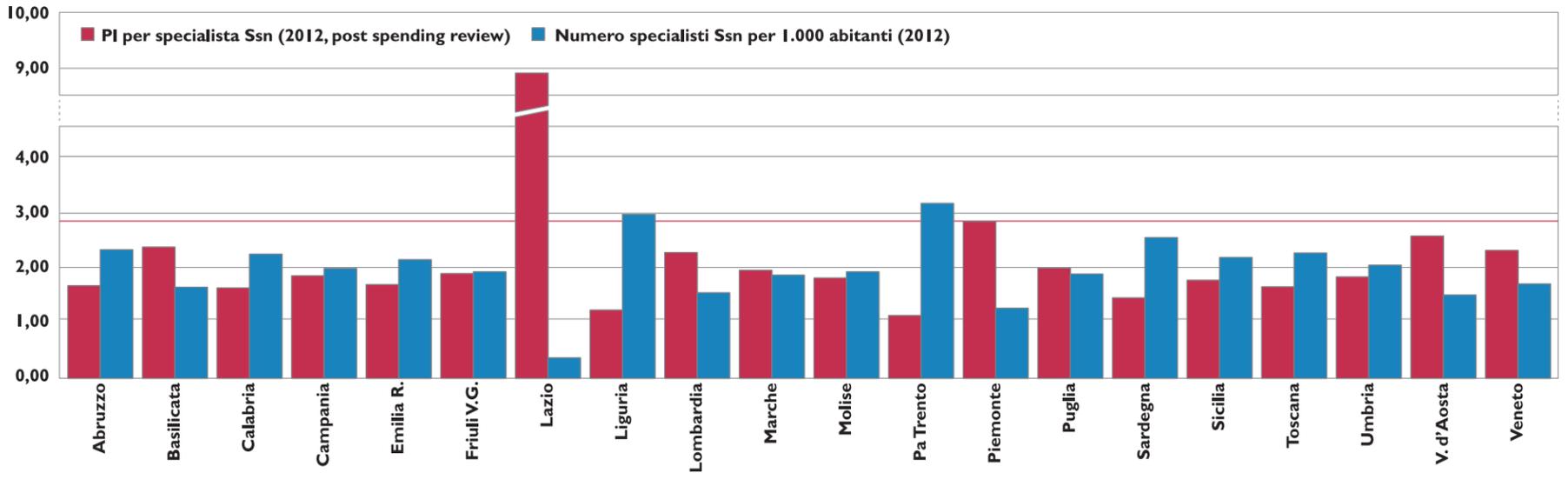


Il numero di specialisti del Ssn e i posti letto per specialista



Una domanda mal calibrata di contratti aumenta la possibilità di precariato in alcune Regioni

Specialisti a rischio di esubero

L'analisi effettuata sulla base dei tagli di posti letto post spending review

DI DOMENICO MONTEMURRO *

La programmazione dei fabbisogni dei medici specialisti continua a essere un annoso problema e lo è tanto di più se si considera che non vi è una centralizzazione dei flussi informativi dei dati della popolazione medica italiana tra Università, enti previdenziali, Regioni, Ordini dei medici, ministeri.

Cambiamenti reali - se non vi è un corretto scambio di informazioni - possono generare considerazioni "virtuali" o meglio irreali. È da questa constatazione che occorre partire per comprendere come l'impatto di riforme previdenziali (tipo Fornero), la gobba pensionistica, l'effetto spending review, la durata dei percorsi formativi, il numero di ingressi a medicina, i trend di "invecchiamento" per Regione, il turnover, il precariato giovanile, possano determinare mutamenti della professione medica, dell'organizzazione sanitaria e della formazione specialistica.

