni dal 2018 al 2021 proiettate a 10 anni). In sintesi, già ora si prospetta un differenziale di circa **32 mila** posti tra stima delle uscite per quiescenza (**113.000**) dei medici attivi nel 2020 e posti di iscrizione al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia (**145.000**). Ben oltre quelli necessari a colmare la attuale carenza di circa 20/25 mila medici, tra specialisti e MMG.

In conseguenza del consistente calo dei pensionamenti atteso dopo il 2027, si intravede un ulteriore incremento dell'eccedenza dei medici previsti in base all'attuale programmazione. Un apprezzabile incremento degli ingressi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia potrebbe essere giustificato solo al fine di avviare un rafforzamento degli organici per far fronte ad eventuali nuove gravi emergenze sanitarie (personale specialista per terapie intensive e sub-intensive), alle esigenze derivanti dalla realizzazione del PNRR (personale medico per Ospedali e Case di Comunità) o all'incremento delle richieste di prestazioni sanitarie legate alla pressione epidemiologica indotta dall'invecchiamento progressivo della popolazione. In ogni caso, un aumento, come annunciato, del 20-30% delle iscrizioni a Medicina (da 2900 a 4800 nuove iscrizioni ogni anno), senza un intervento costoso sui corsi di formazione *post-lauream*, rischia di creare, tra 6 o 7 anni, una sproporzione tra i neolaureati e la possibilità di accedere alla formazione *post-lauream*, indispensabile in Italia per inserirsi all'interno del SSN.

La prospettiva è, quindi, un nuovo “imbuto formativo” e successivamente, persistendo le attuali limitazioni alle assunzioni del personale sanitario, un “imbuto lavorativo”, perché ci saranno più medici neolaureati (si potrebbe arrivare addirittura a circa **19mila** ogni anno, con una offerta di formazione *post-lauream* ferma a 16.600 – di cui 14.500 contratti di formazione specialistica e 2.100 borse per la formazione in Medicina generale. E questo non farà altro che incentivare ulteriormente i medici a emigrare verso paesi europei o extraeuropei. Forse è a questa peculiare prospettiva che si riferiva la Ministra Bernini quando ha affermato sui *social* che “*La fuga di cervelli dall'Italia non va drenata ma implementata*”.

Nel decennio 2021/2030, quanti medici andranno in pensione nelle singole categorie professionali?

Effettuando un calcolo, inevitabilmente approssimativo ma comunque realistico, dei pensionamenti nelle singole maggiori famiglie di medici nel decennio preso a riferimento – considerando il pensionamento di “vecchiaia”– si può stimare che i medici dipendenti del SSN avviati verso la quiescenza saranno circa **39,1mila** (dati Onaosi e Conto annuale dello Stato), i medici di Medicina generale che andranno in pensione saranno circa **25,3mila** (dati Enpam), gli specialisti ambulatoriali che usciranno dal lavoro saranno circa **8,1mila**, i medici universitari circa **3,3mila** (dati Onaosi), quelli di continuità assistenziale **5,8 mila** (dati Enpam), circa **4,8mila** i pediatri di libera scelta (dati Enpam), infine **27,2mila** medici andranno in quiescenza nel settore dell'ospedalità privata e della riabilitazione (vedi Tabella 3).

Perché i posti nelle scuole di specializzazione non vengono occupati?

Il problema dell'imbuto nella formazione *post-lauream* e della conseguente carenza di specialisti è stato risolto, almeno per i prossimi anni, prima con un intervento della Ministra Giulia Grillo (2018/2019) e poi del Ministro Roberto Speranza, il quale per l'anno accademico 2020/2021 ha portato i contratti statali di formazione specialistica a 17,4 mila per ridurli l'anno successivo a 13mila, al netto dei contratti (circa 1.000) a finanziamento regionale e privato. Al momento, insomma, abbiamo una sostanziale corrispondenza tra il

numero dei neolaureati nel decennio (circa 136mila) e i posti programmati per l'accesso ad un corso di formazione *post-lauream* (circa 146mila). Il numero di neo specialisti crescerà in modo apprezzabile a partire dal 2025 e non ci sarebbe alcun bisogno di aumentare i posti nelle scuole di specializzazione.

