

**Indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie
Camera dei Deputati – Commissione Affari Sociali**

**Audizione resa, per Anaa Assomed, dal dott. Pierino Di Silverio
Segretario Nazionale Anaa Assomed**

Roma, 11 dicembre 2024

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,
ringrazio la XII Commissione della Camera per aver invitato Anaa Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a prendere parte a questo ciclo di audizioni sull'indagine conoscitiva in materia di riordino delle professioni sanitarie, rilevandone la notevole importanza.

Accogliamo con favore questa iniziativa della Commissione perché, per dirla con le parole del Ministro Schillaci, *"il rilancio della sanità pubblica passa dalla valorizzazione del personale"*.

Riteniamo infatti che sia essenziale costruire un sistema sanitario fondato su professionalità solide e competenze chiaramente definite, per garantire ai cittadini la qualità dei servizi che meritano.

Uno sforzo sociale, istituzionale e politico perché il problema della sanità riguarda tutti, perché tutti, indipendentemente dal proprio ruolo sociale o professionale siamo stati, siamo o saremo pazienti.

Tutti abbiamo bisogno di cure e non vorremmo mai arrivare al punto di non trovare più chi sia disposto a curare.

E' necessario rilanciare il Servizio sanitario nazionale provato da un prolungato depotenziamento a causa di risorse pubbliche non sufficienti rispetto ai fabbisogni sanitari di una popolazione che invecchia e che richiede risposte assistenziali appropriate per acuzie, cronicità sempre più diffuse e, anche, nei casi di possibili emergenze.

Lavorare nel servizio Sanitario nazionale è diventato sempre più difficile, a rischio di burn-out, di episodi di violenza, con retribuzioni non adeguate e limitate prospettive di carriera.

In quest'ottica, la questione delle retribuzioni è questione politica perché riguarda il valore del lavoro e quello di chi lo fa. Restituire autorevolezza al lavoro dei professionisti sanitari, anche attraverso la leva economica, è condizione indispensabile per consentire loro di operare con responsabilità, efficienza, efficacia. Una politica retributiva inadeguata disincentiva la stessa domanda di formazione e alimenta le fughe, sia di chi è dentro il sistema sia di chi si appresta ad entrare. E condanna

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

all'impoverimento progressivo, senza arrivare all'ottocentesco concetto di indigenza, professionisti che garantiscono la esigibilità dell'unico diritto che la Costituzione definisce "fondamentale" per tutti i cittadini, tutti i giorni e tutte le notti. È appena il caso di ricordare che tra il 2015 e il 2022 le retribuzioni dei medici dipendenti sono diminuite, in termini reali, del 6,1% (Censis 2024) ed il costo del personale a tempo indeterminato è calato del 2,8%. Questi numeri, insieme con il peggioramento delle condizioni di lavoro, rendono conto della ridotta capacità attrattiva di quella che si considera *"risorsa chiave"*.

Piuttosto che ricorrere a medici provenienti da paesi lontani e spesso molto diversi dal nostro, sarebbe opportuno promuovere investimenti adeguati per restituire attrattività al lavoro nel Servizio sanitario nazionale, risultando pertanto vitale per il suo mantenimento in vita, uno straordinario piano di reclutamento e premialità di tutte le figure professionali che in esso vi operano e del relativo superamento di vincoli ed incompatibilità che in una situazione di emergenza non ci possiamo permettere. Piano straordinario da realizzarsi non con forme atipiche di reclutamento ma attraverso una semplificazione delle procedure concorsuali ed uno snellimento delle stesse, fermo restando che alla dirigenza sanitaria si accede mediante selezione pubblica con possibilità di accesso anche con una specializzazione in disciplina affine.

Ribadiamo che da molti anni l'appiattimento delle retribuzioni della dirigenza medica e sanitaria rispetto alle altre retribuzioni del pubblico impiego e il differenziale negativo a confronto delle retribuzioni europee delle stesse professioni medico e sanitarie, ha prodotto fenomeni negativi e rischiosi per la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale quali ad esempio la demotivazione del personale sanitario, la riduzione dell'accesso alle professioni e la difficoltà di reclutamento da parte delle Aziende sanitarie, la migrazione all'estero di ingenti quantità di medici, la difficoltà a garantire la continuità delle cure e il funzionamento di ospedali e di servizi sanitari. L'elenco sarebbe più lungo. Queste le ragioni economiche cui se ne possono aggiungere altre strutturali.

Da qui l'inevitabile fuga dal Servizio sanitario verso soluzioni professionali meno logoranti e a più alta gratificazione, nella libera professione così come nelle sanità di altri paesi.

Peraltro è un fatto notorio che la formazione post laurea dei medici deve accontentarsi di cifre irrisorie e a futura memoria, e per quella dei dirigenti sanitari dell'area non medica non ci sono nemmeno quelle, non essendo riconosciuta loro alcuna forma di sostegno economico durante la frequenza dei relativi corsi, né alcuna forma di tutela economico-giuridica per la maternità e paternità. Nessun accenno nei veicoli legislativi in via di approvazione alla necessità di introdurre un vero contratto di lavoro a scopo formativo superando la attuale condizione di studenti.

E' opportuno sottolineare che da quanto emerge nel capitolo "*Il sistema di welfare*" del 58° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese negli ultimi 24 mesi, ogni 100 tentativi di prenotare prestazioni nel Servizio sanitario, il 34,9% degli italiani finisce poi nella sanità a pagamento anche a causa della lunghezza delle liste di attesa. Lo switch nell'intramoenia o nel privato puro riguarda tanto il 37,1% delle persone con redditi medio-alti, quanto il 32,0% di quelle con redditi bassi. Lo sforzo economico per acquistare prestazioni sanitarie coinvolge anche i livelli di reddito inferiori, dunque, ed è alto il rischio di una "*sanità per censo*". Insomma come dire che i benestanti possano curarsi prima e meglio dei meno abbienti. Il 36,9% degli italiani in effetti ha dovuto tagliare altre spese per finanziare le proprie spese sanitarie, quota che sale al 50,4% tra le persone con redditi bassi e scende al 22,6% tra quelle con redditi alti. Dal 2013 al 2023 la spesa sanitaria privata pro-capite è cresciuta in termini reali del 23,0%, invece quella pubblica dell'11,3% (Censis). Come già detto nel periodo 2015-2022 le retribuzioni dei medici nel Servizio sanitario nazionale hanno subito un taglio in termini reali del 6,1%. Non sorprende, quindi, che l'87,2% degli italiani ritenga una priorità migliorare le retribuzioni e le condizioni di lavoro dei medici, considerati la risorsa più importante della sanità. Il 92,5% considera prioritario assumere nuovi medici e infermieri. L'83,6%, dopo la traumatica esperienza dell'emergenza Covid, che ha visto la sanità impreparata ad affrontare il picco di domanda di prestazioni sanitarie, si aspettava investimenti massicci e un più intenso impegno per potenziare il sistema sanitario.

Si sta diffondendo pertanto la percezione che il livello di copertura del welfare pubblico si sia drasticamente ridotto nel tempo: un cambiamento epocale rispetto alle generazioni precedenti. Attualmente il giudizio prevalente è che il sistema di tutele pubbliche si limiti alle prestazioni essenziali, mentre per il resto si paga direttamente con la triste considerazione che il welfare pubblico si tramuta in un costo che grava sui budget familiari.

La criticità vera non consiste nella scarsità assoluta del personale medico e sanitario, ma nella stessa perdita di attrattività relativa al Servizio Sanitario Nazionale. Il problema non è solo il numero dei medici, ma anche la loro distribuzione e la tipologia di specializzazione come avremo modo di testimoniare con i numeri illustrati di seguito.

Mancano gli specialisti e per risolvere il problema della carenza dei medici non serve l'abolizione del numero chiuso alla facoltà di Medicina, ma risulta imprescindibile mettere in atto una corretta programmazione sui fabbisogni di specialisti, programmazione che parta dai dati sui pensionamenti come abbiamo più volte illustrato e sintetizzato nella tabella di seguito riportata.

Uscite per pensionamento negli anni 2009, 2018, 2025 e nel 2034 in base alla curva demografica dei medici dipendenti del SSN e coorti in uscita nel triennio 2019/2021 in base a quota 100



I dati documentano infatti il progressivo abbandono del Servizio Sanitario Nazionale: secondo la Fondazione ONAOSI, tra il 2019 e il 2022 il Ssn ha perso oltre undicimila medici per licenziamenti o conclusione di contratti a tempo determinato.