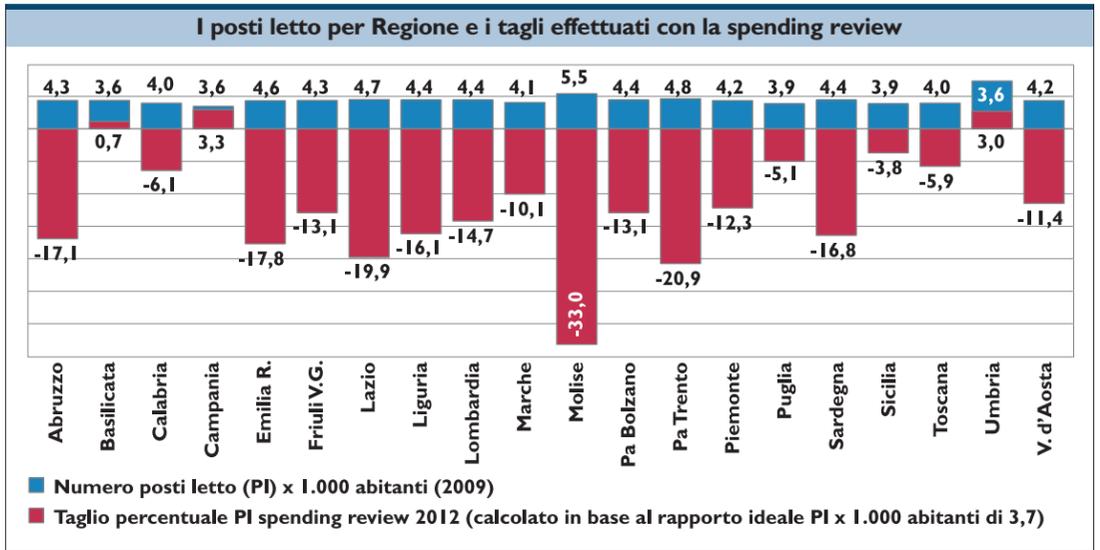
In considerazione di un ventaglio diversificato di dati, come numero medio di laureati in medicina e chirurgia, la quota di questi che viene immessa annualmente nel Ssn, il trend dei contratti di specialità assegnati dal Miur, gli iscritti al corso di laurea in medicina e chirurgia (trend in aumento in 14 anni accademici fino al 2013-14), i fabbisogni espressi dalla conferenza Stato-Regioni negli anni accademici 2006-2007 (7.003 unità vs 5.000 contratti Miur), 2007-2008 (7.460 unità vs 5.000 contratti), 2008-2009/2009-2010/2010-2011 (8.848 unità vs 5.000 contratti), 2011-2012 (8.438 unità vs 5.000 contratti), 2012-2013 (8.170 unità vs 4.500 contratti), 2013-2014 (8.190 unità verso contratti ancora da assegnare), la proiezione dei fabbisogni medici 2002-2028 con età di 67 anni, la variazione demografica delle Regioni al censimento 2011, ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni.

Finora si è sempre proceduto, per la determinazione del riparto, tenendo in considerazione il tasso di turnover dei medici del Ssn desunto dal Conto annuale dello Stato e il fabbisogno regionale espresso in termini di variazione percentuale rispetto all'analogo dato riferito all'anno accademico precedente.

Occorre un ampliamento dell'offerta formativa, ossia del numero di immatricolazioni al corso di laurea in medicina e chirurgia che sia stimabile tra il 5-10%, come indicato dalla Fnomceo, in una otti-