È vero, semmai, come ha sottolineato la Ministra Bernini, che molti posti nelle scuole di specializzazione rimangono vacanti. Da un recente studio Anaa/ASL (vedi tabella 2), sui 30.452 contratti statali finanziati negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022), ben 3.907 (13%) risulta non assegnato e 1601 (5%) risulta abbandonato durante il percorso. Le discipline che più risentono di tale emorragia sono la medicina d'emergenza-urgenza (1.144 contratti non assegnati o abbandonati, il 60,7% dei contratti stanziati), la microbiologia e virologia (191 contratti, il 78%), la patologia clinica e biochimica clinica (389 contratti, il 70,2%), l'anatomia patologica (181 contratti, il 50,1%) e la medicina di comunità e delle cure primarie (109 contratti, il 57,6%). Al contrario, le discipline che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato non presentano alcuna perdita rispetto ai contratti finanziati come ad esempio la dermatologia (2 contratti non assegnati o abbandonati, lo 0,1% dei contratti stanziati), l'oftalmologia (8 contratti, l'1,8%), la cardiologia (18 contratti, lo 0,1). Un caso a parte riguarda la Pediatria, che risente del dualismo tra medicina ospedaliera e medicina territoriale, con insufficienza degli organici in entrambi i settori.

Tale "programmazione a due velocità" porterà già nel 2024/2025 ad una carenza significativa in certe discipline specialistiche, per lo più ospedaliere, ed un embrione di plethora specialistica per altre che hanno maggiore possibilità nelle attività private. Per le prime, l'Anaa Assomed ritiene opportuno predisporre una serie di iniziative ministeriali e legislative: allargamento delle equipollenze ed affinità, accorpamento (come già avvenuto per audiologia e foniatria con otorino), aumento della retribuzione per incentivare la loro formazione post laurea. Senza parlare della necessità di introdurre il contratto di formazione/lavoro per tutti gli specializzandi, come già fatto per gli iscritti ai corsi per MMG, per anticipare la loro età di ingresso nel mondo del lavoro.

L'altro elemento da tenere in considerazione, quando si parla di carenza del personale, è la fuga verso l'estero dei medici laureati, la cui formazione comporta un costo per l'erario pubblico di circa 100mila euro, che salgono, con l'acquisizione del titolo di specialista, fino a 150.000 euro pro-capite. Il fenomeno è molto rilevante nel suo complesso, tanto da impattare notevolmente sulla attuale carenza ed è destinato ad allargarsi. La tabella 1, elaborata dalla Corte dei Conti su dati OCSE, mostra il numero dei medici che hanno lasciato l'Italia dal 2008 al 2018 e il Paese di destinazione. È come regalare da 1000 a 1500 Ferrari ogni anno all'Inghilterra, alla Germania o alla Svizzera.

Il fenomeno delle dimissioni volontarie rappresenta una ulteriore criticità che ha un impatto, ovviamente, solo sulle strutture del SSN. Gli ultimi dati riferiti al 2022 (Figura 2) mostrano un ulteriore incremento delle dimissioni nella fase post-pandemica rispetto alla nostra precedente rilevazione.

Aumentare i posti a Medicina, in un tale contesto, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse, soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia. È per questo che noi riteniamo indispensabile prioritariamente intervenire su due questioni critiche per rendere attrattivo il lavoro nel settore pubblico della sanità: 1) la riduzione del carico di lavoro nelle strutture ospedaliere, per permettere ai medici di dedicarsi anche alla propria vita familiare e sociale eliminando ogni anacronistico blocco delle assunzioni del personale sanitario; 2) l'incremento progressivo degli stipendi, che per arrivare al livello medio europeo dovrebbero aumentare del 40-50%.