Alla Data del 11 settembre 2024 gli uffici competenti dell'Onaosi comunicano che risultano censiti nel sistema di elaborazione della Fondazione n. 150.407 sanitari contribuenti di cui obbligatori n. 135.448 (pari all'90,05% del totale) n. 5.194 sanitari volontari (pari al 3,45% del totale), n. 7.074 vitalizi (pari al 4,7% del totale) e n. 2.691 Trentennali (pari al 1,79% del totale).

Di costoro l'88,39% sono medici chirurghi ed odontoiatri, l'0,88% sono odontoiatri il 4,45% veterinari il 3,90% farmacisti ed il 2,38% non iscritti agli ordini (volontari, vitalizi e trentennali quindi di sanitari in pensione).

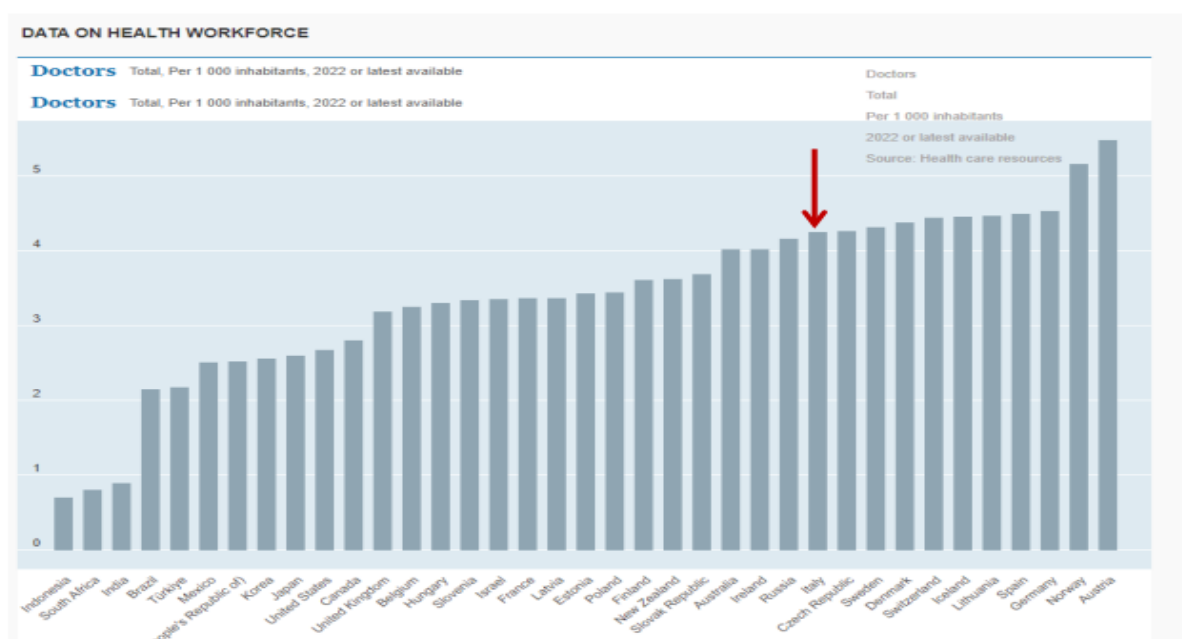
Rispetto ai dati rilevati in sede di prima revisione (aprile 2024) si registra una contrazione totale di 1.331 unità, concentrate nelle categorie dei volontari, dei vitalizi, e dei trentennali.

Ciò determina, da lato economico, ad una revisione al ribasso della stima delle entrate contributive da parte dei contribuenti volontari.

ISCRITTI ONAOSI ALL'11 SETTEMBRE 2024					
Albi di appartenenza	Dipendenti Pubblici	volontari	vitalizi*	Trentennali	Totale
Farmacisti	5.375	153	321	15	5.864
Medici Chirurghi e Medici Chirurghi e Odontoiatri	123.222	3.929	4.142	1.657	132.950
Medici Veterinari	6.291	345	42	20	6.698
Non iscritti agli Albi		65	2.517	995	3.577
Odontoiatri	560	702	52	4	1.318
Totale	135.448	5.194	7.074	2.691	150.407

L'Anaao Assomed ha recentemente pubblicato uno studio che alleghiamo a questo documento in cui si evince chiaramente che non mancano medici, ma mancano specialisti in determinate specialità. Se valutiamo i dati OCSE, riferiti al 2022, in Italia i medici sono 250.813, corrispondenti a 4,25 per mille abitanti, pressoché sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che nel nostro Paese non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia abilitati alla professione, ma piuttosto di specialisti, particolarmente in alcune specialità come la medicina d'emergenza–urgenza (Figura 1).

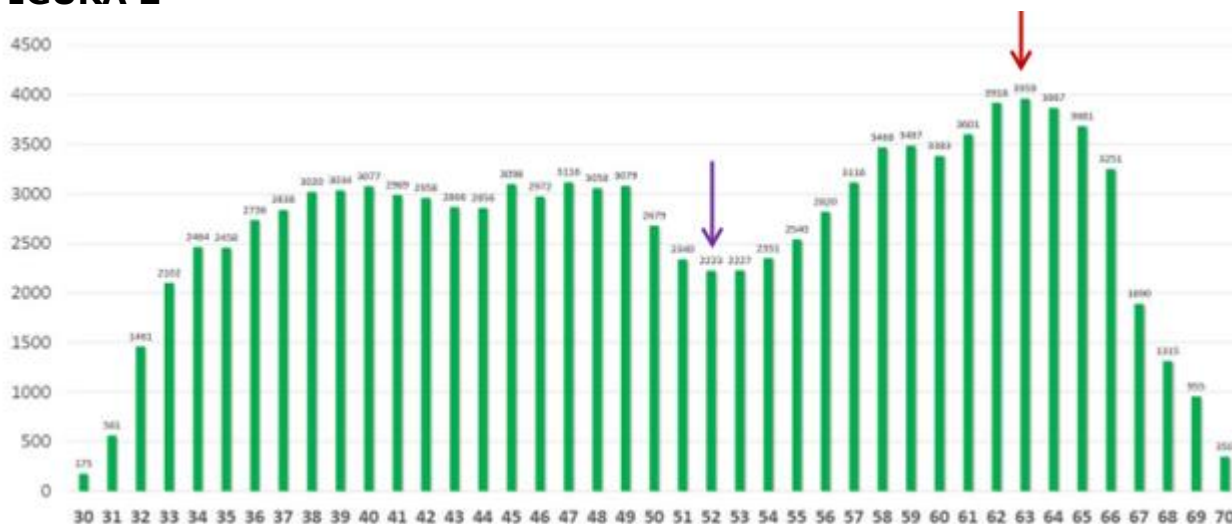
FIGURA 1



Una attenta valutazione dei database a disposizione (ONAOI ed ENPAM) ci può fornire una stima realistica dei pensionandi, considerando il pensionamento di “vecchiaia” (67 anni per i dipendenti, 68 anni per i convenzionati, 70 per gli universitari). Si può, pertanto, stimare che i medici dipendenti del SSN avviati verso la quiescenza nei prossimi 10 anni saranno circa 40.500, i medici di Medicina generale saranno circa 21.300, gli specialisti ambulatoriali circa 6.300, i medici universitari circa 2.900, quelli di continuità assistenziale 6.500, circa 4.400 i pediatri di libera scelta, infine 26.800 mila medici matureranno i criteri per la quiescenza nel settore dell'ospedalità privata e della riabilitazione.

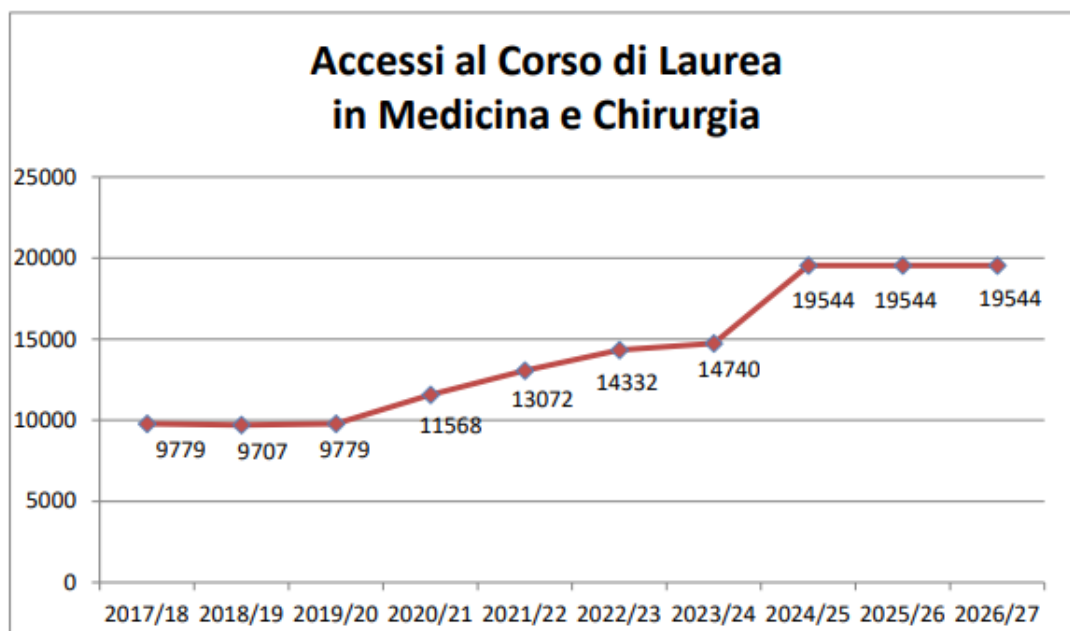
Totale: 108.700 medici in pensione nei prossimi 10 anni (Figura 2).