ca però di programmazione quinquennale e non annuale. Tale considerazione nasce perché negli ultimi anni i vincoli finanziari e il blocco di assunzioni hanno alimentato una sacca di inoccupazione dalla quale il Ssn potrebbe attingere per assicurare un adeguato turnover delle risorse umane. Inoltre, la riforma pensionistica "Fornero" e la "spending review" hanno posto un'ipoteca sulle possibilità di accesso al lavoro per gli specializzati nei prossimi anni. Di fatto la riforma "Fornero" crea uno scalone nella curva dei pensionamenti dei dirigenti medici dipendenti del Ssn. Le classi nate fino al 1951 manterranno i requisiti precedenti la riforma e rapidamente stanno uscendo dal sistema. I nati nel 1952 e anni successivi si vedranno spostare l'acquisizione dei nuovi criteri in avanti di almeno 4 anni. Così chi è nato nel 1952 dovrà aspettare almeno il 2015-2016. La "spending review" ha peggiorato ulteriormente la possibilità per i giovani specializzati di entrare nel mondo del lavoro. Infatti la continua decurtazione dei posti letto si porterà dietro l'esubero di almeno 10.000-15.000 medici ospedalieri da riassorbire. È un dato di fatto, che non si riuscirà a colmare la gobba pensionistica già in atto e questo anche perché il percorso formativo del giovane medico si conclude ottimisticamente dopo 12 anni e quindi occorrerà attendere ben oltre il 2020. Questo ovviamente non deve scoraggiare chi intraprende la scelta di voler fare il medico, anzi servirà rimodulare il sistema formativo universitario, rivedendo i tempi morti, sia con una revisione del diploma di abilitazione (laurea abilitante), sia con una riduzione del percorso formativo del medico in formazione specialistica.

Da un'analisi dei dati sui medici specialisti iscritti agli ordini e forniti dal Centro studi della Fnomceo, è possibile fotografare negli anni 2005 e 2012, quali specialità per area saranno carenti; se il dato viene rapportato a esempio al fabbisogno medio espresso dalle Regioni negli anni accademici che vanno dal 2007 al 2009 con uno scarto di circa 500 richieste dall'ultima rilevazione (8.190 unità 2013-2014), si può comprendere quali correttivi adottare nell'assegnazione dei contratti, utilizzando il rapporto abitante regione/contratti. Ciò che immediatamente si evidenzia (area chirurgica) è una quasi parità dei numeri per specialità per età nel 2005 a fronte di un'inversione nel 2012 con specialità come chirurgia generale, ginecologia e ostetricia, ortopedia e



traumatologia, otorinolaringoiatria, urologia che diventano "vecchie" a fronte di uno scarso ricambio generazionale con bassi numeri (rapporto medio 1:5).

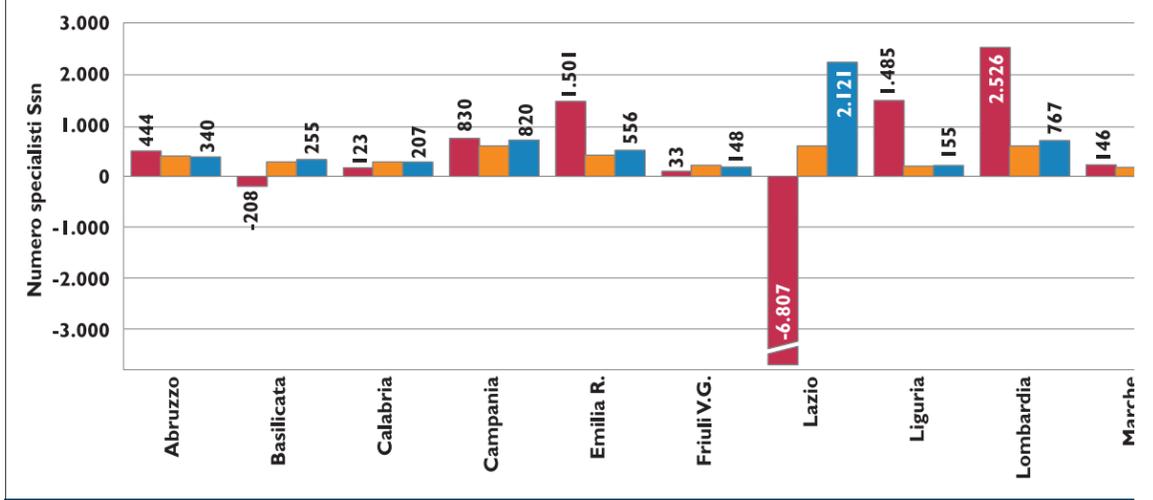
Anche per l'area medica valgono le stesse considerazioni con un dato che mostra una quasi parità nel 2005 e una carenza di specialità e scarso turnover generazionale per la medicina interna, la cardiologia, la pediatria, la psichiatria nel 2012 (rapporto medio 1:4). Per l'area dei servizi si assiste nel 2012 rispetto al 2005, a una carenza delle specialità in anestesia e