Solo una nuova stagione di concorsi può rimediare al depauperamento del personale medico e infermieristico nelle strutture pubbliche, una vera e propria desertificazione degli Ospedali, che costringe il personale rimasto in servizio a lavorare anche per coloro che se ne vanno, sopportando turni massacranti e carichi di lavoro incrementali, per gravosità e complessità clinica. Anche da qui origina il fenomeno delle "grandi dimissioni" e quello dei medici "gettonisti". Solo ripristinando adeguate dotazioni organiche possiamo migliorare la qualità del lavoro, soprattutto in presenza di bisogni assistenziali crescenti.

La criticità economica è influenzata anche dalle vicende contrattuali italiane, che vedono dopo quasi un decennio di blocco (2010/2019) non ancora completamente applicato il CCNL 2016/2018 (firmato

definitivamente nel dicembre 2019) mentre quello relativo al 2019-2021, scaduto da due anni, in corso di discussione all'ARAN e quello del 2022/2024 rimandato ad un incerto futuro non essendo nemmeno finanziato. I nostri stipendi si impoveriscono progressivamente non stando dietro al ritmo inflattivo e ciò rappresenta, come evidenziato nella nostra recente *survey*, uno dei motivi principali di fuga dei medici dal SSN insieme alla marginalizzazione di un ruolo che li vuole costretti in matrici organizzative che trascurano le competenze e mortificano il merito.

Conclusioni

Gli interventi limitati all'incremento dell'offerta formativa si sono rivelati parzialmente inefficaci in altri paesi europei nel fermare l'esodo dal sistema sanitario pubblico. È cruciale, a nostro parere, rendere attrattivo il lavoro nell'ospedale e nei servizi territoriali per cercare di accrescere l'opzione in favore del SSN da parte dei neo specialisti. È, pertanto, necessario abbinare all'attuale offerta formativa, che in tutta evidenza richiede un miglioramento in termini più qualitativi che quantitativi, un sistema di incentivi e di valorizzazione del lavoro medico nel SSN in termini di riconoscimento sociale ed economico, oltre che di ruolo all'interno delle aziende.

Anche perché solo attraverso un incremento della disponibilità ad essere assunti, e quindi delle dotazioni organiche, si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai divenuti insopportabili per molti operatori del SSN come evidenziato dalla recente *survey* dell'Anao. Il medico oggi abbandona il SSN perché male retribuito, aggredito, esposto a rischi di contenzioso medico-legale e perché le condizioni di lavoro sottraggono quel tempo che dovrebbe appartenere ad ogni essere umano per dedicarsi senza ostacoli ad una vita sociale e familiare fonte di realizzazione delle aspirazioni personali. La politica e i gestori della sanità a tutti i livelli dovrebbero capire che senza il "capitale umano" gli ospedali diventano cattedrali nel deserto, i presidi territoriali arredi del paesaggio urbano, i Livelli Essenziali di Assistenza una chimera, come l'attuale lunghezza delle liste d'attesa sta dimostrando.

Carlo Palermo, Matteo D'Arienzo, Giammaria Liuzzi, Costantino Troise, Pierino Di Silverio.

Figura 1. Suddivisione per età dei medici dipendenti ASL, Aziende Ospedaliere e IRCCS, contribuenti **Onaosi** per 12 mesi continuativi al 31 dicembre 2020. Le frecce indicano le età con pensionamenti più numerosi, zenit previsto intorno al 2026/2027 (in rosso) e il calo progressivo che si osserverà successivamente, con un nadir intorno al 2037/2038 (in viola)