FIGURA 2



Di contro, con gli ingressi a medicina tra il 2017 e il 2024 (con lauree attese tra il 2023 e il 2032) i posti programmati per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, avremo circa 141.000 nuovi medici nei prossimi 10 anni, ben 35.000 laureati che non troveranno posto di lavoro in Italia e saranno costretti ad andare all'estero dopo aver speso 125.000€ ognuno per formarli, un danno enorme all'erario pubblico (fino a 12 miliardi di euro) e un grosso regalo alle altre nazioni che sentitamente ringraziano!! (FIGURA 3).

FIGURA 3



Pertanto, millantare l'abolizione del numero chiuso alla facoltà di medicina, che tutti - anche gli ideatori del criticato disegno di legge - reputano non utile, appare come una manovra prettamente elettorale e demagogica.

Il numero chiuso non è stato abolito, è stato reso meno meritocratico! L'enorme attenzione dei decisori politici, a tutti i livelli e di tutti gli schieramenti, sullo stato della sanità italiana sembra sia monopolizzata, ancora una volta, dalla questione del numero chiuso al Corso di Laurea in medicina e Chirurgia, di cui si parla tanto, e troppo, come fosse il principale su cui agire subito e concentrarsi.

In queste ultime settimane, e soprattutto in questi ultimi giorni, stiamo assistendo a un turbinio di dichiarazioni roboanti dal contenuto spesso in contrasto o in contraddizione con la realtà delle cose, in una corsa all'annuncio di prossime abolizioni e di vittoria del diritto allo studio fino ad ora negato.

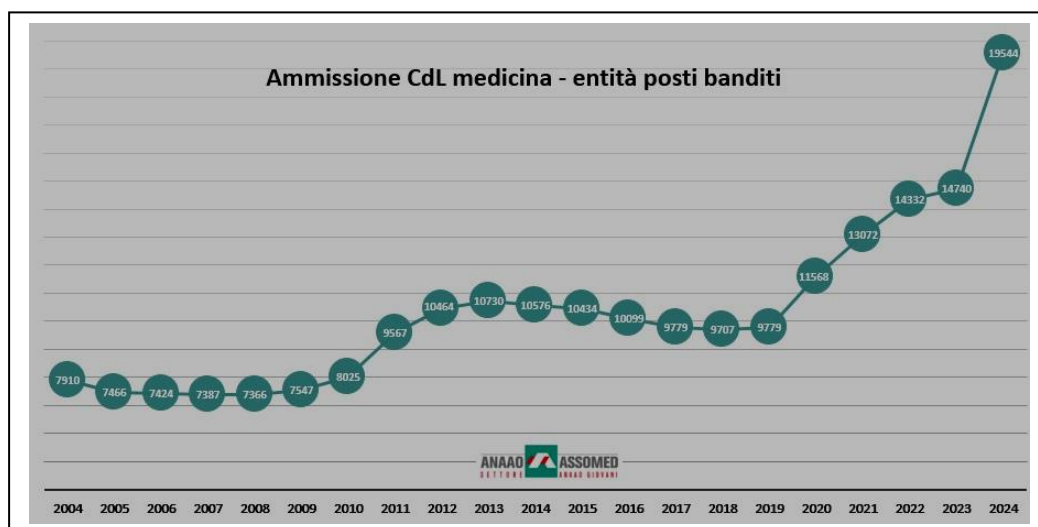
Proviamo a fare chiarezza. Il legislatore con questa delega sta chiedendo al Governo di scrivere un accesso a medicina identico al modello francese, con libero accesso nei primi sei mesi e uno sbarramento procrastinato mediante graduatoria nazionale e riservato a coloro che svolgeranno un determinato numero di esami e gli sfortunati che non lo supereranno potranno utilizzare questi crediti per altri corsi di laurea. Modello francese, che la stessa Francia sta cercando di superare per via di molteplici criticità riscontrate.

Il numero chiuso non è stato abolito ma resta rigorosamente "programmato" con il rischio che il concorso nazionale alla francese sarà meno meritocratico dell'attuale. L'entità di coloro che accedono al secondo semestre sarà un numero finito (e non infinito) calcolato secondo il reale fabbisogno di medici. Peraltro questo tipo di concorso è riuscito nel "miracolo" di scontentare tutti anche la Conferenza dei rettori Universitari Italiani che dichiara di "esprimere profonda preoccupazione" sulla futura riforma. Il risultato purtroppo è che questo concorso ricrea la pletora medica.

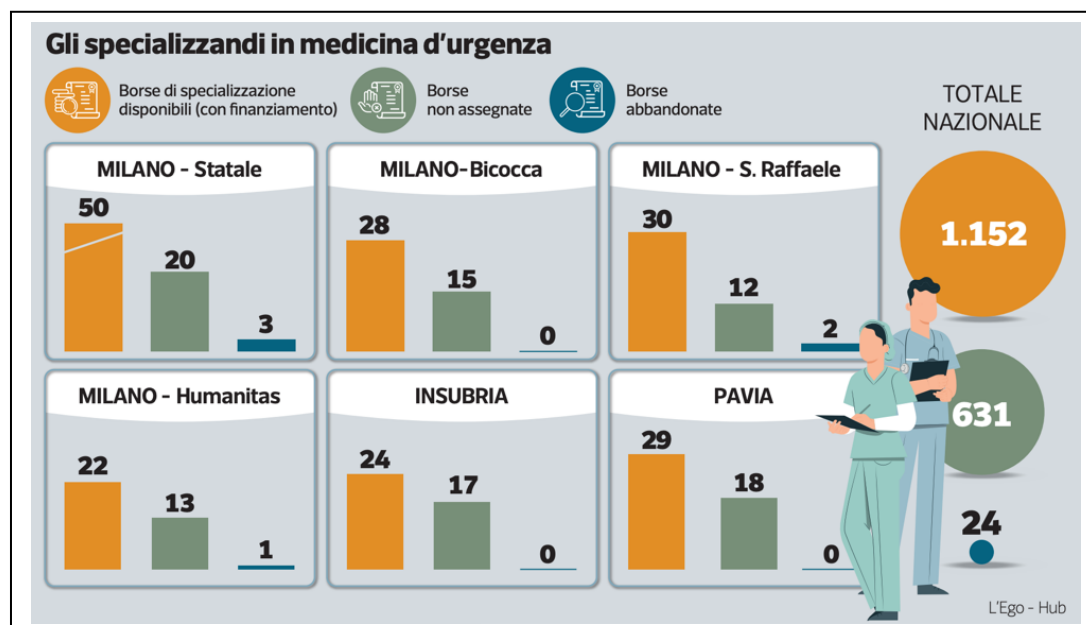
Allora ci chiediamo: non sarebbe stato più utile cambiare gli argomenti del test attuale? Non sarebbe più utile creare corsi di formazione gratuiti con libri di testo unici?

Siamo ancora in tempo per creare un modello che non riproduca quelli falliti in altri paesi, ma occorre ascoltare chi le riforme le dovrà subire e non solo chi le stesse probabilmente neanche le gestisce.

Per spiegare con i numeri quanto detto di seguito si riporta il grafico degli ingressi di ammissione a medicina, grafico peraltro sottostimato perché non comprensivo dei ricorsi al Tar. Questa mole di futuri medici non risolverà il problema della pletora medica.



La figura successiva illustra bene come la carenza di medici in pronto soccorso non sia dovuta nuovamente ad un problema di numero chiuso, ma ad altri fattori economici, di rischio, e di condizioni lavorative.



ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

Come si evince dalla figura successiva non è vero che mancano gli specialisti, ma mancano alcune categorie di specialisti, e questo si deduce dal numero di contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per specializzazione. Questo rappresenta un costo per lo Stato, considerando che lo Stato spende per la formazione di uno specializzando circa 125.000 € !!

Contratti totali non assegnati e abbandonati suddivisi per Specializzazione							
	Contratti banditi	Contratti non assegnati	Contratti abbandonati	% Contratti totali non assegnati e abbandonati			
Medicina termale	7	5	71,4%	1	14,30%	6	85,7%
Microbiologia e virologia	244	175	71,7%	16	6,60%	191	78,3%
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	554	363	65,5%	26	4,70%	389	70,2%
Radioterapia	328	192	58,5%	30	9,10%	222	67,7%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	206	119	57,8%	11	5,30%	130	63,1%
Medicina e Cure Palliative	100	59	59,0%	2	2,00%	61	61,0%
Medicina d'emergenza urgenza	1884	1034	54,9%	110	5,80%	1144	60,7%
Medicina di comunità e delle cure	190	99	52,1%	10	5,30%	109	57,4%
Medicina nucleare	181	84	46,4%	15	8,30%	99	54,7%
Statistica sanitaria e Biometria	65	31	47,7%	3	4,60%	34	52,3%
Anatomia patologica	361	153	42,4%	28	7,80%	181	50,1%
Chirurgia Toracica	173	56	32,4%	17	9,80%	73	42,2%
Genetica medica	160	53	33,1%	14	8,80%	67	41,9%
Audiologia e foniatria	64	15	23,4%	4	6,30%	19	29,7%
Cardiologia	186	24	12,9%	27	14,50%	51	27,4%
Scienza dell'alimentazione	130	17	13,1%	18	13,80%	35	26,9%
Chirurgia Generale	1406	228	16,2%	121	8,60%	349	24,8%
Chirurgia Vascolare	259	37	14,3%	23	8,90%	60	23,2%
Malattie Infettive e Tropicali	610	91	14,9%	49	8,00%	140	23,0%
Anestesia e Rianimazione	3192	476	14,9%	212	6,60%	688	21,6%
Nefrologia	597	86	14,4%	42	7,00%	128	21,4%
Chirurgia pediatrica	112	10	8,9%	11	9,80%	21	18,8%
Medicina interna	1729	109	6,3%	176	10,20%	285	16,5%
Geriatrica	821	71	8,6%	62	7,60%	133	16,2%
Igiene e medicina preventiva	1245	107	8,6%	74	5,90%	181	14,5%
Urologia	548	35	6,4%	43	7,80%	78	14,2%
Ematologia	462	21	4,5%	43	9,30%	64	13,9%
Oncologia medica	641	22	3,4%	59	9,20%	81	12,6%
Allergologia ed immunologia clinica	194	6	3,1%	18	9,30%	24	12,4%
Neurochirurgia	223	1	0,4%	24	10,80%	25	11,2%
Chirurgia maxillo facciale	111	2	1,8%	10	9,00%	12	10,8%
Medicina fisica e riabilitativa	670	22	3,3%	49	7,30%	71	10,6%
Medicina del lavoro	423	18	4,3%	22	5,20%	40	9,5%
Reumatologia	229	4	1,7%	14	6,10%	18	7,9%
Otorinolaringoiatria	378	5	1,3%	22	5,80%	27	7,1%
Ortopedia e traumatologia	988	19	1,9%	51	5,20%	70	7,1%
Ginecologia ed Ostetricia	1097	6	0,5%	70	6,40%	76	6,9%
Malattie dell'apparato respiratorio	660	17	2,6%	25	3,80%	42	6,4%
Medicina legale	335	6	1,8%	14	4,20%	20	6,0%
Medicina dello sport e dell'esercizio	161	3	1,9%	6	3,70%	9	5,6%
Neuropsichiatria infantile	520	1	0,2%	23	4,40%	24	4,6%
Endocrinologia e malattie del	415	0	0,0%	19	4,60%	19	4,6%
Radiodiagnostica	1472	4	0,3%	62	4,20%	66	4,5%
Psichiatria	1195	13	1,1%	40	3,30%	53	4,4%
Neurologia	620	1	0,2%	19	3,10%	20	3,2%
Pediatria	1682	3	0,2%	43	2,60%	46	2,7%
Malattie dell'apparato digerente	404	1	0,2%	10	2,50%	11	2,7%
Chirurgia plastica ricostruttiva ed	230	2	0,9%	3	1,30%	5	2,2%
Oftalmologia	443	0	0,0%	8	1,80%	8	1,8%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	1275	1	0,1%	17	1,30%	18	1,4%
Dermatologia e venerologia	272	0	0,0%	1	0,40%	1	0,4%
	30452	3907	12,8%	1601	5,30%	5724	18,1%

Da ultimo l'offerta formativa che dimostra quali sono le specialità meno attrattive.

Le specialità con meno borse assegnate		
SPECIALITÀ MEDICHE	BORSE BANDITE	BORSE NON ASSEGNATE
Medicina d'emergenza urgenza	886	537
Anestesia Rianimazione Terapia Intensiva	1.248	279
Chirurgia Generale	657	179
Patologia Clinica e Biochimica Clinica	251	176
Radioterapia	155	114
Microbiologia e virologia	131	113
Medicina di comunità e delle cure primarie	142	111
Anatomia patologica	182	103
Malattie Infettive e Tropicali	327	98
Igiene e medicina preventiva	542	98

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

Alla luce di questi dati è quindi chiaro che sia necessaria quanto prima una riforma della formazione specialistica.

Una particolare attenzione va infine rivolta al personale delle professioni di area sanitaria non medica, formato da laureati in veterinaria, odontoiatria, fisica, chimica, biologia, psicologia, farmacia, figure professionali che ogni giorno operano con abnegazione nel nostro Servizio sanitario nazionale perché ai soggetti iscritti a scuole di specializzazione post-laurea di area non medica non è riconosciuta, ad oggi, alcuna forma di sostegno economico durante la frequenza dei relativi corsi, né alcuna forma di tutela economico-giuridica per la maternità e paternità, al pari dei colleghi di area medica.

Accogliamo con favore quanto appreso da notizie di stampa della segnalazione di un emendamento volto a trovare una soluzione a questa annosa questione, a dimostrazione di una sensibilità del Governo e di molti Onorevoli anche qui presenti, rispetto a questo tema. Infatti torno a sottolineare che è da quasi quarant'anni che tali professionisti, definiti "eroi" durante la pandemia, non ricevono alcuna tutela giuridica ed economica ed è dunque giunto il momento di sanare un grave vulnus nei diritti di tali professionisti che contribuiscono al pari dei colleghi di area medica al funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. L'equiparazione di tutele è richiesta ormai da più parti, non solo da associazioni di categoria (Ordini professionali, Als, GMI, Anaaio giovani), ma è fondamentale proprio per garantire la sicurezza, la completezza delle cure del cittadino.

Facciamo un po' di chiarezza anche su questo aspetto.

Ciò che accade da anni contravviene spudoratamente ai principi della nostra Carta Costituzionale. Considerato che l'acquisizione del titolo di specializzazione costituisce una condizione necessaria per l'accesso ai ruoli della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, l'assenza di una qualsiasi forma di retribuzione durante il percorso formativo a tempo pieno che porta all'inserimento lavorativo, contravviene ai principi costituzionali di cui all'articolo 34 Cost., che pone in capo alla Repubblica il dovere di assicurare – mediante borse di studio, assegni familiari e altre provvidenze – l'accesso ai gradi più alti degli studi ai «capaci e meritevoli, anche se privi di mezzi»; e all'articolo 36 Cost., che prevede che il lavoro debba essere sempre retribuito in modo tale da assicurare al lavoratore e alla sua famiglia un'esistenza libera e dignitosa; nonché all'articolo 31 Cost., che pone in capo alla Repubblica il dovere di agevolare con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei relativi compiti.

Cosa dicono le norme?

