

## Demografia dei medici dipendenti del sistema sanitario nazionale

*Proposte per ridurre gli effetti negativi del prossimo esodo pensionistico*

**Enrico Reginato, Vicepresidente FEMS (Federazione Europea Medici Salariati)**

**Carlo Palermo, Coordinatore della Conferenza permanente dei Segretari AnaaAssomed delle Regioni e delle Province autonome**

In un precedente lavoro pubblicato su "Dirigenza Medica" nel 2007 avevamo prospettato il pericolo di un progressivo depauperamento del personale medico operante nel sistema sanitario toscano per il sopraggiungere di una "gobba pensionistica" e il rischio di un decadimento della qualità generale dei servizi per la perdita di operatori esperti ed in possesso di elevate capacità professionali. In seguito all'iniziativa, la valutazione è stata estesa alla situazione nazionale di 123.061 medici dipendenti del SSN in servizio nel 2009 (Grafico 1), che mostra un andamento analogo.

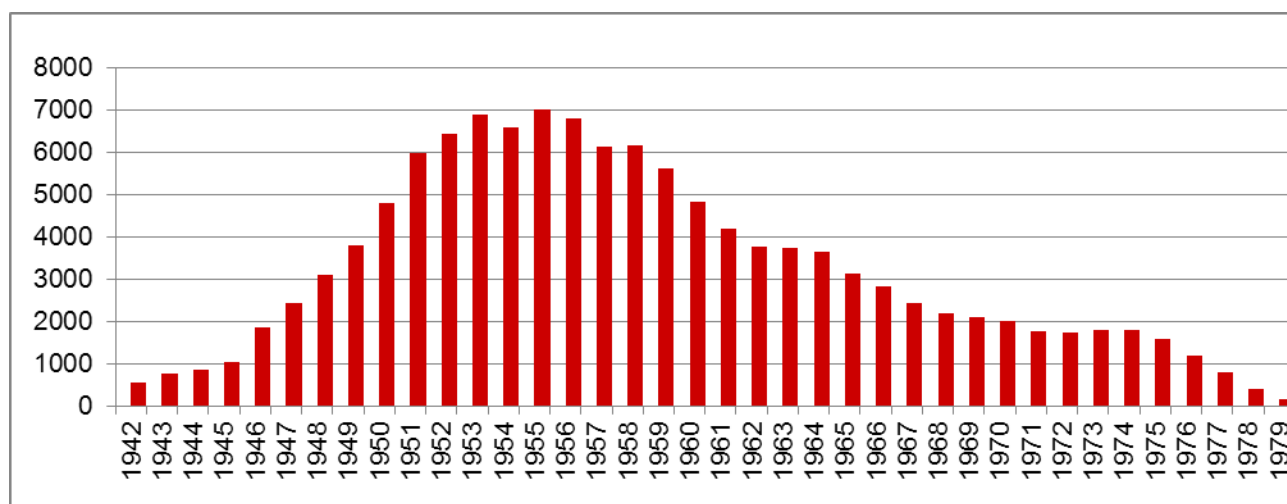


Grafico 1: 123.061 medici dipendenti del SSN nel 2009, distribuiti per data di nascita

A quasi quattro anni di distanza dal primo lavoro, siamo oramai nella fase ascendente della "gobba pensionistica". Il pericolo di un prossimo esodo dei professionisti su base previdenziale è stato riconosciuto anche dal Ministero della Salute che nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 prospetta una riduzione complessiva di circa 22.000 medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018.

Latitano invece concrete iniziative del Governo e delle Regioni per contrastare il fenomeno. Anzi, negli ultimi due anni abbiamo assistito all'emanazione di atti che rischiano di aggravarlo. Ci riferiamo, in particolare, al blocco del *turnover* che ha colpito i medici dipendenti nelle Regioni sottoposte a piani di rientro e alle recenti iniziative legislative in campo previdenziale che hanno introdotto la possibilità di mettere in trattamento di quiescenza i dirigenti che abbiano raggiunto i quaranta anni di versamenti previdenziali, anche nel caso di un'età inferiore a 65 anni, e previsto, con la Legge 122/2010, un peggioramento delle condizioni previdenziali dal 2011.

Per le fasce di età più anziane va considerato che il riscatto previdenziale degli anni di università era possibile con un modesto versamento economico mensile e che queste stesse fasce di età iniziarono la loro carriera in un periodo in cui vi era un'ampia crescita dei posti ospedalieri in organico grazie alla riforma ospedaliera "Mariotti" del 1968; inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di avere il titolo di specializzazione per essere assunti nel SSN.

Parliamo quindi di una popolazione medica numerosa, in condizioni di aver maturato gli anni di anzianità pensionistica con ampio anticipo (anche a soli 58 anni di età).

