

quotidiano**sanità**.it

Martedì 12 FEBBRAIO 2019

Nei prossimi sei anni andranno in pensione 52mila medici. Abolire il numero chiuso non è la soluzione

Il futuro del SSN è determinato dalla quantità e dalla qualità dei nuovi specialisti. E per questo occorre anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, attraverso l'assunzione nel Ssn del medico laureato e abilitato con contratto di formazione/lavoro a tempo determinato

Come un fiume carsico la questione del numero chiuso per l'accesso alla scuola di Medicina e Chirurgia riemerge nel dibattito politico, collegata alle problematiche dell'invecchiamento della popolazione professionale operante nel SSN e del suo pensionamento, presente e futuro. In effetti dai dati diffusi da Eurostat, l'ufficio statistico dell'Unione Europea, l'Italia ha i medici più vecchi d'Europa, con il 54% del totale che supera i 55 anni. Nello studio Anaa del 2016 abbiamo evidenziato come il 67% dei medici ospedalieri avesse più di 50 anni nel 2015.

Valutando la curva demografica dei circa 105.000 medici specialisti che operano come dipendenti del SSN, nel periodo tra il 2019 e il 2025, ne andranno in pensione circa 45.500, al netto degli effetti della "quota 100", cui vanno aggiunti altri 6.500 tra specialisti ambulatoriali e universitari che operano in regime di convenzionamento.

Un esodo biblico di 52.000 medici, in possesso di elevate competenze e capacità tecniche che hanno garantito la buona qualità dei servizi sanitari finora erogati ai cittadini.

Per fortuna non mancheranno i laureati in Medicina e Chirurgia, visto che, come dimostrato negli studi Anaa del 2018 e 2019, nello stesso periodo raggiungeranno l'agognata meta circa 70.000 degli attuali studenti. Inoltre, già ora circa 10.000 medici laureati e abilitati sono ingabbiati in un limbo formativo per la mancanza di percorsi post laurea in numero adeguato. Giovani medici destinati ad un lavoro precario o all'emigrazione, scelta effettuata da circa 1500 di loro all'anno. In termini economici, è come se regalassimo 1.500 Ferrari ogni anno agli altri paesi europei ed extra europei, ma perdiamo in questo modo talenti, intelligenze, competenze professionali, sottratti per incuria alla sostenibilità qualitativa del nostro SSN e più in generale allo sviluppo scientifico e culturale del nostro Paese.

Nessuno può affermare che 80.000 neo laureati in Medicina e Chirurgia non rappresentino un numero più che sufficiente a coprire il fabbisogno di medici specialisti e di medici di medicina generale. Di fronte a queste cifre ogni polemica sul cosiddetto "numero chiuso" per l'accesso a Medicina e Chirurgia dovrebbe essere spazzata via, a meno che attraverso posizioni demagogiche non si voglia giustificare un enorme spreco di risorse. Possiamo discutere sulle modalità di ingresso ma non sulla necessità di mantenere una seria programmazione dei fabbisogni.

Curiosamente, il "metodo francese" di selezione degli studenti per il corso di Medicina e Chirurgia rappresenta oggi un flebile legame che unisce il governo italiano a pratiche amministrative adottate dai cugini transalpini. Discutiamone, ma si sappia che la sua trasposizione in Italia richiede tempo, importanti investimenti economici nonché profondi cambiamenti strutturali, logistici e organizzativi. In assenza di una sua chiara evidenza di superiorità, in letteratura, rispetto al metodo adottato in Italia, che potrebbe essere migliorato implementando valutazioni psico-attitudinali, nella selezione degli studenti più vocati per la professione medica.

L'approvazione della "quota 100" con la Legge di Bilancio per il 2019 comporta importanti cambiamenti nella dinamica delle uscite per pensionamento dei medici dipendenti del SSN, determinandone una netta anticipazione. A normativa vigente si può andare in quiescenza in media a 65 anni di età con una anzianità di 42 anni e 10 mesi di contribuzione per i maschi e 41 anni e 10 mesi per le donne. Nel 2018 hanno così maturato i criteri previdenziali i nati nell'anno 1953. Il triennio 2019-2021 interesserà essenzialmente i nati dal 1954 al 1956, con uscite previste intorno a 6000 -7000 medici l'anno, per un totale di circa 20.000 unità.

Con la "quota 100", in vigore dal 2019 al 2021, il diritto al pensionamento viene anticipato a 62 anni di età, visto che gran parte dei medici interessati, avendo effettuato il riscatto degli anni di laurea e di specializzazione per il basso costo previsto negli anni 80, è in possesso del requisito contributivo di 38 anni. Quindi, si potrebbe avere un anticipo di ben tre coorti di età. Nel 2019 potrebbero lasciare anche i nati tra il 1955 e il 1957, mentre quelli nati nel 1958 e 1959 raggiungeranno i 62 anni entro il 2021. L'anticipo potrebbe interessare nel triennio 2019/2021 altri 17.000 medici portando il totale dei pensionamenti possibili a 37.000 unità. Ovviamente la consistente decurtazione dell'assegno pensionistico, dovuta al minor numero di anni di contribuzione, ma anche la limitazione al cumulo, ridurranno il numero dei medici che sceglieranno la "quota 100". Ma, se anche fossero solo il 25% degli aventi diritto, stima forse ottimisticamente prevista al ribasso, si avrebbero 4.000 pensionati in più nel triennio, cioè circa 1.300 ogni anno.