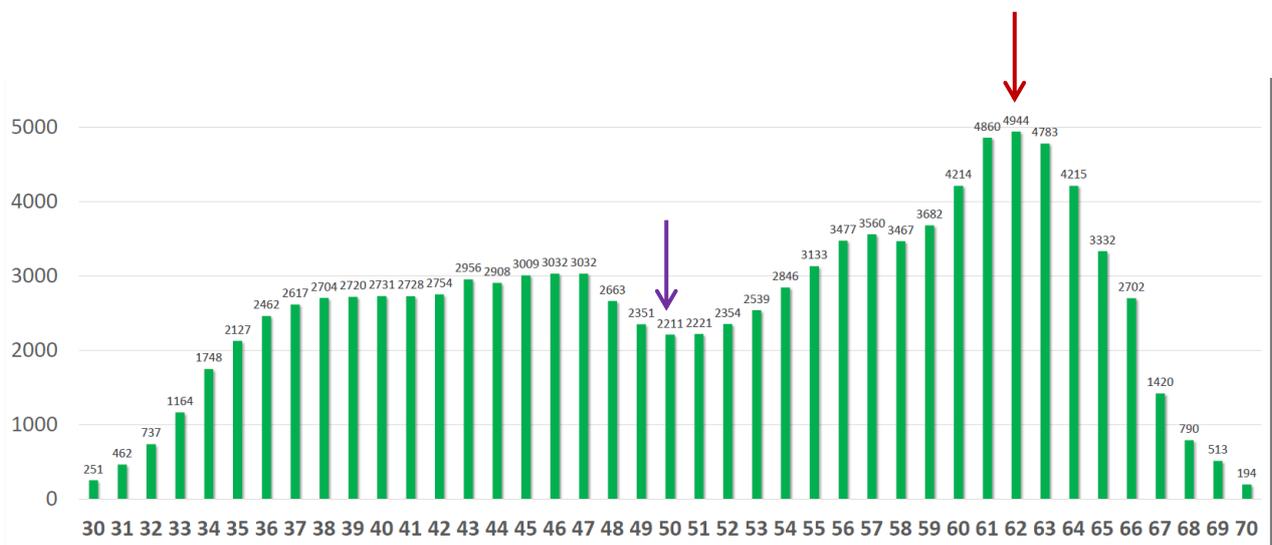
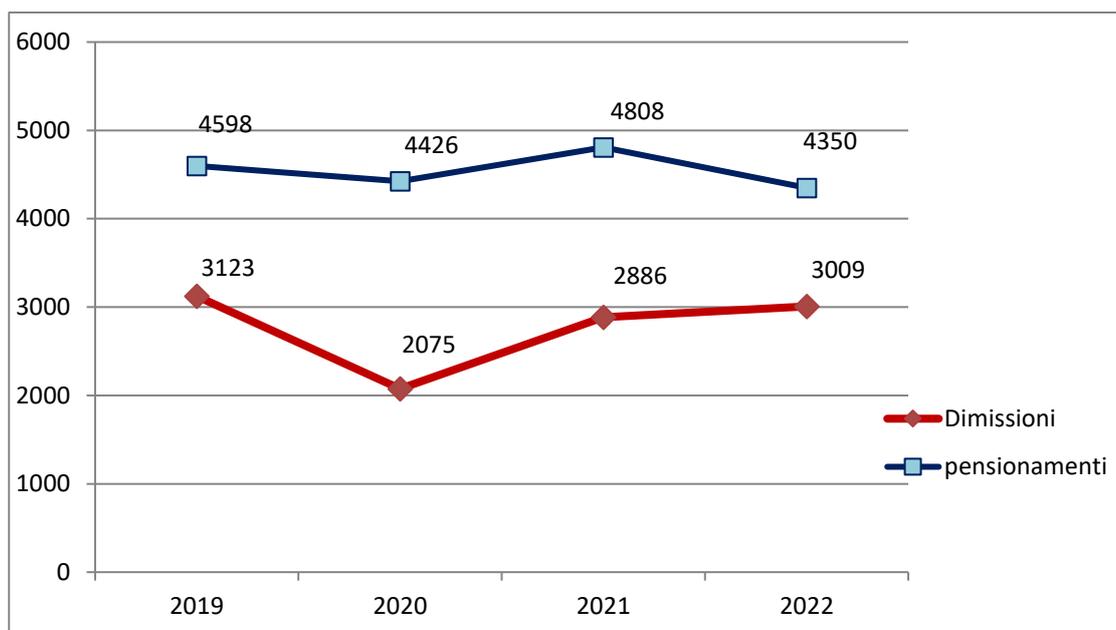