A più di vent'anni dalla sua entrata in vigore, nessuna attuazione è stata data all'articolo 8 della legge 29 dicembre 2000, n. 401, recante norme sull'organizzazione e sul personale del settore sanitario (Legge madre) che assicurava per le specializzazioni di area non medica un sostanziale allineamento

della condizione degli specializzandi non medici a quella dei medici, sia in relazione ai criteri di determinazione del numero di posti disponibili nelle scuole sulla base della rilevazione annuale del fabbisogno, anche in attuazione dell'articolo 6-ter del d.lgs. 502/1992 sia, soprattutto, prevedendo che tale rilevazione dispiegasse effetti anche in relazione alla ripartizione annuale delle borse di studio. Questa disposizione non ha mai avuto attuazione tanto che nel 2016 (articolo 2-bis del decreto-legge 29 marzo 2016, n.42, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2016, n.89, recante disposizioni urgenti in materia di funzionalità del sistema scolastico e della ricerca), si è cercato di derogare (con il solito sistema di "rammendo di un vulnus giuridico") alla legge madre con una norma che consentiva "in attesa di una "definizione organica della materia", di attivare le scuole di specializzazione riservate alle categorie dei veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi, e successivamente (decreto del Ministro dell'istruzione, università e ricerca 16 settembre 2016, n. 716, adottato di concerto con il Ministro della salute ed altri), si è proceduto al riordino delle Scuole di specializzazione ad accesso riservato ai «non medici» (con la previsione che almeno il 70 per cento delle attività formative fosse riservato allo svolgimento di attività professionalizzanti di tipo pratico e di tirocinio).

Con quale risultato? Di avere una norma derogatoria che prevede che quasi 4500 professionisti lavorino almeno 34 ore in ospedale ogni settimana, più di 1.500 in un anno gratuitamente e senza alcuna tutela giuridica, perché nulla è stato disposto in relazione alla corresponsione di borse di studio e alle tutele normative.

Chiarito quanto sopra è evidente che stiamo di fronte non solo ad un vulnus giuridico ma ad un problema ben più ampio che coinvolge la società stessa destinataria del lavoro di tali professionisti, perché ci troviamo a parlare di circa 4500 specializzandi di area non medica che non godono ad oggi di alcuna forma di sostegno economico, giuridico collegato alla frequenza delle scuole di specializzazione, cosa che non solo li demotiva ma li dequalifica di fronte agli altri colleghi.

E' giunto il momento di riqualificare questa categoria di professionisti che saranno i nostri dirigenti di area non medica nel Servizio Sanitario nazionale. E' necessario dunque finanziare l'equiparazione del trattamento economico tra specializzandi di area medica e quelli dell'area non medica, anche attraverso l'utilizzo dei fondi derivanti dalle borse di studio dell'area medica non assegnate o dall'abbandono degli studi. Infatti va considerato che come rilevato da un recente studio Anaa - Als citato su 15256 contratti statali e regionali di area medica a bando, solo 11392 (75%) è stato assegnato, numero destinato a diminuire vertiginosamente a causa delle centinaia di mancate effettive immatricolazioni. Continua inoltre la tendenza negativa per le cosiddette specializzazioni meno ambite, prima tra tutti la medicina d'emergenza-urgenza (30% dei contratti assegnati), oltre alle specialità di laboratorio (15% patologia e biochimica clinica, 11% microbiologia), anatomia patologica (47%) e radioterapia (18%). Non c'è più tempo. Procrastinare il problema significa ancora

una volta incentivare la fuga di tali professionisti, di forza lavoro, di cervelli dal Servizio pubblico e dalla stessa Italia all'estero. Significa ancora colpire il nostro Servizio sanitario.

Per concludere.

La questione sulle professioni sanitarie esiste ed è percepita a tutti i livelli nella sua importanza e gravità. E, per risolverla, occorrono non solo risorse ma progetti chiari e incisivi di riforma. Serve una nuova riforma del sistema capace di restituire fiducia agli operatori sanitari, riconoscendo loro maggiore responsabilità nei processi di gestione e autonomia nei processi di cura attraverso la definizione di un nuovo ruolo capace di garantire la salute dei cittadini e allo stesso tempo di farsi carico anche della sostenibilità economica del sistema. Ma serve anche una riforma che sia capace di ricucire la frattura tra il nord e il sud del paese e di superare le diseguaglianze nell'accesso al diritto alla salute.

Occorre una vera e propria rivoluzione della sanità, sono gli stessi cittadini a chiederlo come ci riferisce il Censis ed i dati che vi abbiamo illustrato lo dimostrano. Una rivoluzione che metta al centro non i pareggi di bilancio, da perseguire in maniera ragionieristica, ma gli obiettivi di salute, i professionisti e i cittadini.

Una rivoluzione che consideri gli operatori il "motore" del sistema di cure.

Chiediamo pertanto a Voi e alle Istituzioni tutte di inserire al centro della loro "Agenda politica" la questione della professione medica e sanitaria, per risollevare ed investire sul Servizio Sanitario Nazionale partendo dalla cura del "capitale umano" dei professionisti che Vi operano con abnegazione quotidianamente.

Una vera sfida sociale perché senza la dirigenza medica e sanitaria, senza i professionisti della sanità non ci può essere salute per i cittadini e si andrebbe a ledere quel diritto fondamentale sancito dall'articolo 32 della Costituzione come fondamentale per tutti i cittadini.

Dott. Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale Anaa Assomed

Studio Anaa Assomed – 4 marzo 2024

L'INARRESTABILE MARCIA VERSO LA “PLETORA MEDICA”.

Il dibattito che emerge periodicamente nei partiti politici e in Parlamento sulla questione del “numero chiuso” a Medicina è improntato, senza distinzione di fede, a forti note di populismo ed irrazionalità e sovente produce idee semplicistiche e stravaganti relativamente alla carenza di personale, come se i grossolani errori di programmazione nel settore della formazione medica in epoca *spending review* e le limitazioni alla assunzione del personale sanitario decise dal governo Berlusconi nel 2004 e 2005 (Legge 311/2004; Legge 266/2005) e poi confermate da tutti i successivi fino alle nuove norme fissate con il “Decreto Calabria”(Legge 60/2019), fossero superabili oggi allargando a dismisura le maglie del numero programmato per l'accesso al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia, portato per il 2024 a 19.500 accessi. Senza contare la porta di servizio costituita dalle iscrizioni all'estero o la mina vagante dei ricorsi al TAR. 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 trasformato (vedi Figura 1).

A nostro parere le questioni andrebbero affrontate con meno dichiarazioni roboanti, maggiore considerazione dei dati disponibili e più proposte razionali, 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 2022, in Italia abbiamo un numero di medici “practising” di **250.813**, corrispondenti a 4,25 per mille abitanti (vedi Figura 3), pressoché sovrapponibile alla media EU27, a dimostrazione del fatto che nel nostro Paese non vi è carenza di medici, intesi come laureati in Medicina e Chirurgia abilitati alla professione, ma piuttosto di specialisti, particolarmente in alcune specialità (vedi Tabella 3).

Al momento i dati del Ministero della Salute sono fermi al 31/12/2021 ed indicano un numero di medici attivi in Italia intorno a **237.392**. La criticità che emerge, sempre dai dati OCSE (Health at a Glance, 2023), è l'età media di questa popolazione, la più alta tra tutti i Paesi OCSE: ben il 55% ha 55 anni o più. Pertanto, in una prospettiva decennale (dal 2023 al 2032) si può stimare, analizzando i database a disposizione – OCSE, Conto Annuale dello Stato, Onaosi, Enpam –, che circa **109.000** medici acquisiranno i criteri per il pensionamento (vedi Tabella 3 per la metodologia adottata nella stima) con un picco di pensionamenti atteso nel 2026/2027 e un successivo calo progressivo (Figura 1). Infatti, 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” (2500/3000 ogni anno; Figura 2).

Negli anni accademici tra il 2017/18 e il 2026/27 (con lauree attese tra il 2023 e il 2032) i posti programmati per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, sono circa **141 mila** (vedi Figura 4) mentre i contratti per la formazione specialistica, ad invarianza di programmazione, nello stesso periodo 2023/2032 saranno circa **150.000** (media contratti stanziati negli ultimi 5 anni proiettata a 10 anni), a cui aggiungere circa **25.000** borse per la formazione in Medicina Generale (media ultimi 5 anni proiettata a 10 anni). In sintesi, già ora si prospetta un differenziale di circa **32 mila** posti tra stima delle uscite per quiescenza (**109.000**) dei medici attivi nel 2022 e posti di iscrizione al Corso

di laurea in Medicina e Chirurgia tra il 2017 e il 2026 **(141.000)**. 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 previsto dopo il 2027 (il 60% dei pensionamenti attesi nel decennio di riferimento avverranno nel primo quinquennio), si prospetta una accentuazione dell'eccedenza dei laureati in Medicina risultante dalla attuale programmazione. L'importante incremento degli ingressi al Corso di laurea in Medicina e Chirurgia che abbiamo osservato negli ultimi anni (vedi Figura 4) – circa 10.000 iscrizioni in più nel 2024/2025 rispetto al 2017/18 – 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, sub-intensive o Pronto Soccorso), 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, come dimostrato dalle lunghe liste di attesa che affliggono attualmente il nostro SSN. In ogni caso, l'aumento di oltre il 100% delle iscrizioni a Medicina, senza un intervento economico finalizzato all'incremento delle dotazioni organiche, rischia di creare entro 10 anni, una significativa plethora medica, mentre il cosiddetto “imbuto formativo” con gli attuali numeri appare totalmente riassorbito.