Il costo del personale ospedaliero rappresenta una voce molto importante del bilancio aziendale e piuttosto semplice da gestire, rispetto ad altre voci, per un banale meccanismo di assunzione/non assunzione o incentivazione al licenziamento spontaneo, contrattualmente prevista. Non a caso il blocco del *turnover* è sempre il meccanismo di risparmio della spesa cui più frequentemente si ricorre.

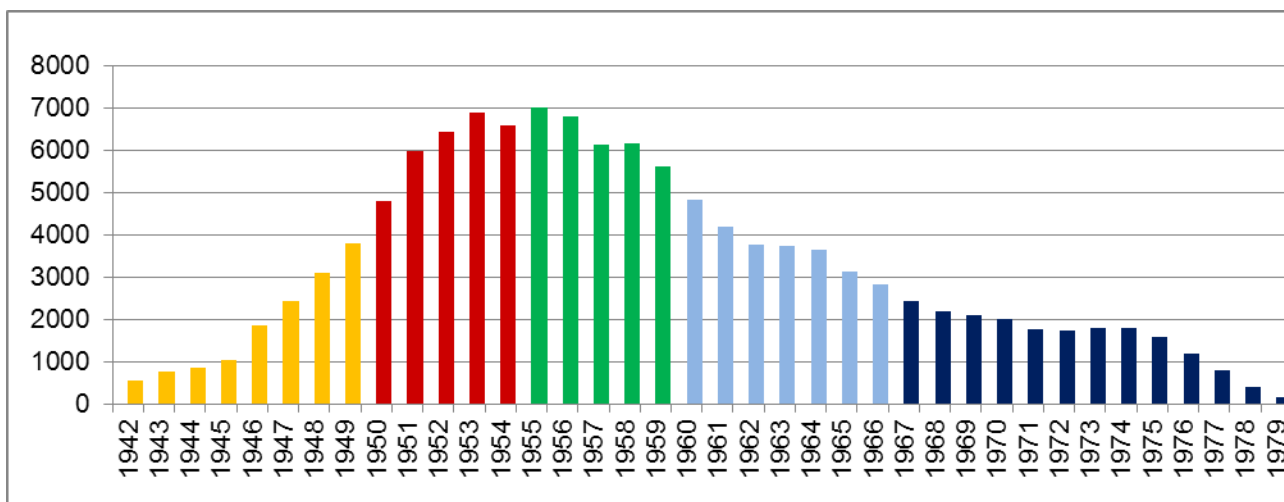
Il ricorso al lavoro straordinario e la soppressione di alcuni servizi rappresentano il sistema utilizzato per ovviare alle carenze di organico. Un simile meccanismo non è utilizzabile in modo esteso sia per limiti contrattuali, sia per incompressibili esigenze di salute e sicurezza del cittadino utente.

Esiste la possibilità dell'assunzione di medici precari, ma se la loro posizione è sicuramente utile per far funzionare alcune strutture, il precariato non è assolutamente auspicabile in un ambiente di lavoro come quello ospedaliero, dove l'apprendimento e lo sviluppo professionale, soprattutto nella realtà italiana, impongono la permanenza nella struttura scelta per periodi lunghi e stabili. I precari sono in genere destinati a ruoli molto subalterni, con nessuna garanzia di sviluppo professionale.

Di conseguenza, a causa dell'intersecarsi di questi diversi aspetti, se non si provvederà in tempi brevissimi a mettere in atto consistenti meccanismi correttivi, temiamo rischi futuri di malfunzionamento del sistema sanitario nazionale, legati alla situazione dei medici dipendenti.

In un sistema equilibrato la forma della curva dovrebbe essere più o meno rettangolare, tanti dirigenti escono ed altrettanti entrano, mentre vediamo che la popolazione dei medici dipendenti ha risentito delle variazioni politiche del nostro Paese: dall'incremento dei posti di lavoro negli ospedali pubblici dopo il varo del SSN, ad una saturazione dei posti per un periodo abbastanza stabile, ai diversi blocchi di assunzione, legati anche al fatto che, dagli anni '90, è indispensabile aver già conseguito un titolo di specializzazione presso l'Università prima di poter accedere ad un posto nel SSN.