Figura 2. Andamento dei pensionamenti e delle dimissioni volontarie dei medici dipendenti del SSN dal 2019 al 2022 (database Onaosi e Conto annuale dello Stato)



Pensionamenti= uscite per quiescenza, decessi, invalidità civile 100% o inabilità assoluta e permanente
 Dimissioni= dimissioni volontarie, termine contratto a T.D.

Tabella 1. Emigrazione negli anni 2008/2018 del personale medico, in base alla Nazione di destinazione.
 Elaborazione Corte dei Conti su dati OCSE.

IL PERSONALE MEDICO ITALIANO ALL'ESTERO

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2008-18
Totale	572	722	792	1.079	1.065	1.288	1.562	1.120	1.120	953	761	11.034
di cui												
Germania	44	58	73	98	84	98	110	105	110	107		887
Belgio	22	37	32	61	58	65	115	83	81	59	57	670
Regno Unito	279	343	373	386	454	609	790	328	266	220	226	4.274
Francia				80	112	107	149	184	167	158	124	1.081
Svizzera	150	162	191	194	218	263	237	208	272	228	214	2.337
Irlanda			12	7	11	11	29	29	33	32	19	183
Israele	21	27	28	51	37	62	47	73	70	82	108	606
USA	13	22	19	36	24	12	23	18	21	18		206
Canada	13	31	23	17	18	25	16	20	22	22		207

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD 2019

Tabella 2. Sono riportati i numeri dei contratti statali banditi (30.452) negli ultimi due concorsi di specializzazione (2021 e 2022). Per “contratti non assegnati” si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l’ha scelto. Per “contratti abbandonati” si intende un contratto che è stato assegnato ma il medico assegnatario ha riprovato il concorso l’anno successivo ed ha cambiato specializzazione tramite una nuova assegnazione.

	Contratti banditi	Contratti non assegnati	Contratti abbandonati	% Contratti totali non assegnati e abbandonati
Medicina termale	7	5 71,4%	1 14,3%	6 85,7%
Microbiologia e virologia	244	175 71,7%	16 6,6%	191 78,3%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	554	363 65,5%	26 4,7%	389 70,2%
Radioterapia	328	192 58,5%	30 9,1%	222 67,7%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	206	119 57,8%	11 5,3%	130 63,1%
Medicina e Cure Palliative	100	59 59,0%	2 2,0%	61 61,0%
Medicina d'emergenza urgenza	1884	1034 54,9%	110 5,8%	1144 60,7%
Medicina di comunità e delle cure primarie	190	99 52,1%	10 5,3%	109 57,4%
Medicina nucleare	181	84 46,4%	15 8,3%	99 54,7%
Statistica sanitaria e Biometria	65	31 47,7%	3 4,6%	34 52,3%
Anatomia patologica	361	153 42,4%	28 7,8%	181 50,1%
Chirurgia Toracica	173	56 32,4%	17 9,8%	73 42,2%
Genetica medica	160	53 33,1%	14 8,8%	67 41,9%
Audiologia e foniatria	64	15 23,4%	4 6,3%	19 29,7%
Cardiochirurgia	186	24 12,9%	27 14,5%	51 27,4%
Scienza dell'alimentazione	130	17 13,1%	18 13,8%	35 26,9%
Chirurgia Generale	1406	228 16,2%	121 8,6%	349 24,8%
Chirurgia Vascolare	259	37 14,3%	23 8,9%	60 23,2%
Malattie Infettive e Tropicali	610	91 14,9%	49 8,0%	140 23,0%
Anestesia e Rianimazione	3192	476 14,9%	212 6,6%	688 21,6%
Nefrologia	597	86 14,4%	42 7,0%	128 21,4%
Chirurgia pediatrica	112	10 8,9%	11 9,8%	21 18,8%
Medicina interna	1729	109 6,3%	176 10,2%	285 16,5%
Geriatrics	821	71 8,6%	62 7,6%	133 16,2%
Igiene e medicina preventiva	1245	107 8,6%	74 5,9%	181 14,5%
Urologia	548	35 6,4%	43 7,8%	78 14,2%