La prospettiva, persistendo le attuali limitazioni alle assunzioni del personale sanitario, è quella di passare da un “imbuto formativo”, riassorbito grazie all'ampia disponibilità di contratti e borse di formazione *post-lauream*, ad un “imbuto lavorativo”, per il considerevole aumento dei medici neolaureati e specialisti rispetto ad una curva pensionistica in netto decremento. E questo non farà altro, in mancanza di una nuova politica delle assunzioni, che incentivare ulteriormente i neo-laureati e i neo-specialisti a emigrare verso paesi europei o extraeuropei. Forse è a questa peculiare prospettiva che si riferiva la Ministra Bernini quando ha paradossalmente affermato sui *social* circa un anno fa che *“La fuga di cervelli dall'Italia non va drenata ma implementata”*.

Eppure molti Paesi Europei adottano politiche di numero programmato per il personale sanitario, sia per i costi legati al percorso formativo, sia per la qualità della formazione che è necessario garantire, sia, infine, per i fenomeni di consumismo sanitario che un numero eccessivo di professionisti potrebbe ingenerare (*Mario del Vecchio, Cergas Bocconi*).

Questi dati oramai sono ampiamenti noti e così eclatanti che è difficile pensare ad inesperienza o ignoranza nelle scelte politiche. La cosiddetta “plethora medica” è un obiettivo perseguito e voluto come strumento di svalorizzazione del “capitale umano”. Lo scopo finale è il basso costo del lavoro professionale nel SSN. Sarebbe corretto avvisare gli iscritti al Corso di laurea in Medicina e le loro famiglie che nei prossimi 10 anni circa 30 mila degli studenti attuali e futuri avranno notevoli difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro in Italia e dovranno adattarsi, dopo 9/11 anni di studi impegnativi e onerosi, a lavori precari e sottopagati ovvero accettare di emigrare all'estero.

Nel decennio 2023/2032, quanti medici andranno in pensione nelle singole categorie professionali?

Una stima dei pensionamenti nel decennio 2023/2032 è inevitabilmente approssimativa in quanto molto legata a scelte personali e a ulteriori eventuali modifiche legislative in campo previdenziale. Una attenta valutazione dei database a disposizione ci può fornire comunque una stima realistica dei pensionandi nelle singole maggiori famiglie di medici nel decennio preso a riferimento – considerando il pensionamento di “vecchiaia” (67 anni per i dipendenti, 68 anni per i convenzionati, 70 per gli universitari). Si può, pertanto, stimare che i medici dipendenti del SSN avviati verso la quiescenza saranno circa **40,5 mila** (dati Onaosi e Conto annuale dello Stato), i medici di Medicina generale che matureranno i criteri pensionistici saranno circa **21,3 mila** (dati Enpam, pensionandi a 68 anni dal 2023 al 2032), gli specialisti ambulatoriali circa **6,3 mila** (Enpam), i medici universitari circa **2,9 mila** (dati Onaosi), quelli di continuità assistenziale **6,5 mila** (dati Enpam), circa **4,4 mila** i

pediatri di libera scelta (dati Enpam), infine **26,8 mila** medici matureranno i criteri per la quiescenza nel settore dell'ospitalità privata e della riabilitazione (vedi Tabella 3).

Perché i posti nelle scuole di specializzazione non vengono occupati?

Il problema dell'imbuto nella formazione *post-laurea* e della conseguente carenza di specialisti è stato risolto, 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 13 mila, al netto dei contratti (circa 1.000) a finanziamento regionale e privato. Al momento, insomma, abbiamo una offerta esorbitante di formazione specialistica considerando il numero massimo di possibili neolaureati nel decennio (circa **141** mila) e i posti che ad invarianza di programmazione potrebbero essere disponibili per la formazione *post-laurea* (circa **175** mila di cui 150 mila specialistici + 25 mila corso di formazione per la medicina generale). Il numero di neo specialisti crescerà in modo apprezzabile a partire dal 2024/2025, fino ad arrivare a circa 16.000 ogni anno dal 2029/2030 compensando ampiamente le uscite dal sistema per quiescenza.

Come ha sottolineato la Ministra Bernini, attualmente molti posti nelle scuole di specializzazione rimangono vacanti: *"Non è una questione di posti ma di attrattività. 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"*. Da recenti studi Anaaio Giovani/ALS (vedi Tabella 2 e 3), sui circa 49.000 contratti finanziati negli ultimi tre concorsi di specializzazione (2021, 2022 e 2023), ben 10.200 (20%) risultano non assegnati. Questo ovviamente è legato in gran parte ad una offerta di posti di formazione specialistica eccessiva (secondo ISTAT incremento del 73,7% negli ultimi 6 anni) rispetto al numero di laureati attuali (16.000 contratti vs circa 10.000 laureati). Ma analizzando i dati emergono altri aspetti. Le discipline che più manifestano una scarsa attrattività (tutte con assegnazioni inferiori al 50% dei posti) sono la medicina d'emergenza-urgenza, la microbiologia e virologia, la patologia clinica e biochimica clinica, l'anatomia patologica, la radioterapia e la medicina di comunità e delle cure primarie. Quasi tutte a forti caratteristiche ospedaliere. Al contrario, le discipline che hanno notevoli sbocchi lavorativi nel settore privato e in ambito libero-professionale non presentano perdite significative rispetto ai contratti finanziati, come ad esempio la dermatologia, l'oftalmologia, la cardiologia, la chirurgia plastica, la gastroenterologia, l'endocrinologia e la radiodiagnostica. Tutte con percentuali di assegnazione superiori al 95%. 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 (vedi Tabella 2).

Tale "programmazione a due velocità" porterà già nel 2025/2026 ad una carenza significativa in certe discipline specialistiche, per lo più ospedaliere, ed un embrione di pleora specialistica per altre che hanno maggiore possibilità nelle attività private. Per le prime, l'Anaaio 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 otorinolaringoiatria), aumento della retribuzione rispetto a quelle più inflazionate per incentivare la loro attrattività. Mentre per quelle non carenti appare opportuno programmare una riduzione degli accessi. Senza dimenticare la 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, con il guadagno di 4/5 anni di contributi previdenziali, prevedendo la costituzione di una rete formativa radicata ed estesa sul territorio e non più strettamente connessa all'ateneo di riferimento.

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 circa 200.000 euro pro-

capite. Il fenomeno è molto rilevante nel suo complesso, tanto da impattare notevolmente sulla attuale carenza ed è destinato ad allargarsi. Secondo dati elaborati dalla Corte dei Conti su dati OCSE 2019, il numero dei medici che hanno lasciato stabilmente l'Italia dal 2008 al 2018 ammonta a circa 11 mila. I Paesi di maggiore destinazione risultano essere Regno Unito, Svizzera, Francia, Germania, Belgio. Secondo gli ultimi dati riferiti al periodo 2019/2021 (Nisi, Quotidiano Sanità 2023) il fenomeno appare in netto incremento spinto anche dalle generose offerte di impiego da parte dei Paesi arabi. Considerati i costi della formazione di un medico specialista è come regalare da 1000 a 1500 Ferrari ogni anno a questi Paesi. Il Ministro della Salute ha, giustamente, mostrato preoccupazione per l'emigrazione dei medici italiani verso l'estero: *“un esodo di capitale umano che non possiamo più permetterci”*, senza però 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.

Il fenomeno delle dimissioni volontarie rappresenta una ulteriore criticità che ha un impatto, ovviamente, solo sulle strutture del SSN. Gli ultimi dati riferiti al 2023 (Figura 2) mostrano solo una modesta riduzione delle dimissioni nel 2023 rispetto alla nostra precedente rilevazione.

Aumentare i posti a Medicina, in un tale contesto, rischia di tradursi in uno sperpero di risorse pubbliche, soprattutto in mancanza di prospettive occupazionali in Italia. E' per questo che noi riteniamo indispensabile intervenire prioritariamente 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 triennio 2019-2021, scaduto da oltre due anni, ha visto la pre-intesa firmata il 19 settembre 2023 e l'accordo definitivo siglato lo scorso 23 gennaio 2024. Il CCNL 2022/2024, prossimo anch'esso alla scadenza, è rimandato ad un incerto futuro non essendo nemmeno adeguatamente finanziato: -10% tra indice inflattivo IPCA (16,1% nel triennio di riferimento) e finanziamento previsto in Legge di Bilancio 2024 (appena il 5,78%). I nostri stipendi si impoveriscono progressivamente non stando dietro al ritmo dell'inflazione e ciò rappresenta, come evidenziato nella nostra recente *survey*, uno dei motivi di fuga, anche se non il maggiore, dei medici dal SSN insieme alla scarsa conciliazione vita/lavoro e alla sostanziale marginalizzazione di un ruolo che li vuole costretti in matrici organizzative che trascurano le competenze e mortificano il merito.