Se valutiamo il grafico in base al criterio minimo per il pensionamento (61 di età + 36 o 37 di contributi, in base ai limiti previsti dalla normativa vigente) vediamo che i nati tra il 1942 e il 1949 hanno già raggiunto i criteri di pensionamento: si tratta di **14.388** medici che potrebbero andare in pensione, se non lo hanno già fatto, entro il 2010. I nati tra il 1950 e il 1954 acquisiranno il criterio minimo dal 2011 al 2015 e i nati tra il 1955 e il 1959 dal 2016 al 2020. Si tratta rispettivamente di **30.777** medici per il prossimo quinquennio, di **31.771** medici per il quinquennio 2016-2020. Le date di effettivo abbandono del posto di lavoro potrebbero slittare di 12 mesi per la previsione della finestra mobile contenuta nella Legge 122/2010. Per chiarezza riproduciamo il grafico con coloritura diversa: in giallo i possibili pensionamenti entro il 2010, in rosso i possibili pensionamenti dal 2011 al 2015; in verde i possibili pensionamenti dal 2016 al 2020. Come si può notare solo nel 2028 (nati nel 1967) si tornerà ad un numero di pensionamenti annuali al di sotto di 2500, che rappresenta il numero dei pensionamenti della C.P.S.Inpdap per il 2009 (Tabella 1).



La fuga dei medici dal SSN e i rischi concreti di un suo decadimento qualitativo appaiono molto probabili, considerato che i pensionamenti potrebbero essere anche più precoci. Infatti, molti medici con il riscatto della laurea e della specializzazione potrebbero raggiungere i 40 anni di contributi anche prima dei 61 anni di età considerati nella proiezione.

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 l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa) e 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.

È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a fare turni di guardia ed una mole elevata di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 61-62 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione.

Questa tendenza è confermata dalla Tabella 1, che mostra i dati INPDAP riguardanti i pensionamenti dei medici dipendenti. Si può notare che fino al 2009 il tasso di pensionamento è pari a circa il 2,5-2,6% della popolazione medica. Questa percentuale, dalle prime proiezioni relative al 2010, sembra essere destinata ad un notevole incremento. Ma il punto rilevante di questa tabella risiede nell'età media dei medici che vanno in pensione, che si attesta sui 61-62 anni, con un'anzianità contributiva di 37-38 anni.

**Tabella1: Serie storica dei trattamenti pensionistici C.P.S. INPDAP**

Anno	Sesso	Numero	Età media alla cessazione	Anzianità media	Importo annuo medio alla cessazione
2005	Maschi	1.213	62,1	38	73.641
	Femmine	195	58,8	36,4	58.748
	<b>Totale</b>	<b>1.408</b>	<b>61,6</b>	<b>37,7</b>	<b>71.560</b>
2006	Maschi	2.033	61,3	38	71.485
	Femmine	404	59,4	36,6	60.795
	<b>Totale</b>	<b>2.437</b>	<b>61</b>	<b>37,8</b>	<b>69.713</b>
2007	Maschi	2.738	61,1	38,2	71.065
	Femmine	617	59,4	36,9	63.511
	<b>Totale</b>	<b>3.355</b>	<b>60,8</b>	<b>37,9</b>	<b>69.676</b>
2008	Maschi	2.207	61,4	38,2	71.529
	Femmine	483	59,4	36,7	62.645
	<b>Totale</b>	<b>2.690</b>	<b>61</b>	<b>37,9</b>	<b>69.934</b>
2009	Maschi	2.114	62,5	38,6	72.579
	Femmine	433	60,8	37,4	64.374
	<b>Totale</b>	<b>2.547</b>	<b>62,2</b>	<b>38,4</b>	<b>71.184</b>

In pratica, la maggior parte dei medici ospedalieri lascia il lavoro con 5-7 anni di anticipo rispetto alla normale scadenza del periodo lavorativo (65+2 anni di età o 40 anni di lavoro effettivo, come introdotto con un recentissimo provvedimento legislativo), rinunciando anche al raggiungimento del massimo contributivo, accettando anche un trattamento pensionistico inferiore a quello massimo.

Un interessante studio sul disagio lavorativo è stato prodotto dall'ISTAT (*Salute e sicurezza sul lavoro - 29 dicembre 2008*). Da esso si rileva che il disagio lavorativo è più significativo nelle regioni centrali d'Italia e presenta valori molto elevati nel campo sanitario e fra i dirigenti, soprattutto nella fascia compresa fra 45 e 54 anni di età.

Trattandosi di dati relativi al II° trimestre 2007, possiamo certamente affermare che i dirigenti appartenenti alla fascia di età con il maggior disagio lavorativo abbiano iniziato ad elaborare una "strategia della pensione" che li porta a chiedere il trattamento di quiescenza in anticipo rispetto al raggiungimento dei 65/67 anni di età e dei 40 anni contributivi, come abbiamo visto nella Tabella 1.

Con questa tendenza entro il 2020 potrebbe essere necessario sostituire circa **77.000** specialisti: più del 60% dell'attuale forza lavoro medica del SSN lascerà il posto di lavoro entro il prossimo decennio.