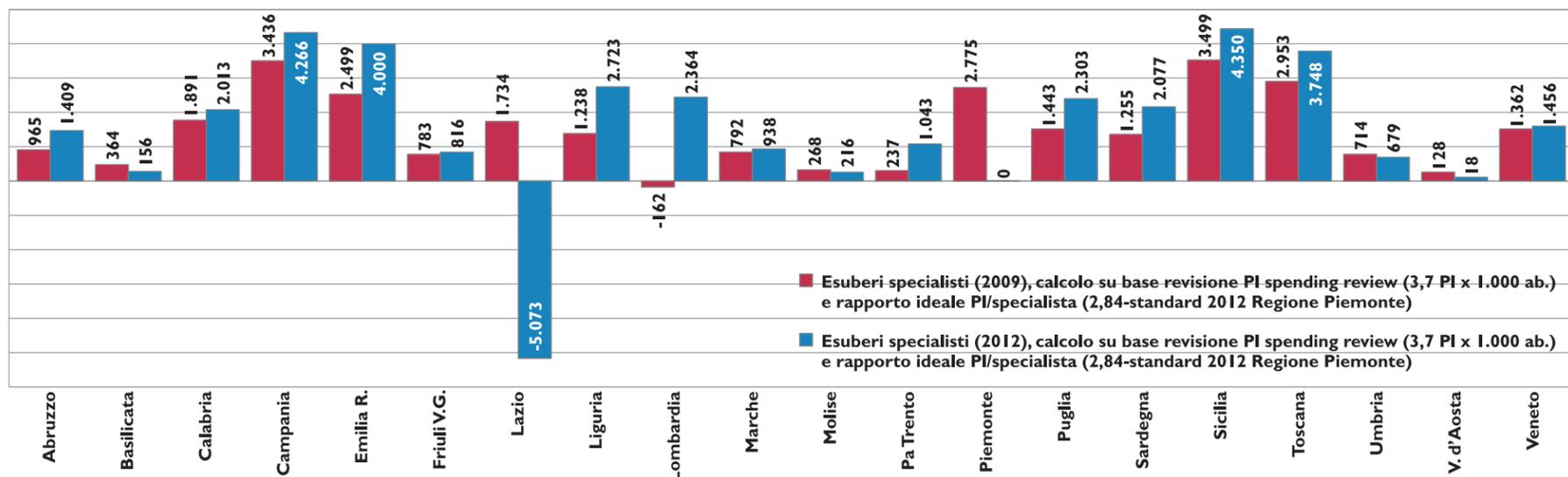
rianimazione, in igiene e medicina sociale, in radiodiagnostica. Inoltre la distribuzione per l'anno 2005 e 2012 degli specialisti nelle varie fasce d'età, mostra come nell'arco di 7 anni vi sia stata una dilatazione della fascia d'età 54-59 anni (14% - 23%) e della fascia d'età 64-69 anni (6% - 9%) a discapito delle fasce tra i 29-49 anni. Se i dati vengono corretti per la popolosità regionale (censimento 2011) attraverso i rapporti abitante/contratto specialità e abitante/specialità, appare in maniera evidente come ogni Regione abbia

quasi sempre richiesto molto di più rispetto al fabbisogno medio, che Regioni con popolosità omogenea per caratteristiche socio-demografiche continuino a formare giovani medici precari, come molte risorse siano state impiegate per formare lo stesso specialista in più percorsi, come le Regioni con piani di rientro non devono chiedere di più, e che le Regioni benchmark debbano avere un rapporto abitante/specialista e abitante/specialità sotto l'unità (questo non è ancora avvenuto).