Conclusioni

Le politiche del personale sono, purtroppo, in mano al Ministero dell'Università e Ricerca e quindi a medici universitari che agiscono in condizioni di palese conflitto di interesse senza tenere in considerazione modelli razionali di previsioni demografiche e della domanda di laureati e specialisti. Forse il Ministero della Salute sarebbe una sede più idonea per una programmazione saldamente ancorata ai reali fabbisogni, presenti e futuri, del SSN.

Gli interventi limitati all'incremento dell'offerta formativa appaiono sostanzialmente inefficaci, lo dimostra l'esperienza maturata in altri Paesi europei, nel fermare l'esodo dal sistema sanitario pubblico. E' 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 sia in termini 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. Con una riforma della *governance* secondo modelli organizzativi che riportino i medici, e non chi governa il sistema, a decidere sulle necessità del malato, ribaltando un processo di aziendalizzazione che protegge l'autoritarismo della catena gerarchica essendo incardinato su un modello *top-down* presidiato dalla politica.

Anche perché solo attraverso un incremento della disponibilità ad essere assunti con una conseguente crescita delle dotazioni organiche, si potranno migliorare quei carichi di lavoro oramai divenuti insopportabili per molti operatori del SSN come evidenziato dalla recente *survey* dell'Anaa (2024). 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 e di felicità. 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.

Studio a cura di

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

Figura 1. Suddivisione per età dei medici dipendenti del SSN, contribuenti Onaosi per 12 mesi continuativi al 31 dicembre 2022. 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)

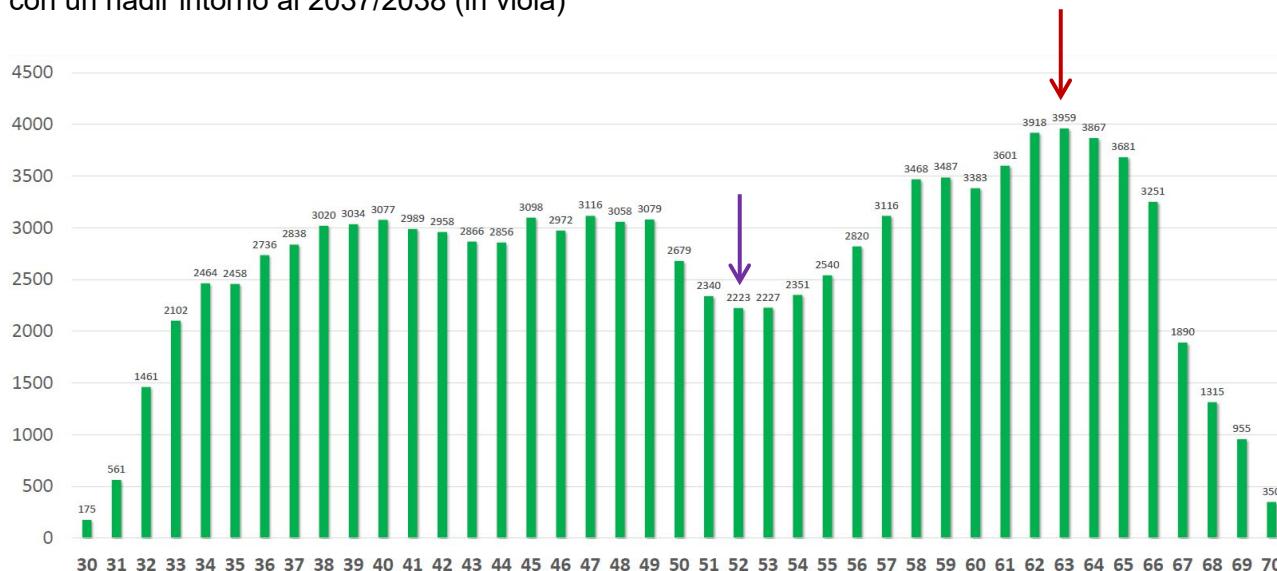
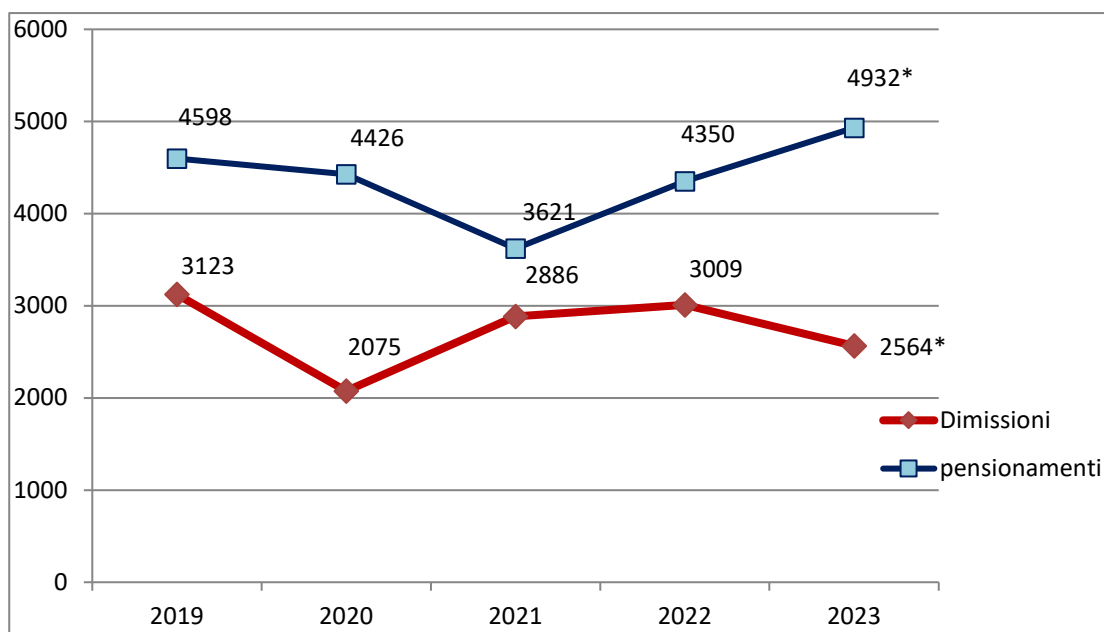


Figura 2. Andamento dei pensionamenti e delle dimissioni volontarie dei medici dipendenti del SSN dal 2019 al 2023 (database Onaosi e Conto annuale dello Stato)



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

**I dati riferiti al 2023 rappresentano una stima basata sul primo semestre. È altamente probabile che i dati finali, sia per i pensionamenti che per le dimissioni, siano molto più elevati per le ricadute sulle uscite dei medici delle nuove regole pensionistiche contenute nella Legge di Bilancio 2024.*

Figura 3. Numero di medici “practising” per mille abitanti presenti nei Paesi Ocse. I dati si riferiscono al 2022 o comunque all’ultimo dato disponibile. L’Italia, freccia rossa, si colloca in undicesima posizione con il 4,25‰ (Data Oecd.org, febbraio 2024). Il database indica in 250.813 i medici “practising” in Italia nel 2022.