Ematologia	462	21 4,5%	43 9,3%	64 13,9%
Oncologia medica	641	22 3,4%	59 9,2%	81 12,6%
Allergologia ed immunologia clinica	194	6 3,1%	18 9,3%	24 12,4%
Neurochirurgia	223	1 0,4%	24 10,8%	25 11,2%
Chirurgia maxillo facciale	111	2 1,8%	10 9,0%	12 10,8%
Medicina fisica e riabilitativa	670	22 3,3%	49 7,3%	71 10,6%
Medicina del lavoro	423	18 4,3%	22 5,2%	40 9,5%
Reumatologia	229	4 1,7%	14 6,1%	18 7,9%
Otorinolaringoiatria	378	5 1,3%	22 5,8%	27 7,1%
Ortopedia e traumatologia	988	19 1,9%	51 5,2%	70 7,1%
Ginecologia ed Ostetricia	1097	6 0,5%	70 6,4%	76 6,9%
Malattie dell'apparato respiratorio	660	17 2,6%	25 3,8%	42 6,4%
Medicina legale	335	6 1,8%	14 4,2%	20 6,0%
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	161	3 1,9%	6 3,7%	9 5,6%
Neuropsichiatria infantile	520	1 0,2%	23 4,4%	24 4,6%
Endocrinologia e malattie del metabolismo	415	0 0,0%	19 4,6%	19 4,6%
Radiodiagnostica	1472	4 0,3%	62 4,2%	66 4,5%
Psichiatria	1195	13 1,1%	40 3,3%	53 4,4%
Neurologia	620	1 0,2%	19 3,1%	20 3,2%
Pediatria	1682	3 0,2%	43 2,6%	46 2,7%
Malattie dell'apparato digerente	404	1 0,2%	10 2,5%	11 2,7%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	230	2 0,9%	3 1,3%	5 2,2%
Oftalmologia	443	0 0,0%	8 1,8%	8 1,8%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	1275	1 0,1%	17 1,3%	18 1,4%
Dermatologia e venerologia	272	0 0,0%	1 0,4%	1 0,4%
Totale	30452	3907 12,8%	1601 5,3%	5724 18,1%

Medici dipendenti del SSN* 113.485	39.100
Medici di Medicina Generale 40.250	25.300
Specialisti ambulatoriali 14.494	8.100
Pediatri Libera Scelta 7.022	4.800
Medici Universitari 5.957	3.300
Medici Ospedalità privata 30.956	17.400
Medici Strutture equiparate al pubblico 12.627	7.000
Titolari guardia medica 11.404	5.800
Medici Riabilitazione ex art.26 5.015	2.800

**Tempo indeterminato: 107.379;*

Tempo determinato: 6.106

Tabella 3. Stima dei pensionamenti nel decennio 2021/2030 nelle categorie di Medici dipendenti, convenzionati e privati. I dati relativi ai medici in attività sono tratti dalla pubblicazione 2022 del Ministero della Salute "Il personale del SSN. Anno 2020". Per quanto attiene medici dipendenti del SSN, medici universitari, MMG, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali e pediatri di libera scelta i pensionamenti rappresentano una stima basata su dati Conto Annuale dello Stato (CAT), Onaosi ed Enpam che forniscono una distribuzione per età dei contribuenti, prendendo come limite quello di "vecchiaia" (67 anni per i dipendenti e 68 per i convenzionati). Per le altre categorie si è tenuto conto della percentuale di medici over 55 indicata dall'OCSE (56%: Health at a Glance, 2021)), considerandoli in pensione entro il 2030.