Dato che la qualità del servizio sanitario è in buona parte, dipendente dalla qualità professionale di coloro che vi svolgono la loro attività, è indispensabile interrogarsi sulla qualità professionale di coloro che dovranno sostituire i numerosi dirigenti medici in uscita e, di conseguenza, sul loro iter formativo e quindi analizzare i meccanismi di formazione post-laurea.

La direttiva europea 2001/19/CE sostiene che: *"...la struttura ed il livello della formazione professionale, l'addestramento professionale o la pratica professionale saranno determinati dalle leggi, regolamenti o provvedimenti amministrativi dello Stato membro interessato, o controllati o approvati delle Autorità designate a tale scopo."*

In Italia un medico può diventare specialista solo se riesce ad entrare in una scuola universitaria di specializzazione a numero chiuso, superando un esame di ammissione. Nonostante quanto pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale N° 105 del 8 Maggio 2006, che prevede un determinato iter formativo affinché il titolo di specializzazione sia riconosciuto in ambito europeo, è noto che quegli standard non vengono rispettati.

Il concetto si ritrova nei documenti ufficiali:

*"La normativa europea prescrive che, durante i 4 anni della scuola, il Medico Specialista venga assegnato ad un tutor per effettuare, a partire dal 2° anno di attività, attività di emodinamica sia diagnostica che interventistica.....accade tuttavia non di rado che il medico specialista in Cardiologia non abbia avuto l'opportunità di effettuare alcuna attività di Emodinamica durante la Scuola di Specializzazione"* (Osservatorio per la Qualità: *La Cardiologia Invasiva in Toscana - I: coronarografie ed angioplastiche. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana; 7, Luglio 2003:58*).

Gli ospedali non hanno titolo alla formazione post-laurea, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli specializzandi in strutture ospedaliere; ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con una qualità che gli interessati considerano insufficiente.

Solo da specialista, un medico può partecipare ad un concorso nel sistema sanitario pubblico, in quella branca specialistica, diventando, ancora, un "medico in formazione" per altri cinque anni, o essere assunto nel privato.

Di fronte alla prossima uscita dal mondo della sanità pubblica di un grande numero di specialisti e di fronte alla evidente carenza formativa dei medici specializzandi, urge un riorganizzazione della formazione specialistica.

Il punto centrale è quello del rispetto della normativa vigente; normativa che è esplicitamente citata dall'Università nei contratti di formazione sottoposti ai medici che si iscrivono alla scuola di specializzazione, che consente l'utilizzo delle strutture ospedaliere nella formazione specialistica.

Se la formazione attuale è qualitativamente insufficiente, la causa, da un lato, risiede nello scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è verosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi. Il numero complessivo degli specializzandi, a livello nazionale, si aggira attorno a 25.000 unità, un numero molto grande, pari a circa il 20% del numero dei medici dipendenti italiani, ma comunque insufficiente a colmare le uscite che si prospettano, considerando che solo il 70% di essi sceglie di lavorare nel settore pubblico.

La riorganizzazione del sistema formativo è prerogativa dell'Università, pretendere che i futuri specialisti da inserire nel SSN siano all'altezza del ruolo professionale che li aspetta è compito delle Regioni, che sono responsabili della qualità delle cure, e quindi del funzionamento del sistema; ma il futuro del SSN è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università. Fino a quando la Legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in Ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il SSN non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

Purtroppo, dalle classifiche internazionali, il SSN italiano, considerato dall'OMS fra i migliori del Mondo, è, nei fatti, subordinato, per molti aspetti ad una Università relegata tra le posizioni di retroguardia.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta fra l'Università e gli Ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvii motivi di dotazione di posti letto, non può 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 garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

La Legge 517/99 prevede l'Osservatorio per la formazione specialistica, con scopi di verifica; è indispensabile che l'Osservatorio svolga al meglio il suo compito.

A giudicare dal numero di studenti italiani che restano esclusi dalle selezioni per l'ammissione alla Facoltà di Medicina (solo 1 su 7 ottiene l'iscrizione), sembra che per quanto riguarda il nostro Paese, al contrario di quello che avviene in altri Stati europei, vi sia una vocazione per la professione medica ancora elevata. Sarebbe quindi il caso di aumentare il numero degli iscritti al 1° anno di Medicina, in modo che, anche in un'ottica europea, i futuri laureati possano contribuire a ridurre i deficit che si prospettano. Dobbiamo, infatti, considerare che persistendo fino al 2028 (vedi Grafico 1) un tasso elevato di pensionamenti annuali dei medici dipendenti, in un prossimo futuro anche l'Italia, in assenza di adeguati provvedimenti, si troverà a corto di professionisti.

In conclusione, noi riteniamo che da queste proposte 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, 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.