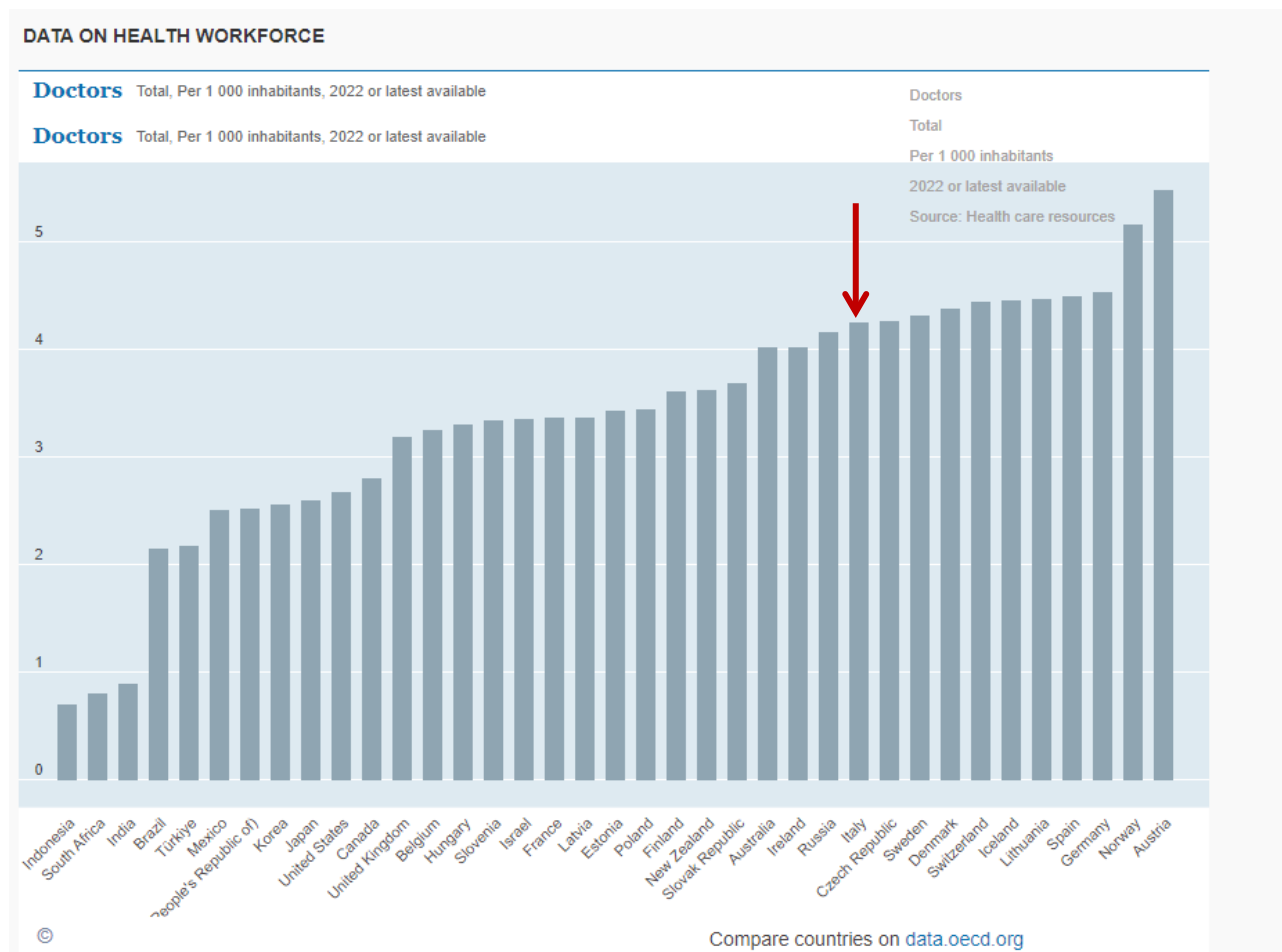


Figura 4. Posti programmati di accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dall'anno accademico 2017/18 all'anno accademico 2024/25 (lauree attese tra il 2023 e il 2032). Per gli anni accademici 2025/26 e 2026/27 è stata confermata la programmazione relativa 2024/2025.

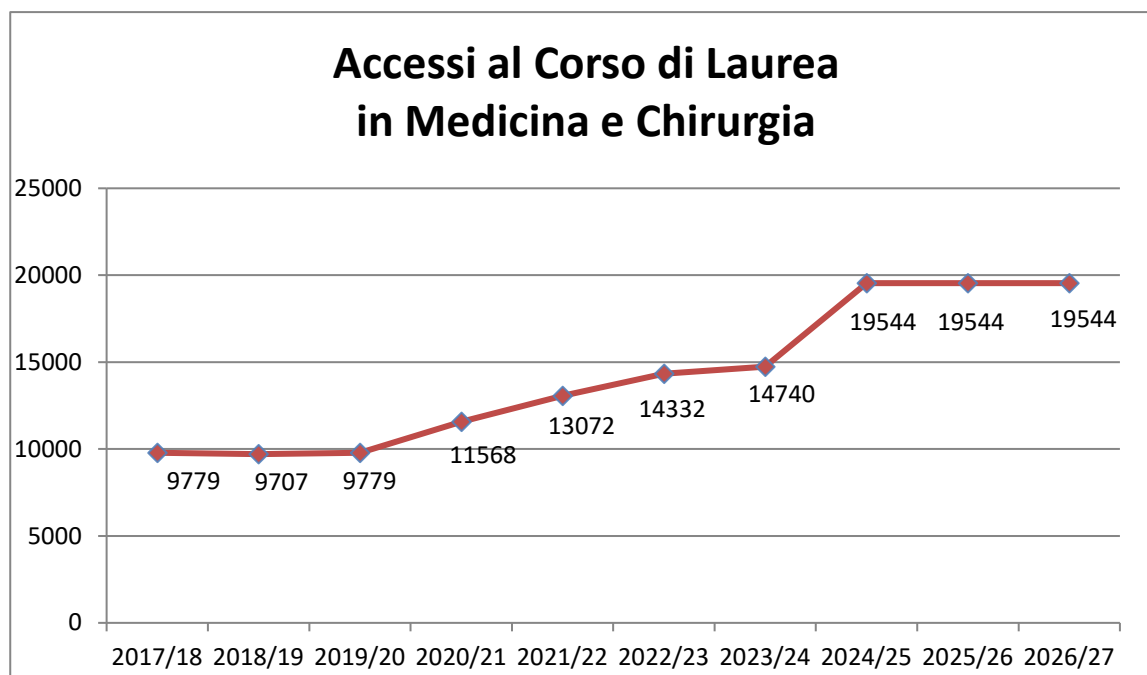


Tabella 1. Sono riportati i numeri dei contratti banditi (**49.390**), statali e non, negli ultimi tre concorsi di specializzazione (2021,2022 e 2023). Per “contratti non assegnati” si intende un contratto che in sede concorsuale non è stato assegnato a nessun medico perché nessuno l’ha scelto. Comprendono anche i cosiddetti “contratti abbandonati”, cioè 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.

Mediamente negli ultimi tre anni solo il 20% dei contratti stanziati risulta assegnato.

	Contratti stanziati	Contratti assegnati	Contratti non assegnati	%
2021	18.847	15.454	3.393	18,0%
2022	14.378	12.047	2.331	16,2%
2023	16.165	11.688	4.477	27,7%

Tabella 2. Specialità con tassi di assegnazione superiori al 95% e inferiori al 50% nei concorsi per i contratti di specializzazione degli anni 2021 e 2022.

Assegnazione superiore al 95%	Assegnazione inferiore al 50%
Dermatologia	Medicina termale
Malattie dell'apparato cardiocircolatorio	Microbiologia e Virologia
Oftalmologia	Patologia clinica e Biochimica clinica
Chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica	Radioterapia
Malattie dell'apparato digerente	Farmacologia e Tossicologia clinica
Pediatria	Medicina e Cure Palliative
Neurologia	Medicina d'emergenza urgenza
Psichiatria	Medicina di Comunità e delle Cure Primarie
Radiodiagnostica	Medicina Nucleare
Endocrinologia e Malattie del metabolismo	Statistica sanitaria e Biometria
Neuropsichiatria infantile	Anatomia Patologica

Tabella 3. Stima dei pensionamenti nel decennio 2023/2032 nelle categorie di Medici dipendenti, convenzionati e privati. I dati relativi ai medici in attività al 31/12/2021 (**237.392**) sono tratti dalla pubblicazione del Ministero della Salute "Il personale del SSN, 2021". 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, calcolando come limite quello di "vecchiaia" (67 anni per i dipendenti e 68 per i convenzionati, 70 per gli universitari). Per le altre categorie si è tenuto conto della distribuzione per fasce di età indicata dall'OCSE (Database consultato nel febbraio 2024) riferita ai medici attivi nel 2022, considerandoli in pensione di vecchiaia a 68 anni entro il 2032.

N° medici in attività al 31/dicembre/2021	Pensionamenti entro il 2032
Medici dipendenti del SSN* 114.115	40.500
Medici di Medicina Generale 39.366	21.300
Specialisti ambulatoriali 14.424	6.300
Pediatri Libera Scelta 6.962	4.400
Medici Universitari 5.833	2.900
Medici Ospedalità privata 29.186	17.000
Medici Strutture equiparate al pubblico 12.189	7.000
Titolari guardia medica 10.344	6.500
Medici Riabilitazione ex art.26 4.973	2.800

**Tempo indeterminato: 107.657;*

Tempo determinato: 6.458

Medici dipendenti del SSN: ASL, AO, AOU, IRRCS, ARES.