Il Veneto che ha una popolazione di

Il trend degli esuberi di



Il trend 2009-12 degli esuberi di specialisti per Regione


4.857.210 abitanti chiede 1 contratto ogni 12.627 abitanti, la Sicilia con una popolazione pari a 5.002.904 chiede 1 contratto ogni 6.037. Un caso a parte è la Regione Lazio, dove appare che le richieste servono come ammortizzatore sociale, infatti viene richiesto 1 contratto ogni 3.224 con una popolazione di 5.502.886.

Come dovrebbero variare i fabbisogni specialistici in tempi di spending review. Confronto 2009 vs 2012.

Le risorse economiche a disposizione del Mef sono limitate. A supporto di que-

sto, possiamo avanzare alcune osservazioni. La prima riguarda come, a fronte di una aumentata disponibilità finanziaria (639 milioni di euro circa nell'anno accademico 2011-12 contro 632 milioni circa nel 2008-9), vi sia stata una contrazione dei contratti di formazione specialistica Miur, definitivamente computati in numero di 4.500 in previsione per l'anno accademico 2012-13 (contro i 5.000 degli anni accademici precedenti). La seconda riguarda il finanziamento dei contratti di formazione specialistica da parte delle Re-

gioni, calcolati sulla base dei fabbisogni e in diretta relazione alle risorse stanziati dal Mef per i contratti Miur. Si può comprendere dall'analisi dei dati, come i fabbisogni calcolati su base regionale si modulino in modo complementare all'offerta Miur. La terza osservazione evidenzia come vi sia un meccanismo di "bilancia" tra Miur e Regioni, che non sembra volto a coprire il reale fabbisogno di contratti di formazione, calcolato su precisi parametri di turnover, di carenza in specifici settori specialistici, di rapporto abitanti/specialisti, di domanda di impiego. Il meccanismo che in realtà si evince, sembra costruito su una logica puramente economicistica basata sul risparmio e sulla reciproca copertura economica. Lo scostamento tra copertura contratti Miur e fabbisogno espresso dalle Regioni (3.670) che ne risulta (per l'anno 2012-13) è una ulteriore dimostrazione di questa "bilancia".

La logica di risparmio che si realizza attraverso la riorganizzazione della Sanità regionale, non può prescindere dalla standardizzazione anche dei suoi fabbisogni. È evidente come la revisione della spesa pubblica abbia redistribuito le risorse economiche, colpendo il riassetto delle strutture ospedaliere, in particolare il rapporto posti letto/abitanti. Il grafico al centro della pagina mostra una disomogeneità nelle dotazioni organiche dei PI in epoca pre-spending review. Nel tentativo di ridurre la spesa sono stati effettuati tagli orizzontali, ed è stato applicato il coefficiente di 3,7 PI per 1.000 abitanti che viene riportato come taglio percentuale per singola Regione.

Tale comportamento non può prescindere da un'analisi che evidenzia come per forza di cose, esistano disomogeneità che riguardano la ripartizione di nuovi contratti di formazione specialistica, il numero di posti letto x specialista e il numero di specialisti stessi in organico nel Ssn. Pertanto è opportuno, per un logico e razionale calcolo dei fabbisogni di nuovi contratti di formazione specialistica, analizzare anche il rapporto carenza/esubero di spe-