Senza nuove assunzioni, il SSN può reggere per tre anni un collasso di oltre 8.000 medici all'anno, non facilmente sostituibili vista la carenza di specialisti legata al fallimento del sistema formativo post laurea? E con la previsione delle graduatorie concorsuali "usa e getta", di cui al D.Lgs "Semplificazioni", sia pure dal 2020, si possono immaginare almeno 8.000 concorsi all'anno? In quali tempi, ricorsi compresi, e con quali costi?

Il nodo in tutta evidenza è rappresentato dalla ridotta capacità di formazione specialistica post laurea, figlia del fallimento eclatante, che non può più passare sotto silenzio, delle politiche sui fabbisogni (non) adottate dai governi nazionali e dalle università negli ultimi 10 anni, invischiati in relazioni di potere costruite più sulla difesa di interessi autoreferenziali che su politiche di attenzione alle esigenze del Paese, indifferenti alle criticità rilevate dall'Anaa Assomed fin dal 2010.

Dal 2019 al 2025 saranno formati circa 45.000 specialisti, mediamente 6400 ogni anno. Di questi, si può stimare che circa il 15% non accetterà un rapporto con il SSN, di dipendenza o di convenzione (specialisti ambulatoriali, universitari) preferendo il lavoro nel privato, nelle industrie del settore o all'estero. La disponibilità sarà quindi limitata a circa 38.250 medici specialisti, prospettandosi un deficit di 13.750 di loro nei sette anni considerati, mediamente circa 2.000 ogni anno.

Anche il blocco del turnover sta incidendo pesantemente sulle dinamiche di sostenibilità del nostro SSN. Il ricambio generazionale è bloccato e con esso quel trasferimento di conoscenze e capacità tecniche sostenuto dalla fisiologica osmosi tra generazioni professionali diverse con grande spreco di risorse umane ed economiche. L'assunzione del personale è bloccata dalla Legge Finanziaria per il 2007, che vieta, per questo settore, una spesa superiore a quella del 2004 ridotta dell'1.4%, limitando il turnover di fatto al 25-50% delle uscite.

Dal 2009 al 2018 il numero dei medici dipendenti a tempo indeterminato si è ridotto di 10.000 unità, con un risparmio del costo del lavoro valutabile attualmente in un miliardo all'anno. Nelle aziende sono così dilagate le assunzioni di specialisti convenzionati o con contratti atipici o libero professionali fino ad arrivare a gettonisti forniti da cooperative. Lo sblocco del turnover, associato ad una grande stagione di assunzione di giovani medici, e la stabilizzazione di tutto il precariato diventano due necessità intrecciate ed ineludibili per garantire le caratteristiche di equità e universalità su cui si fonda il nostro SSN nonché la qualità dei servizi. In caso contrario lo scenario dei prossimi anni sarà drammatico per il SSN, visto che l'impoverimento e la precarizzazione delle dotazioni organiche minano l'accessibilità ai servizi del SSN e la stessa sicurezza delle cure.

In concreto, aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, al di fuori da seri studi di programmazione che tengano insieme aspetti demografici, dinamiche pensionistiche, esigenze del sistema in termini di formazione, qualità e quantità del personale, non risolve il problema dell'attuale carenza di medici specialisti. Gli effetti si vedrebbero solo dopo 11-12 anni, quando la curva pensionistica sarà in forte discesa, con il rischio di replicare il fenomeno della pletera medica. Anzi, i dati derivati dagli studi elaborati dall'Anaa dal 2011 al 2019, suggeriscono di prendere in

considerazione una riduzione del 15-20% nei prossimi anni, mentre i contratti per la formazione specialistica dovrebbero aumentare da subito fino a circa 9.500, magari anche con finanziamenti europei considerata l'emigrazione dei nostri laureati e specialisti verso altri paesi della Comunità.

Indubbiamente, il futuro del SSN è determinato dalla quantità e dalla qualità dei nuovi specialisti. Ma occorre anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, attraverso l'assunzione nel SSN del medico laureato e abilitato con contratto di formazione/lavoro a tempo determinato, finalizzato all'acquisizione del titolo di specialista, con oneri previdenziali ed accessori a carico delle Regioni che ne curano l'inserimento nella rete formativa regionale, consentendo ai giovani di raggiungere il massimo della tutela previdenziale ed al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche.

Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali significa consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa che, per ovvi motivi di dotazione di posti letto e casistiche operatorie, non possono essere garantita dalla sola Università.

Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantire un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza sia in strutture ospedaliere con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

Carlo Palermo

Segretario Nazionale Anaa Assomed