Il fabbisogno di specialisti per Regione

Regione	Situazione nazionale specialisti e specializzazioni a livello regionale - Anno 2012		Fabbisogno specialisti medio richiesto (in 3 anni accad. - 2007-08-09)
	Specializzati	Specializzazioni	
Abruzzo	5.777	7.229	346
Basilicata	1.686	1.986	279
Calabria	8.476	9.953	203
Campania	21.705	26.308	762
Emilia R.	17.880	23.311	514
Friuli V.G.	4.438	5.800	177
Lazio	4.365	5.333	1.762
Liguria	8.835	12.000	215
Lombardia	27.954	35.015	706
Marche	5.446	6.844	135
Molise	1.157	1.386	93
Pa Bolzano	-	-	49
Pa Trento	3.170	3.924	16
Piemonte	10.619	13.151	545
Puglia	13.961	16.606	352
Sardegna	7.793	9.008	260
Sicilia	19.994	23.680	835
Toscana	15.792	19.880	404
Umbria	3.402	4.202	120
Valle d'Aosta	339	432	25
Veneto	14.428	18.545	388
Italia	197.217	244.593	7.694

Elaborazione dati dicembre 2012

cialisti nelle diverse realtà regionali. La figura in alto a sinistra mostra una disomogeneità del numero PI x specialista nelle Regioni dopo la revisione della spesa. Volendo correggere queste oscillazioni, è stato necessario identificare un potenziale benchmarking. È stato preso come esempio il rapporto posti letto/specialista nell'anno 2012, della Regione Piemonte, con importante piano di rientro (2,84 posti letto x specialista Ssn, dato già normalizzato), quale parametro migliore e potenzialmente correttore per le altre Regioni in epoca di spending review. Basandosi su tale rapporto (2,8 PI x specialista) è stato possibile calcolare le carenze o gli esuberi di specialisti negli anni 2009 e 2012, evidenziando un trend temporale. La figura in alto a destra mostra infatti il numero di specialisti in difetto o in eccesso rispetto all'indice correttore.

Dall'analisi si può notare come in quasi tutte le Regioni vi siano esuberi di personale, anche se Veneto, Molise, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Umbria, Basilicata mostrano esuberi 2012 vs 2009 di poco superiori o addirittura inferiori. Calcolando che l'età media dei medici specialisti ospedalieri nel 2010 era di 50,8 anni, è prevedibile che queste Regioni dovranno a fronte dei pensionamenti e della presenza di precariato giovanile non "censito", diversificare l'offerta formativa verso determinate specialità (come sopra detto).

Un discorso a sé merita il Lazio che a fronte di esuberi nel 2009, nel 2012 regi-

stra una carenza importante di specialisti; in questa Regione nel 2012 il rapporto numero di PI per specialista si avvicina a 9, con chiare ricadute sul mancato turnover, e aumento del precariato.

La figura in basso affianca graficamente il trend dei fabbisogni regionali al trend degli esuberi, svelando Regione per Regione quale potrà essere la futura ripartizione nazionale pesata dei contratti di formazione specialistica. Considerando il blocco delle assunzioni in essere e il precariato medico, Regioni in cui la richiesta dei contratti di specialità (sia negli anni 2006-07 e 2008-2009) supera il trend degli esuberi (2009-2012), o si avvicina a pareggiare gli esuberi o il trend si negativizza saranno in "progressivo deficit" (un discorso a parte per il Lazio e il Piemonte). Per cui Regioni come Veneto, Sicilia, Campania, Abruzzo, Marche, Molise, Fvg, Calabria, Basilicata, Umbria, Valle d'Aosta potranno mantenere costanti le loro richieste, ma diversificare l'offerta formativa in base ai pensionamenti, alle specialità maggiormente richieste e all'organizzazione sanitaria regionale. Regioni come il Lazio (per i motivi sopra citati) e il Piemonte verosimilmente "smaltiranno" molto tardi gli esuberi e quindi le loro richieste come quelle anche delle altre Regioni dovranno modularsi verso il basso e molto di più sulle specialità maggiormente richieste.

* Consigliere nazionale Anaao giovani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

specialisti per Regione
